

ANNÉE 2017

N° 015

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Clotilde Cantoni

Présentée et soutenue publiquement le 05 avril 2017

La contraception : un enjeu de Santé publique. La place du pharmacien dans le dispositif "Pass Prévention Contraception" en Région Pays de la Loire.
--

Président : **Mme Muriel DUFLOS, Professeur de Chimie Organique et Thérapeutique**

Membres du jury : **Mme Delphine CARBONNELLE, Maître de Conférences de Physiologie et Biologie Animale**
Mme Marie-Cécile CELLERIER, Pharmacien d'Officine

Remerciements

A Madame Muriel Duflos, Professeur de chimie organique et thérapeutique, pour me faire l'honneur de présider cette thèse, et ainsi de m'accompagner dans cette ultime étape avant l'obtention du diplôme de Pharmacien. C'est un réel plaisir de partager avec vous ce moment. Nous nous sommes suivis tout au long de ces années d'études, à travers vos cours en 1^{ère} et 2^{ème} année puis ensuite via les échanges avec les élus étudiants. La boucle est ainsi bouclée en quelque sorte !

A Madame Delphine Carbonnelle, Maître de Conférences de physiologie et biologie animale, pour m'avoir guidé, orienté et soutenu dans ce travail avec un enthousiasme constant. Vous m'avez également suivie lors de vos cours en 2^{ème} année puis ensuite lors des nombreuses réunions et discussions avec les élus étudiants. Je réalise grâce à vous l'accomplissement de mes études en marquant le point final avec cette thèse.

A Madame Marie-Cécile Cellier, Pharmacien d'Officine en Pays de la Loire, pour avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie par avance du regard porté à cette thèse, à la fois en tant que professionnel de santé et en tant que mère d'adolescente pouvant être confrontée à ce sujet.

A toute l'équipe de la pharmacie du Petit Chantilly d'Orvault pour m'avoir accueilli durant mes six derniers mois de stage. Ce fut une expérience enrichissante tant professionnellement que personnellement. C'est d'ailleurs toujours un plaisir de revenir vous voir.

A toute l'équipe de la pharmacie Touzé de Saint-Herblain, particulièrement à Michel, pour m'avoir offert la chance de débiter à leur côté avec tant de patience à mon égard. J'ai découvert un quartier mouvementé mais toutefois très agréable. Travailler avec vous tous est un vrai régal.

A ma famille,

A mes parents, pour votre amour, votre confiance, votre patience et tous les bons petits plats faits maison. Depuis mon plus jeune âge, vous m'avez inculqué la valeur du travail, la persévérance et la satisfaction du devoir accompli. Voir dans vos yeux la fierté liée à l'aboutissement de mes études vaut amplement tous les efforts fournis pour y arriver. Sans votre indéfectible soutien, je n'aurais certainement pas trouvé la force de m'accrocher. Même si les mots ne sortent jamais, je vous aime plus que tout au monde et vous êtes des parents extraordinaires.

A Mamou, la meilleure des grand-mères, qui est partie trop vite. Tu restes et resteras dans mon cœur et mes pensées, comme à chaque instant depuis presque 9 ans. Tu aurais été fière de voir ta petite dernière, ta « petite bichette », finir ses études. Je n'aurais pas eu le temps de partager avec toi la joie de rentrer dans le monde de la pharmacie mais je sais que quelque part tu veilles sur nous.

A mon Grand frère, pour cette relation si particulière qui nous lie. Les chamailleries de notre enfance ont peu à peu disparues au fil des années et des événements qui nous ont rapprochés. Un profond respect et un immense amour fraternel nous unit. Les quelques taquineries que nous échangeons de temps en temps n'y changeront rien ! Je te souhaite de réussir tous tes beaux projets et t'assure de toujours être présente à vos côtés, avec Esther, pour vous y aider.

A ma super cousine Sandrine, pour tout ton amour et ton soutien. Le temps nous a aussi beaucoup rapproché jusqu'à devenir comme des sœurs. Avec Ludovic, mon super cousin que je remercie également, vous êtes un magnifique exemple de courage dans tous les domaines. Vous nous avez montré la voie pour réaliser ses rêves malgré tous les efforts que cela peut demander. Je ne peux vous souhaiter qu'une belle réussite professionnelle puisqu'au niveau personnel et familial vous semblez avoir la clé du bonheur.

Aux petits Gabriel, Alix et Sasha, les joyaux de la famille, pour votre gaieté et votre amour. Vous êtes de véritables rayons de soleil. Je peux vous assurer que vous êtes dans une sacrée famille !

A ma marraine Catherine, mon parrain Jean-Jacques, ma tatie Laurence, mon cousin Nicolas et ma cousine Hinda, pour votre bienveillance, tout le soutien et l'amour que vous avez pu m'apporter malgré la distance et les kilomètres qui peuvent nous séparer. J'ai toujours eu beaucoup d'admiration pour vous tous. Veuillez m'excuser de donner si peu de nouvelles, à l'avenir je ne peux que m'améliorer. Je vous en fais la promesse. Et un grand merci à ma marraine pour être venu en express corriger ces pages.

A mes amis de l'UCO, les faux rêveurs JM, Guillaume, Riton, Étienne, Caroline E. et Caroline M., pour ces trois superbes années à Angers. Dès le début assez complices et soudés, nous avons passé d'innombrables bons moments ensemble. Se revoir est une bouffée d'air frais se résumant en quelques paroles : « le temps passe et passe et passe et beaucoup de choses ont changé. Qui aurait pu s'imaginer qu'il le temps serait si vite écoulé. On fait l'bilan calmement en s'remémorant chaque instant. Parler des histoires d'avant comme si on avait 50 ans ».

A mes amis bretons,

Coco, Lilou et votre magnifique petite Mila, pour ces années de belle et sincère amitié. Les étés et autres moments de grande fête ont petit à petit laissé place à un peu plus de calme avec la même envie de profiter les uns des autres. Malgré le temps qui défile et la distance, rien ne réussit à nous éloigner. Vous êtes, je vous l'assure, très souvent dans mes pensées et à toujours dans mon cœur.

La team kerouaj, Amélie, Quentin, Olivier H., Antoine, Guillaume, Olivier B., Clément, François, Vincent P., Maxime et Clara, pour m'avoir accepté à vos côtés. Les week-ends et vacances passés avec vous sont toujours synonymes de rire et de détente même si parfois (rarement) le soleil se cache. Mais ça c'était avant, quand Amélie amenait sa malédiction ! J'espère que ces moments seront encore très nombreux dans les années à venir, en Bretagne ou ailleurs.

Aux pharmas,

A Gunter et sa fine musique, pour m'avoir initié aux douces mélodies rythmant nos chorées/soirées.

A notre ange Pauline, pour le courage dont tu as fait preuve.

Aux Élus étudiants, Camille, Marie B., Maxime, pour tous les échanges menés lors des réunions entre élus et avec les équipes pédagogiques nous ayant permis d'apprendre à se connaître.

A la première de toutes les teams, la team choukette avec Shi (ma super marraine), Fa, Vi, Hafi, Cind', Boubou, Maumau et Ti Chat, pour votre amitié et votre soutien. Une attention particulière aux mamans (Boubou, Fa et bientôt Shi). On s'est connu au tout début de nos études pour ne plus se lâcher malgré parfois des différences de promo. Merci d'ailleurs à celles qui m'ont ensuite rejoint ! C'est un plaisir d'avoir de vos nouvelles, des quatre coins de la France ou plus loin, à travers tous les messages, photos, etc. Ne perdons pas cette habitude.

Aux pharma girls, Marie ma binôme de toujours, Claire, Julie, Agnès, Anne, Hélène, Caro, Cindy, pour cette fidèle amitié. Le fait de redoubler m'aura permis de faire de sublimes rencontres. Si je ne devais retenir que trois choses vous caractérisant ce serait : l'entraide, votre soutien indéfectible et puis, évidemment, tous nos fous rires.

A l'Équipage et ses membres fondateurs, Pierre Larzul, Verger, Damien, Benoît, Mathias, Jacquelin, PA, Marchal, pour toutes ces bonnes soirées non pas intelligentes mais indescriptibles.

A la maison de retraite avec Marine, Clémence, Émilie, Marion et Pauline, pour votre superbe amitié née au cours du temps. Des révisions, aux soirées, à ton mariage Marine, aux vacances aux RPE, ... nous avons (presque) tout partagé ensemble. Ces souvenirs resteront à jamais dans ma mémoire. Et je compte bien en créer encore une multitude de nouveaux, avec vous.

A la team scierie-thèse avec la team TK2H (Thibaut, Kévin, Huou, Hugo), Sido, Margaux, Camille, Mado, Mouy, Charley, Ludwig, FX, Nico, pour toutes les aventures et vos (nos) bêtises partagées. Je ne regrette qu'une seule chose, que nos rencontres se soient faites sur le tard.

A tous ceux que je n'ai pas cité et toutes les autres très belles rencontres faites au cours du temps dont Sonia (descendante de la maison de retraite) et Cédric (mon chaton, ma révélation amicale, toujours à mes côtés depuis bientôt deux ans et pour encore très longtemps, je l'espère).

Un grand merci à tous.

Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM.....	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES.....	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANSM	Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CESPHARM	Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie française
CFA	Centre de Formation d'Apprentis
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
DP.....	Dossier Pharmaceutique
EMA	European Medicines Agency ou Agence Européenne du Médicament
EREA	Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
HPV	Human Papillomavirus
IGAS.....	Inspection Générale des Affaires Sociales
INED	Institut National d'Études Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IST.....	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MFR	Maison Familiale Rurale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PJJ.....	Protection Judiciaire de la Jeunesse
RCP	Résumé des Caractéristiques du Produit
RIB	Relevé d'Identité Bancaire
SAH.....	Secteur Associatif Habilité
SIDA.....	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
URPS.....	Union Régionale des Professionnels de Santé
VIH.....	Virus de l'Immunodéficience Acquise

Table des illustrations

Figure 1 Anatomie du système reproducteur de l'homme en vue latérale (3)	12
Figure 2 Anatomie du testicule en coupe sagittale (a) et coupe histologique de tubule séminifère contourné (b) (4).....	13
Figure 3 Anatomie du pénis en vue antérolatérale (A) et en coupe transversale (B) (4)	14
Figure 4 Représentation schématique de la gamétogénèse (9) et d'un spermatozoïde avec vue microscopique (3).....	15
Figure 5 Représentation schématique de la régulation hormonale de la fonction testiculaire (10) ...	17
Figure 6 Représentations des structures superficielles (A) et profondes (B) des organes génitaux externes de la femme (4)	19
Figure 7 Coupe sagittale des organes génitaux internes féminins reliant l'utérus, les ovaires et le vagin (3)	20
Figure 8 Représentation schématique du développement folliculaire (3).....	22
Figure 9 Comparaison schématique de l'ovogénèse avec la folliculogénèse (16).....	23
Figure 10 Représentation schématique des interactions hormonales au cours du cycle ovarien (4) .	25
Figure 11 Relations entre les hormones hypophysaires, le cycle ovarien et le cycle menstruel (16)	27
Figure 12 Structure chimique de l'estrone (a), la progestérone (b) et de l'estradiol (c) (22)	29
Figure 13 Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (25).....	60
Figure 14 Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes (32)	62
Figure 15 Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel et comparaison à la moyenne nationale selon le sexe (51)	72
Figure 16 Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge des françaises de 1990 à 2015 (50)....	72
Figure 17 Schéma théorique du parcours d'utilisation du Pass Prévention Contraception (53).....	76
Figure 18 Avis des jeunes interrogés sur le Pass Prévention Contraception (en %) (59)	86

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	6
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	10
I. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	12
A. APPAREIL GENITAL MASCULIN.....	12
1. Les organes génitaux externes masculins	12
2. Les voies génitales masculines	14
3. Les glandes annexes masculines	14
4. La régulation hormonale chez l'homme.....	15
B. APPAREIL GENITAL FEMININ	18
1. Le tractus génital féminin	18
2. Les gonades féminines : les ovaires.....	21
3. Le cycle menstruel et les menstruations	25
4. La maturation sexuelle chez la femme.....	27
II. LA CONTRACEPTION.....	29
A. LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES	29
1. La contraception hormonale	29
2. La contraception intra-utérine	31
3. La contraception définitive ou stérilisation	32
4. Les méthodes barrières	32
5. Les autres méthodes dites naturelles	32
B. FICHES SYNTHESE	33
C. COMPARAISON ENTRE LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES	60
III. LES ACTIONS MISES EN PLACE PAR LE GOUVERNEMENT FRANÇAIS	63
A. HISTOIRE ET EVOLUTION DE LA LEGISLATION	63
B. LES CAMPAGNES ET ACTIONS DE PREVENTION SUR LA CONTRACEPTION	67
C. PARADOXE FRANÇAIS VIS-A-VIS DE LA CONTRACEPTION.....	71
IV. LE PASS PRÉVENTION CONTRACEPTION	73
A. PRESENTATION DU PASS PREVENTION CONTRACEPTION	73
1. Objectifs	73
2. Bénéficiaires.....	74

3.	<i>Composition du chéquier.....</i>	<i>75</i>
4.	<i>Déroulement du parcours de soins.....</i>	<i>75</i>
5.	<i>Délivrance et prise en charge de contraceptifs pour les mineurs et dispositif anonymat</i>	<i>80</i>
6.	<i>Modalités de remboursement des professionnels de santé</i>	<i>80</i>
B.	BILAN DES PREMIERES ANNEES D'UTILISATION ET EVOLUTIONS	82
➤	Bilan de la première session du Pass (en avril 2013)	82
➤	Bilan de la deuxième session du Pass (en avril 2014)	83
➤	Évolutions lors de la saison 2015/2016.....	84
➤	Évaluation auprès des jeunes ligériens	85
➤	Propositions d'évolution concernant la suite du projet.....	86
C.	PLACE DU PHARMACIEN DANS CE DISPOSITIF	86
	CONCLUSION.....	88
	LISTE DES ANNEXES	89
	BIBLIOGRAPHIE	117

Introduction

Issu du grec *sullepsis*, le mot conception signifie « prendre avec » se rapportant à une notion de capture voire de séquestration. À l'inverse, contraception, du latin *contraconceptio*, pouvant se traduire par « contre la conception » est un terme apparu en France au XX^{ème} siècle. Pourtant, l'histoire démontre que toutes les sociétés y compris les plus anciennes, et dès l'Antiquité, ont mis en œuvre des stratégies avec des moyens particuliers afin de contrôler et limiter les naissances. Plus récemment, l'OMS a défini la contraception comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (1).

En France, l'âge médian au premier rapport sexuel soit l'âge auquel la moitié des adolescent(e)s a déjà eu une relation sexuelle, ne cesse de diminuer. Il est passé de 22 ans pour les femmes en 1940 à 17,7 ans pour les filles en 2010 selon l'étude du baromètre santé de l'INPES (2). Toutefois l'âge moyen de la mère à la première maternité augmente légèrement d'année en année et se situe actuellement aux alentours de 28 ans. La période pendant laquelle un couple est susceptible d'utiliser un moyen de contraception s'allonge donc au fur et à mesure du temps, en parallèle de nombreuses autres évolutions.

D'ailleurs, l'avancée des connaissances scientifiques, dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, a permis une meilleure compréhension du fonctionnement du corps humain, mise à profit dans la recherche de produits contraceptifs par exemple. Leur apparition en France a soulevé de nombreux débats sociétaux avant d'aboutir à leur légalisation dans les années 60. Puis, il aura fallu attendre la fin des années 70 pour que l'interruption volontaire de grossesse ou IVG soit autorisée. À ce jour, malgré un paysage contraceptif plutôt varié, le nombre de grossesses non désirées peine à diminuer et avoisine 1 grossesse sur 3 notamment chez les adolescentes et les jeunes adultes. Fort de ce constat, l'état français s'est engagé dans une politique de prévention et d'éducation à la santé sexuelle réalisée entre autre, par le biais de campagnes d'information et de sensibilisation. D'autre part, certaines instances, telles que la région Pays de la Loire, ont créé un dispositif : le Pass Prévention Contraception, visant à favoriser l'accès à la contraception des jeunes tout en y ajoutant une dimension d'autonomie.

De plus en plus impliqué dans la prévention de la santé, le pharmacien d'officine, premier professionnel de santé en contact direct avec la population, s'est naturellement inscrit dans ce

projet. Sa proximité, notamment en zone rurale, ainsi que la confiance qu'il dégage, font de lui un partenaire idéal de cet outil mis à disposition des jeunes ligériens, il y a quelques années.

Par le biais de ce travail, nous récapitulerons dans un premier temps certains aspects anatomiques et physiologiques de l'homme puis de la femme permettant ensuite de mieux appréhender les différentes méthodes de contraception disponibles en France. Celles-ci seront résumées au travers de fiches, plutôt destinées aux professionnels car faisant appel à des notions plus ou moins complexes. Elles permettent de reprendre les points clés de chacune d'entre elles de façon didactique et synthétique, à partir d'un même modèle se terminant par un paragraphe « Conseils aux patientes », délivrables au comptoir. Ensuite nous aborderons l'histoire et l'évolution de la législation contraceptive afin de comprendre les démarches sociétales et gouvernementales ayant abouti aux différentes campagnes de prévention et promotion de la santé sexuelle menées en France. Enfin nous terminerons en abordant le fonctionnement ainsi que les évolutions du Pass Prévention Contraception et la place que peut avoir le pharmacien d'officine dans ce dispositif.

I. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Les systèmes génitaux masculin et féminin se caractérisent par des éléments communs : les *gamètes* produites par les *gonades*, les *hormones sexuelles* ainsi qu'un ensemble de *conduits* assurant le transport des gamètes dans l'organisme.

A. Appareil génital masculin

Chez l'homme, l'appareil génital permet d'élaborer puis d'émettre les cellules reproductrices, acheminées jusqu'aux voies génitales féminines à travers le sperme.

1. Les organes génitaux externes masculins

a. Le scrotum et les testicules

Le **scrotum** se situe en regard de la racine du pénis. Sa surface externe est parsemée de poils et recouverte par du tissu conjonctif, le *fascia dartos* et de la *peau* mobile grâce à ses fibres musculaires lisses. Il forme une membrane rougeâtre d'aspect ridé qui enveloppe les testicules (3). La cavité membraneuse communément appelée *bourse*, a pour principales fonctions la *protection* des testicules face à d'éventuels traumatismes ainsi que leur *thermorégulation*, nécessaire à la *spermatogénèse*. Effectivement, pour une production optimale de spermatozoïdes, la température des testicules doit être 2 à 3°C inférieure à celle du corps humain. Donc durant le 8^{ème} mois de vie intra-utérine, les testicules descendent de la cavité abdominale via les canaux inguinaux pour se placer dans le scrotum, à l'extérieur de l'organisme [cf. Figure 1].

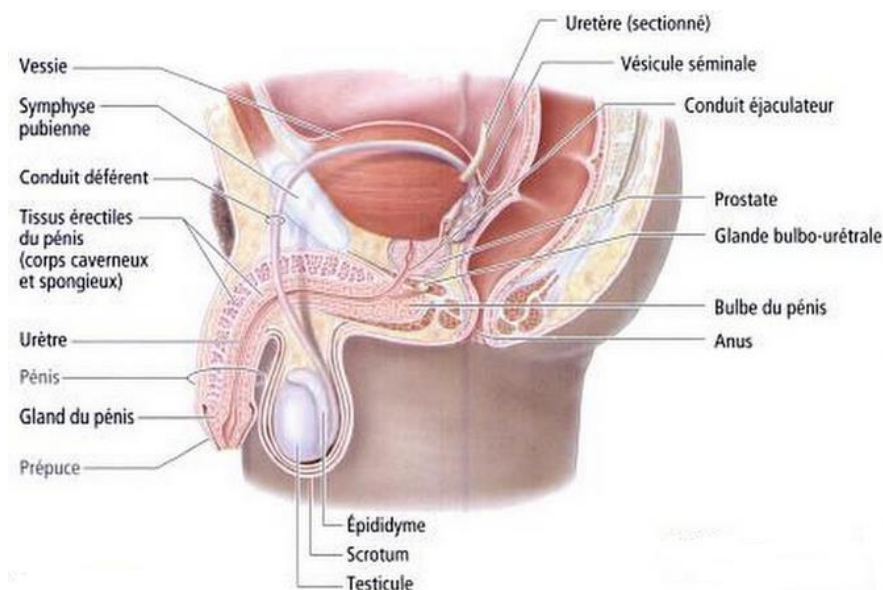


Figure 1 Anatomie du système reproducteur de l'homme en vue latérale (3)

Les **testicules** sont des organes pairs, de forme ovale, logés à l'intérieur du scrotum. Ils sont divisés en plus de 250 compartiments appelés *lobules* séparés par des cloisons internes ou *septs*. Chaque lobule contient 1 à 4 *tubules séminifères contournés* enroulés sur eux-mêmes [cf. Figure 2]. Ces pièces maîtresses de la spermatogénèse sont constituées des *cellules de Sertoli* ou épithéliocytes de soutien et des *cellules germinales* se divisant continuellement à partir de la puberté pour produire les spermatozoïdes. Les gamètes mâles remontent ensuite vers l'abouchement des tubules séminifères de chaque lobule : les *tubules séminifères droits*, qui les transporteront vers les canaux de la partie postérieure du testicule, les *réte testis* [cf. Figure 2]. Ces derniers convergent pour former les *canalicules efférents* reliés à l'*épididyme* adossé au testicule.

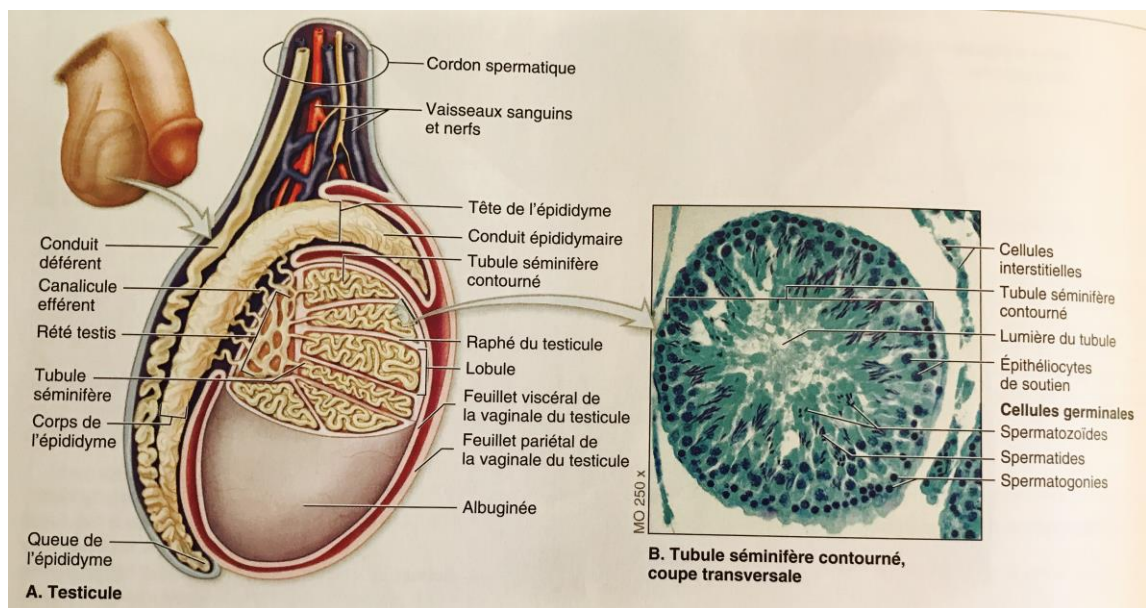


Figure 2 Anatomie du testicule en coupe sagittale (a) et coupe histologique de tubule séminifère contourné (b) (4)

b. Le pénis

Chez l'homme, le **pénis** ou la **verge** est recouvert de peau sur ses 3 portions [cf. Figure 3] :

- la *racine*, extrémité fixe à l'intérieur de l'organisme. Elle regroupe : les *piliers* (ancrage de chaque côté de la symphyse pubienne) et le *bulbe* du pénis (liaison avec le triangle uro-génital) (5).
- le *corps*, partie libre, mobile et plus ou moins allongée du pénis. Il est constitué de deux *corps caverneux* fournissant un apport vasculaire majeur lors de l'érection et du *corps spongieux* laissant passer l'urètre ainsi qu'un réseau veineux dense capable de se dilater.
- le *gland*, à l'extrémité distale, est caractérisé par un renflement du corps spongieux. Son sommet forme une ouverture laissant place au *méat urétral* (6).

Le pénis est donc à la fois un organe de **vidange urinaire** et un organe de **copulation** une fois en érection suite à une stimulation. Cette excitation entraîne un réflexe parasympathique responsable de la libération de monoxyde d'azote au sein des tissus érectiles du pénis. Ce puissant vasodilatateur entraîne le relâchement des fibres musculaires lisses des vaisseaux puis leur dilatation. Les corps caverneux se remplissent alors progressivement de sang et le pénis augmente de taille en se durcissant et se courbant vers le haut et l'avant. Le corps spongieux se gorge de sang, s'élargit et laisse l'urètre ouvert durant la deuxième phase de la réponse sexuelle : l'éjaculation (7).

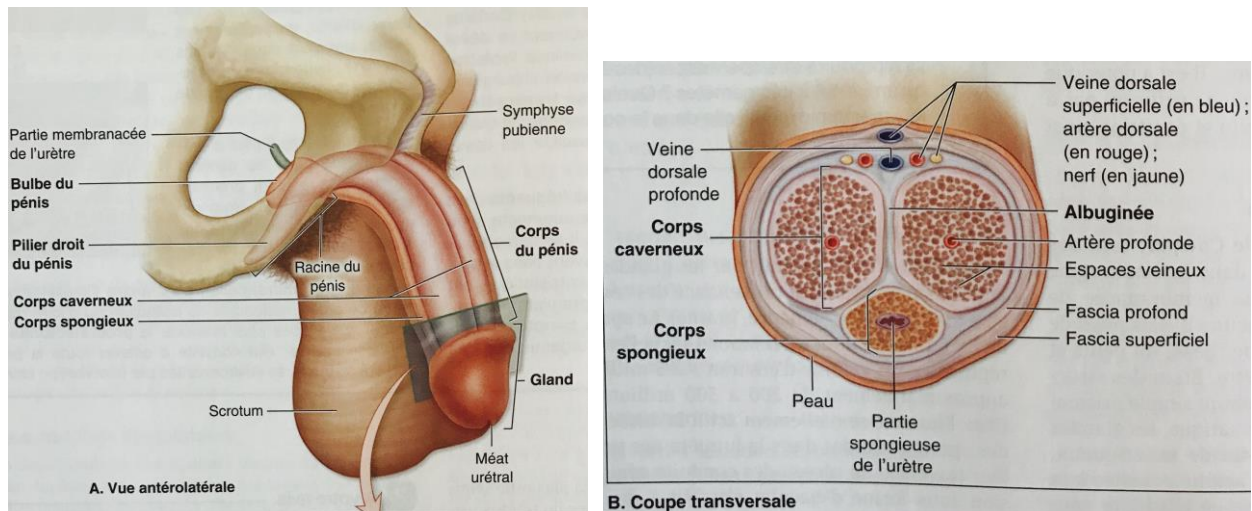


Figure 3 Anatomie du pénis en vue antérolatérale (A) et en coupe transversale (B) (4)

2. Les voies génitales masculines

Le but de ces canaux est d'acheminer les sécrétions masculines. Les spermatozoïdes matures et immobiles (au départ) passent de l'**épididyme** vers la vésicule séminale grâce aux contractions spasmodiques des fibres musculaires lisses de la paroi du **conduit déférent**. Ils se mêlent ensuite au liquide issu de la vésicule séminale et sont propulsés de la même manière par les muscles des parois du **conduit éjaculateur**, vers l'**urètre** permettant l'éjaculation (7).

3. Les glandes annexes masculines

L'appareil génital masculin comprend trois ensembles de glandes sécrétrices : les **vésicules séminales**, la **prostate** et les **glandes bulbo-urétrales**. Le liquide ainsi produit se mélange aux spermatozoïdes et forme le *sperme*. Composé majoritairement d'éléments nutritifs et de facteurs améliorant la capacité de survie des gamètes mâles, il permet de neutraliser l'acidité vaginale (protection face à l'entrée d'organismes pathogènes) puis assure la survie, la nutrition et le transport des spermatozoïdes au sein des voies génitales féminines tout en ayant un rôle de lubrifiant (8).

4. La régulation hormonale chez l'homme

Les testicules jouent un rôle exocrine lors de la **spermatogénèse** et assurent une fonction endocrine via les cellules de Leydig qui sécrètent les **androgènes testiculaires** dont la **testostérone** jouant un rôle central de régulation. A l'instar d'autres glandes endocrines, les testicules ne fonctionnent pas indépendamment mais sous le **contrôle permanent neuroendocrinien**.

a. La production des gamètes mâles

La **spermatogénèse** débute dans les tubules séminifères contournés testiculaires dont la paroi extérieure est tapissée de cellules germinales dites **spermatogonies** [cf. Figure 4]. De la naissance jusqu'à la puberté, ces cellules diploïdes ($2n$) se divisent par mitose et forment des cellules filles restant au bord des tubules. À partir de la puberté, la **spermatogonie** dite *de type B* va s'avancer dans la paroi du tubule et devenir un **spermatocyte primaire** ou *de 1^{er} ordre* ($2n$). Au fur et à mesure de son déplacement vers la lumière du tubule séminifère, son volume augmente. Puis, la méiose I aboutit à la formation de 2 **spermatocytes secondaires** dits *de 2^{ème} ordre* (n) et la méiose II produit, par la suite, 4 **spermatides** (n). Après avoir perdu leur surplus de cytoplasme, éliminé par les cellules de Sertoli, les spermatides acquièrent un flagelle lors de la **spermiogénèse** et deviennent des **spermatozoïdes** formés d'une tête avec une coiffe acrosomale, une pièce intermédiaire et une queue [cf. Figure 4]. L'ensemble du processus dure en moyenne 70 jours mais il faudra une dernière étape de **maturation**, au sein des voies spermatiques et notamment de l'épididyme, pour que les spermatozoïdes deviennent pleinement mobiles et fertiles (3).

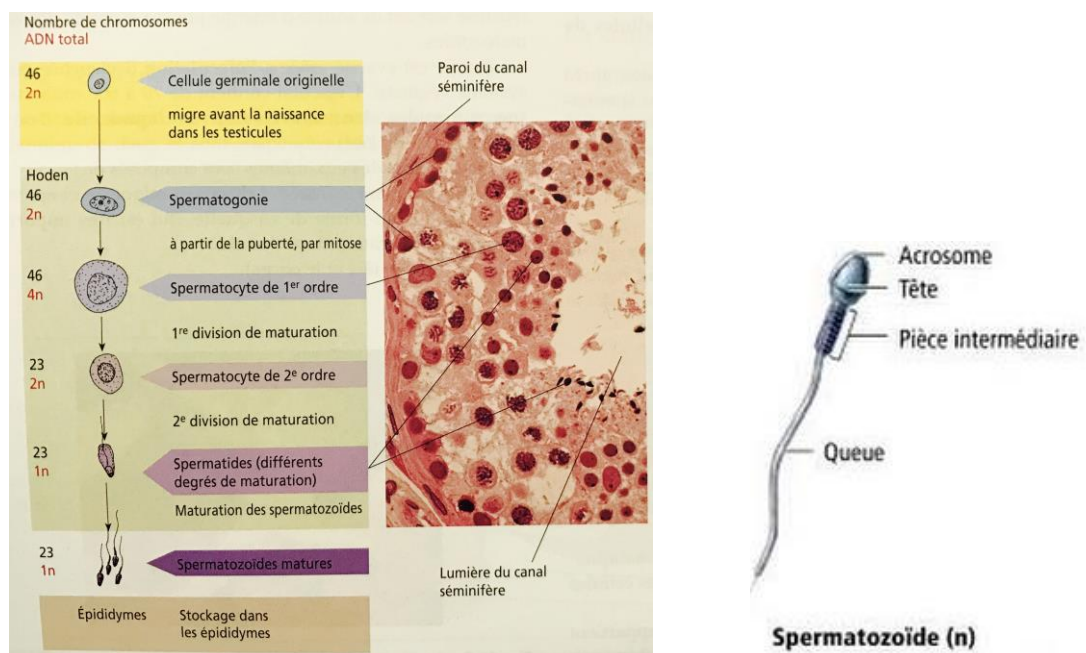


Figure 4 Représentation schématique de la gamétogénèse (9) et d'un spermatozoïde avec vue microscopique (3)

b. L'axe cérébro-testiculaire

La régulation hormonale de la fonction de reproduction chez l'homme est assurée conjointement par une formation cérébrale : l'**hypothalamus**, relié à une glande située sous le cerveau : l'**adénohypophyse** et aux **testicules** (7) :

- ① Les neurones hypothalamiques produisent la gonadolibérine **GnRH** « Gonadotrophin-Releasing Hormon ». Ce facteur de libération est transporté dans le sang jusqu'à l'adénohypophyse où il stimule la sécrétion des gonadotrophines : **FSH** « Follicle-Stimulating Hormon » et **LH** « Luteinizing Hormon ».
- ② Ces deux hormones FSH et LH, passent dans le sang afin d'agir respectivement sur les cellules de Sertoli des tubes séminifères contournés et les cellules interstitielles de Leydig.
- ③ La LH déclenche la sécrétion d'une autre hormone : la **testostérone**, facteur initiant la spermatogénèse. Elle rejoint la circulation sanguine et se dirige vers plusieurs types de cellules cibles y compris vers les tubes séminifères contournés.
- ④ La FSH participe indirectement à la spermatogénèse. Elle stimule la production de la protéine liant les androgènes **ABP** « Androgen-Binding Protein » au niveau des épithéliocytes de soutien des tubes séminifères contournés. L'ABP permet alors à ces cellules de fixer et concentrer la testostérone en formant des **complexes ABP-testostérone** qui agissent sur les cellules germinales en favorisant la suite de leur division.
- ⑤ Au fur et à mesure, le nombre de spermatozoïdes augmente. Lorsqu'il atteint un certain seuil, les épithéliocytes de soutien des tubes séminifères réagissent en sécrétant une hormone protéique : l'**inhibine**. Elle va assurer un rétrocontrôle négatif en inhibant les sécrétions de Gn-RH et FSH, ce qui freinera la spermatogénèse. Puis quand le nombre de spermatozoïdes passera sous la barre des 20 millions par millilitre, la production d'inhibine diminuera, permettant la reprise de la spermatogénèse. De même, la hausse du taux de testostérone entraîne une rétroaction négative en inhibant la sécrétion de Gn-RH puis atténuant la sensibilité de l'adénohypophyse à cette hormone, entraînant donc la baisse des taux de FSH et LH (4).

Au final, les gamètes et hormones produites par les testicules subissent une régulation hormonale régit par [cf. Figure 5] :

- la **Gn-RH** agissant de manière indirecte et positive sur les testicules,
- la **FSH** et **LH**, d'action directe positive,
- la **testostérone** capable de stimuler la spermatogénèse mais aussi, comme l'**inhibine**, de réaliser des rétrocontrôles négatifs sur les structures en amont (hypothalamus et adénohypophyse).

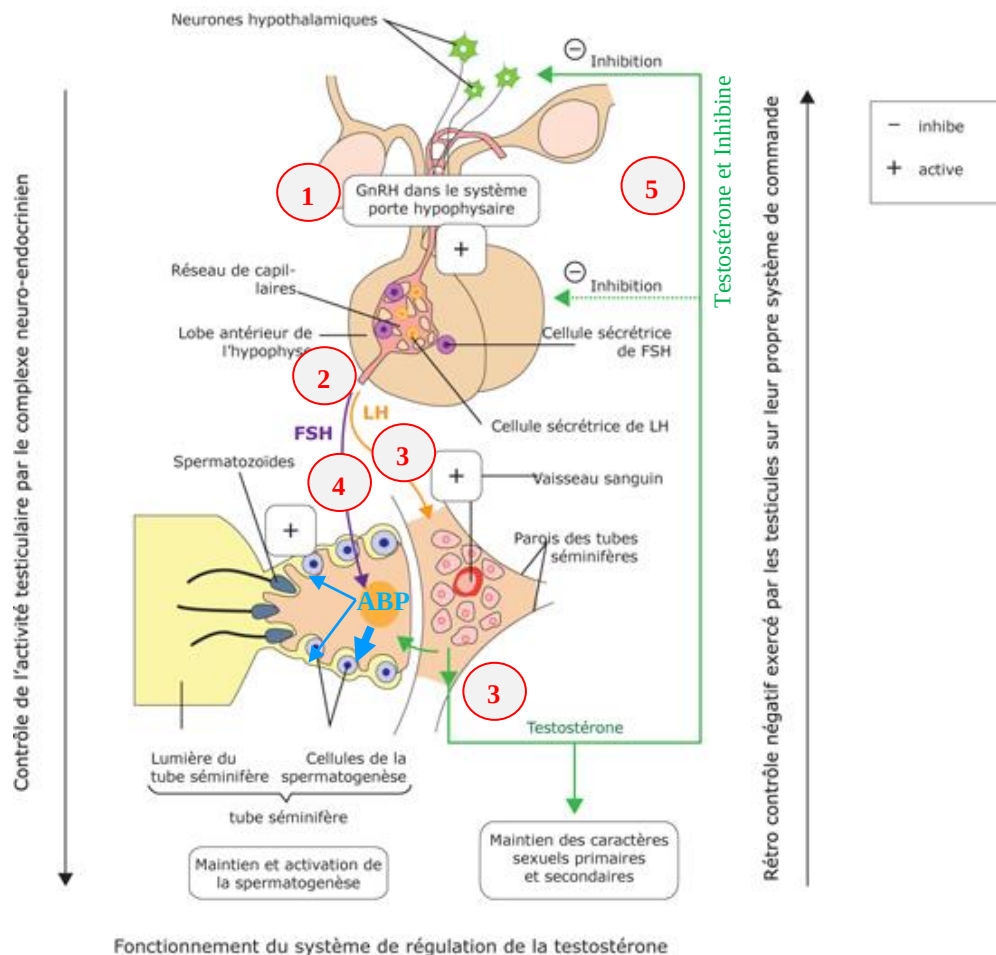


Figure 5 Représentation schématique de la régulation hormonale de la fonction testiculaire (10)

b. Les effets de la testostérone et la puberté

Le système génital des hommes reste latent pendant la première partie de leur vie, jusqu'à la **puberté** : cette période entre ~ 9 et 14 ans où les organes sexuels deviennent fonctionnels et les caractères sexuels secondaires se développent grâce aux hormones gonadiques (7).

Jusqu'au début de l'adolescence l'organisme ne produit pas de gonadotrophine. Ce n'est qu'à partir de la puberté que l'hypothalamus commence à sécréter suffisamment de Gn-RH engendrant la libération de FSH et LH induisant elle-même la production de testostérone. Une fois les taux assez importants, cela déclenche les processus de maturation sexuelle et la maturation des gamètes (4).

Ainsi au moment de la puberté, la testostérone est responsable de nombreux effets dont (7) :

- le développement et la fonctionnalisation des **organes génitaux** avec notamment l'augmentation du volume des testicules et la croissance du pénis
- l'apparition des **caractères sexuels secondaires** (pilosité faciale, axillaire et pubienne, abaissement de la voix, épaissement de la peau et pic de croissance)
- l'émergence de la **libido**

L'ensemble de ces effets est commandé par la sécrétion de testostérone en constante hausse dès le début de la puberté. Néanmoins passé cette période, le taux de testostérone cesse d'augmenter puis diminue progressivement en même temps que le nombre des années s'accroît.

c. L'andropause

À partir de la cinquantaine environ, les hommes peuvent observer une diminution du volume de leurs testicules. Leurs tubules séminifères peuvent aussi réduire en taille et le nombre de cellules interstitielles diminuer. Ce déclin aboutit à la **chute graduelle** du taux de **testostérone**, sans pour autant atteindre un niveau égal à zéro car la *fonction reproductive n'est jamais abolie* chez l'homme même si la quantité et la mobilité des spermatozoïdes baissent nettement dans le temps (4). Certains scientifiques parlent d'**andropause**. Généralement peu d'hommes se plaignent. Ils dénoncent parfois des signes cliniques semblables aux symptômes de la ménopause chez la femme avec des variations de l'humeur, une baisse de la libido, des bouffées de chaleur ou encore des excès de transpiration (7).

B. Appareil génital féminin

La mission de la femme dans la fonction de **reproduction** est plus complexe que celle de l'homme puisqu'elle participe au **soutien du futur être vivant** en cours de développement. De plus, l'activité génitale de la femme est restreinte à quelques dizaines d'années et fonctionne de manière cyclique (11). Parcourons à présent le chemin emprunté par les spermatozoïdes.

1. Le tractus génital féminin

a. Les organes génitaux externes féminins

Le périnée féminin ou plancher pelvien correspond à la région du bassin qui comprend l'anus et les organes extérieurs au vagin, regroupés sous le terme de **vulve** [cf. Figure 6] :

- le mont du **pubis**
- les **grandes** et **petites lèvres**, protégeant l'orifice vaginal et le méat urétral
- le **clitoris**, constitué majoritairement de tissus érectiles
- et les structures du **vestibule** avec les glandes vestibulaires qui humidifient le vagin (7).

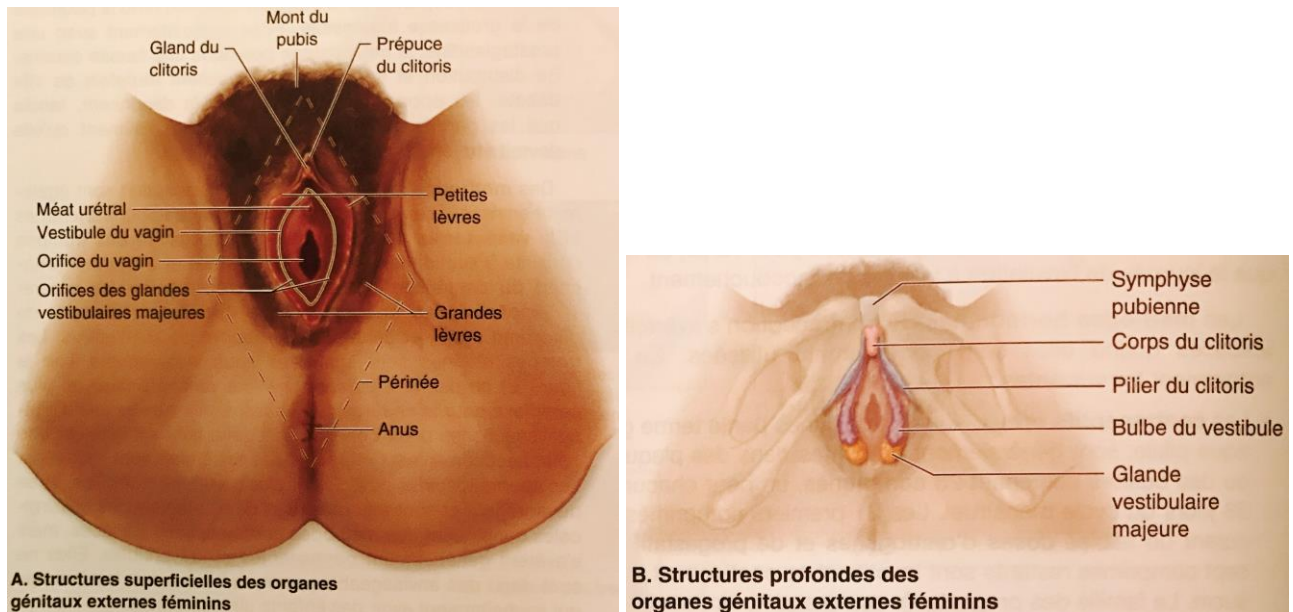


Figure 6 Représentations des structures superficielles (A) et profondes (B) des organes génitaux externes de la femme (4)

b. Le vagin

Le **vagin** forme un angle de 45° avec les organes génitaux externes qu'il sépare du col de l'utérus. Sa paroi, mince et extensible lui permet de recevoir le pénis et son éjaculat lors d'un rapport sexuel mais aussi d'expulser l'enfant lors de l'accouchement.

c. L'utérus

L'**utérus**, ou *ventre de la mère* en latin, assure la liaison entre le vagin et les trompes utérines [cf. Figure 7]. Chez la femme nullipare, cet organe creux et piriforme tel une poire renversée, est positionné en antéversion (vers l'avant) et repose contre la vessie. Il se compose du :

- **corps** qui représente les deux tiers supérieurs avec :
 - le **fond** ou *fundus*, très arrondi, reliant les deux points d'insertion des trompes utérines
 - l'**isthme**, plus étroit, représentant la portion inférieure du corps utérin, qu'il relie au col.
- **col de l'utérus** qui est la région la plus réduite de l'organe et légèrement avancée dans le vagin. Il renferme le *canal du col utérin* ou *canal endocervical* (12). La muqueuse du canal du col utérin ne se desquame pas mais renferme des *glandes cervicales* sécrétant un mucus. De consistance assez épaisse, il forme une sorte de bouchon recouvrant l'orifice externe de l'utérus pour bloquer l'entrée d'éventuels agents pathogènes et/ou spermatozoïdes (7).

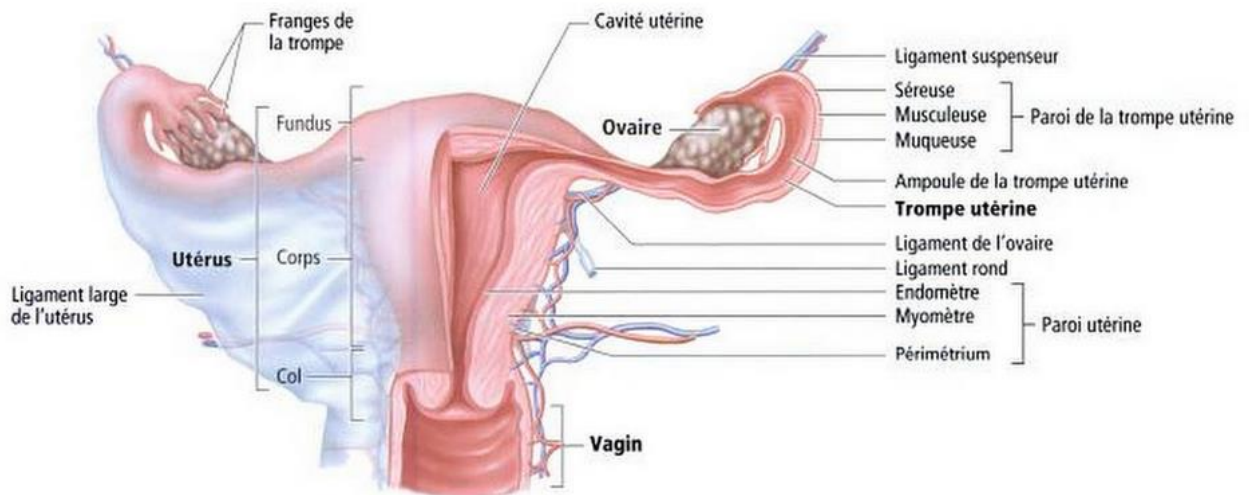


Figure 7 Coupe sagittale des organes génitaux internes féminins reliant l'utérus, les ovaires et le vagin (3)

La paroi utérine est quant à elle, composée de plusieurs couches distinctes [cf. Figure 7] :

- le **périmétrium** ou séreuse péritonéale est la tunique externe qui soutient l'utérus
- le **myomètre** ou muscle de l'utérus est formé de fibres musculaires lisses entrelacées. Cette couche moyenne plutôt épaisse est capable de se contracter pour favoriser l'élimination du flux menstruel (en l'absence de fécondation) ou l'expulsion du nouveau-né lors de l'accouchement
- l'**endomètre** ou muqueuse interne de l'utérus comporte :
 - une couche *fonctionnelle* devenant active à partir de la puberté et qui se désagrège lors des menstruations s'il n'y a pas fécondation ou fsi l'œuf ne s'est pas implanté dans l'endomètre
 - une couche *basale ou résiduelle*, recouvrant le myomètre et permettant le renouvellement de la couche fonctionnelle suite aux menstruations, à la fin de chaque cycle.

d. Les trompes utérines

Les deux versants de l'utérus sont reliés aux ovaires correspondants par les **trompes utérines** dites **de Fallope** (~10cm). Suspendues dans la cavité pelvienne, elles se composent de (5) :

- la **partie utérine** ou **interstitielle** qui aboutit dans la cavité utérine par l'ostium utérin
- l'**isthme** qui correspond au premier tiers du segment tubulaire légèrement aminci
- l'**ampoule**, région médiane bombée, est enroulée autour de l'ovaire et représente le **site de fécondation** de l'ovocyte
- l'**infundibulum** ou **entonnoir** en latin, est l'extrémité terminale libre bordée de projections ciliées appelées franges dont l'une d'entre elles se fixe sur le pôle supérieur de l'ovaire [cf. Figure 7].

2. Les gonades féminines : les ovaires

a. Anatomie

Les principaux organes génitaux internes de la femme sont les **ovaires**. Ces structures paires, de forme ovale, sont ancrées dans le petit bassin et arrimées à la cavité pelvienne (7).

Leur aspect extérieur se modifie sensiblement selon l'âge de la femme. Avant la puberté la surface de l'ovaire est lisse et uniforme. Puis au cours du temps et suite aux ovulations, l'ovaire se recouvre de déformations cicatricielles (13) même si ceci est moins marqué chez les femmes prenant des pilules contraceptives inhibant l'ovulation. Enfin, à partir de la ménopause, l'ovaire s'atrophie et sa surface externe redevient régulière.

Tout comme les testicules, les gonades femelles assurent plusieurs fonctions. Les ovaires et les follicules ovariens qu'ils contiennent, sont à la fois le siège de la **production des gamètes** (ovules) ainsi que des hormones sexuelles féminines : **œstrogènes** et **progestérone** (14).

b. La folliculogénèse

Le cortex ovarien ou zone externe de l'ovaire, réunit plusieurs milliers de cellules : les **follicules ovariens**. Ces amas cellulaires associent un ovocyte de 1^{er} ordre entouré de cellules dites folliculaires assurant sa survie (4). Le développement folliculaire ou **folliculogénèse** se caractérise par une succession d'étapes au cours du cycle ovarien, sur plusieurs mois [cf. Figure 8] :

1. Au départ, chaque **follicule ovarien primordial** est formé d'un œuf immature, l'ovocyte de 1^{er} ordre (bloqué en prophase I) cerné d'une couche de cellules folliculaires squameuses. Notons qu'à la naissance, les deux ovaires féminins comptent une réserve totale d'environ 1 million de follicules ovariens primordiaux.
2. Ils vont ensuite s'entourer de deux ou plusieurs couches de cellules granuleuses cuboïdes constituant le stratum granulosum ou granulosa des **follicules ovariens primaires**. Ces-derniers participent à la synthèse d'œstrogènes et de glycoprotéines aboutissant à la formation de la zone pellucide entourant directement l'ovocyte.
3. Au fur et à mesure que les follicules continuent de croître et d'augmenter de volume, un liquide séreux riche en facteurs de croissance notamment s'accumule dans la cavité centrale folliculaire, l'antrum. À ce stade, les **follicules ovariens secondaires** avoisinent 0,2mm de diamètre (15). La croissance se poursuit, particulièrement au niveau de l'antrum et de la couche granuleuse. L'ovocyte, quant à lui, reste inactif et ne grossit pas ou très peu.

4. Une fois parvenus à maturité, les *follicules ovariens mûrs* dits de *De Graaf* peuvent atteindre jusqu'à 2 cm. Les cellules granuleuses en contact avec la zone pellucide s'y fixent et forment la corona radiata (3). Les ovocytes de ces follicules ont poursuivi leur méiose jusqu'à la métaphase II et sont dits de 2^{ème} ordre. Il peut s'écouler 8 à 10 mois entre le développement d'un follicule primordial en follicule de De Graaf.
5. Puis, l'ovulation se traduit par la rupture du follicule et l'expulsion de l'ovocyte à la surface de l'ovaire. Les débris folliculaires persistant dans l'ovaire se transforment en *corps jaune* (du fait d'un pigment cellulaire) sécrétant des œstrogènes et de la progestérone (4). Ces hormones entraînent l'épaississement de la paroi utérine et la prépare à l'implantation d'ovocyte.
6. Enfin, après 2 à 14 jours de vie, le corps jaune finit par dégénérer en laissant un amas de tissus cicatriciel dénommé *corps blanc* qui sera absorbé par le stroma ovarien ou tissu de soutien.

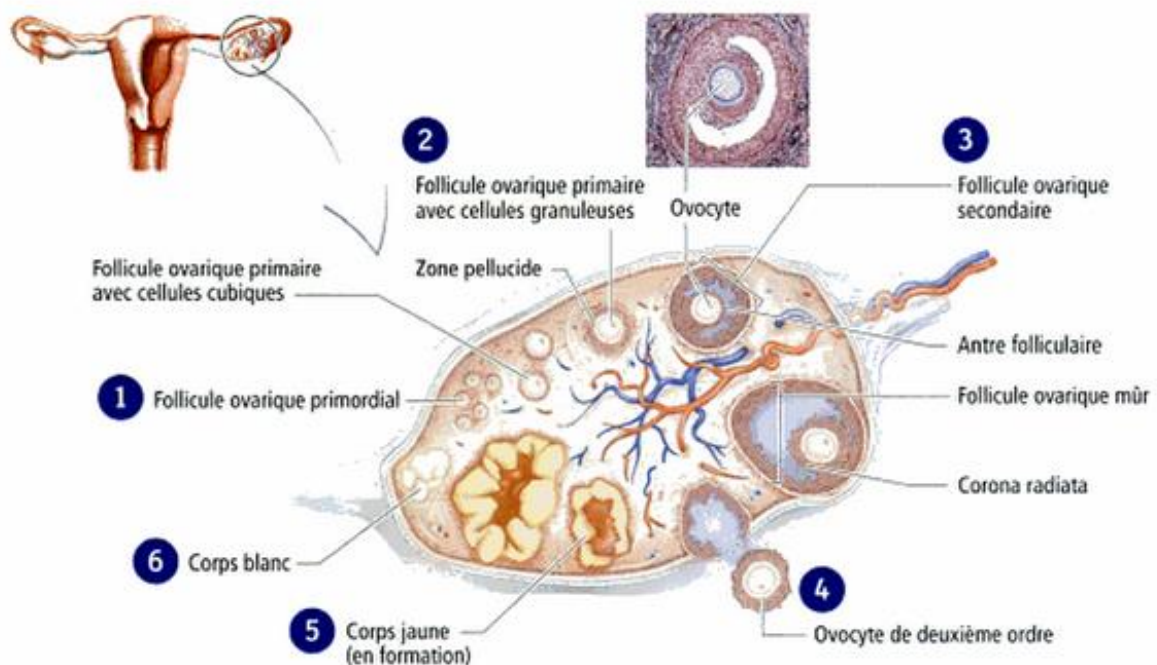


Figure 8 Représentation schématique du développement folliculaire (3)

c. L'ovogénèse et le cycle ovarien

Ainsi, le développement des cellules folliculaires et des ovocytes ont lieu de façon dépendante [cf. Figure 9]. Le processus permettant de passer d'un ovocyte initial dit de 1^{er} ordre à un ovocyte de 2^{ème} ordre au cours de la division méiotique correspond en d'autre terme à l'**ovogénèse** et s'amorce dès la période embryonnaire. À ce stade, le fœtus possède des ovaires renfermant des cellules germinales primordiales diploïdes (ayant 46 chromosomes) : les *ovogonies*.

Par division mitotique, ces cellules mères donneront des cellules filles diploïdes. Néanmoins ces ovocytes de 1^{er} ordre resteront bloqués en prophase I. Pendant l'enfance et jusqu'à la puberté, les ovaires n'ont aucune activité et ne produisent donc aucun follicule ovarique allant même jusqu'au phénomène inverse, l'atrésie. La réserve de follicules ovariques primordiaux contenant des ovocytes de 1^{er} ordre ne se renouvelle pas et bon nombre d'entre eux dégénèrent. Au final à la puberté, ils ne sont plus qu'environ 300 000 sur le million initial (4).

Puis lorsque l'activité génitale débute, des cycles physiologiques se mettent en place. Tous les mois, une dizaine d'ovocytes de 1^{er} ordre sont activés mais un seul poursuivra son développement. L'ovocyte de 1^{er} ordre donne naissance à deux cellules haploïdes : un ovocyte de 2^{ème} ordre et un globule polaire de taille réduite pouvant subir une deuxième méiose mais finissant toujours par dégénérer. A cette étape l'ovocyte de 2^{ème} ordre est bloqué en métaphase II et seule une division ultérieure permettra l'achèvement de la deuxième division méiotique. Pour se faire, l'ovocyte II devra être expulsé du follicule au moment de l'ovulation avant de s'unir avec un spermatozoïde l'ayant pénétré. L'ovogénèse s'achève seulement s'il y a fécondation donnant naissance à un ovule ainsi qu'un globule polaire II voué à dégénérer faute de cytoplasme et d'éléments nutritifs (7).

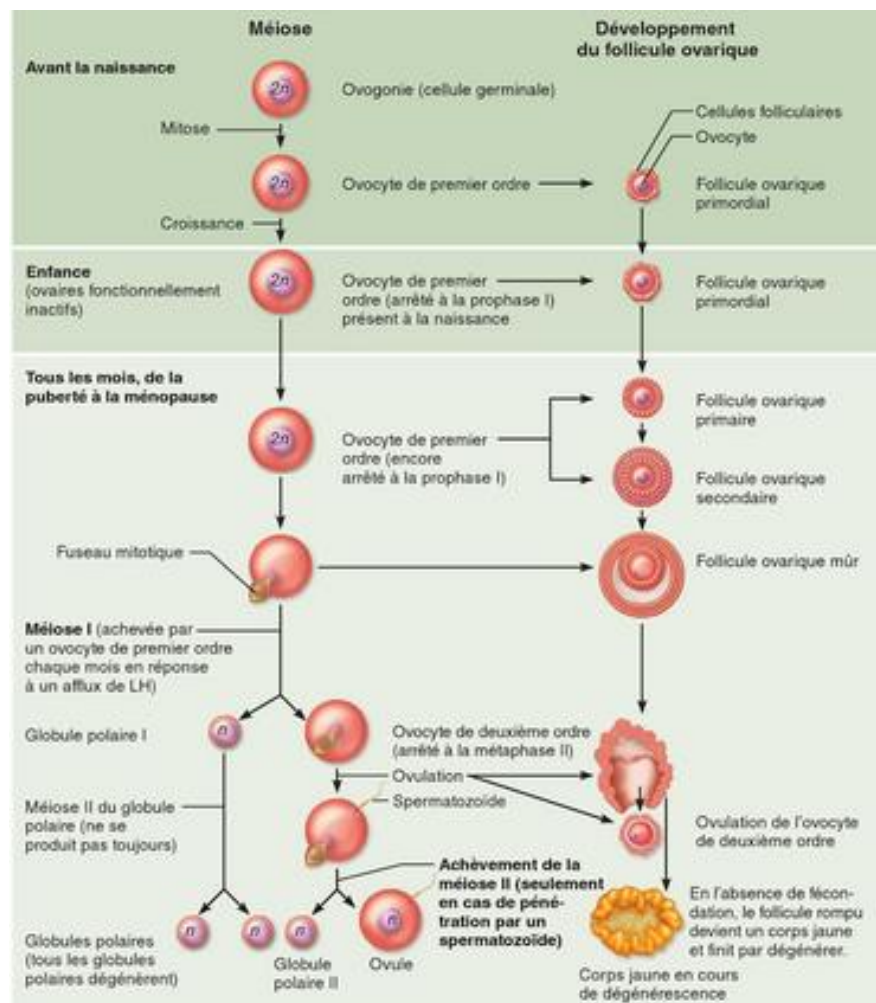


Figure 9 Comparaison schématique de l'ovogénèse avec la folliculogénèse (16)

Comme chez l'homme, la puberté féminine déclenche un ensemble de sécrétions hormonales influençant les différentes étapes du cycle ovarien [cf. Figure 10]. Schématiquement il peut se résumer en trois phases étendues sur 28 jours en moyenne. Même si chez certaines femmes, il existe des cycles courts (21 jours) ou longs (35 jours par exemple), il a été démontré que seule la durée de la 1^{ère} phase varie et l'intervalle entre l'ovulation et la fin du cycle est toujours de 14 jours.

① Phase folliculaire

Cette 1^{ère} moitié du cycle rassemble les étapes de la folliculogénèse et de l'ovogénèse. Elle débute au 1^{er} jour des menstruations lorsque l'hypothalamus sécrète la Gn-RH stimulant l'adénohypophyse. En réponse, celle-ci produit la FSH et LH activant le développement des follicules ovariens primaires puis secondaires qui produiront eux-mêmes d'autres hormones :

- des inhibines exerçant un rétrocontrôle négatif afin de freiner la sécrétion de FSH,
- des œstrogènes inhibant l'hypothalamus et l'hypophyse entraînant alors une rétro-inhibition sur les libérations de Gn-RH, FSH et LH.

La baisse du taux de FSH va stopper la croissance des follicules les moins développés, voués à dégénérer et permettra de sélectionner le follicule ovarien dominant, capable de sécréter assez d'œstrogènes pour assurer son développement en follicule ovarien mûr. Une fois le taux d'œstrogènes ayant atteint un certain seuil, l'hypothalamus et l'hypophyse enclenchent une boucle de rétroaction positive créant une forte augmentation de LH et plus légèrement de FSH (3).

② Phase ovulatoire

Ce pic de LH entraîne l'ovulation (souvent décrite au 14^{ème} jour d'un cycle typique de 28 jours mais pouvant survenir à n'importe quel moment du cycle). Le follicule ovarien mûr va alors se rompre et expulser son ovocyte de 2^{ème} ordre avant de se transformer en corps jaune.

③ Phase lutéale

Peu de temps après l'ovulation, le taux d'œstrogène diminue. Puis toujours sous l'influence de la LH, le corps jaune reprend sa sécrétion d'œstrogènes et d'inhibine tout en produisant de grandes quantités de progestérone. Ces pics hormonaux provoquent l'épaississement de la paroi utérine destinée à recevoir l'ovocyte fécondé ainsi qu'une seconde rétro-inhibition sur l'hypothalamus et l'hypophyse freinant les libérations de LH et FSH. La baisse des taux de gonadotrophines empêche le développement de nouveaux follicules et prévient la libération d'autres ovocytes. En l'absence de fécondation, le corps jaune va progressivement dégénérer en une 10^{aine} de jours et se transformer en corps blanc en entraînant la chute des hormones ovariennes. Cette diminution marque la fin de la phase lutéale et suspend l'inhibition de la Gn-RH permettant la reprise d'un nouveau cycle (7).

Cependant, si l'ovocyte de 2^{ème} ordre expulsé lors de l'ovulation parvient à être fécondé par un spermatozoïde et à s'implanter dans la paroi utérine alors la stimulation du corps jaune persistera par le biais de la gonadotrophine chorionique humaine hCG sécrétée par l'embryon ainsi formé. Dès lors, cette hormone mimant l'activité de la LH permettra au corps jaune de continuer sa production d'œstrogènes et progestérone, nécessaires à l'épaississement du revêtement utérin (4).

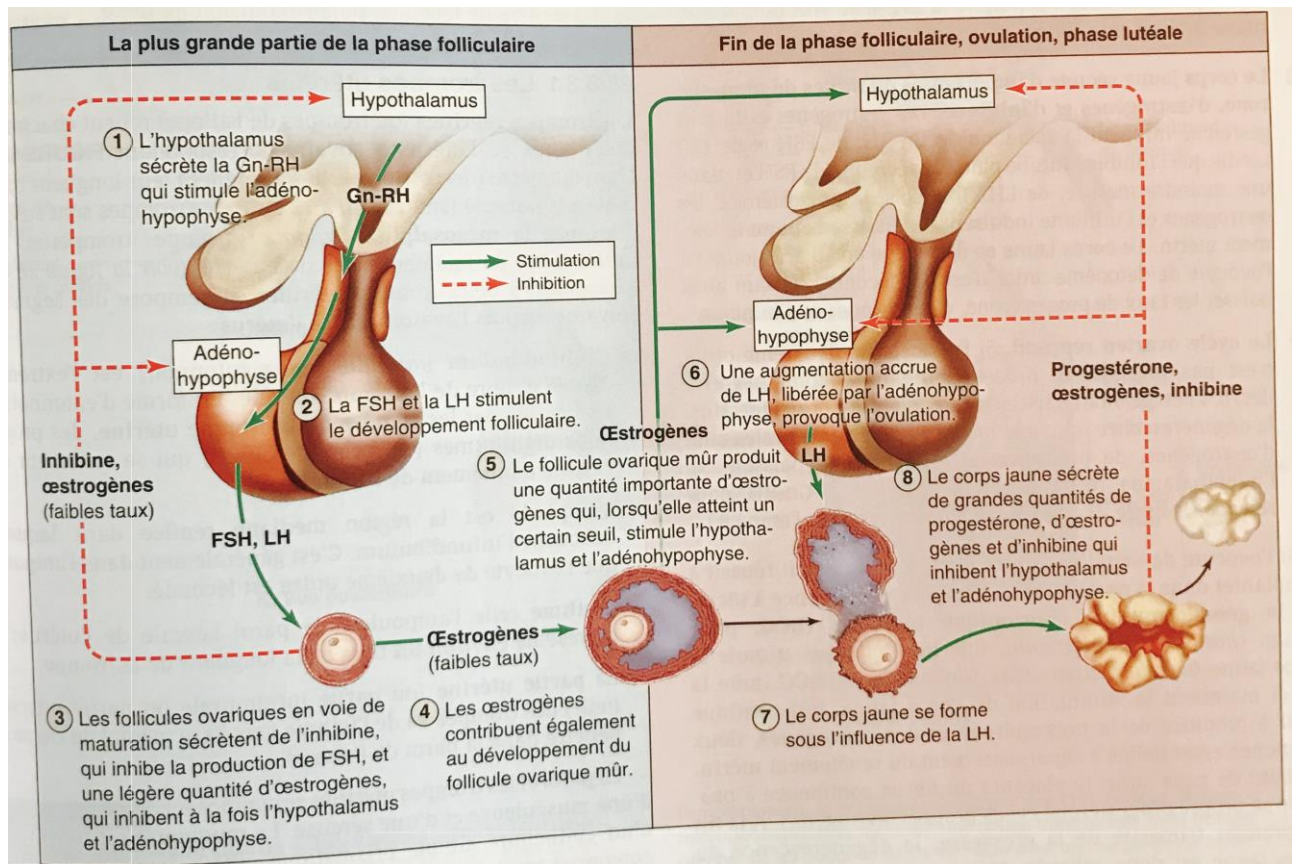


Figure 10 Représentation schématique des interactions hormonales au cours du cycle ovarien (4)

3. Le cycle menstruel et les menstruations

A l'instar des ovaires, l'utérus subit des modifications périodiques sous l'influence des hormones émises par les organes génitaux internes. Le **cycle menstruel** (ou cycle utérin) est intimement lié au cycle ovarien et s'apparente classiquement à un schéma à 3 phases liées au développement de l'endomètre [cf. Figure 11].

Malgré des variations interindividuelles, la durée d'un cycle typique est aussi de 28 jours. Par convention il débute au 1^{er} jour des **menstruations**, ce phénomène physiologique caractérisé par un écoulement sanguin (règles) dû à l'élimination de la muqueuse utérine, en l'absence de fécondation, de la puberté à la ménopause (17).

① Phase menstruelle

Du 1^{er} au 5^{ème} jour du cycle, les taux de gonadotrophines, LH et FSH ainsi que des hormones ovariennes sont abaissés du fait de la décomposition du corps jaune. La couche interne de l'endomètre (dite fonctionnelle) dégénère et se sépare de la paroi utérine. Le sang et les tissus qui la composent sont éliminés par un écoulement vaginal. Les menstruations peuvent représenter 45 à 50 voire 75ml de pertes liquidiennes au total dont 50% de sang (18). Pour rappel, les follicules ovariens primordiaux ont, en parallèle, débuté leur développement et libèrent des œstrogènes.

② Phase proliférative

À partir du 6^{ème} jour, lorsque le taux d'œstrogènes est assez important, la couche basale de l'endomètre (la seule à toujours persister) génère progressivement une nouvelle couche fonctionnelle. L'endomètre va alors passer de 0,5 à 3 mm d'épaisseur (19). La hausse des œstrogènes influence également la consistance de la glaire cervicale. Ce mucus initialement dense et visqueux devient plus abondant et fluide pour faciliter le passage des spermatozoïdes. Puis, le pic de LH aboutissant à l'ovulation marque la fin de cette phase dite pré-ovulatoire.

③ Phase sécrétoire

Simultanément à la phase lutéale du cycle ovarien, la phase sécrétoire ou post-ovulatoire correspond donc aux 14 derniers jours du cycle menstruel, qu'il soit court, classique (28 jours) ou long. Préalablement sensibilisé par les œstrogènes, l'endomètre va terminer son développement, sous l'influence de la progestérone sécrétée par le corps jaune, de façon à atteindre 5 mm d'épaisseur. Le taux élevé de progestérone permet à la glaire cervicale de retrouver son aspect initial collant et compact, protégeant l'entrée de l'utérus. Puis à partir d'un certain seuil de progestérone, une boucle de rétrocontrôle négatif fait chuter le taux de LH entraînant, si l'ovocyte de 2^{ème} ordre n'est pas fécondé, la dégénérescence du corps jaune et donc l'effondrement du taux de progestérone. L'endomètre privé de tout soutien hormonal sera donc prêt à débiter un nouveau cycle.

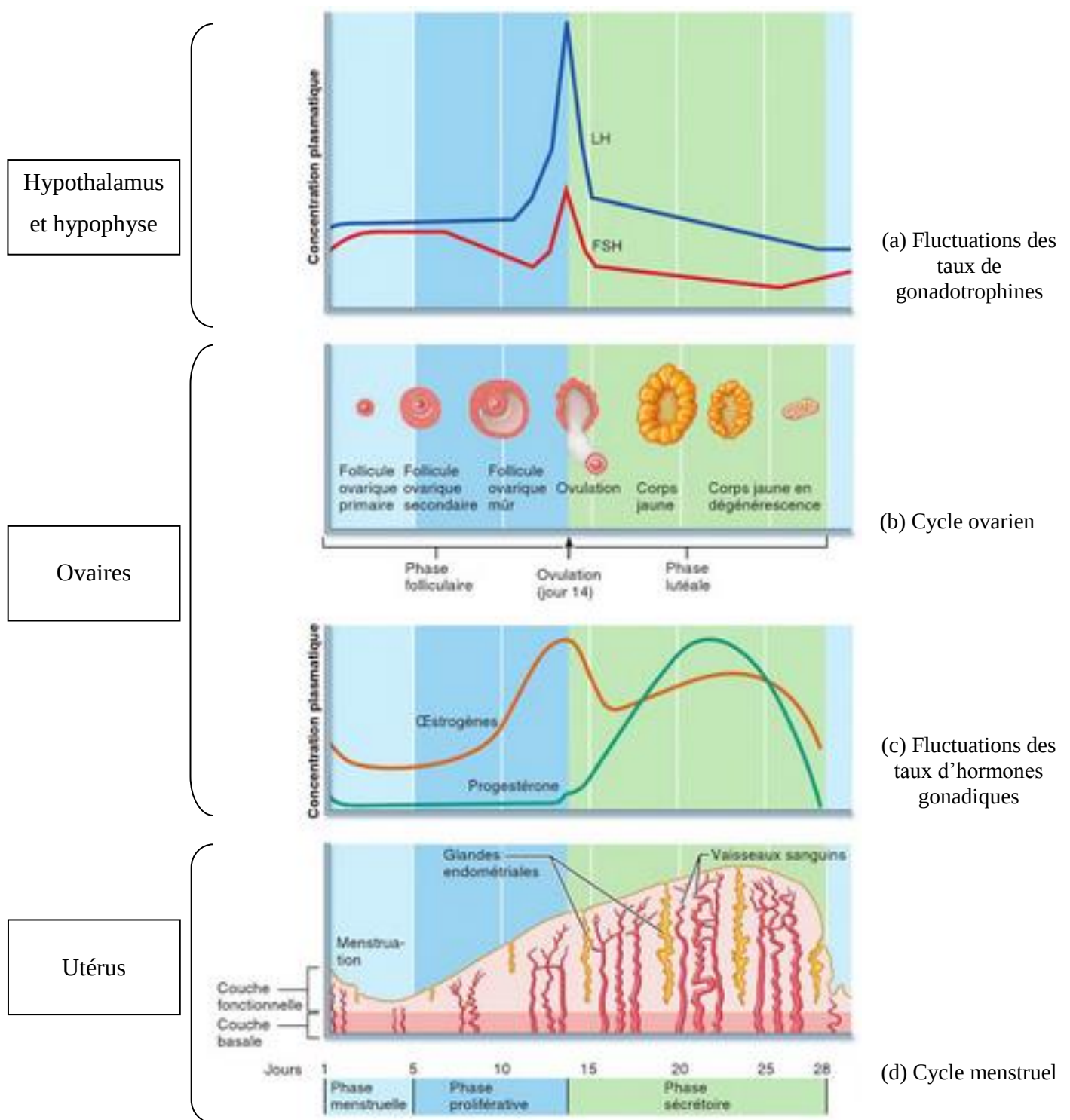


Figure 11 Relations entre les hormones hypophysaires, le cycle ovarien et le cycle menstruel (16)

4. La maturation sexuelle chez la femme

a. La puberté

Pour rappel, la **puberté** correspond à la période durant laquelle la maturité sexuelle et physique se met en place.

Comme chez les garçons, c'est l'augmentation de la sécrétion de Gn-RH, sous l'effet de divers stimuli non clairement identifiés, qui active la cascade liant l'hypothalamus, l'hypophyse et les gonades. Les ovaires vont alors sortir de leur quiescence et émettre des quantités croissantes d'**œstrogènes** responsables in fine, de l'acquisition de la capacité de reproduction.

Chez la jeune fille, les caractères sexuels secondaires apparaissent au cours de plusieurs périodes :

- L'*adrénarche* qui précède l'action de l'axe gonadotrope, débute vers 6 – 7 ans et se traduit par l'apparition de la **pilosité pubienne**.
- La *thélarche* ou **développement des seins**, est 1^{er} signe pubertaire. Elle s'amorce vers 11 ans en moyenne et est suivie par le développement de la **pilosité pubienne** et **axillaire**.
- La *ménarche* ou **premières menstruations**, a lieu 2 ans à 2 ans ½ après mais les cycles ne deviennent réguliers qu'à partir de la 2^{ème} année suivant la ménarche.
- L'augmentation de la **croissance** (par soudure des cartilages) est initiée avant la thélarche s'accroît durant la ménarche où la jeune fille pourra grandir de 7 cm en moyenne (20).

L'évolution des taux d'œstrogènes accentue également le **développement des organes génitaux** (muqueuse vaginale, lèvres vulvaires et utérus) ainsi que le dépôt de **tissu adipeux** au niveau des hanches et des cuisses. La majorité des femmes atteint ainsi le sommet de ses capacités reproductrices à la fin de la vingtaine (7).

b. La ménopause

À partir de la trentaine, les ovaires vont petit à petit épuiser leur stock d'ovules fécondables et seront de moins en moins réceptifs aux signaux des gonadotrophines. De fait, les taux d'œstrogènes chutent progressivement ce qui provoque le dérèglement des cycles ovarien (anovulatoires ou au contraire, multiples) et menstruel. Cette période de troubles fonctionnels, dite **péri-ménopause**, peut parfois s'étaler sur 5 à 10 ans avant l'arrêt définitif des ovulations et des menstruations entre 45 et 55 ans (4). La **ménopause** sera déclarée après 1 an sans menstruation. Des signes de carence oestrogénique peuvent apparaître en post-ménopause : fortes vasodilatations (bouffées de chaleur, sudation abondante), atrophie des tissus mammaires et des organes génitaux (sécheresse vaginale), diminution de la libido, perte de densité osseuse, asthénie, etc. Donc, contrairement à l'homme, l'activité génitale féminine est réduite à quelques dizaines d'années. Au-delà, la capacité de reproduction devient nulle et la femme ne peut plus assurer sa descendance naturellement.

II. LA CONTRACEPTION

A. Les différentes méthodes contraceptives

Lors de la première consultation gynécologique, il est primordial de rappeler la physiologie des cycles, en particulier l'ovulation et les difficultés de connaître avec précision sa date, puis le fait que la plupart des méthodes contraceptives sont très efficaces sous réserve d'une utilisation correcte. C'est justement pour favoriser la meilleure observance possible et afin de choisir la contraception la plus adaptée à la femme et/ou au couple, que les différents types de contraception doivent être clairement expliqués aux patient(e)s. Pour cela, j'ai choisi ici de réaliser une brève introduction concernant chaque moyen actuellement disponible avant de les présenter à partir de fiches de synthèse récapitulant les principales informations à retenir.

1. La contraception hormonale

De la compréhension scientifique du cycle ovarien et la découverte des structures des hormones sexuelles, est née l'idée d'utiliser des hormones de synthèse pour contrôler les naissances. Les premières hormones stéroïdes dont l'estrone, la progestérone puis l'estradiol furent identifiées dans les années 1930 [cf. Figure 12] et des essais cliniques révélèrent leur action inhibitrice sur l'ovulation. En 1956, le Dr Gregory Pincus associa un progestatif au mestranol (dérivé oestrogénique) pour créer la première pilule contraceptive, Enovid® (5mg noréthynodrel / 0,75mg mestranol) ayant au départ reçue son AMM dans l'indication des troubles menstruels (21).

Au fil des années, les essais cliniques se sont multipliés afin d'optimiser le dosage des hormones pour en limiter les effets indésirables. Puis progressivement de nouvelles molécules furent mises au point de façon à les utiliser seules ou en association.

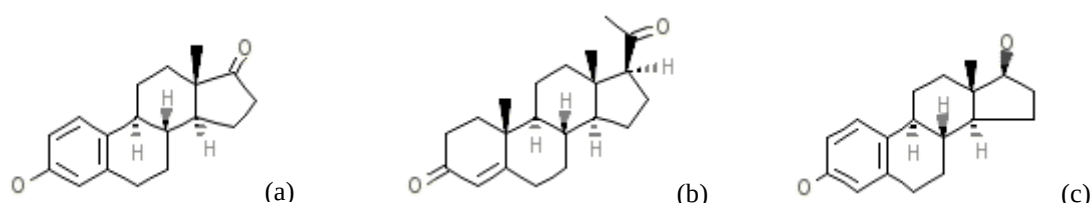


Figure 12 Structure chimique de l'estrone (a), la progestérone (b) et de l'estradiol (c) (22)

a. Les oestroprogestatifs

- **Voie orale = pilule combinée**

Aujourd'hui, la majorité des contraceptifs oraux contiennent des hormones semblables à celles produites par les ovaires : un œstrogène naturel (estradiol) ou de synthèse (souvent éthinylestradiol) associé à un progestatif de synthèse (classé en 4 familles ou générations). On parle alors de contraception orale combinée. Le composant oestrogénique assure un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire (à l'origine d'une diminution de synthèse et de sécrétion des gonatrophines) et entraîne l'inhibition de la croissance folliculaire et de l'ovulation. En parallèle, le composé progestatif renforce l'effet oestrogénique tout en atrophiant l'endomètre devenant impropre à la nidation et en favorisant l'épaississement de la glaire cervicale afin qu'elle soit imperméable aux gamètes mâles. Les pilules combinées se différencient par [Annexe I] (23):

- *la nature et la dose d'œstrogène* : estradiol ou éthinylestradiol (majoritairement)
- *le type de progestatifs* :
 - 1^{ère} génération : noréthistérone
 - 2^{ème} génération : lévonorgestrel, norgestrel
 - 3^{ème} génération : désogestrel, gestodène, norgestimate
 - 4^{ème} génération : drospirénone, acétate de chlormadinone, diénogest
- *le mode d'association des hormones* :
 - monophasique : chaque comprimé contenant les mêmes quantités d'hormones
 - biphasique : deux dosages sont utilisés selon la phase du cycle
 - triphasique : trois dosages sont utilisés selon la phase du cycle

- **Voie transdermique = patch et voie vaginale = anneau**

Au cours des années 2000, l'évolution des procédés galéniques a permis la mise au point de nouvelles formes oestroprogestatives favorisant l'observance puisque destinées à rester en place entre 1 à 3 semaines. La composition chimique étant identique à la contraception orale combinée, le mécanisme d'action ainsi que les contre-indications et interactions qui en découlent sont inchangés.

b. Les progestatifs

- **Voie orale = pilule progestative**

Les pilules microprogestatives contiennent une seule hormone faiblement dosée [Annexe II] :

- le lévonorgestrel qui épaissit les sécrétions cervicales empêchant le passage des spermatozoïdes
- ou le désogestrel qui supprime l'ovulation.

Elles présentent l'avantage de pouvoir être utilisées lors de contre-indication aux formes oestroprogestatives et notamment en cas de risque thromboembolique important (par exemple chez une femme de plus de 35 ans et/ou si tabagisme) mais leur efficacité est conditionnée par une utilisation plus rigoureuse tolérant des écarts de prise très réduits (de 3 à 12h selon la spécialité).

- **Contraception d'urgence**

Une méthode d'exception est utilisable par les femmes maximum 3 à 5 jours suivant un rapport à risque de grossesse. Elle est recommandée dans les cas suivants :

- oubli ou rupture d'un préservatif
- rapport sexuel non protégé, en l'absence d'autres moyens de contraception
- retard de la prise du contraceptif habituel au-delà du délai acceptable
- expulsion spontanée d'un stérilet ayant entraîné sa perte
- déplacement ou retrait précoce d'un diaphragme vaginal ou d'une cape cervicale

Actuellement, deux méthodes sont disponibles : la pose d'un stérilet au cuivre ou la prise d'un contraceptif d'urgence hormonal (pilule dite « du lendemain », dénomination ambiguë pouvant laisser penser que le contraceptif doit obligatoirement être pris le lendemain du rapport à risque).

- **Voie sous-cutanée = implant et voie injectable**

Deux autres voies sont accessibles pour l'administration de contraceptifs progestatifs. Mises au point récemment, elles sont encore peu utilisées en France. Leur principal avantage repose sur la hausse du temps de couverture contraceptive (3 mois pour l'injection à 3 ans pour l'implant).

2. La contraception intra-utérine

Les dispositifs intra-utérins offrent la possibilité d'une contraception réversible à long terme, sur plusieurs années. Deux types sont disponibles :

- *partiellement ou entièrement recouvert de **cuivre***
 - ↳ crée une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre pour s'opposer à l'implantation d'un ovocyte fécondé et inhibe la fécondation par effet cytotoxique sur les spermatozoïdes
- *ou constitué d'une matrice libérant de faibles doses de **progestatif** (lévonorgestrel)*
 - ↳ prévient la prolifération de l'endomètre, inhibe l'ovulation et favorise l'épaississement de la glaire cervicale

3. La contraception définitive ou stérilisation

Lorsque toute grossesse est contre-indiquée ou que le souhait d'une contraception définitive est émis, la stérilisation peut être recommandée. Cette démarche très réglementée nécessite un délai de réflexion ainsi qu'une confirmation écrite de la volonté du patient (majeur) de subir une intervention dont le but est d'empêcher les gamètes d'atteindre le site de fécondation.

Chez la femme, elle peut se faire par *ligature et occlusion immédiate des trompes de Fallope* ou par *insertion tubaire d'un micro-implant* créant une occlusion progressive.

Chez l'homme, seule la technique de la *vasectomie* est utilisée.

4. Les méthodes barrières

Les moyens de contraception dits barrières visent à empêcher le passage des spermatozoïdes vers l'intérieur de l'utérus. Destinés à un usage ponctuel, ils regroupent les *préservatifs* (féminins et masculins), *spermicides*, *diaphragmes* et *capots cervicaux*. Parmi toutes les méthodes, seuls les préservatifs assurent une protection face aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

5. Les autres méthodes dites naturelles

Autrefois utilisées lorsque la contraception n'était pas ou peu développée ou accessible, elles consistent principalement à éviter les rapports sexuels fécondants notamment en repérant la période du cycle féminin correspondant à l'ovulation. Moins efficaces que les autres méthodes (DIU, pilule, préservatif, etc), elles s'adressent plutôt aux femmes désirant espacer les grossesses et capables d'en accepter l'échec. Il s'agit notamment :

- du *retrait* (ou méthode du coït interrompu)
- de l'*aménorrhée lactationnelle* ou *méthode MAMA*
- de la *méthode Ogino*
- de la *méthode Bilings*
- de la *méthode des températures*

B. Fiches synthèse

Comme expliqué précédemment, j'ai choisi de présenter chacun des procédés contraceptifs sous forme de résumé reprenant l'essentiel des informations à retenir. Chaque fiche est conçue sur le même modèle et se termine par un point « Conseils » avec les éléments pouvant être rappelés au comptoir lors d'une délivrance ainsi que les réponses à certaines questions courantes des patientes. Je me suis basée sur les données de l'ANSM, l'HAS, l'assurance maladie, les sites internet créés par les associations relatives à la contraception et l'INPES (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31). J'ai d'ailleurs repris le code couleur et les logos associés à chaque moyen issus du site www.choisirsacontraception.fr.

Liste des fiches synthèse présentées :

○ Pilule combinée	p. 34
○ Patch contraceptif	p. 36
○ Anneau vaginal	p. 38
○ Pilule progestative	p. 40
○ Contraception d'urgence hormonale	p. 42
○ Implant contraceptif	p. 44
○ Progestatif injectable	p. 46
○ Dispositif intra-utérin	p. 48
○ Stérilisation	p. 50
○ Préservatif masculin et féminin	p. 52
○ Spermicide	p. 54
○ Diaphragme – cape cervicale	p. 56
○ Méthodes naturelles	p. 58

PILULE COMBINÉE



Présentation

La contraception orale dite combinée (COC) correspond à l'ensemble des spécialités, sous forme de plaquette avec 21 ou 28 comprimés associant :

→ un **œstrogène** naturel (estradiol) ou de synthèse (souvent éthinylestradiol)

→ un **progestatif** dont la nature définit la génération :

- 1^{ère} génération : noréthistérone
- 2^{ème} génération : norgestrel et lévonorgestrel
- 3^{ème} génération : norgestimate, gestodène et désogestrel
- 4^{ème} génération : drospirénone, chlormadinone, diénogest et nomégestrol

Elle revêt une triple action car elle bloque l'ovulation, rend l'endomètre plus fin et impropre à la nidation puis épaissit la glaire cervicale à l'entrée du col de l'utérus.

Sa délivrance est soumise à prescription médicale obligatoire.

Utilisation

Lors d'une instauration de traitement, le 1^{er} comprimé doit être pris le 1^{er} jour des règles puis continuer avec un comprimé chaque jour, à la même heure.

S'il s'agit d'une plaquette de 21 comprimés, l'arrêt de 7 jours (sans prise de comprimé) entraîne l'hémorragie de privation (~ règles). Le prochain cycle redémarre avec la prise d'une nouvelle plaquette. Dans le cas d'une plaquette de 28 comprimés, les 4 ou 7 derniers sont des placebos (sans hormone) améliorant l'observance.

La *méthode quick start* consiste à débiter la prise n'importe quel jour du cycle. Il faudra 7 jours pour que la contraception soit efficace. Dans cet intervalle de temps, utiliser une autre contraception (ex. préservatif) lors des rapports sexuels.

Avantages

- efficace de suite si prise dès le premier jour des règles
- réversible dès l'arrêt
- intérêt des oestroprogestatifs : bonne tolérance, réversibilité, diminution du volume et de la durée des menstruations
- la plupart sont remboursées à 65% par la sécurité sociale ; gratuité pour les mineures

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- prise quotidienne, sans trop de variation d'heure de prise
- efficacité conditionnée par une observance optimale
- surrisque thromboembolique veineux et artériel

Principaux effets indésirables

- modification du profil de saignement (spottings = faibles saignements en dehors des règles, saignements irréguliers, abondants ou continus voire aménorrhée)
- troubles digestifs et nausées ; gonflement, tension mammaire, mastodynie ; migraines
- troubles thromboemboliques, rares mais graves (phlébite, accident vasculaire cérébral ou AVC, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde) (*risque majoré la 1^{ère} année*)

Principales contre-indications

- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- présence ou ATCD personnels/familiaux ou facteurs de risque de thrombose veineuse ou artérielle ou de troubles vasculaires cérébraux
- présence ou ATCD de pancréatite, d'insuffisance rénale, de cancer du sein ou de l'utérus, migraines avec aura, saignements vaginaux inexpliqués

Principales interactions médicamenteuses

Diminution de l'efficacité par induction enzymatique avec :

- les barbituriques, bosentan, carbamazépine, phénytoïne, primidone, rifampicine et traitements anti-VIH/VHC tels que le ritonavir, éfavirenz, bocéprévir, névirapine et potentiellement aussi avec le felbamate, griséofulvine, oxcarbazépine, topiramate, modafinil et les produits contenant du millepertuis (*Hypericum perforatum*).

Augmentation des concentrations sériques avec les inhibiteurs enzymatiques :

- kétoconazole, itraconazole, clarithromycine, fluconazole, diltiazem, érythromycine

Conseils aux patientes

- le Ministère de la Santé recommande la prescription de 1^{ère} et 2^{ème} génération dont le risque de thrombose veineuse est moindre (comparé aux 3^{ème} et 4^{ème} générations). Le risque de thrombose artériel est identique quel que soit la génération
- les facteurs de risque d'accident vasculaire sont : le diabète, la dyslipidémie, l'obésité, le tabagisme (> 10 cigarettes /jour), l'immobilisation, les interventions chirurgicales
- tout vomissement ou forte diarrhée dans les 3h suivant la prise du comprimé doit entraîner une nouvelle prise car le comprimé n'aura pas été absorbé
- les prises ne doivent pas être décalées de plus de 12h ; si c'est le cas :
 - continuer la plaquette en utilisant une contraception barrière pendant 7 jours
 - si l'oubli fait partie des 7 derniers comprimés, enchaîner avec la prochaine plaquette (sans prendre les placebo ni faire d'arrêt)
 - + contraception d'urgence si un rapport a eu lieu dans les 5 jours précédents
 - en cas de doute, réaliser un test de grossesse 3 semaines plus tard
- il est possible d'enchaîner deux plaquettes pour ne pas avoir d'hémorragie ; cela peut parfois conduire à des saignements irréguliers voire plus douloureux

PATCH CONTRACEPTIF



Présentation

Depuis quelques années, une nouvelle forme utilisant la **voie transdermique** est disponible. Le système matriciel multicouche permet la libération progressive puis le passage dans la circulation sanguine pendant **7 jours** d'un **œstrogène** et d'un **progestatif** de 3^{ème} génération. Deux spécialités sont commercialisées en France :

- **Evra®** : Éthinylestradiol 600 µg + Norelgestromine 6 mg /24H, couleur chair, forme carrée de 4,5cm x 4,5cm (depuis 2002)
- **Lisvy®** : Éthinylestradiol 13 µg + Gestodène 60 µg /24H, transparent, forme ronde de 3,7cm de diamètre (depuis 2016)

Sa délivrance est soumise à prescription médicale mais il n'est pas remboursé.

Utilisation

Le patch contraceptif est appliqué une fois par semaine pendant trois semaines consécutives, le même jour dit « jour de changement de dispositif ».

Puis, un intervalle d'une semaine sans patch doit être respecté, entraînant une hémorragie de privation. Un nouveau patch est ensuite appliqué le « jour de changement de dispositif » prévu habituellement, que l'hémorragie soit terminée ou non.

Avantages

- simplicité d'utilisation ne nécessitant pas de prise quotidienne et diminuant le risque d'oubli
- intérêt des oestroprogestatifs : bonne tolérance, réversibilité, diminution du volume et de la durée des menstruations
- diffusion hormonale constante certainement responsable d'une baisse du développement folliculaire comparativement à la voie orale

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- visibilité (plutôt avec Evra® car non transparent)
- coût (environ 15€ par mois)
- mêmes contre-indications et interactions médicamenteuses que la contraception oestroprogestative orale

Principaux effets indésirables

- idem contraception oestroprogestative orale ; le plus fréquemment, céphalées, nausées, tensions mammaires, mastodynies
- réactions cutanées (irritation au site d'application), proportions inférieures à 2%

Principales contre-indications et interactions médicamenteuses

- idem contraception oestroprogestative orale

Conseils aux patientes

- des vignettes détachables sont disponibles dans l'emballage et peuvent être collées sur un calendrier ou agenda pour rappeler le jour de changement
- le patch est posé peu importe le moment de la journée, sur une peau propre et sèche, sans crème/pommade/lotion, ni lésée ni irritée et si possible sans poil (confort)
- choisir une zone peu sujette aux frottements, facilement visible (contrôle de la place) au niveau de la fesse, abdomen, haut du torse (sauf sein), face supéro-externe du bras
- varier les sites de collage chaque semaine pour éviter toute irritation
- le patch est protégé contre les rayons UV et le soleil, il peut donc y être exposé sans être recouvert d'un vêtement (sauf exposition prolongée)
- il résiste à l'humidité, l'activité physique modérée ainsi que l'eau et peut donc être porté lors de bain/douche mais éviter les sources de chaleurs importantes sur une longue durée (bouillotte sur le patch, sauna) et les activités sportives par fortes chaleurs car l'augmentation de la température du corps peut entraîner une modification de la vitesse et de la dose de principe actif délivré à travers la peau

Informations complémentaires

- en octobre 2016, suite à des résultats hors spécifications lors des tests de stabilité, le laboratoire Gedeon Richter a procédé au rappel de tous les lots de Lisvy® à titre de précaution (modification du rapport bénéfice/risque non établi)
- l'incidence des dysménorrhées est plus importante avec le patch que la contraception hormonale orale (13,3 % vs 9,6 %) et le risque de mastodynies (1 cas /5) est responsable d'un taux d'arrêt de traitement supérieur par rapport à la contraception orale
- le risque de thrombose veineuse est majoré par deux chez les utilisatrices d'Evra® (maximum durant la 1^{ère} année d'utilisation) en comparaison avec les femmes utilisant un contraceptif oral combiné avec un progestatif de 1^{ère} ou 2^{ème} génération
- l'efficacité peut être diminuée chez les patientes de plus de 90kg

ANNEAU VAGINAL



Présentation

Le contraceptif **Nuvaring®**, commercialisé depuis 2004 est un système de **diffusion vaginale passive** sous la forme d'un anneau souple, inerte et non irritant (en polymère d'acétate de vinyle éthylène) de 5,4cm de diamètre mis en place pendant **21 jours**.

Sa membrane externe libère 15 µg d'**éthinyloestradiol** (œstrogène) et 120 µg d'**étonogestrel** (progestatif 3^{ème} génération) /24h, absorbés par la muqueuse vaginale richement vascularisée créant un passage rapide dans la circulation systémique.

Sa délivrance est soumise à prescription médicale mais il n'est pas remboursé.

Utilisation

Choisir la position la plus confortable (couchée, assise, accroupie ou debout avec une jambe repliée), pincer l'anneau en formant un « 8 » puis l'insérer dans la cavité vaginale et le pousser jusqu'à ne plus ressentir aucune gêne.

Le laisser en place pendant 3 semaines consécutives. Pour le retrait, la patiente pourra passer son index à l'intérieur de l'anneau telle une bague ou le saisir à deux doigts, entre son index et son majeur par exemple.

Après une période d'une semaine (7 x 24H) sans anneau, la patiente débutera un nouveau cycle avec un nouveau dispositif.

Avantages

- une seule administration mensuelle : intérêt si difficultés d'observance, nombreux déplacements et/ou décalages horaires
- invisible et indolore si bien placé
- intérêts des oestroprogestatifs : bonne tolérance, réversibilité, diminution du volume et de la durée des menstruations
- quantités d'hormones délivrées plus faibles comparées à la contraception oestroprogestative orale

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- coût (environ 20€ par mois)
- possibilité de gêne lors des rapports sexuels si l'anneau est mal placé
- mêmes contre-indications et interactions médicamenteuses que la contraception oestroprogestative orale

Principaux effets indésirables

- risques d'expulsion du contraceptif en dehors du vagin mais peu d'autres effets indésirables spécifiques à la voie vaginale
- effets similaires à ceux de la contraception oestroprogestative orale dont le plus fréquemment : des céphalées, infections vaginales et pertes vaginales (5 à 6% des cas)

Principales contre-indications et interactions médicamenteuses

Idem contraception oestroprogestative orale

Conseils aux patientes

- le dispositif doit être conservé au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C) avant sa délivrance à la patiente. Ensuite, il peut être conservé à une température < 30°C et doit être inséré dans les 4 mois suivant sa délivrance
- le retrait de l'anneau entraîne une absence d'imprégnation hormonale déclenchant une hémorragie de privation (~ menstruations) dans les 2 à 3 jours maximum
- un nouvel anneau doit être placé après 7 jours sans dispositif, à peu près à la même heure que lors du cycle précédent, que l'hémorragie soit terminée ou non
- si l'anneau est expulsé ou retiré moins de 3h consécutives, le rincer à l'eau froide ou tiède avant de le réinsérer (l'effet contraceptif ne sera pas altéré)
- si le retrait dure plus de 3h, plusieurs modalités selon la période du cycle :
 - durant les semaines 1 et 2 : rincer et remplacer l'anneau puis utiliser une seconde méthode contraceptive (ex. préservatif) à chaque rapport, pendant 7 jours
 - durant la dernière semaine : jeter l'anneau expulsé/retiré puis :
 - utiliser un nouvel anneau marquant le début d'un nouveau cycle (noter le nouveau jour et nouvel horaire de changement d'anneau)
 - utiliser un autre moyen de contraception que l'anneau pendant 7 jours, attendre la survenue des règles puis reprendre un nouveau cycle avec un nouvel anneau au plus tard 7 jours suivant l'expulsion/retrait du précédent

PILULE PROGESTATIVE



Présentation

La contraception orale progestative correspond aux spécialités ne contenant qu'une hormone, un progestatif, en faible quantité :

- au lévonorgestrel : **Microval®** (remboursée par la sécurité sociale)
 - très faiblement dosée, elle est dite microprogestative
 - agit en induisant une augmentation de la viscosité de la glaire cervicale
- au désogestrel : **Cérazette®** (non remboursée) et génériques (remboursés)
 - agit en inhibant l'ovulation et en épaississant la glaire cervicale

La délivrance est soumise à prescription médicale obligatoire.

Utilisation

Lors d'une instauration de traitement, le 1^{er} comprimé doit être pris le 1^{er} jour des règles puis continuer avec un comprimé chaque jour, à la même heure. Il est aussi possible d'utiliser la *méthode quick start* en débutant la prise n'importe quel jour du cycle.

Dans tous les cas, il faudra 7 jours pour que la contraception soit efficace. Pendant ce temps, utiliser une autre contraception (ex. préservatif) lors des rapports sexuels.

Les plaquettes contiennent 28 comprimés actifs identiques et doivent être enchaînées en continu (sans période d'arrêt) y compris en cas de saignements.

Avantages

- réversible dès l'arrêt
- sans œstrogène donc moindre risque thromboembolique veineux et artériel
- utilisable pendant l'allaitement
- parfois remboursée à 65% par la sécurité sociale

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- prise quotidienne, sans variation de l'heure de prise
- efficacité conditionnée par une observance optimale
- modification fréquente du profil de saignement

Principaux effets indésirables

- modification du profil de saignement (spottings = faibles saignements en dehors des règles, saignements irréguliers, abondants ou continus voire aménorrhée)
- troubles digestifs dont nausées, vomissements, diarrhées
- gonflement, tension mammaire, mastodynie

Principales contre-indications

- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- présence d'un accident thromboembolique évolutif
- présence ou ATCD d'insuffisance hépatique sévère, de cancer du sein, de l'endomètre
- tumeurs malignes connues ou suspectées, sensibles aux stéroïdes sexuels
- hémorragies génitales inexplicables

Principales interactions médicamenteuses

Diminution de l'efficacité par induction enzymatique avec :

- les barbituriques, bosentan, carbamazépine, phénytoïne, primidone, rifampicine et traitements anti-VIH/VHC tels que le ritonavir, éfavirenz, bocéprévir, névirapine et potentiellement aussi avec le felbamate, griséofulvine, oxcarbazépine, topiramate, modafinil et les produits contenant du millepertuis (*Hypericum perforatum*).

Augmentation des concentrations sériques avec les inhibiteurs enzymatiques :

- kétoconazole, itraconazole, clarithromycine, fluconazole, diltiazem, érythromycine

Conseils aux patientes

- tout vomissement ou forte diarrhée dans les 3h suivant la prise du comprimé doit entraîner une nouvelle prise car le comprimé n'aura pas été absorbé
- les prises ne doivent pas être décalées de plus de 12h (Cerzette® et génériques) ou 3h (Microval®) ; si c'est le cas :
 - continuer la plaquette en utilisant une contraception barrière pendant 7 jours
 - + contraception d'urgence si un rapport a eu lieu dans les 5 jours précédents
 - en cas de doute, réaliser un test de grossesse 3 semaines plus tard
- contraception préférentielle en postpartum et au cours de l'allaitement (après les DIU)

CONTRACEPTION D'URGENCE HORMONALE



Présentation

En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, la pilule dite du lendemain assure une contraception de « **rattrapage** » afin d'éviter une grossesse non prévue. En France deux spécialités sont actuellement disponibles : le **Norlevo®** et l'**EllaOne®**.

L'administration doit être **la plus rapide** possible pour améliorer son efficacité mais elle n'interrompra pas une grossesse en cours et n'assurera pas de protection face aux IST.

Norlevo® ou Lévonorgestrel Biogaran (générique)

Ce **progestatif** de synthèse dosé à 1,5mg, se présente sous la forme d'un **comprimé unique** à avaler, préférentiellement dans les 12h et au plus tard **dans les 3 jours** après le rapport à risque, à n'importe quel moment du cycle menstruel (inhibe la rupture des follicules de taille < 14mm).

EllaOne® (Ulipristal acétate)

Ce **modulateur sélectif** des récepteurs à la progestérone dosé à 30mg, se présente sous la forme d'un **comprimé unique** à avaler le plus tôt possible et maximum **dans les 5 jours** suivant le rapport à risque, à tout moment du cycle menstruel (action sur les follicules de taille < 18mm donc jusqu'à la veille de l'ovulation).

Mode d'action :

→ Blocage ou retard de l'ovulation par suppression du pic de LH

Contre-indications :

- hypersensibilité au principe actif ou aux excipients
- déconseillé en cas d'atteinte hépatique sévère, syndrome de malabsorption et risque de grossesse ectopique (antécédents de salpingite ou grossesse extra-utérine)
- EllaOne® non recommandée en cas d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral

Effets indésirables : souvent modérés et de courte durée

- modification du profil de saignement, douleurs abdominales, tension mammaire
- nausées, vomissements, diarrhées, céphalées, fatigue, vertiges
- troubles de l'humeur, myalgies, douleurs dorsales et pelviennes pour EllaOne®

Interactions médicamenteuses :

- inducteurs enzymatiques : phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine, rifabutine, rifampicine, griséofulvine, ritonavir, millepertuis
- autres contraceptions hormonales (oestroprogestatives ou progestatives seules) : réduction possible de l'action contraceptive, concerne seulement EllaOne®
- utilisation simultanée de lévonorgestrel et ulipristal acétate non recommandée

Conditions d'obtention

Elle peut être délivrée sans ordonnance, de façon anonyme et gratuite pour :

- les mineures en pharmacie
- les mineures et majeures sans couverture sociale, dans les centres de planification
- les étudiants dans les services universitaires de médecine préventive
- les élèves de collèges et lycées, mineures et majeures, par les infirmières scolaires.

Si elle est prescrite par un médecin ou une sage-femme, elle sera remboursée à 65% par la sécurité sociale. Prix à titre indicatif [honoraires de dispensation compris] :

- Norlevo® : 7,36€
- Levonorgestrel Biogaran® : 6,03€
- EllaOne® : 19,62€

Conseils aux patientes

- seuls les préservatifs assurent une protection face aux IST ; en cas de doute et suite à une prise de risque, un test de dépistage peut être réalisé gratuitement dans un centre de dépistage ou un centre de planification et d'éducation familiale ou sur prescription médicale dans un laboratoire d'analyses médicales

- utiliser une contraception barrière (préservatif, spermicide, cape cervicale) jusqu'au retour des règles sachant qu'elles peuvent être un peu avancées ou retardées

- de légers saignements peuvent apparaître suite à la prise de la contraception d'urgence hormonale, il ne s'agit pas des règles

- réaliser un test de grossesse en cas de retard des règles supérieur à 5 jours par rapport à la date prévue ; si date inconnue, le faire 3 semaines après le rapport à risque

- la contraception hormonale d'urgence ne rend pas stérile mais doit rester occasionnelle et ne peut pas remplacer une méthode contraceptive régulière

- l'utilisation réitérée peut entraîner une baisse d'efficacité ; si elle a lieu au cours d'un même cycle menstruel, elle peut le perturber (taux important d'hormone). Ce n'est donc pas recommandé sauf en cas de vomissement ou forte diarrhée dans les 3h suivant la prise du comprimé (en reprendre un de suite car il n'aura pas été absorbé)

- l'allaitement est non recommandé dans les 8h suivant la prise de Norlevo® ou son générique et 1 semaine pour EllaOne® (la femme pourra tirer son lait pour maintenir la lactation mais elle devra ensuite le jeter)

- la pose d'un **DIU au cuivre** constitue une autre méthode (non hormonale) de contraception d'urgence, possible dans les 5 jours suivant le rapport à risque. Elle nécessite une consultation avec un généraliste, gynécologue ou sage-femme

IMPLANT CONTRACEPTIF



Présentation

L'implant sous-cutané est apparu en France en 2001, sous la dénomination Implanon®, modifiée en 2010 pour devenir le **Nexplanon®** présenté avec un système d'insertion simplifié par un guide.

Il s'agit d'un bâtonnet blanc, de 4 cm de long pour 2 mm de diamètre, souple et flexible avec un noyau radio-opaque permettant de localiser l'implant. Purement **progestatif**, il libère en continu pendant **3 ans** des **faibles quantités** d'étonogestrel (3^{ème} génération) diffusant directement dans la circulation sanguine pour supprimer l'ovulation.

Sa délivrance est soumise à prescription médicale obligatoire.

Utilisation

La pose et le retrait sont réalisés sous anesthésie locale, par un professionnel de santé formé à cette pratique (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme).

L'insertion est faite grâce à une aiguille et un applicateur servant de guide, en moins d'une minute, juste sous la peau en amont du coude du bras non dominant. S'il est placé entre le 1^{er} et le 5^{ème} jour des menstruations, il est efficace dès le lendemain de sa pose. Après 3 ans d'utilisation ou lorsque la patiente le désire, une simple incision permet de saisir l'implant avant de le retirer avec une pince. Un nouveau dispositif peut immédiatement être mis en place.

Aucun suivi particulier n'est nécessaire, hormis des contrôles visuels et de palpation.

Avantages

- action prolongée sur 3 ans
- discret, peu visible, réversible
- pas de difficulté d'observance
- sans œstrogène
- recours en cas d'intolérance aux DIU ou au progestatif injectable
- remboursé à 65% par la sécurité sociale (prix 105,32€)

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- pose et retrait sous anesthésie locale par un professionnel de santé formé
- légère cicatrice suite au retrait
- modification fréquente du profil de saignement
- efficacité réduite à 2 ans si surpoids avec IMC > 30kg/m²

Principaux effets indésirables

- troubles généraux et anomalies au site d'administration : douleur et/ou réaction au site d'insertion avec ecchymoses, irritations, démangeaisons
- risque de migration/déplacement de l'implant (entre 1998 et 2015, 18 cas répertoriés)
- dysménorrhée et modification du profil des saignements (absents, en continus, diminués ou prolongés en intensité et/ou en durée)
- tension mammaire ou mastodynie
- apparition ou aggravation de séborrhée et acné

Principales contre-indications

- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- accident thromboembolique veineux évolutif
- tumeur maligne, connue ou suspectée, sensible aux stéroïdes sexuels
- présence ou antécédent de tumeur du foie (bénigne ou maligne) et d'affection hépatique sévère (avec paramètres de la fonction hépatique non normalisés)
- hémorragie génitale non diagnostiquée

Principales interactions médicamenteuses

Diminution de l'efficacité par induction enzymatique avec :

- les barbituriques, bosentan, carbamazépine, phénytoïne, primidone, rifampicine et traitements anti-VIH/VHC tels que le ritonavir, éfavirenz, bocéprévir, névirapine et potentiellement aussi avec le felbamate, griséofulvine, oxcarbazépine, topiramate, modafinil et les produits contenant du millepertuis (*Hypericum perforatum*).

Augmentation des concentrations sériques avec les inhibiteurs enzymatiques :

- kétoconazole, itraconazole, clarithromycine, fluconazole, diltiazem, érythromycine

Conseils aux patientes

- le professionnel de santé ayant posé l'implant doit compléter la « carte patiente » disponible dans l'étui du dispositif, avec le numéro de lot, le bras concerné, la date d'insertion et celle prévue pour le retrait
- la délivrance est gratuite et confidentielle :
 - en pharmacie pour les mineures d'au moins 15 ans
 - dans les Centres de Planification et d'Education Familiale, sans condition d'âge pour les mineures souhaitant garder le secret et les non-assurées sociales

PROGESTATIF INJECTABLE



Présentation

En 1983, est apparu sur le marché français un contraceptif de longue durée d'action (sur 3 mois) composé d'acétate de méthoxyprogestérone, progestatif retard de synthèse dérivé de la 17-OH progestérone.

Le **Depo-provera®** est une solution injectable aqueuse stérile dosée à 50 mg/mL, indiquée dans le traitement de l'endométriose mais aussi en prévention de grossesse lorsque les autres alternatives thérapeutiques sont inutilisables.

Sa délivrance est soumise à prescription médicale obligatoire.

Utilisation

Après un bilan clinique et gynécologique complet, le médecin, l'infirmière ou la sage-femme réalise l'injection par **voie intramusculaire profonde** au niveau de la fesse ou de l'avant-bras (muscle fessier ou deltoïde).

La première administration doit se faire dans les cinq premiers jours du cycle soit cinq jours après le début des menstruations, afin d'être efficace de suite. Au-delà de ce délai permettant notamment d'exclure toute grossesse, il faudra attendre 3 à 4 semaines pour atteindre une efficacité maximale et utiliser entre temps une autre méthode de contraception non hormonale.

Chaque injection permet une **couverture contraceptive de 12 semaines**.

Avantages

- action prolongée sur 3 mois
- pas de difficulté d'observance
- sans œstrogène
- recours en cas d'intolérance à l'implant sous-cutané ou aux DIU
- remboursée à 65% par la sécurité sociale (prix 3,40€)

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- modification fréquente du profil de saignement
- une fois injecté, impossibilité de le retirer, il faut attendre que l'effet cesse
- risques potentiels de diminution de la densité osseuse

Principaux effets indésirables

- réactions allergiques d'hypersensibilité liées aux excipients (parahydroxybenzoate de propyle et de méthyle), éventuellement retardées
- prise de poids et rétention hydrique
- diminution de la densité osseuse
- modification du profil de saignement (spottings, saignements irréguliers ou imprévisibles, plus rarement saignements abondants ou continus voire aménorrhée)

Principales contre-indications

- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- atteintes hépatiques, hémorragies génitales non diagnostiquées
- accidents ou antécédents d'accidents thrombo-emboliques veineux ou artériels
- cancer du sein et de l'endomètre, fibrome utérin
- diabète, en raison d'une diminution de la tolérance au glucose
- obésité, hypertension artérielle

Principales interactions médicamenteuses

Diminution de l'efficacité par induction enzymatique avec :

- les barbituriques, bosentan, carbamazépine, phénytoïne, primidone, rifampicine et traitements anti-VIH/VHC tels que le ritonavir, éfavirenz, bocéprévir, névirapine et potentiellement aussi avec le felbamate, griséofulvine, oxcarbazépine, topiramate, modafinil et les produits contenant du millepertuis (*Hypericum perforatum*).

Augmentation des concentrations sériques avec les inhibiteurs enzymatiques :

- kétoconazole, itraconazole, clarithromycine, fluconazole, diltiazem, érythromycine

Conseils aux patientes

- le retour de la fertilité peut être différé de 3 à 12 mois après la fin théorique de l'activité du produit

DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN



Présentation

Souvent appelés à tort « stérilets », les **dispositifs intra-utérins (DIU)**, sont un moyen de contraception à **long terme** (3 à 10 ans selon les modèles) mais **réversible**.

Le support en plastique souple radio-opaque forme un T avec deux bras horizontaux munis d'ergots de maintien et une tige verticale avec un fil de nylon pour le retrait. Actuellement, il existe **deux types** de DIU :

- *partiellement ou entièrement recouvert de **cuivre***
 - crée une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre de l'utérus pour s'opposer à l'implantation d'un ovocyte fécondé et inhibe la fécondation en exerçant un effet cytotoxique sur les spermatozoïdes
- *ou constitué, dans la partie verticale, d'une matrice libérant de façon constante de faibles doses de **progestatif** (lévonorgestrel)*
 - favorise l'épaississement de la glaire cervicale, inhibe l'ovulation et prévient la prolifération de l'endomètre

Ils nécessitent une prescription médicale obligatoire par un médecin généraliste, gynécologue ou une sage-femme, qui en assurera la pose et le retrait.

Utilisation

La pose du DIU se fait par le professionnel de santé, en l'introduisant via le col et en le plaçant au fond de l'utérus. Les fils attachés à l'extrémité doivent dépasser du col de façon à vérifier le positionnement et à faciliter le retrait, lorsque la patiente le désire ou après quelques années. L'efficacité est immédiate mais réversible dès le retrait.

Avantages

- action prolongée sur 3 à 10 ans
- discret, peu visible, réversible
- pas de difficulté d'observance
- sans œstrogène
- recours en cas d'intolérance à l'implant ou au progestatif injectable
- remboursé à 65% par la sécurité sociale (prix ~ 30 à 112€)

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- pose et retrait par un professionnel de santé formé
- modification fréquente du profil de saignement

Principaux effets indésirables

- problèmes liés à l'insertion (douleurs, contractions utérines et saignements)
- risques d'expulsion et perforation utérine (notamment dans les premières semaines)
- dysménorrhées et modifications du profil de saignements (saignements irréguliers, plus abondants et prolongés ou diminution du volume et de la durée voire absence)
- risques de maladie inflammatoire pelvienne (rarement)

Principales contre-indications

- toute grossesse suspectée ou avérée ou après un avortement septique
- infection puerpérale en post-partum
- maladie inflammatoire pelvienne, cervicite purulente
- infection à chlamydia, gonococcie, tuberculose génito-urinaire
- saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave)
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne
- cancer du col utérin et/ou de l'endomètre
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU

Principales interactions médicamenteuses concernant les DIU hormonaux

Diminution de l'efficacité par induction enzymatique avec :

- les barbituriques, bosentan, carbamazépine, phénytoïne, primidone, rifampicine et traitements anti-VIH/VHC tels que le ritonavir, éfavirenz, bocéprévir, névirapine et potentiellement aussi avec le felbamate, griséofulvine, oxcarbazépine, topiramate, modafinil et les produits contenant du millepertuis (*Hypericum perforatum*).

Augmentation des concentrations sériques avec les inhibiteurs enzymatiques :

- kétoconazole, itraconazole, clarithromycine, fluconazole, diltiazem, érythromycine

Aucune interaction avec les DIU au **cuivre**.

Conseils aux patientes

- pas de différence significative d'efficacité entre les DIU au cuivre et ceux progestatifs
- il existe différentes tailles : « short/mini/SL » (taille et diamètre réduit, plutôt pour les nullipares) et « standard » pour s'adapter à la forme, taille et hauteur de la cavité utérine
- ne sont pas seulement réservés aux femmes ayant déjà eu une ou plusieurs grossesses
- actif dès sa pose, le DIU au cuivre peut aussi être utilisé en contraception d'urgence, dans les 5 jours suivant le rapport sexuel à risque (taux d'efficacité de 99%)
- un nouveau dispositif peut être placé dès le retrait de l'ancien
- la prise ponctuelle d'AINS (ex. ibuprofène) n'est pas contre-indiquée

STÉRILISATION



Présentation

Autorisée depuis 2001, la stérilisation à visée contraceptive a pour but d'**empêcher** les **gamètes d'atteindre le site de fécondation**. Possible chez les hommes et les femmes (majeurs) via différentes techniques de chirurgie pratiquées par un chirurgien gynécologue-obstétricien, elle est en partie remboursée par la sécurité sociale.

Elle est considérée comme **définitive** et **irréversible** car les possibilités de réparation chirurgicale permettent rarement de rétablir la fécondité.

Démarche

1^{ère} consultation médicale : demande de stérilisation à visée contraceptive, informations – patient(e) et signature de l'attestation de consultation médicale

↓
Délai de réflexion de 4 mois
↓

2^{ème} consultation médicale : recueil du consentement écrit du ou de la patiente

↓
Intervention chirurgicale dans un établissement de santé (hôpital ou clinique)

↙ Pour les femmes :

- **Ligature des trompes** de Fallope par :
 - occlusion immédiate (section, électrocoagulation, pince-ment avec un clip ou un anneau)
- **Insertion tubaire d'un micro-implant**
 - occlusion progressive

↘ Pour les hommes

- **Vasectomie**

Avantages

- pas de difficulté d'observance
- pas d'hormone
- pas d'interaction médicamenteuse
- pas d'impact sur le déroulement des rapports intimes ni sur les fonctions sexuelles
- contraception masculine possible

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- méthode permanente, irréversible
- intervention chirurgicale
- efficacité pas toujours immédiate (délai de quelques mois)

Ligature des trompes

Il existe différentes techniques, aboutissant toutes à une contraception immédiate :

- Section et ligature des trompes utérines
- Section et électrocoagulation (brûlure) des trompes utérines au niveau de l'isthme
- Obstruction mécanique par compression des trompes via un clip ou un anneau

Plusieurs voies d'accès sont possibles : ombilicale (cœlioscopie), vaginale, paroi abdominale (laparotomie). L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, locorégionale ou locale selon la technique envisagée et le choix médecin / patiente.

Insertion tubaire d'un micro-implant

L'insertion d'un ressort (Essure®) au sein de chaque trompe utérine, par hystéroscopie, entraîne une réaction tissulaire naturelle et une fibrose autour ainsi que dans l'implant. Environ 3 mois après la pose, les trompes de Fallope seront complètement obstruées et la contraception sera efficace (donc utilisation d'une autre méthode en attendant).

Par mesure de précaution il est recommandé de ne pas l'utiliser chez les patientes intolérantes au nickel (composant du micro-implant).

Vasectomie

La stérilisation masculine est réalisée sous anesthésie locale par isolement et extériorisation des canaux déférents par voie scrotale ou transcutanée puis section ou ligature de ces canaux. Ceci n'a pas d'impact sur la qualité de l'érection ni l'éjaculation.

Les spermatozoïdes produits par les testicules ne peuvent donc plus être acheminés vers la verge. Toutefois, des gamètes viables peuvent être présents dans le reste des canaux déférents et/ou les vésicules séminales. Une autre méthode contraceptive doit donc être utilisée jusqu'à ce que l'azoospermie soit confirmée par un spermogramme (~ 3 mois).

Conseils aux patientes

- décision murement réfléchie car quasi irréversible
- taux d'efficacité de ces méthodes : 99 %
- d'après plusieurs études, la ligature des trompes de Fallope apporterait un effet protecteur vis-à-vis du cancer de l'ovaire
- avant la vasectomie, les hommes peuvent conserver leur sperme (centre spécialisé)



PRÉSERVATIF MASCULIN et FÉMININ



Présentation

Le préservatif est une méthode de **contraception barrière locale**, empêchant les spermatozoïdes de remonter les voies vaginales jusqu'aux trompes (fécondation d'un ovule par un spermatozoïde impossible) et assurant une **protection face aux IST**.

Il s'agit d'une gaine en latex ou polyuréthane ou nitrile, avec ou sans réservoir à l'extrémité pour les modèles masculins et munis de deux anneaux pour les féminins.

De nombreuses marques proposent différentes tailles, textures, couleurs et parfums. Ils sont disponibles directement (**sans ordonnance**) en pharmacies, distributeurs automatiques, grandes surfaces et gratuitement dans les centres de planification, centres de dépistage et dans les associations de lutte contre le VIH.

Utilisation

Le préservatif masculin doit être déroulé sur le pénis en érection en pinçant l'extrémité pour chasser l'air. Quand l'homme se retire de sa partenaire, il doit le maintenir à sa base. Le retrait du préservatif doit avoir lieu juste après l'éjaculation et avant la fin de l'érection (sinon il n'est plus maintenu et le sperme recueilli peut s'en échapper). Faire ensuite un nœud et le jeter à la poubelle.

Le modèle féminin, avec un anneau souple de chaque côté, peut être placé plusieurs heures avant l'acte sexuel. Pincer l'anneau interne et l'introduire jusqu'au fond du vagin de façon à recouvrir les parois vaginales et les lèvres. Pour le retrait, tordre l'anneau externe, tirer délicatement sur le préservatif avant de le nouer et de le jeter.

Avantages

- seule protection face aux IST
- seule contraception non définitive de l'homme
- à utiliser seul ou en double protection/contraception avec la pilule, le patch, l'implant ou le DIU
- facilité d'accès, obtention dans de nombreux endroits

Inconvénients

- coût car non remboursé
- usage unique
- réduit la spontanéité de l'acte sexuel
- un entraînement à la pose peut être nécessaire avant la première utilisation

Principaux effets indésirables

- réaction d'irritation ou allergie à l'un des constituants (surtout au latex)
- risque de rupture (plus fréquent avec les préservatifs sans latex)

Principales contre-indications et interactions médicamenteuses

- les antifongiques locaux peuvent rendre les préservatifs en latex poreux et entraîner leur rupture

Conseils aux patient(e)s

- conserver les préservatifs à l'abri de la chaleur, la lumière et de l'humidité pour éviter toute dégradation
- avant utilisation, vérifier qu'il possède le marquage CE et/ou NF (gage de sécurité, fiabilité, contrôle) ainsi que la date de péremption ; si elle est dépassée, le jeter car le préservatif peut être altéré, desséché, etc
- il est conseillé de s'entraîner à la pose avant un rapport sexuel pour être plus à l'aise
- le préservatif se met avant toute pénétration (vaginale ou anale) et doit être changé à chaque rapport sexuel
- contrairement au préservatif masculin, le modèle féminin peut rester en place après l'acte sexuel (jusqu'à quelques heures) notamment s'il est associé à un spermicide
- l'usage du préservatif féminin peut entraîner de faibles bruits liés aux frottements
- un gel lubrifiant à base d'eau ou silicone peut être associé aux préservatifs avant et pendant le rapport sexuel pour améliorer le confort et éviter la déchirure
- ne jamais utiliser d'huile ni de vaseline comme lubrifiant car cela fragilise le préservatif en le ramollissant et risque de le rendre poreux
- ne jamais mettre deux préservatifs l'un sur l'autre et ne pas associer le préservatif masculin et féminin car les frottements accentuent le risque de rupture
- le préservatif féminin peut remplacer le modèle masculin en retirant l'anneau interne
- en cas de déchirure :
 - si possible, appliquer immédiatement en intra-vaginal un produit spermicide puis prendre la contraception d'urgence le plus rapidement possible
 - si la prise de risque en matière de transmission d'IST/Hépatites/VIH apparaît importante, se rendre dans les 48h aux urgences de l'hôpital afin qu'un médecin puisse évaluer la nécessité d'avoir recours au traitement prophylactique

SPERMICIDE



Présentation

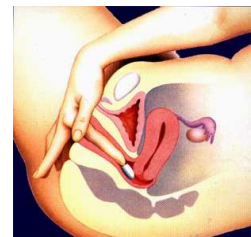
Ces substances chimiques d'action locale (principalement nonoxynol-9, octoxynol-9 et chlorure de benzalkonium) permettent d'**inactiver** ou de **détruire** les **spermatozoïdes** en disloquant leur membrane. Ils peuvent donc être utilisés en association avec une autre **méthode barrière** pour augmenter l'effet contraceptif.

Plusieurs formes (crèmes, gels, comprimés, ovules, éponges vaginales) sont disponibles en pharmacie, sans ordonnance.

Utilisation

Il doit être inséré au fond du vagin au moins 5 à 10 minutes avant le rapport sexuel (sauf crèmes et éponges, efficaces de suite) pour se dissoudre grâce à la chaleur du corps et se répartir au sein de la cavité vaginale.

La durée d'action varie selon la forme, de 3-4h (comprimés, ovules) à 8-10h (crèmes, gels) voire 24h (éponges vaginales).



Avantages

- utilisation ponctuelle
- sans hormone
- ne modifie pas le cycle menstruel
- disponible sans ordonnance

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- non remboursé
- délai d'attente/efficacité à respecter
- effet contraceptif modéré en cas d'utilisation seul

Principaux effets indésirables

- réactions d'allergie ou d'hypersensibilité à l'un des constituants
- écoulements possibles suite à l'utilisation des crèmes, gels voire ovules

Principales contre-indications

- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- plaie, ulcération génitale
- infection vaginale en cours traitée par voie locale,
- infection urinaire à répétition

Principales interactions médicamenteuses

- ovules et crèmes vaginales antifongiques
- savons et antiseptiques locaux

Conseils aux patientes

- seuls, ils sont peu efficaces. Il est conseillé de les utiliser en association avec le préservatif, le diaphragme ou la cape cervicale par exemple
- appliquer une nouvelle dose avant chaque rapport sexuel et respecter le délai d'attente
- la forme gel agit aussi comme lubrifiant vaginal
- les comprimés doivent être humidifiés (avec de l'eau claire) avant insertion
- pendant le délai d'attente, avant le rapport, les mouvements ne sont pas limités
- après le rapport, le spermicide est éliminé par les voies génitales (avec le sperme et les sécrétions vaginales)
- ne pas utiliser de savon dans les 2h qui précèdent le rapport et 6 à 8h après car le savon risque d'inactiver le spermicide ; si besoin, réaliser une toilette à l'eau claire



DIAPHRAGME et CAPE CERVICALE



Présentation

Ils correspondent à un **dôme souple** en latex ou silicone destiné à être placé dans la cavité vaginale par la patiente elle-même, avant le rapport sexuel.

Il s'agit d'une contraception d'action locale et mécanique, non médicamenteuse. Son action de **barrière** doit être renforcée par l'utilisation concomitante de spermicide afin d'empêcher les spermatozoïdes de pénétrer dans le canal cervical.

Différentes tailles (50 à 90mm pour le diaphragme et 22 à 35mm pour la cape) sont disponibles. Le choix se fait sur conseil du professionnel de santé, après examen gynécologique et recommandations de manipulation. Tous soumis à prescription médicale obligatoire, ils peuvent être obtenus en pharmacie ou centre de planification et sont partiellement remboursés (diaphragme sur une base de 3,14€) ou non remboursés concernant les capes cervicales.

Utilisation

Une fois enduit de **spermicide** sur le bord bombé de la coupelle, le diaphragme peut être inséré dans le fond du vagin, face au **col de l'utérus** de façon à le **recouvrir**.

Il peut être placé 1h avant le rapport sexuel, s'il est posé plus tôt, il faudra remettre du spermicide. Ensuite, il faut attendre au moins **6h après le rapport** et max 24 à 30h pour le retirer.

Après chaque utilisation, il doit être nettoyé au savon non parfumé et à l'eau tiède. Tant que le matériau n'est pas altéré (fissures, etc), il est réutilisable (~1 à 2 ans).



Avantages

- peut être posé à l'avance
- réutilisable donc plutôt économique
- contraception réversible de suite
- sans hormone
- ne modifie pas le cycle menstruel
- aucune interaction médicamenteuse

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- nécessite d'être à l'aise avec son corps ; manipulation délicate surtout au départ
- doit être associé aux spermicides, qui ne sont pas remboursés
- peu ou pas remboursé

Principaux effets indésirables

- réactions d'allergie au latex, caoutchouc et/ou spermicides
- possibilité d'augmenter le risque d'infection urinaire

Principales contre-indications

- hypersensibilité au latex, caoutchouc et/ou spermicides
- infections vaginales ou urinaires en cours
- déconseillé chez les femmes ayant des infections urinaires à répétition ainsi qu'en cas de prolapsus (descente d'organes)

Principales interactions médicamenteuses

Aucune

Conseils aux patientes

- l'utilisation peut se faire tout au long du cycle menstruel y compris durant les règles
- s'il est bien placé, il ne doit pas être ressenti ni par la patiente ni par le partenaire
- s'entraîner à le manipuler pour être plus à l'aise et améliorer l'efficacité
- le taux d'échec dû au mauvais placement et/ou à la non association aux spermicides varie de 6% à 12%
- si le diaphragme est placé plus d'1h avant le rapport, réappliquer du spermicide
- attendre au moins 6 à 8h après le rapport sexuel (selon modèle) avant de le retirer sinon des spermatozoïdes peuvent encore être vivants et passer le col de l'utérus
- vérifier l'aspect du diaphragme avant de l'insérer (pas de coupure, fissure, perforation)
- du lubrifiant à base d'eau peut être utilisé de façon simultanée
- la mesure du diaphragme doit être réévaluée au maximum tous les deux ans ainsi qu'après une grossesse ou une variation de plus ou moins 4,5kg

MÉTHODES NATURELLES



Présentation

Autrefois utilisées lorsque la contraception n'était pas ou peu développée ou accessible, elles consistent principalement à **éviter** les rapports sexuels féconds notamment en repérant la **période** du cycle féminin correspondant à l'**ovulation**.

Moins efficaces que les autres méthodes (préservatif, DIU, pilule, etc), elles s'adressent plutôt aux femmes désirant espacer les grossesses et capables d'accepter l'échec.

Avantages

- gratuites
- sans appareillage ni dispositif
- sans contre-indication ni interaction médicamenteuse

Inconvénients

- pas de protection face aux IST
- peu fiables, aléatoires
- contraignantes

Méthode du retrait

L'homme retire son pénis du vagin pour éjaculer en dehors de celui-ci. Cette pratique implique une grande confiance entre les partenaires et nécessite une certaine connaissance des signes pré-éjaculatoires.

Taux d'échec > 20% car le liquide pré-séminal s'échappant avant l'éjaculation peut contenir des spermatozoïdes et l'éjaculation étant un phénomène réflexe, n'est pas toujours prévisible ni contrôlable.

Méthode MAMA (Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée)

Pendant la grossesse, l'hypophyse sécrète de grandes quantités de prolactine, l'hormone préparant la lactation. Après l'accouchement, la mise au sein maintient des taux élevés de prolactine bloquant l'ovulation. L'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois < 2%) si et seulement si (l'ensemble des conditions doit obligatoirement être réuni) :

- allaitement exclusif, jour et nuit, avec 6 à 10 tétées par jour ET
- pas plus de 4h entre deux tétées de jour et 6h la nuit ET
- aménorrhée persistante (absence totale de règle)

Méthode Ogino ou méthode du calendrier

Il s'agit de repérer la période fertile du cycle et de s'abstenir sexuellement durant les jours qui précèdent et suivent l'ovulation (généralement du 8 au 18^{ème} jour).

Elle s'adresse plutôt aux femmes ayant un cycle régulier et le connaissant bien. Cependant l'ovulation peut se dérouler à n'importe quel moment du cycle d'où le taux d'échec important.

Méthode Billings

Elle se base sur l'observation de la glaire cervicale qui devient plus abondante et de consistance semblable au blanc d'œuf lors de la période fertile, juste avant et au moment de l'ovulation. Pour détecter ce changement, la femme doit insérer son pouce jusqu'au fond du vagin (à l'entrée du col de l'utérus) pour l'imbiber de glaire.

L'abstinence sexuelle devra avoir lieu à partir du moment où la consistance de la glaire se modifie et pendant les 3 jours qui suivront.

De nombreux paramètres peuvent intervenir, modifier l'aspect des sécrétions du col de l'utérus et être sources d'erreur (infection vaginale, présence de sperme dans la cavité vaginale, augmentation du désir sexuel, etc) d'où le taux d'échec important.

Méthode des températures

Lors de l'ovulation, la température corporelle augmente de 1 à 4°C puis se stabilise en formant un plateau jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à identifier l'ovulation via la prise de la température rectale tous les matins au réveil avant le lever.

L'abstinence sexuelle est plus longue. Elle devra avoir lieu dès le début des règles jusqu'au 2^{ème} jour après la montée de température.

De nombreux paramètres peuvent intervenir, modifier la température et être sources d'erreur (fièvre, infections, stress, etc) d'où le taux d'échec important.

Conseils aux patientes

- la période d'ovulation peut varier selon des éléments extérieurs, ce qui rend les méthodes naturelles imprécises et peu fiables (environ 1 utilisatrice sur 4 connaît une grossesse lors de la 1^{ère} année d'utilisation)
- les méthodes naturelles peuvent être utilisées en complément des méthodes barrières (préservatif, spermicide, diaphragme, cape cervicale)

C. Comparaison entre les différentes méthodes contraceptives

Un large éventail de méthodes contraceptives est donc disponible. Pour autant, toutes ne se valent pas et la comparaison peut se faire à plusieurs niveaux.

➤ Efficacité

Généralement, l'efficacité théorique se mesure par l'**indice de Pearl** correspondant au nombre de grossesses non désirées survenant pour 100 femmes utilisant de façon optimale un contraceptif donné pendant 1 an (25). Plus il est bas et s'il est inférieur à 1 alors la méthode est considérée comme efficace. Toutefois, il est intéressant de le comparer à l'efficacité pratique liée à l'utilisation dans la vie courante. Une utilisation complexe ou contraignante du contraceptif peut entraîner un certain écart entre l'efficacité théorique et pratique [cf. Figure 13]. A titre comparatif, les femmes n'utilisant aucune contraception présentent un taux de grossesse dans l'année de 85%.

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Estro-progestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Préservatifs féminins	5	21
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Figure 13 Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (25)

➤ Facilités d'observance

Le mode de vie de la patiente, sa capacité et sa volonté à suivre de façon rigoureuse les modalités d'utilisation et le rythme d'administration du contraceptif peuvent intervenir dans son choix.

On peut distinguer les méthodes irréversibles de *stérilisation* des autres moyens réversibles :

- d'*usage ponctuel* : méthodes barrières (préservatifs, spermicides, diaphragmes et capes cervicales)
- dont la *prise* est *quotidienne* : pilules oestroprogestatives et progestatives
- dont l'*administration* est plus *espacée* : patchs, anneaux, injections
- ou à plus *long terme* : implants et DIU.

➤ Coût [cf. Annexe III]

La contraception peut représenter un certain coût, pour la sécurité sociale dans la majorité des cas ou pour la patiente lorsqu'elle n'est pas remboursée (exemple du patch ou de l'anneau ~ 45€ la boîte de 3). Globalement, le moyen le moins cher reste la pilule notamment grâce aux génériques.

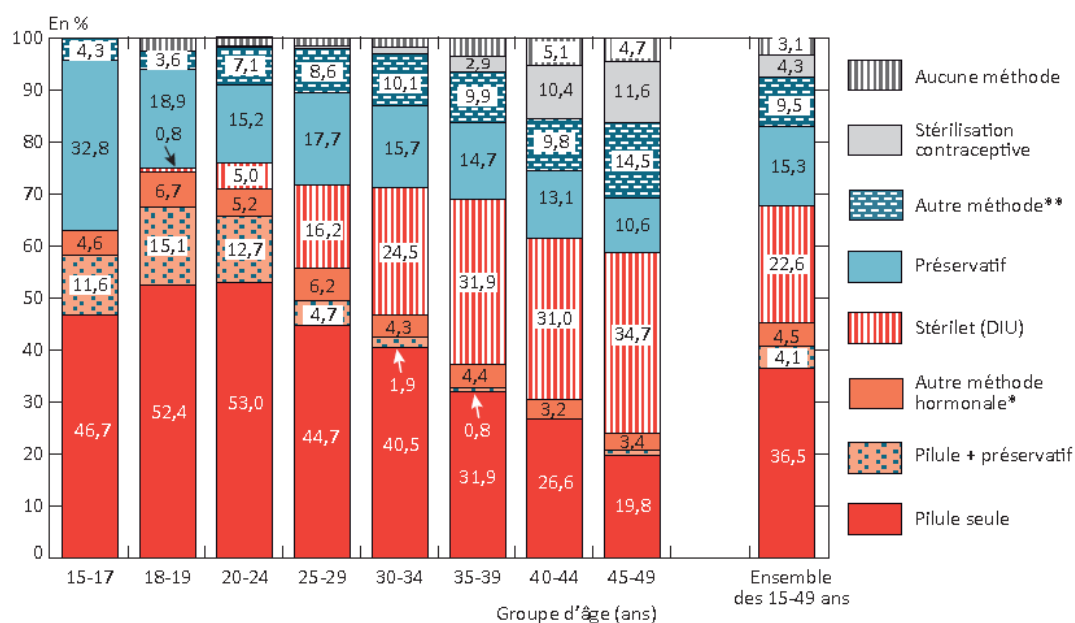
➤ Critères de choix selon l'OMS [cf. Annexe IV]

En 2015, l'OMS a élaboré un outil, sous forme de disque, d'aide à la décision lors de l'adoption de méthodes contraceptives à partir des critères de recevabilité médicale. Selon la tranche de vie (adolescente, nullipare, postpartum, etc.) et la situation médicale de la patiente (obésité, diabète, céphalées, cancer du sein, etc.), le disque permet de classer de 1 à 4 la pertinence des différents moyens de contraception (« à utiliser en toutes circonstances » jusqu'à « ne pas utiliser »).

Facilement maniable, cet accessoire peut être très pratique lors d'une consultation médicale afin d'aider le praticien lors de situations particulières (en cas d'antécédent de cancer du sein ou si la femme présente une hypertension par exemple). Il peut également être utilisé en officine et au comptoir de façon simple, rapide et pratique pour répondre à certaines interrogations (*Mon moyen de contraception est-il le plus adapté ? Quels moyens de contraception pourrais-je utiliser désormais ? etc*) tout en montrant que plusieurs moyens peuvent parfois être envisageables.

➤ Parcours contraceptif des françaises selon leur âge

En France, une certaine norme semble se dessiner quant aux méthodes contraceptives utilisées en fonction de l'âge des femmes. Les adolescentes et jeunes adultes débutant leur vie sexuelle utilisent majoritairement la pilule souvent associée au préservatif, parfois aussi utilisé seul. Il est progressivement abandonné au fur et à mesure de l'augmentation de l'âge des femmes et dès lors qu'une relation stable perdure (avec un partenaire particulier régulier). À partir de 25 ans, le recours aux DIU s'accroît de plus en plus pour détrôner la contraception orale ainsi que les autres méthodes (32). Le graphique suivant illustre le parcours contraceptif variable en fonction des tranches d'âge des utilisatrices [cf. Figure 14].



* Implant, patch, anneau vaginal

**Retrait, abstinence périodique, méthode locale

(N. Bajos et al., *Population & Sociétés*, n° 511, Ined, mai 2014)

Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Figure 14 Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes (32)

Ce stéréotype du paysage contraceptif semble perdurer malgré quelques modifications suite à la « crise de la pilule » fin 2012 – début 2013. Pour rappel, le 14 décembre 2012, une jeune femme porte plainte contre un laboratoire pharmaceutique suite à un accident vasculaire cérébral survenu quelques mois après avoir débuté l'utilisation d'une contraception orale de 3^{ème} génération. Le risque de thrombose veineuse profonde associé aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération¹, déjà mis en évidence depuis 1995, fut au centre d'un intense battage médiatique. Ces nombreux débats auront permis de favoriser le dialogue entre patients et professionnels de santé quant à l'adéquation de la méthode contraceptive employée face au dossier personnel de l'utilisatrice et aux autres moyens disponibles. Aucune désaffectation vis-à-vis de la contraception n'a été démontrée et la pilule reste toujours la méthode prépondérante. Malgré tout, son image (toutes formes de pilules confondues) s'est détériorée aux yeux du grand public et son utilisation est passée de 50% en 2010 à 41% en 2013 (toutes tranches d'âges regroupées). Ce changement s'est répercuté par une hausse du recours aux DIU majoritairement chez les femmes les plus diplômées, du préservatif ou des méthodes dites naturelles dans les catégories sociales plus précaires (32).

¹ Selon l'ANSM, ce risque est de 2 pour 10 000 femmes par an ne prenant pas de contraceptifs oraux, de 5 à 7 pour 10 000 femmes utilisant une pilule de 2^{ème} génération et de 9 à 12 pour 10 000 utilisatrices de pilule de 3^{ème} génération.

III. Les actions mises en place par le gouvernement français

Si le paysage contraceptif s'est fortement développé depuis quelques dizaines d'années, cette évolution n'est pas passée inaperçue pour les instances françaises mettant de plus en plus l'accent sur des démarches de **prévention** dans quelques domaines que ce soit et principalement en matière de santé. Avant de faire le point sur les actions mises en œuvre vis-à-vis de la **promotion de la contraception**, il est intéressant de rappeler les événements majeurs ayant permis l'introduction des méthodes contraceptives en France ainsi que la mise en place de leur législation.

A. Histoire et évolution de la législation

Le désir de limiter les naissances fut présent à toutes les époques et dans toutes les sociétés. En l'absence de connaissances anatomiques et physiologiques approfondies, les procédés contraceptifs et abortifs, étaient souvent confondus liant ainsi leur histoire et leur législation. En France, l'évolution de celle-ci fut marquée par de nombreux débats mêlant réflexion religieuse, sociétale et politique. Les principales dates clés sont résumées ci-dessous.

- **Moyen Âge : 29 octobre 1588, bulle *Effraenatam* du Pape Sixte Quint** (33)

Ce décret religieux voue à la mort et à l'excommunication les personnes se procurant ou utilisant des « poisons de stérilité » et considère ceux pratiquant l'avortement comme des criminels.

- **1798 : publication de l'*Essai sur le principe de population* par Thomas Malthus** (33)

Le pasteur et économiste anglais, bien qu'opposé à la contraception, prône le mariage tardif et la continence des « classes inférieures » afin de limiter la surpopulation et la misère. Ces théories seront à l'origine du (néo)malthusianisme basé sur le contrôle des naissances.

- **1810 : article 317 du Code pénal Napoléonien** (34)

Il punit de réclusion les personnes pratiquant, aidant ou subissant l'avortement (acte criminel). Les médecins et pharmaciens concernés sont condamnés aux travaux forcés.

- **1889 : création du 1^{er} centre sur la contraception en France** (33)

Paul Robin (réformateur social, ancien professeur de physique, chimie et histoire naturelle) crée le 1^{er} centre d'information et de vente de produits anticonceptionnels à Paris.

- **Loi du 31 juillet 1920 : réprime l'avortement et la propagande anticonceptionnelle** (35)

Suite à la 1^{ère} guerre mondiale, la France « a le plus besoin d'augmenter sa natalité ». De lourdes peines (amendes et emprisonnement) sont prévues pour les auteurs/complices de publicité, information, diffusion de moyens contraceptifs (sauf préservatifs) ou abortifs. Les avorteurs sont jugés en tant que criminels, en cour d'assise.

• <u>Loi du 27 mars 1923 : correctionnalisation de l'avortement</u> (33) L'avortement n'est plus un crime mais un délit, jugé devant le tribunal correctionnel pour éviter l'indulgence des jurys populaires. Les femmes avortées sont également poursuivies.
• <u>1935 : création du 1^{er} dispensaire de « Birth control » à Suresnes</u> (33) Suite à la <i>Birth control league</i> créée aux États-Unis, le Dr Jean Dalsace ouvre une consultation de contrôle des naissances délivrant des conseils médicaux pour espacer les naissances.
• <u>Décret-loi du 29 juillet 1939 dit « Code de la famille »</u> (36) La politique nataliste de la France est clairement affichée. La loi renforce les allocations familiales et aggrave les peines encourues par les avorteurs et avortées.
• <u>Loi du 15 février 1942 : l'avortement est un crime d'État</u> (37) L'avortement devient un crime contre la sureté de l'État, passible de la peine de mort. Marie-Louise Giraud, « faiseuse d'anges » ayant réalisé 27 avortements est guillotinée en 1943.
• <u>Décret du 11 mai 1955 : interruption médicale de grossesse sans restriction de délai</u> (35) L'avortement thérapeutique est autorisé lorsque la vie de la mère est en danger.
• <u>8 mars 1956 : création de l'association « La maternité heureuse »</u> (33) Mesdames Weill-Hallé (gynécologue) et Sullerot (sociologue) souhaitent « lutter contre les avortements clandestins, assurer l'équilibre psychologique du couple, améliorer la santé des mères et des enfants ». L'association milite pour l'accès à la contraception et l'abolition de la loi de 1920. En 1960, elle deviendra le « Mouvement Français pour le Planning Familial » (MPFP) et le 1^{er} centre de planification familiale ouvrira à Grenoble en 1961.
• <u>Loi Neuwirth du 28 décembre 1967 : relative à la régulation des naissances</u> (37) Elle abroge la loi de 1920 et autorise, sous contrôle de l'Etat, la fabrication, l'importation et la vente en pharmacie des produits contraceptifs ainsi que leur prescription et application médicale sous accord parental pour les mineurs de moins de 21 ans. Le remboursement par la sécurité sociale n'est pas prévu pour éviter d'encourager la limitation des naissances. La loi encadre la publicité, réservée aux revues médicales. Un dernier décret publié en mars 1972 autorise et soutient la création des centres de planification et des établissements d'information.
• <u>5 avril 1971 : publication d'un article renommé « Le manifeste des 343 salopes »</u> (38) Le débat sur l'avortement est relancé par le journal « Le Nouvel Observateur » publiant un papier signé par des centaines de femmes (dont Simone de Beauvoir, Marguerite Dumas, Catherine Deneuve, Françoise Fabian et Gisèle Halimi). Elles y déclarent avoir interrompu une de leurs grossesses et réclament le droit à l'avortement.

- [4 avril 1973 : création du MLAC](#) (39)

Le « Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception » regroupe des membres du planning familial, du Mouvement de Libération des Femmes (MLF) et du Groupe Information Santé (GIS). Il pratique illégalement des interruptions de grossesse pour créer un état de fait.

- [Loi du 11 juillet 1973 : création du CSIS](#) (37)

Une instance consultative : le conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, est créée à l'initiative de Lucien Neuwirth afin de proposer à l'État des mesures favorisant l'information et l'éducation à la sexualité des jeunes et des adultes.

- [Loi du 4 décembre 1974 : délivrance des contraceptifs dans les CPEF](#) (33)

Les centres de planification et d'éducation familiale sont autorisés à délivrer aux mineures souhaitant garder le secret et aux majeures sans couverture sociale des contraceptifs dont les frais sont pris en charge et remboursés par la Sécurité sociale.

- [Loi Veil du 17 janvier 1975 : interruption volontaire de grossesse ou IVG](#) (35)

À titre d'essai pour 5 ans, elle donne accès à l'avortement aux femmes « en situation de détresse » durant les 10 premières semaines de grossesse, sur demande auprès d'un médecin, libre de refuser, sans prise en charge des frais par la sécurité sociale.

- [Loi Pelletier du 30 novembre 1979 : localisation des centres d'IVG](#) (35)

Elle rend obligatoire la présence des centres d'IVG au sein du service public hospitalier.

- [Loi du 31 décembre 1979 : autorisation de l'avortement](#) (35)

La loi Veil de 1975 est définitivement adoptée et l'article 317 du Code Pénal est aboli. Les médecins et paramédicaux doivent recevoir un enseignement sur la contraception.

- [Loi Roudy du 31 décembre 1982 : remboursement des frais d'IVG](#) (35)

Elle impose le remboursement des frais d'avortement par la sécurité sociale et des tarifs plafonds (de 445 à 856 Fr selon le type d'IVG réalisé soit 1/4 à 1/6^{ème} du SMIC de l'époque).

- [27 avril 1987 : autorisation de la publicité des préservatifs](#) (40)

Le ministre de la santé Michèle Barzach autorise la publicité auprès du grand public à condition de le présenter comme moyen de protection contre les IST et non comme anticonceptionnel.

- [28 décembre 1988 : délivrance de l'AMM du RU 486 renommé Mifégyne®](#) (24)

La spécialité à base de mifépristone (antiprogestatif) reçoit son autorisation de mise sur le marché pour l'indication de l'avortement médicamenteux.

- [Loi Neiertz du 27 janvier 1993 : création du délit d'entrave à l'IVG](#) (35)

Elle dépénalise l'auto-avortement et crée le délit spécifique d'entrave à l'interruption de grossesse suite aux multiples attaques des centres d'IVG par des commandos hostiles à cette pratique.

- [Loi du 13 décembre 2000 : contraception d'urgence](#) (38)

Les médicaments de contraception d'urgence à base de Lévonorgestrel ne sont plus soumis à prescription médicale obligatoire. Ils peuvent être délivrés par les infirmières scolaires des établissements du second degré, à titre exceptionnel en cas de « détresse caractérisée », si un médecin ou centre de planification familiale n'est pas accessible, ou en pharmacie. En l'absence de prescription médicale, la dispensation est payante et non-remboursée par la sécurité sociale.

- [Loi Aubry du 4 juillet 2001 : modifie la loi Veil sur l'IVG](#) (24)

Le délai de l'IVG passe de la 10^{ème} à la 12^{ème} semaine de grossesse et la méthode médicamenteuse peut être utilisée sans hospitalisation. La stérilisation à visée contraceptive est autorisée. La prise en charge est anonyme et gratuite pour les mineures qui peuvent être accompagnées par une personne majeure de leur choix (autorisation parentale non requise). Des séances d'information et d'éducation à la sexualité sont dispensées 3 fois par an dans les collèges et lycées.

- [Loi du 4 août 2004 : contraception hormonale et sages-femmes](#) (24)

Les sages-femmes peuvent prescrire une contraception hormonale dans les suites d'une IVG ou d'un accouchement (et non plus seulement les contraceptifs locaux, capes cervicales et diaphragmes). En octobre 2005, la contraception d'urgence et les DIU s'y ajoutent.

- [15 mai 2009 : délivrance de l'AMM de l'Ellaone®](#) (41) (42)

La spécialité à base d'ulipristal obtient l'AMM dans l'indication de la contraception d'urgence et est soumise à prescription médicale obligatoire. L'arrêté du 15 avril 2015 la rendra disponible sans ordonnance et délivrable de façon anonyme et gratuite pour les mineures.

- [Loi HPST du 21 juillet 2009](#) (24)

Les sages-femmes sont autorisées à assurer des consultations de gynécologie préventive et de contraception, à poser des DIU et à réaliser des IVG médicamenteuses. Les infirmiers et pharmaciens peuvent renouveler ou délivrer pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum, une prescription de contraception hormonale orale remboursable datant de moins d'un an.

- [Loi du 17 décembre 2012 : remboursement de l'IVG et contraception des mineures](#)

La loi de financement de la sécurité sociale prévoit une prise en charge à 100% des frais d'IVG. Pour faciliter l'accès à la contraception des mineures de 15 à 18 ans, elle instaure le secret de la délivrance qui se fait sans avance de frais pour les contraceptifs remboursables, en pharmacie, sur prescription médicale portant la mention « contraception mineures ».

- [Ordonnance du 19 décembre 2012 : vente en ligne des médicaments](#) (43)

Les pharmaciens titulaires d'une officine peuvent vendre sur internet les médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire. Ceci comprend donc la contraception orale d'urgence.

- Loi du 4 août 2014 : relative à l'égalité homme-femme (44)

Elle remplace la notion de « femme en situation de détresse » (loi Veil 1979) par « femme qui ne veut pas poursuivre une grossesse » en justifiant le droit à l'avortement et étend le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

- Loi du 26 janvier 2016 : modernisation du système de santé (45) (46) [Annexe V]

Soutenue par Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé, cette loi supprime le délai obligatoire de réflexion de 7 jours avant l'IVG. L'accès à la contraception des mineures d'au moins 15 ans est facilité par la prise en charge (anonyme) à 100% des frais de consultation liée à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ou aboutissant à la prescription d'un contraceptif ou d'examen de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive ainsi que les frais de consultation de suivi lors de la 1^{ère} année d'accès à la contraception.

B. Les campagnes et actions de prévention sur la contraception

En 2001, l'UNICEF déclarait que « plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces ». Il aura fallu de **nombreux débats sociétaux** et une forte **évolution de la législation** en matière de contraception et d'IVG notamment à partir des années 1960 puis 1980, pour que le gouvernement français mette en place des actions de prévention dans ce domaine (47).

○ **1981 : « Pouvoir Choisir ; La contraception est un droit fondamental »**

Le ministère des Droits de la femme lance la 1^{ère} campagne nationale sur la contraception le 18 novembre. Ses spots télévisés seront diffusés jusqu'au 9 décembre (39). Ils entraîneront certaines réactions d'opposition de la part d'associations familiales et des représentants des cultes en désaccord avec ces pratiques anticonceptionnelles.

○ **1992 : « La contraception, ça devient simple quand on en parle »** [Annexe VI]

Elle fait suite à une première version, créée quelques mois auparavant puis abandonnée car jugée « trop directe et trop suggestive » par M. Pierre Bérégovoy, premier ministre de l'époque. Diffusée en octobre, elle traite de la contraception et du sida² en mettant l'accent sur l'usage du préservatif. Elle s'appuie sur la *télévision*, des *brochures* d'explication distribuées dans les lycées et une *permanence téléphonique*.

² Elle fait suite à la 1^{ère} campagne de prévention contre le sida « Le SIDA, il ne passera pas par moi » lancée en 1987.

- **1995 : Fil santé jeunes**

Pour compléter les campagnes nationales d'information, le Ministère de la Santé crée un dispositif téléphonique accessible au grand public afin de répondre à toutes les interrogations.

- **2000 : « La contraception, à vous de choisir la vôtre »** [Annexe VII]

Après une longue période de prévention consacrée au sida et aux IST, le gouvernement met en place une grande campagne exclusivement centrée sur la contraception. Elle est largement diffusée à la télévision, la radio, dans la presse féminine et jeune. Elle inclut aussi une *plate-forme téléphonique* et la distribution de *guide de poche* sur la contraception. Pour la première fois, les pharmaciens sont inclus dans la démarche. Ils sont invités à apposer une *affiche « professionnel de santé »* sur leur vitrine et à distribuer les guides de poche (relayés par le Cespharm, distribuant également des fiches techniques à usage professionnel sur la contraception).

- **2002 : « Contraception : ne laissez pas l'imprévu décider à votre place »** [Annexe VIII]

L'objectif est d'encourager l'utilisation effective de la contraception en s'adressant aux jeunes, aux femmes et aux couples, à différentes étapes de leur vie (lors du premier rapport sexuel, de l'arrivée d'un enfant dans la famille, etc.). Elle comprend des spots radio et des affiches de baisers de cinéma avec le message en amont du slogan « dans la vraie vie, c'est vous qui vivez la suite... » ainsi qu'un « *mémo contraception* » distribué en officine, présentant les méthodes contraceptives.

- **2002 : Dépliant sur la contraception d'urgence** [Annexe IX]

Avec l'aide de l'assurance maladie, le Cespharm met au point un *dépliant* accompagnant la dispensation de la contraception d'urgence en pharmacie.

- **26 septembre 2007 : création de la journée mondiale de la contraception**

À plus grande échelle, la journée mondiale est soutenue par de nombreuses organisations non-gouvernementales dans différents pays dont l'Agence Française de la Contraception en France. Elle cible principalement les jeunes de 15 à 24 ans à travers différentes actions de sensibilisation et d'information dans le but notamment de réduire le taux d'IVG et d'IST.

- **2007 : « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit »**

L'objectif est de promouvoir une contraception choisie et adaptée à sa situation personnelle affective. Elle se décline sous la forme de films télévisuels avec un message central « Il y a plein de façons de s'aimer, il y a plein de moyens de contraception », des spots radio, un numéro d'appel

gratuit ainsi que des affiches et brochures remises au public par les pharmaciens d'officine notamment. L'innovation de cette campagne est la mise en place d'un *site internet* destiné au grand public spécifiquement dédié à toutes les questions d'ordre contraceptif : www.choisirsacontraception.fr.

○ **2008 – 2011 : Autres actions** [Annexes X, X bis]

Afin de poursuivre le travail d'information sur la diversité des moyens de contraception, le Ministère de la Santé et l'INPES ont mis en place de nombreuses campagnes successives dont :

- « ***Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous*** » (2008) : pour favoriser au maximum le dialogue avec les professionnels de santé,
- « ***Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?*** » (2009) : qui utilise des situations humoristiques inversant les rôles avec des garçons enceintes,
- « ***Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?*** » (2011) : une très grande campagne plutôt destinée aux femmes utilisant déjà une contraception, de manière à les interroger sur l'adéquation de la méthode employée avec leur situation personnelle. Elle est déclinée en spot télévisuel, bannières web (redirigeant vers www.choisirsacontraception.fr), annonces de presse et une *brochure* « Choisir sa contraception ». Les professionnels de santé dont les pharmaciens, disposent d'une *carte aide-mémoire* qui peut être remise aux patientes lors de la délivrance de la pilule pour rappeler la conduite à tenir en cas d'oubli de prise.

– **2013 « La contraception qui vous convient existe »** [Annexe XI]

Suite à la diversification des modes de contraception et à l'apparition de nouvelles formes telles que le patch, l'anneau ou l'implant par exemple, le ministère de la santé et l'INPES créent une nouvelle campagne de sensibilisation et d'information. Comme précédemment, elle est diffusée via des spots radio et des bannières web. La nouveauté réside dans l'attention portée aux professionnels de santé avec la création de documents destinés à les aider au quotidien :

- une publication rédactionnelle « *La contraception : comment mieux la personnaliser ?* » donnant les chiffres clés sur la contraception, des repères pour la consultation et les ressources disponibles,
- une affiche « *A chacun sa contraception* » et la brochure « *Choisir sa contraception* » pouvant servir de support pour récapituler les différentes offres et ouvrir le dialogue avec les patients.

– **2014 – 2016 : Le laboratoire Biogaran** [Annexes XII, XII bis, XII ter]

Grand acteur en matière de génériques et notamment sur le marché de la pilule contraceptive, le laboratoire Biogaran réalise des nouveaux outils destinés au grand public :

- en 2014, soit peu de temps après la crise sanitaire des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, il lance une mini campagne « *Arrêtez d'avaler n'importe quoi sur la pilule* ». Il crée un site internet www.ilparaitquelapilule.fr contenant des vidéos d'adolescents parlant entre eux de contraception afin de répondre à de nombreuses idées reçues. Il recense aussi les *contacts utiles* et sites internet fiables relatifs à la contraception (sources facilement accessibles, très appréciées des jeunes).
- en 2015, le laboratoire relance une campagne « *Cet été je me dore la pilule ... sans l'oublier* », ciblée sur l'observance. Il distribue des *kits info contraception* composés d'un *dépliant* reprenant les grandes questions sur la contraception orale et d'urgence avec un *accessoire* pour téléphone portable. Pour compléter ce projet, il crée un *mini site* très didactique www.monurgencepilule.fr permettant d'accompagner les patientes en les conseillant lors d'un oubli de prise.

Même si à ce jour les laboratoires pharmaceutiques n'ont pas forcément la cote auprès du grand public, les jeunes sont moins réticents à leur propos. Les actions menées par Biogaran par exemple, permettent de faire le lien patient – pharmacien afin d'ouvrir le dialogue face à la contraception parfois perçue comme tabou tout en démontrant la place que peut occuper le professionnel de santé en terme d'écoute, de renseignements ou de relation avec d'autres structures. Ces actions ont l'avantage d'utiliser des moyens de communication faisant partie intégrante de la vie des adolescents (internet, téléphone portable, brochure simplifiée etc.). Le Ministère de la Santé et l'INPES ont bien compris l'importance de ces médias. Au fur et à mesure des années et des différentes campagnes menées, ils ont tenté, à juste titre, de s'approprier ces nouveaux axes de communication en misant d'avantage sur la presse, les radios jeunes et surtout sur le web. Pour autant l'enjeu n'est pas si simple. Les adolescents sont capables de faire bon nombre de choses à la fois (regarder la télévision tout en envoyant des sms et en prenant un goûter par exemple). Pour les toucher il faut donc capter leur attention afin que le message soit repéré, entendu et compris. La répétition des campagnes sous forme de piquêr de rappel a une importance non négligeable. L'information délivrée reste globalement la même, le message est identique mais tourné différemment. Les termes employés se rapportent toujours au choix et à la possibilité d'adaptation de la contraception à la personne concernée (« choisir », « choix », « décider », « convenir », « à chacun »). Le fait de souvent cibler la jeunesse à travers la mise en scène ou les moyens de diffusion me semble tout à fait judicieux. Les adolescents se trouvent à l'aube du début de leur vie sexuelle. Ils doivent avoir accès à toutes les informations nécessaires pour, s'ils le souhaitent, opter (ou non) pour telle ou telle contraception. Je pense qu'une décision choisie et non subie sera mieux acceptée puis mieux appliquée. De plus si des habitudes se mettent en place à l'aube de la période d'activité sexuelle, elles seront plus à même de perdurer. Par exemple, une jeune fille plaçant sa

contraception à côté de sa brosse à dent pour penser à la prendre tous les soirs, intégrera une sorte d'automatisme évitant les oublis. Bien entendu il ne suffit pas que les « bonnes » habitudes soient prises le plus tôt possible, de nombreuses autres situations peuvent avoir lieu. Il est également important que les adolescents sachent vers qui s'orienter pour obtenir des renseignements, en dehors de leurs parents et famille.

Selon un rapport d'information enregistré à l'Assemblée Nationale en 2011, les grandes campagnes menées par l'INPES « ont bénéficié de bons scores auprès des jeunes de 15 à 19 ans en termes de reconnaissance et d'incitation à modifier leurs comportements » (48). Par exemple en 2008, parmi les 47 % de jeunes se souvenant de la campagne d'information, 23 % avaient été incités à parler de contraception avec un gynécologue. Alors qu'en 2009, les 34 % de jeunes ayant le souvenir de la campagne ont été davantage marqués que dans les campagnes précédentes et ont ressenti le besoin de modifier leur comportement, 62 % se sentant davantage concernés par leur propre contraception, 51 % souhaitant en parler avec leur entourage et 41 % voulant se renseigner sur les différentes méthodes contraceptives existantes. Enfin en 2010, la campagne avait été reconnue par un jeune sur deux qui en avait discuté avec son entourage et parmi eux, 60 % des jeunes de 15 à 19 ans avaient été incité à utiliser un préservatif.

C. Paradoxe français vis-à-vis de la contraception

Selon le Baromètre Santé 2010, l'âge de la première maternité recule de plus en plus vers la trentaine alors que l'entrée dans la sexualité ne fait que diminuer comme en témoigne la baisse de l'âge médian au premier rapport sexuel³ aussi bien au niveau national qu'en région Pays de la Loire (cf. Figure 15). Donc la période de « jeunesse sexuelle » durant laquelle la contraception semble indispensable s'allonge d'autant plus.

La France présente un des taux de couverture contraceptive le plus élevé dans le monde avec plus de 90% des femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives déclarant employer un moyen de contraception. Toutefois, les deux tiers des grossesses non prévues ont lieu en dépit de l'utilisation d'une contraception (49). Depuis 2002, le nombre d'IVG réalisées en France se situe chaque année autour de 220 000 avec une légère tendance à la hausse en 2013 suivie par une stabilisation en 2014 puis une faible diminution en 2015 (avec 218 100 IVG). À noter que le taux de recours de 10,5 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en région Pays de la Loire est inférieur à celui de l'ensemble de

³ L'âge médian au premier rapport sexuel est l'âge auquel la moitié de la population a déjà eu un rapport sexuel

la France entière (14,9 IVG pour 1 000 femmes) (50). Si le taux global se stabilise au cours du temps, il évolue par contre selon les âges et c'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG sont les plus fréquentes (cf. Figure 16).

Donc malgré l'emploi massif des moyens de contraception ainsi que la diffusion et les facilités d'obtention de la contraception d'urgence notamment depuis 1999⁴, un tiers des grossesses est non prévue/désirée et le nombre des IVG ne diminue pas et reste relativement élevé. On peut alors parler du **paradoxe français** envers la contraception.

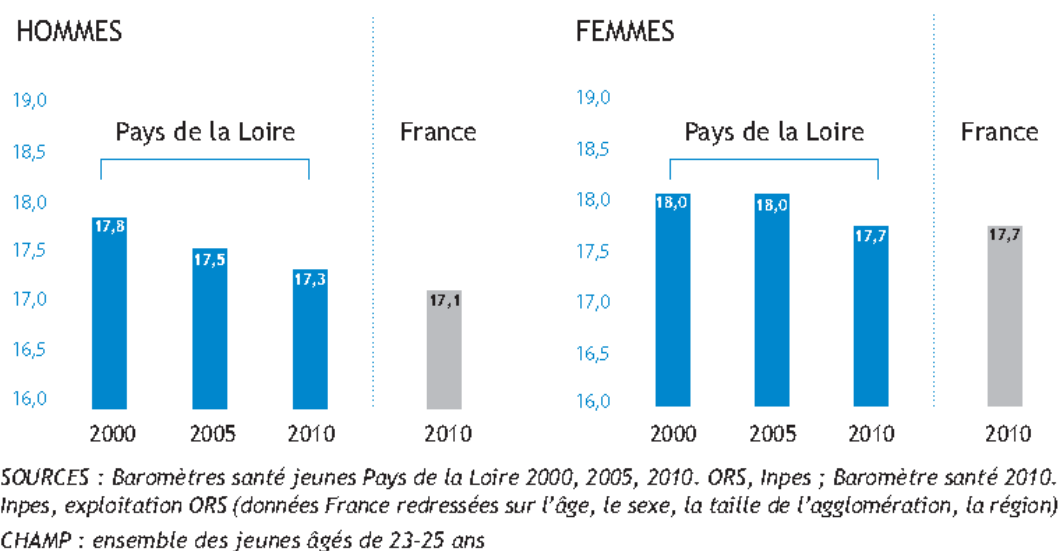


Figure 15 Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel et comparaison à la moyenne nationale selon le sexe (51)

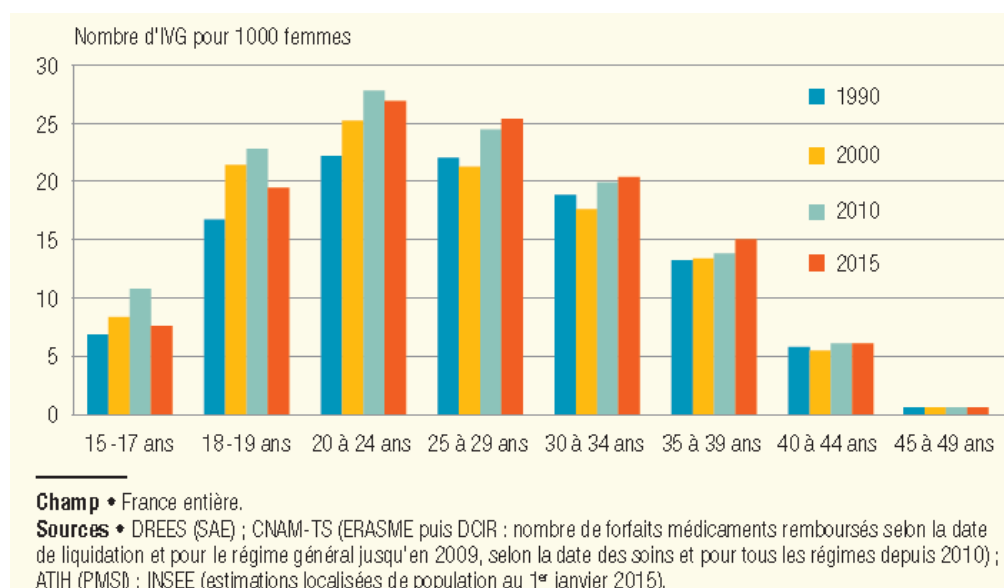


Figure 16 Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge des françaises de 1990 à 2015 (50)

⁴ Date à laquelle la contraception d'urgence est devenue accessible en pharmacie sans ordonnance. Au total, plus d'un million de boîtes de contraception d'urgence sont vendues chaque année en France depuis 2005 (48)

IV. LE PASS PRÉVENTION CONTRACEPTION

Pour les adolescentes mineures, la facilité d'accès à une contraception est primordiale. Bon nombre d'entre elles réclament un mode d'accès simplifié, proche de chez elle, sans démarche administrative, anonyme et gratuit leur permettant, si elles le désirent, de ne pas en informer leur famille. Dans ce cas, elles peuvent se tourner vers les CPEF qui remplissent tous ces critères. Cependant certaines zones géographiques, en particulier rurales, ne disposent pas de ces structures. Devant ce constat, le conseil régional de Poitou-Charentes a pris l'initiative en 2010 de conduire un nouveau projet : le Pass Prévention Contraception, afin de *favoriser l'accès à la contraception pour les mineures*. Aujourd'hui, la moitié des régions métropolitaines se sont engagées dans cette politique en créant leur propre Pass. Ils sont donc différents d'une région à l'autre (cf. objectifs, critères d'obtention, modalités d'accès, services proposés) (52).

A. Présentation du Pass Prévention Contraception

1. Objectifs

En septembre 2011, la région des Pays de la Loire crée le « Pack 15-30 » avec 9 aides spécifiques, issues d'une politique globale en faveur des jeunes vivants sur le territoire ligérien. Tout en regroupant et en valorisant ces dispositifs régionaux, il s'articule autour de deux axes à la fois distincts et complémentaires :

- ✓ *l'amélioration des conditions de vie* (Pass culture sport, Pass logement, Pass complémentaire santé, Pass transport, Pass 1^{ère} installation et Pass prévention contraception)
- ✓ *et l'amélioration des conditions d'accès à la formation* (Pass apprenti, Pass lycéen pro et Ordipass⁵).

Le Pass Prévention Contraception, lancé en septembre 2012, comporte **deux volets spécifiques** :

- l'un de PRÉVENTION consistant à développer et soutenir l'organisation d'actions de promotion et d'éducation à la santé sexuelle au sein des établissements d'enseignement notamment dans le cadre du programme d'actions éducatives
- l'autre de PARCOURS DE SOIN permettant via un système de chéquier, l'accès des jeunes à la contraception et au dépistage des IST (53).

⁵ Pour information, les Pass lycéen pro et Ordipass ont été édités lors de la 3^{ème} saison, en octobre 2013

2. Bénéficiaires

Le chéquier est remis de manière confidentielle par un référent adulte identifié au sein du lieu de diffusion telle que l'infirmière scolaire par exemple. Au lancement du dispositif par la région Pays de la Loire, le Pass était réservé aux lycéens et apprentis ligériens, filles et garçons, et n'était disponible que dans les :

- lycées et centres de formation d'apprentis (CFA),
- établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA),
- maisons familiales rurales (MFR) et,
- centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Au cours de la 2^{ème} saison (en 2013/2014), sa diffusion s'est élargie aux missions locales, maisons de santé et aux pharmacies à travers une expérimentation dans 222 pharmacies vendéennes uniquement au départ. Il est désormais accessible sur demande à :

- tous les jeunes (sans condition d'âge) inscrits dans les lycées (privés et publiques), CFA, EREA et maisons familiales rurales
- aux jeunes majeurs de moins de 20 ans dans les CPEF⁶
- aux jeunes de moins de 20 ans dans les missions locales, maisons de santé pluridisciplinaires, pharmacies et centres d'expérimentation (protection judiciaire de la jeunesse et secteur associatif habilité, instituts médico-éducatifs et centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections sexuellement transmissibles).

Au total, cela correspond à plus de 1 600 lieux potentiels de diffusion sur le territoire des Pays de la Loire. Il est regrettable qu'il n'existe pas une liste officielle positive les regroupant tous. Néanmoins, il est possible de consulter les listes des CPEF, missions locales et CeGIDD sur le site www.pack15-30.fr/?id=139 et de vérifier qu'un établissement particulier dispose d'un référent en cliquant sur le logo « où retirer mon Pass ? » de ce même site internet [Annexe XIII].

Les structures diffusant le Pass sont approvisionnées par la Région des Pays de la Loire en kit de communication et lot de chèquiers numérotés (avant chaque début d'année scolaire et sur demande à l'adresse : preventioncontraception@pack15-30.fr).

⁶ Dans ces centres, les mineurs peuvent être pris en charge par les Conseils départementaux

3. Composition du chéquier

Le Pass prend la forme d'un chéquier rouge et blanc composé de 8 coupons :

- **1 attestation de « remise du chéquier »** : avant de remettre le Pass au jeune, ce coupon doit être détaché puis rempli au verso, signé et cacheté pour être envoyé à l'adresse mentionnée. Il sert ainsi de facture. Son talon doit lui aussi être détaché, renseigné et conservé par le professionnel telle une trace lui permettant de suivre son remboursement.
- **2 coupons pour une 1^{ère} puis une 2^{ème} « consultation médicale »** : ils font office de moyen de paiement des professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, sages-femmes et dans les CPEF). Leur montant est calculé sur la base de la tarification du secteur 1
- **1 coupon « analyse médicale »** : qui s'utilise au sein d'un laboratoire d'analyse médicale pour le paiement des frais lors de la réalisation d'un bilan glycolipidique avant l'instauration d'un moyen de contraception particulier notamment et/ou lors d'un dépistage d'IST.
- **4 coupons « contraceptifs et autotests de dépistage »** : cumulables, ils permettent d'obtenir en pharmacie ou dans les CPEF :
 - Des préservatifs masculins ou féminins (dans la limite de 10€ par coupon)
 - Des contraceptifs délivrables sur ordonnance (pilule, patch, anneau, implant, DIU) ou un dispositif d'autotest de dépistage du VIH disponible sans ordonnance (40€ par coupon).

4. Déroulement du parcours de soins

Chaque chéquier propose un parcours de soins encadrés par des professionnels de santé compétents. La première consultation médicale est une étape incontournable pour bénéficier des suivantes, soumises à prescription médicale (sauf délivrance de préservatifs et d'autotests de dépistage). Un parcours théorique peut être établi [cf. Figure 17] mais est variable selon le public concerné (garçon ou fille) et le contexte médical (prise antérieure de contraceptif par exemple).

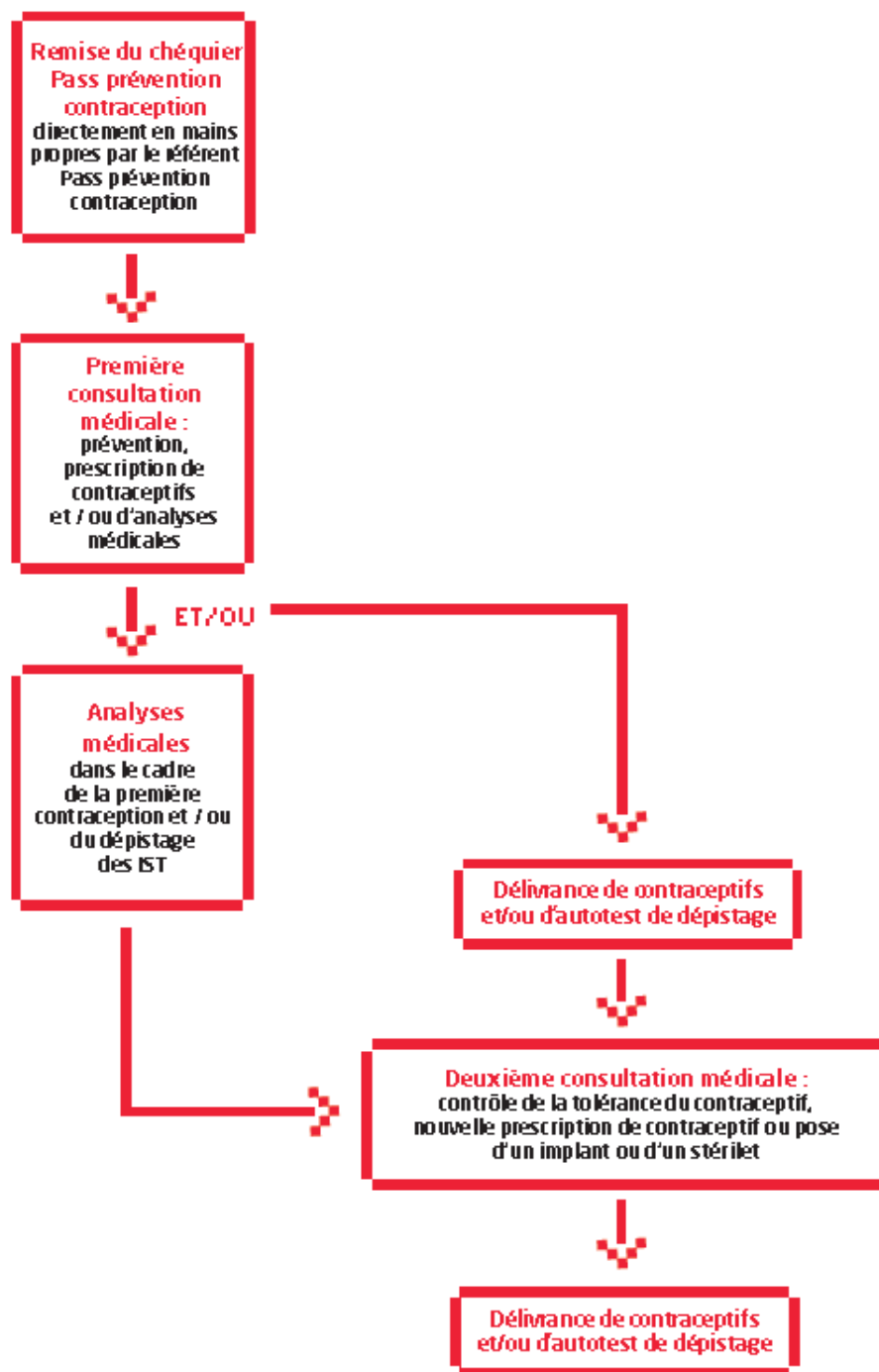


Figure 17 Schéma théorique du parcours d'utilisation du Pass Prévention Contraception (53)

➤ La remise du chéquier au bénéficiaire

Le Pass est délivré par un adulte ou « référent Pass Prévention Contraception » ainsi identifié dans chaque lieu partenaire du dispositif :

- infirmier ou médecin scolaire
- personnel d'éducation
- professionnel compétent des CPEF, maisons de santé, missions locales, pharmacies, etc.

Une fois l'attestation de remise du chéquier remplie, de façon anonyme si le jeune le souhaite, le Pass peut lui être remis en main propre. Cette étape s'effectue au cours d'un entretien individuel permettant d'écouter la demande du jeune tout en garantissant sa confidentialité par rapport aux autres jeunes, aux parents ou à la famille et aux autres personnes présentes sur le lieu de dispensation du Pass. En pharmacie, ceci peut avoir lieu à un comptoir excentré vis-à-vis du reste de l'officine ou dans le local de confidentialité ou la pièce d'orthopédie par exemple. La réalisation de cet entretien par un professionnel de santé présente l'avantage de pouvoir répondre à toutes les questions de l'adolescent(e) tout en assurant une démarche préventive complémentaire.

Dans tous les cas, l'adulte référent doit rappeler plusieurs points :

↳ l'*anonymat* et la *gratuité* du dispositif

↳ le *fonctionnement* du Pass

- dans le cadre du parcours de soins coordonné, la 1^{ère} consultation médicale conditionne l'accès à la gratuité des prestations ultérieures et l'utilisation des autres coupons (nécessité d'une ordonnance) lui permettant de régler les frais d'analyses médicales et de payer des contraceptifs (hormis les préservatifs et dispositifs d'autotest)
- le bénéficiaire est libre de choisir le professionnel de santé (médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, sages-femmes et personnels de CPEF) mais doit s'assurer que ce dernier accepte le Pass⁷ en le mentionnant lors de la prise des rendez-vous
- les coupons permettent le règlement, le jeune n'a pas d'avance de frais à faire
- le chéquier est utilisable durant toute l'année scolaire et jusqu'à la fin de l'année calendaire (par exemple, pour la saison 2016-2017, il est valable jusqu'au 31 décembre 2017)

↳ même s'il n'est pas nominatif, le jeune est le *seul bénéficiaire* et utilisateur du Pass

↳ pour toute *information supplémentaire*, il existe un site internet et une adresse mail des services de la région (www.pack15-30.fr et preventioncontraception@pack15-30.fr).

➤ La consultation médicale

Deux coupons « consultation médicale » sont disponibles. La 1^{ère} visite s'inscrit dans la logique de parcours de soins ordinaire. Elle est relative à la prévention en matière de santé sexuelle et permet :

↳ l'*échange* avec l'adolescent autour de ces questions

↳ la *rédaction d'ordonnance* concernant :

⁷ Les professionnels sont libres d'accepter ou non le Pass comme moyen de paiement.

- * la prise de sang et analyses médicales liées à la contraception hormonale (réalisation d'un bilan cholestérol, glycémie/triglycérides) et le dépistage des IST (VIH, chlamydia, etc.)
- * la prescription de tous les types de contraceptifs. Seuls les préservatifs sont également disponibles sans ordonnance. Plusieurs moyens de contraception peuvent être prescrits simultanément : patch, anneau ou pilule + contraception orale d'urgence par exemple. La durée de prescription et de délivrance est de 3 mois, renouvelable 3 fois de façon à assurer une prise en charge globale d'un an.

La 2^{ème} consultation a pour but quant à elle :

- ↳ le *dialogue* avec l'adolescent, la réponse à ses interrogations et le contrôle de la tolérance voire de l'observance des contraceptifs prescrits lors de la précédente visite
- ↳ l'*échange* à propos des *résultats d'analyses médicales* préalablement prescrits. Pour garantir la confidentialité de ceux-ci, il convient de s'assurer qu'ils ne soient pas envoyés au domicile du jeune. Le médecin ou la sage-femme destinataire des résultats peut décider d'un autre moyen avec le jeune comme le contacter via son portable, son adresse mail personnelle, une date de visite, etc.
- ↳ l'éventuelle *prescription d'analyses médicales* si cela n'avait pas été le cas précédemment ou si besoin une seconde fois (dans ce cas, le bénéficiaire sera orienté vers le système classique avec prise en charge des frais par l'Assurance Maladie)
- ↳ le *renouvellement de l'ordonnance* du contraceptif ou la prescription d'un autre moyen de contraception plus adapté
- ↳ la *pose d'un implant ou DIU* précédemment prescrit.

Le paiement de chaque consultation se fait par le biais du coupon correspondant. Leur montant est calculé sur la base de tarification du secteur 1, soit pour une consultation médicale :

- chez un médecin généraliste ou une sage-femme : 23€
- chez un gynécologue ou un pédiatre : 28€
- pour la pose, le remplacement ou le retrait d'un implant ou DIU : jusqu'à 42€.

La somme indiquée sur le bon correspond à un plafond maximum et non à un forfait. Le professionnel de santé doit inscrire le prix réel de la consultation réalisée sachant que, quelque soit son secteur conventionnel, il ne peut facturer un montant supérieur à celui fixé par la région des Pays de la Loire (correspondant à ce plafond). Aucun frais supplémentaire, dépassement d'honoraire ni échange d'argent ne peut être réclamé au bénéficiaire.

➤ Les analyses médicales

Le coupon correspondant est destiné aux laboratoires d'analyses et de biologie médicale pour la prise en charge des prestations détaillées précédemment. Le titulaire du Pass le remet au laboratoire en même temps que son ordonnance. Puis, après avoir rempli le verso, le laboratoire peut procéder à l'envoi postal afin d'être remboursé par la région.

Si la prise de sang est réalisée par un infirmier ou un médecin libéral, c'est alors au professionnel de joindre le coupon avec l'ordonnance qu'il adresse au laboratoire avec lequel il est conventionné. La région remboursera ensuite le laboratoire (pour le prélèvement et les analyses effectuées) qui devra rétrocéder à l'infirmier ou au médecin les honoraires de la prise de sang.

Comme pour la « consultation médicale », le montant indiqué sur le bon (60€) n'est pas un forfait mais un plafond et c'est le prix réel de la prestation qui doit être renseigné au verso du coupon.

➤ La délivrance de contraceptifs et/ou d'autotest de dépistage

Elle se fait dans les pharmacies et/ou CPEF en contrepartie d'un ou plusieurs coupons correspondant. Elle ne concerne que les *produits contraceptifs prescrits* (ou sans ordonnance pour les préservatifs) et les *autotests de dépistage d'IST* comme le VIH (disponibles sans prescription). À titre d'exemple, les tests de grossesse, vaccins HPV, gels lubrifiants, etc. ne sont pas inclus dans ce dispositif. Le choix du contraceptif relève du praticien et du patient. La région n'entend donner aucune orientation en la matière.

De la même façon que pour les consultations et analyses médicales, ces bons indiquent un plafond de prise en charge équivalent à 40€ chacun dont 10€ maximum par coupon pour les préservatifs. Ils sont cumulables entre eux et servent par exemple :

- pour une jeune fille, à payer un implant (~ 100€) + des préservatifs [en utilisant 3 bons = 3 x 40€ = 120€] ou bien sa contraception orale non remboursée + une boîte de contraception orale d'urgence,
- pour un jeune homme, à payer un dispositif d'autotest du VIH + des préservatifs.

Depuis 2007, la sécurité de la dispensation des médicaments a été renforcée avec la création du dossier pharmaceutique (DP) permettant de recenser, via la carte vitale du patient volontaire, tous les traitements délivrés, sur prescription ou non, durant les 4 derniers mois. Le but est d'éviter le risque d'interaction et la redondance des traitements (54). Comme tous les médicaments, il existe un risque d'interaction lors de l'utilisation de contraceptif (notamment hormonaux) et d'autres

traitements concomitants. Le pharmacien peut donc proposer d'inscrire la délivrance des moyens de contraception sur la carte vitale du bénéficiaire, s'il en possède une personnelle afin de préserver sa santé tout en conservant la confidentialité.

5. Délivrance et prise en charge de contraceptifs pour les mineurs et dispositif anonymat

Depuis le décret publié en mars 2013 relatif à la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2013, la **prescription** et la **délivrance** des contraceptifs aux mineures de 15 à 17 ans révolus peut se faire **anonymement** et **gratuitement**. À l'officine, le pharmacien utilise un numéro d'inscription au répertoire (NIR) ou numéro d'immatriculation de sécurité sociale anonyme et spécifique dit de « contraception mineure ». Ainsi la délivrance de contraceptifs n'apparaîtra pas sur le relevé des remboursements de l'assurance maladie (55). Malheureusement, selon l'IGAS, ce protocole est très rarement utilisé (moins de 1% des cas). Il a été complété à partir du 1^{er} juillet 2016 par la prise en charge à 100%, toujours pour les mineures de 15 à 17 ans révolus, des **frais** :

- liés aux **analyses** (cholestérol, glycémie et triglycérides) avant la prescription de contraceptif
- de **consultation annuelle** pour la prescription d'un moyen de contraception
- des **actes de pose, remplacement ou retrait** du contraceptif prescrit (implant, DIU, injectable).

Ces dispositions rejoignent en partie le principe du Pass Prévention Contraception. Dans le cas de figure où le bénéficiaire est une adolescente mineure munie d'un tel chéquier, il est recommandé d'en utiliser les coupons ou de lui en remettre un le cas échéant, si elle le désire.

6. Modalités de remboursement des professionnels de santé

La région a choisi de traiter ces remboursements grâce à un prestataire de service : Edenred. Du point de vue des professionnels partenaires, ils doivent :

- récupérer l'attestation de remise du chéquier en détachant le coupon et son talon
- remplir puis conserver le talon (= trace permettant de suivre le remboursement)
- remplir le verso du coupon, indiquer le montant de la prestation, signer et cacheter (= facture)
- envoyer par courrier postal le(s) coupon(s) reçu(s) correctement rempli(s) à l'adresse suivante :

Pass prévention contraception
TAC 54, TSA 10300
92788 Issy Les Moulineaux, CTC cedex 9

S'il s'agit du premier envoi et seulement à ce moment-là, le professionnel devra joindre son RIB permettant d'adresser les remboursements une fois qu'il sera enregistré dans la base de données confidentielle⁸. Le libre choix est laissé quant à la fréquence d'envoi des coupons. La région n'impose aucune contrainte si ce n'est une date limite fixée au 31 mars 2018 concernant l'envoi des coupons de la saison précédente (2015-2016).

Ensuite les démarches de la région sont principalement assurées par le prestataire Edenred :

- il vérifie les coupons ; si des informations sont manquantes ou erronées, il peut contacter le professionnel partenaire afin de les rectifier
- il soumet les ordres de paiement correspondant à la région
- cette-dernière procède au virement bancaire des sommes dues. Les remboursements se traduisent sur les relevés bancaires, par la mention « pairie régionale pass contra »
- si plusieurs coupons sont envoyés lors d'un même envoi, un seul remboursement aura lieu (53).

Le principal inconvénient du Pass cité par les professionnels partenaires du dispositif est lié à ces modalités de remboursement jugées trop chronophages et contraignantes notamment concernant les délais. Théoriquement ils ne doivent pas excéder un mois mais ils sont parfois beaucoup plus longs (surtout au départ, lors de la mise en place du Pass dans la région Pays de la Loire). Malheureusement certaines officines ont ainsi dû arrêter d'accepter les coupons du Pass, faute de trésorerie suffisante leur permettant d'avancer les frais pendant plusieurs mois.

⁸ Les données relatives aux adresses et données bancaires (RIB) des professionnels sont soumises à une confidentialité encadrée juridiquement par une déclaration de la Région à la CNIL (53).

B. Bilan des premières années d'utilisation et évolutions

Depuis son lancement en septembre 2012, des milliers de chéquiers ont été distribués au cours des différentes saisons marquées par diverses évolutions.

➤ **Bilan de la première session du Pass (en avril 2013)** (56) [Annexes XIV, XIV bis, XIV ter]

- entre septembre 2012 et mars 2013, plus de 12 000 chéquiers ont été distribués dans la région dont près de la moitié dans les lycées publics ; les lycées privés et les EREA ont peu participé
- 28% des chéquiers distribués aux établissements ont été remis aux jeunes
- 23% des chéquiers remis aux jeunes ont réellement été utilisés
- l'objectif de mixité a été atteint et les garçons n'ont pas été exclus du dispositif ; ils représentaient 28% des demandeurs et 23% des utilisateurs
- les demandeurs et utilisateurs du Pass avaient en moyenne 18 ans ; les 17-18 ans ont été plus demandeurs mais proportionnellement les 15-16 ans et les 18-19 ans ont été plus utilisateurs
- 1 100 coupons ont été utilisés dont 278 pour une 1^{ère} consultation médicale et 650 en pharmacie (soit respectivement 25% et 59% des coupons)
- un total de 25 000€ a été remboursé par la région soit environ 23€ en moyenne par coupon
- les contraceptifs oraux (53%) et les préservatifs (37%) ont été les principaux produits délivrés (contre seulement 2% de contraception d'urgence)
- les pharmaciens (59%) et les médecins généralistes (23%) représentent la majorité des professionnels de santé impliqués
- parmi les difficultés rencontrées :
 - jusqu'à 6 mois de **délai de paiement** pour certains professionnels partenaires
 - 4% des chéquiers ont présenté un dépassement de montants de prestation
 - des **prestations hors cadre** ont été prescrites (contrôle échographique, vaccins, test de grossesse, etc.)
 - 46% des professionnels de santé ne se sentaient pas suffisamment informés sur le mode d'emploi du Pass
- points positifs de cet outil, jugé :
 - **pertinent** pour faciliter l'accès des jeunes à une contraception adaptée à leurs besoins par 71 à 94% des partenaires et plus de 50% des professionnels de santé ont estimé que sans le Pass certains jeunes n'auraient pas eu accès à la contraception ou au dépistage des IST
 - **simple d'utilisation** pour les jeunes car 70% des référents ont déclaré que les jeunes ne sont jamais revenus pour comprendre le mode d'emploi du Pass

- considéré comme un **support de dialogue** avec les jeunes par 84% des référents et **favorisant l'autonomie** des jeunes en matières de santé par 88% des référents
- **suffisant** en termes de frais pris en charge par 71% des professionnels de santé

Six mois après sa mise en place, le premier bilan a donc été très positif. La diffusion, pouvant être considérée comme faible, était probablement liée à la nouveauté de cet outil dont la campagne de communication venait tout juste de se mettre en place. Les principales pistes d'amélioration évoquées concernaient justement l'amplification des informations sur le Pass auprès des professionnels de santé, des référents et des jeunes ainsi que la réduction des délais de remboursement des professionnels.

En rapport avec le volet Prévention du Pass, la première saison d'utilisation a débouché sur un partenariat entre l'IREPS des Pays de la Loire et l'école de sages-femmes de Nantes suite à la demande de ces étudiant(e)s de pouvoir assurer des interventions en éducation à la santé sexuelle auprès des élèves et apprentis ligériens.

➤ Bilan de la deuxième session du Pass (en avril 2014) (57)

Cette 2^{ème} saison a principalement été marquée par l'expérimentation de la dispensation des chéquiers au sein des missions locales (n=22) et pharmacies de Vendée (n=222). Autre nouveauté, la possibilité d'obtenir des préservatifs sans ordonnance, en pharmacie. Le bilan fut plutôt positif :

- la création des coupons « préservatifs sans prescription médicale » a été jugée très pertinente pour plus de 85% des référents scolaires, professionnels de santé et pharmaciens de Vendée
- concernant la communication autour du Pass dans les établissements d'enseignement, les modalités de diffusion ont été multipliées (informations directes auprès des jeunes lors des cours, réunion avec les parents ou courriers, flyers, affiches, messages sur des écrans vidéo) ; seuls 9% des référents scolaires déclaraient qu'aucune information n'avait été diffusée chez eux

- les difficultés rencontrées :

- **confusion avec les autres Pass** du pack 15 – 30, de même couleur
- **manque de lisibilité du verso** des coupons (couleur orange fluo, caractères de petite taille)
- **remboursements** jugés encore assez longs avec parfois des paiements non reçus

- les points positifs :

- **augmentation de 20% des demandes** (particulièrement chez les garçons grâce aux coupons préservatifs) et installation progressive de l'outil, de **mieux en mieux connu**
- augmentation de 13% de l'**utilisation** des chéquiers une fois remis au jeune
- l'utilisation des **coupons « contraceptifs »** a triplé par rapport à l'année précédente.

Globalement, les mêmes remarques furent formulées lors de l'enquête durant la seconde session d'utilisation du Pass. Les pharmaciens de Vendée ayant participé à l'expérimentation de la remise des chèquiers dans leur officine étaient satisfaits. Ils souhaitaient à 91%, la pérennisation du Pass et son extension à l'ensemble des pharmacies des Pays de la Loire. Ce fut le cas dès la rentrée 2014.

Le dispositif était toujours jugé comme **pertinent, simple d'utilisation** pour les jeunes et **intéressant à poursuivre**. Les professionnels partenaires interrogés étaient cependant plus **nuancés** sur le **niveau d'information des jeunes** sur ce Pass ainsi qu'au niveau des modalités et des délais de **remboursement** (raccourcis à 1 mois entre l'envoi des coupons et le virement des sommes dues sur les comptes bancaires des professionnels).

➤ Évolutions lors de la saison 2015/2016

Le lancement du Pass Contraception pour cette nouvelle saison fut marqué par deux avancées :

- l'expérimentation de la dispensation des chèquiers dans les structures de protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et celles du secteur associatif habilité (SAH)
- et la possibilité d'obtention d'autotests de dépistage du VIH en pharmacie, grâce à la modification des coupons « contraceptifs » en « **contraceptifs et autotests de dépistage** ».

Ceci constitue un cap en matière de promotion et prévention de la santé s'incluant dans la démarche initiale de favoriser l'accès aux jeunes aux produits de santé liés à la contraception tout en les rendant autonomes dans la gestion de leur santé grâce aux consultations/analyses médicales et désormais aux autotests.

Lors des 2 premières années de mise en place, des enquêtes auprès des référents du Pass et des professionnels participant au dispositif ont été réalisées par le comité de suivi régional. Elles n'ont pas été réitérées par la suite ou, si c'est le cas, les résultats sont restés confidentiels. En juin 2016, l'URPS Pharmaciens des Pays de la Loire a interrogé plus de 1 000 pharmacies ligériennes sur les thèmes de l'accessibilité pour le public-cible, l'information, la formation et les difficultés rencontrées par le pharmacien vis-à-vis du Pass. Dans la pratique quotidienne, les pharmaciens sont en majorité satisfaits. Sont rappelés, quelques problèmes de remboursement, un certain manque de demande de la part des jeunes (soit par manque de connaissance, soit par crainte de passer le pas-de-porte officinal) et un système de gratuité de produits de contraception qui s'ajoute à celui mis en place par l'Assurance Maladie⁹ (lors de la délivrance « contraceptifs mineures ») (58).

⁹ Pour autant, dans la réalité moins de 1% des délivrances de contraceptifs aux mineures utilisent les mesures de gratuité et secret, selon un rapport de l'IGAS de 2015 sur l'accès des contraceptifs par les mineures (52)

L'impact des modifications du Pass notamment concernant la mise à disposition du coupon « contraceptifs et autotests de dépistage » n'a pas été directement abordé dans cette enquête ; seul un point sur l'accès au dépistage des IST a été fait. Près des trois quarts des pharmaciens répondants sont d'accord ou plutôt **d'accord** sur la **pertinence de l'outil** à ce sujet. Et si l'on faisait l'hypothèse que le Pass n'existait pas, environ 60% des répondants pensent que certains jeunes n'auraient pas accès au dépistage des IST.

➤ Évaluation auprès des jeunes ligériens (59)

En 2014, les étudiant(e)s sages-femmes de Nantes ont bénéficié d'une formation à la promotion de la santé par l'IREPS et ont pu intervenir dans des lycées, MFR et CFA de la région dans le cadre du volet prévention du Pass Prévention Contraception. L'une de ces étudiant(e)s a mené une étude auprès de 300 élèves et infirmières scolaires d'établissements du second degré des Pays de la Loire distribuant le Pass prévention Contraception.

Cette enquête a rapporté que :

- 42% des jeunes filles ayant répondu utilisaient régulièrement une contraception
- le taux de couverture contraceptive des jeunes filles interrogées était 2 fois plus élevé pour le groupe des jeunes filles s'estimant parfaitement informées sur la contraception par rapport au groupe des jeunes filles se sentant moyennement voire peu informées sur la contraception
- 57% des jeunes connaissaient le dispositif du Pass
- 35% des jeunes avaient l'intention de commander un chéquier ; il n'y avait pas de différence significative entre les garçons et les filles ni entre celles déjà sous contraceptif et n'ayant pas de moyen de contraception à l'époque de l'enquête
- pour 75% des jeunes les établissements scolaires semblaient être le lieu le plus simple pour retirer le Pass, les pharmacies venaient ensuite à hauteur de 20%
- la majorité des jeunes interrogés jugeaient le Pass comme simple d'utilisation, adapté à leurs besoins et facilitant l'accès à la contraception ainsi qu'au dépistage des IST mais ne se sentaient pas assez informés sur son existence [cf. Figure 18]
- les infirmières scolaires interrogées étaient du même avis ; elles estimaient également que cet outil responsabilise et autonomise les jeunes vis-à-vis de leur santé tout en facilitant l'échange avec les jeunes sur la contraception et la prévention des IST.

Les résultats de cette enquête recoupent donc ceux des études menées par la région auprès des référents et professionnels de santé acteurs du dispositif. Ils sont très positifs dans le sens où les **jeunes semblent reconnaître et adhérer aux objectifs du Pass.**

	pas d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
Facilite l'accès à la contraception	0,4	2,6	47,4	49,6
Facilite l'accès au dépistage des IST	4,9	13,8	48,9	32,4
Coupons adaptés aux besoins des jeunes	0,9	3,5	67,4	28,2
Jeunes assez informés sur l'existence du Pass	18,4	53,0	21,1	7,5
Bonne visibilité du dispositif	24,1	47,4	23,7	4,8
Utilisation simple	0,5	13,8	59,6	26,1

Figure 18 Avis des jeunes interrogés sur le Pass Prévention Contraception (en %) (59)

➤ Propositions d'évolution concernant la suite du projet

Au fil du temps, les acteurs du Pass Contraception ont proposé diverses évolutions dont :

- l'extension de l'accès aux **jeunes de 20 à 24 ans** (ayant le plus recours aux IVG comme nous l'avons vu précédemment) et/ou aux étudiants de la région
- l'ajout d'un coupon ou l'inclusion dans celui des contraceptifs et autotests, des **tests de grossesse**
- et pour améliorer les conditions de remboursement :

- * la transmission d'une **attestation de règlement** et d'un **récapitulatif** semestriel ou annuel de toutes les opérations effectuées par la région envers le professionnel/établissement
- * la **prise en charge directe des frais** par l'assurance maladie via le tiers payant et la carte vitale permettant un mode de remboursement électronique automatique
- * la mise à disposition d'enveloppes T pré-timbrées pour le **retour des coupons sans frais**.

C. Place du Pharmacien dans ce dispositif

Comme nous venons de le voir, les établissements scolaires correspondent au lieu le plus simple pour retirer un Pass Contraception selon les jeunes. Une notion de confiance ainsi qu'une facilité d'accès peuvent en être les causes. À mon sens, ce n'est pas tant la difficulté d'accès des prescripteurs de contraception, nombreux sur le territoire français malgré quelques disparités, qui empêche les adolescents de les consulter mais plutôt une certaine ignorance des fonctions des uns et des autres et une appréhension face à quelque chose de nouveau pour eux (48).

Autrefois, volontiers identifié comme simple « épicier » vendant des boîtes de médicaments, le métier du pharmacien d'officine a bien évolué. Il dispose d'une base de connaissances scientifiques solide et variée. Il a su se recentrer au cœur du système de santé et des patients pour devenir le **premier professionnel de santé de proximité** en contact direct avec la population.

En 2009, la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) a marqué un tournant dans l'évolution de l'exercice officinal. Elle offre à présent, de nouvelles perspectives au rôle du pharmacien, considéré comme un acteur à part entière du système de soins. Son implication dans la **prévention** et la **promotion de la santé** ne cesse de s'accroître ; la mise en place des entretiens pharmaceutiques en est l'illustration typique. Ce thème fait d'ailleurs partie intégrante des orientations prioritaires prises par les conseils de l'ordre nationaux des professions de santé concernant leur formation continue pour les années 2016 à 2018. Le premier objectif pris conjointement avec les représentants des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes est celui de : « *Soutenir et valoriser les actions facilitant l'accès des patients à la prévention et à la promotion de la santé, sous la coordination du médecin traitant [...] en renforçant l'accès à la contraception et en développant l'utilisation des tests rapides et auto-tests* » (60).

Cela peut se traduire par un rôle incontestable dans divers domaines tels que :

- l'information des utilisatrices/eurs sur les différentes méthodes contraceptives existantes,
- le contrôle de la bonne utilisation et de l'observance de la méthode choisie,
- l'information sur la conduite à tenir en cas de rapports non ou mal protégés,
- l'éducation à la prévention et au dépistage des IST (47).

L'intervention du pharmacien dans le dispositif du Pass Prévention Contraception me semble donc tout à fait justifiée et la possibilité, pour les officinaux, de délivrer les chéquiers est incontournable.

À titre d'exemple, la remise du Pass en pharmacie peut se faire dans différentes situations suite à :

- une demande émanant **directement** d'un(e) jeune
- une demande plus générale d'**informations sur la contraception**
- une demande de **contraception d'urgence** ou d'**autotest de dépistage du VIH**.

Il est parfois difficile pour le pharmacien de prendre du temps au comptoir, la proposition du chéquier ne peut pas dès lors, toujours avoir lieu. Il faut également prendre en compte la disponibilité à recevoir ces informations ainsi que le degré de compréhension et d'implication du jeune dans la gestion de sa propre santé. Mais dans tous les cas où le chéquier sera proposé et même lors d'un refus du Pass par le jeune, cela permettra au moins d'entamer un **dialogue** en lui expliquant les possibilités qui s'offrent à lui.

Conclusion

La situation de la France à l'égard de la contraception fait état d'un curieux constat dénommé « paradoxe français ». Il correspond à la faible diminution du nombre de grossesses non désirées ainsi que du taux de recours à l'IVG bien que l'offre en matière de moyens contraceptifs soit largement diffusée et ne cesse de s'améliorer. Le gouvernement français a alors cherché à contrer ce phénomène touchant notamment les adolescent(e)s et jeunes adultes. De nombreuses campagnes de prévention et promotion de la santé sexuelle furent mises en place depuis le début des années 1980, en particulier suite à la découverte du VIH. Certaines collectivités régionales, dont la région des Pays de la Loire ont suivi le mouvement plus récemment. Ainsi un « pack » regroupant plusieurs aides spécifiques, sous forme de « Pass » fut mis en place en 2011 afin d'améliorer les conditions de vie et d'accès à la formation des jeunes ligériens. Créé en septembre 2012, le Pass Prévention Contraception permet un accès anonyme et gratuit à des consultations médicales, aux contraceptifs et au dépistage d'IST. D'après différentes enquêtes, il est jugé à la fois pertinent, simple d'utilisation pour les jeunes et intéressant à poursuivre.

En parallèle, le métier de pharmacien d'officine a lui aussi évolué. La loi HPST de 2009 lui a permis de se recentrer davantage sur le patient et lui a accordé de nouvelles missions. La notion de pluridisciplinarité fit son apparition dans l'article 38 selon lequel « les pharmaciens d'officine participent à la coopération entre professionnels de santé ». Leur intervention dans le dispositif du Pass Contraception s'est donc progressivement mais naturellement déroulée. Le conseil de l'ordre national des Pharmaciens a par ailleurs, affirmé sa volonté de soutenir et valoriser les actions facilitant l'accès des patients à la prévention et à la promotion de la santé. Il a également inclus la contraception dans ces thèmes prioritaires de formation continue des années 2016 à 2018.

Enfin toujours grâce à la loi HPST, les officinaux sont désormais autorisés à renouveler une prescription de contraception hormonale orale remboursable datant de moins d'un an. Cela leur permet de jouer un rôle plus actif en matière de contraception comme il leur a été permis de le faire depuis plusieurs années dans le cadre de la contraception d'urgence. L'ensemble de ces dispositifs présente un enjeu commun : celui de faciliter l'accès à la contraception et d'éviter la discontinuité dans la prise de contraceptif. L'IGAS ainsi que l'académie nationale ont tous deux appuyé ces objectifs en proposant d'aller plus loin en s'inspirant d'études menées à l'étranger (en Angleterre) où des pharmaciens ont expérimenté la primo-délivrance de contraceptifs hormonaux chez des femmes en bonne santé.

Liste des annexes

Annexe I : Représentation des contraceptifs oraux combinés commercialisés en France en 2016 avec indication de leur tarif et du schéma de prise concernant chacun d'entre eux (23)

Annexe II : Représentation des contraceptifs oraux progestatifs commercialisés en France en 2016 avec indication de leur tarif et du schéma de prise concernant chacun d'entre eux (23)

Annexe III : Tableaux comparatifs des prix des différents moyens de contraception disponibles en France, mis à jour en 2016, par l'association de formation continue (61)

Annexe IV : Partie du disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale 2015 (1)

Annexe V : Flyer édité par l'assurance maladie sur la contraception des mineures en 2016

Annexe VI : Campagne de prévention sur la contraception lancée en octobre 1992

Annexe VII : Affiche préventive « La contraception, à vous de choisir la vôtre » (62)

Annexe VIII : Affiches préventives « Contraception : ne laissez pas l'imprévu décider pour vous » (63)

Annexe IX : Dépliant du Cespharm sur la contraception d'urgence (64)

Annexe X : Affiche préventive « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » (31)

Annexe X bis : Annonces de presse, affiche et carte aide-mémoire de la campagne de prévention de l'INPES en 2011 (65)

Annexe XI : Publication rédactionnelle destinée aux professionnels de santé lors de la campagne de prévention « La contraception qui vous convient existe » en 2013

Annexe XII : Affiche « À chacun sa contraception » issue de la campagne de prévention en 2013

Annexe XII bis : Capture écran du site internet www.ilparaitquelapilule.fr créé par le laboratoire Biogaran en 2014 (66)

Annexe XII ter : Éléments de la campagne « *Cet été je me dore la pilule ... sans l'oublier* » lancée par Biogaran en 2015 (68)

Annexe XIII bis : Capture écran du site www.monurgencepilule.fr créé par le laboratoire Biogaran en 2015 (67)

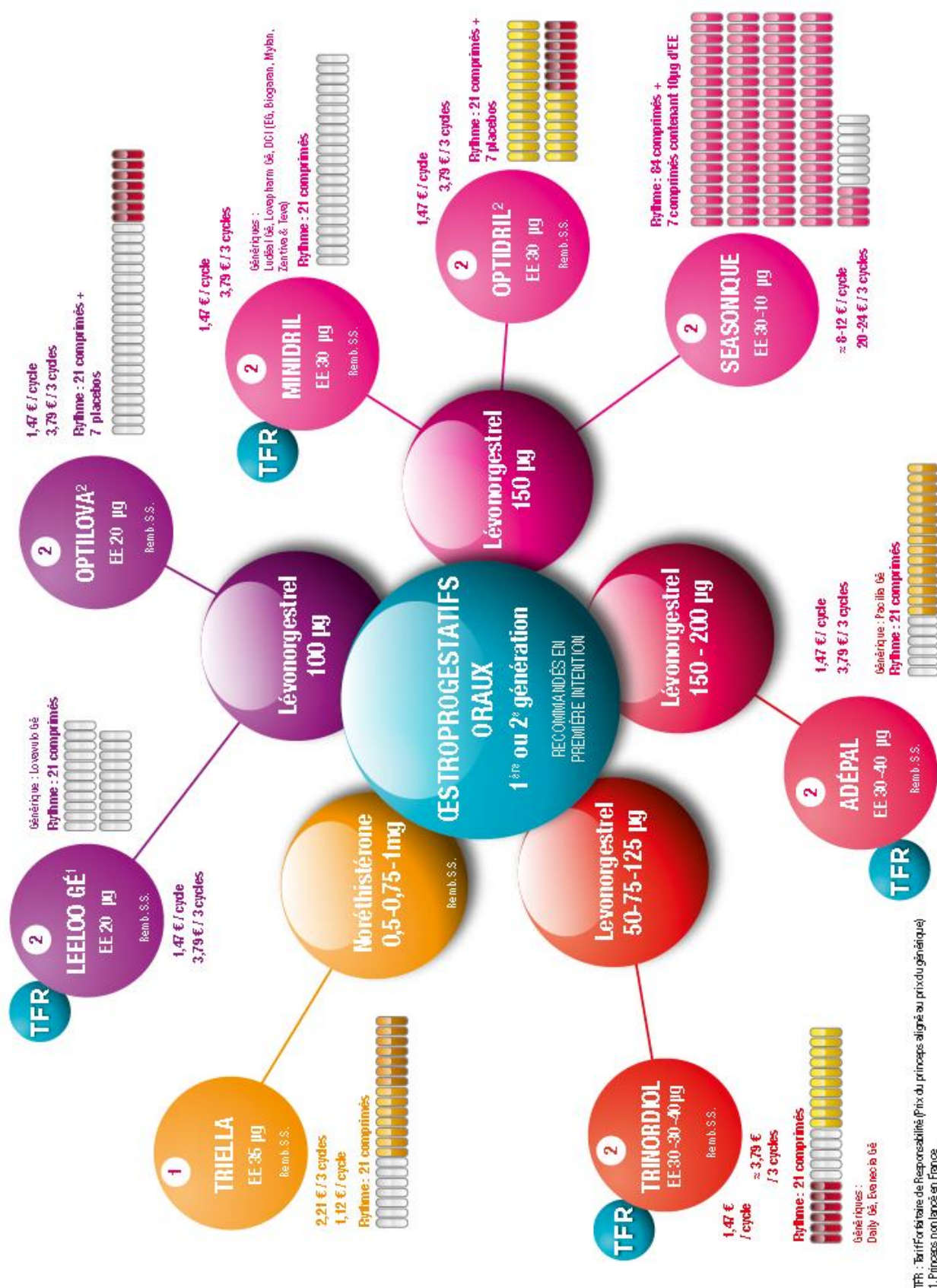
Annexe XIII : Module du site www.pack15-30.fr/?id=139 permettant de trouver un établissement diffusant le Pass Prévention Contraception (69)

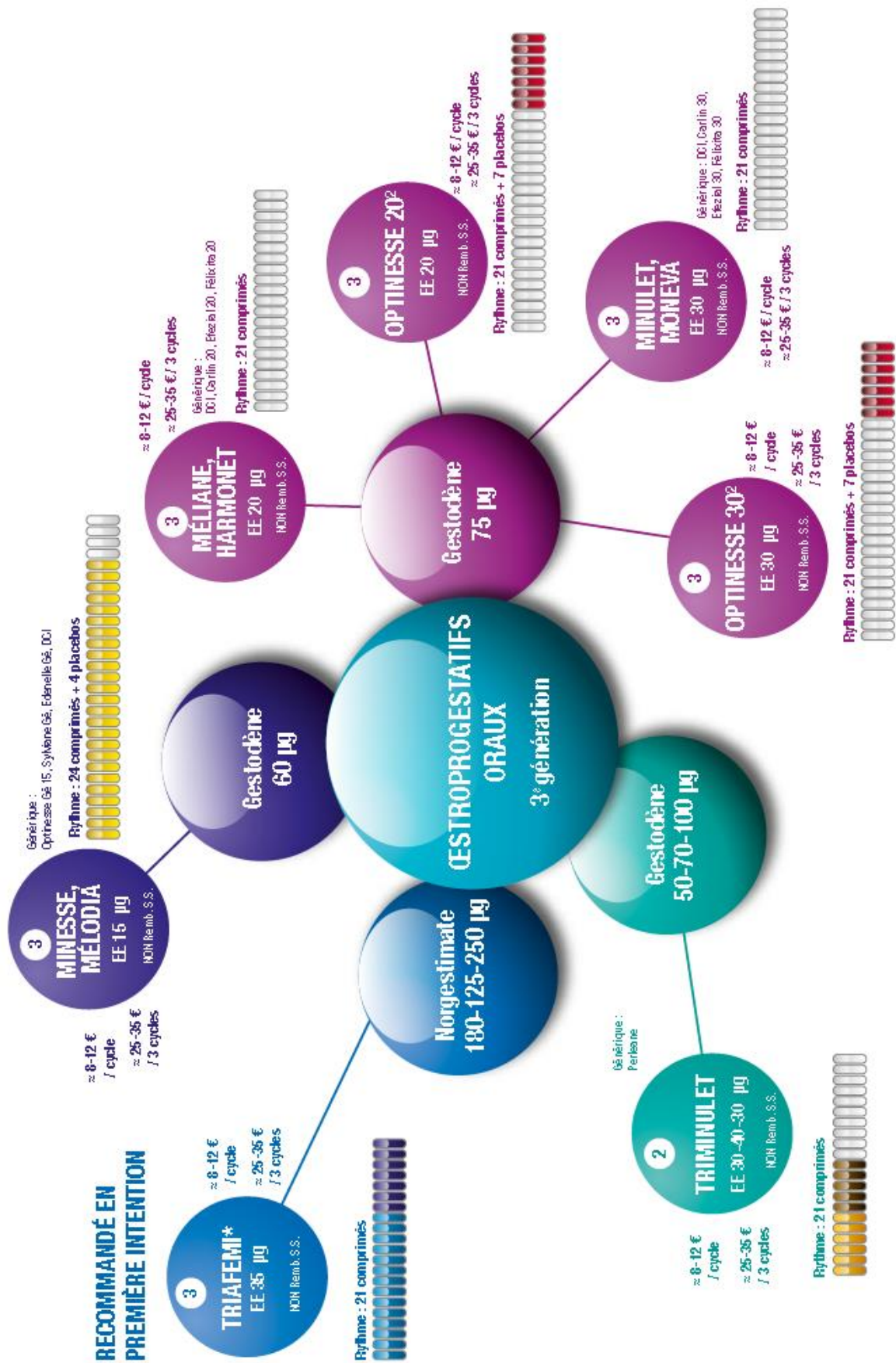
Annexe XIV : Graphique représentant l'implication des différents types d'établissements partenaires du Pass Prévention Contraception en région Pays de la Loire entre septembre 2012 et mars 2013 (56)

Annexe XIV bis : Graphique représentant les catégories d'âges des demandeurs et utilisateurs du Pass Prévention Contraception en région Pays de la Loire entre septembre 2012 et mars 2013 (56)

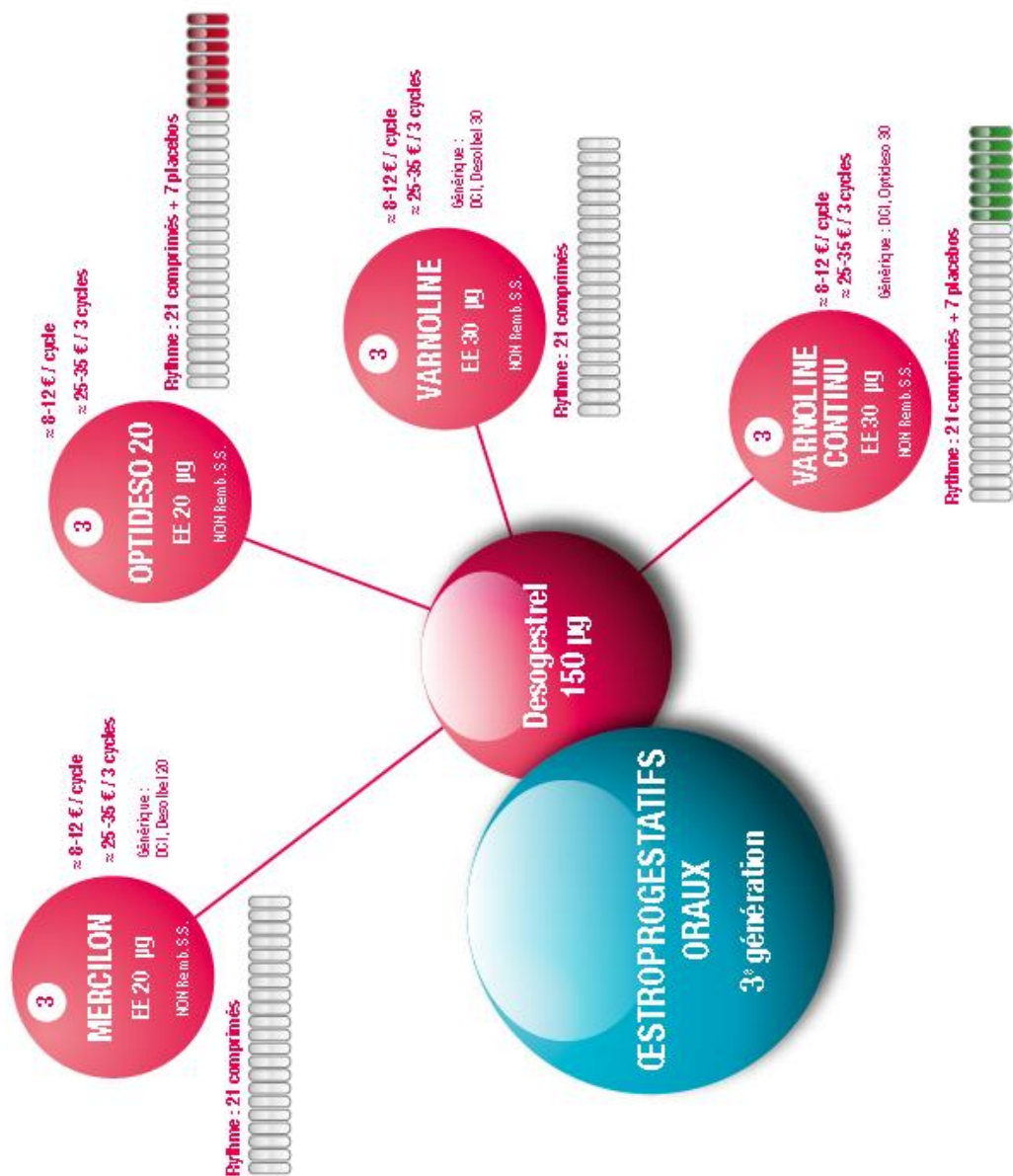
Annexe XIV ter : Graphique représentant les types de coupons du Pass Prévention Contraception utilisés en région Pays de la Loire entre septembre 2012 et mars 2013 (56)

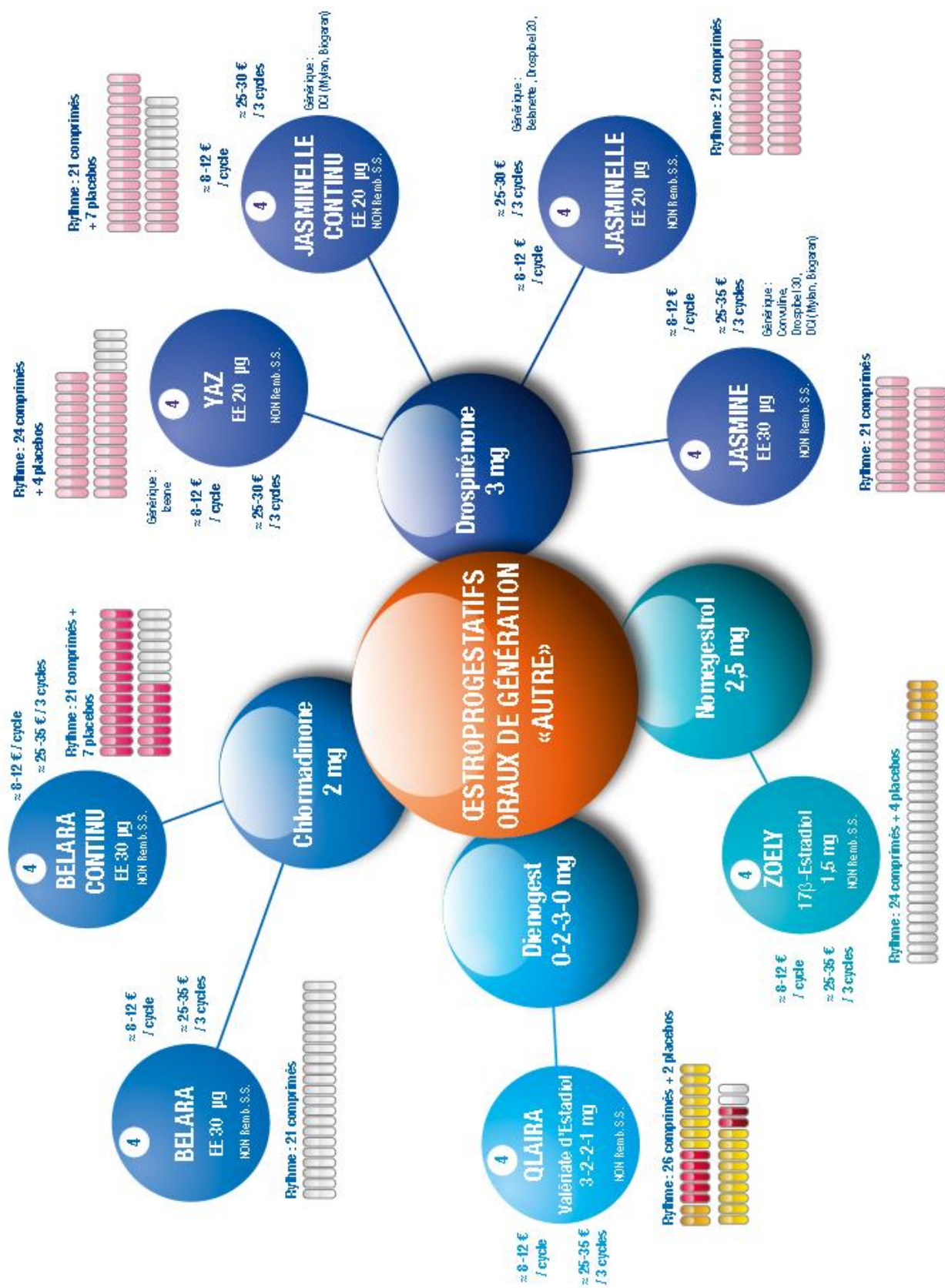
Annexe I : Représentation des contraceptifs oraux combinés commercialisés en France en 2016 avec indication de leur tarif et du schéma de prise concernant chacun d'entre eux (23)



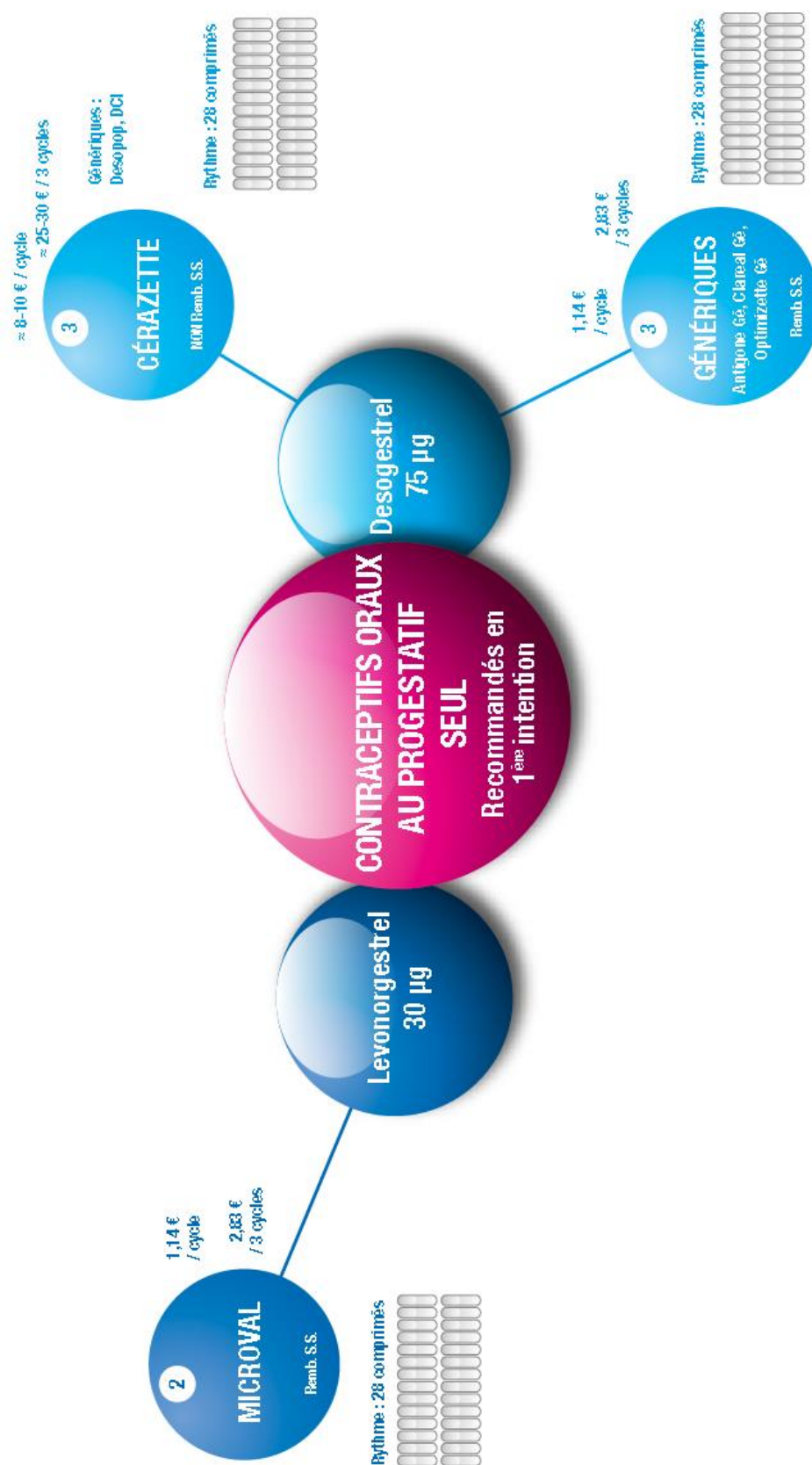


* Arrêté commercialisation du principe en 2014.
2. Pas de principe sur cette forme





Annexe II : Représentation des contraceptifs oraux progestatifs commercialisés en France en 2016 avec indication de leur tarif et du schéma de prise concernant chacun d'entre eux (23)



Annexe III : Tableaux comparatifs des prix des différents moyens de contraception disponibles en France, mis à jour en 2016, par l'association de formation continue (61)

Tableau stérilets 2016 Mise à jour Février 2016 **DIU au Cuivre**

Nom DIU	R	Description	Durée selon Labo																																				
Novaplust T 380 Cu Mini Normal Novaplust 380 CuAg Mini Normal Maxi (Euromédial) DIU T au cuivre (7MED) : U 380 standard : USTA, short : USHA DIU T Cuivre Ag (7MED): N380 standard : NSTA, short : NSHA Mona Lisa NT Cu 380 mini, standard (HRA Pharma)	30.50 *	Fil de cuivre 380mm2. Ø inserteur : 3,8mm <table><tr><td>DIU</td><td>Larg. mm</td><td>Long. mm</td></tr><tr><td>NovaplustTCuAgMini</td><td>24</td><td>30,5</td></tr><tr><td>NovaplustTCuMini</td><td></td><td></td></tr><tr><td>NovaplustTCuAgNorm.</td><td>31</td><td>33</td></tr><tr><td>NovaplustTCuNorm.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>NovaplustTCuAgMaxi</td><td>36,5</td><td>38</td></tr><tr><td>T Cu USTA (std)</td><td>32</td><td>35,4</td></tr><tr><td>T Cu USHA(mini)</td><td>32</td><td>28,4</td></tr><tr><td>T CuAgNSTA(std)</td><td>32</td><td>32</td></tr><tr><td>T CuAgNSHA(mini)</td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td>MonaLisaNTCu380std</td><td>31,8</td><td>31,9</td></tr><tr><td>MonaLisaNTCu380mini</td><td>24</td><td>30</td></tr></table>	DIU	Larg. mm	Long. mm	NovaplustTCuAgMini	24	30,5	NovaplustTCuMini			NovaplustTCuAgNorm.	31	33	NovaplustTCuNorm.			NovaplustTCuAgMaxi	36,5	38	T Cu USTA (std)	32	35,4	T Cu USHA(mini)	32	28,4	T CuAgNSTA(std)	32	32	T CuAgNSHA(mini)	28	28	MonaLisaNTCu380std	31,8	31,9	MonaLisaNTCu380mini	24	30	Durée de vie : 5 ans Indice de Pearl des DIU Cuivre : 0,6 AF Les DIU au Cuivre sont remboursés sur la base d'un LPP (anciennement TIPS)
DIU	Larg. mm	Long. mm																																					
NovaplustTCuAgMini	24	30,5																																					
NovaplustTCuMini																																							
NovaplustTCuAgNorm.	31	33																																					
NovaplustTCuNorm.																																							
NovaplustTCuAgMaxi	36,5	38																																					
T Cu USTA (std)	32	35,4																																					
T Cu USHA(mini)	32	28,4																																					
T CuAgNSTA(std)	32	32																																					
T CuAgNSHA(mini)	28	28																																					
MonaLisaNTCu380std	31,8	31,9																																					
MonaLisaNTCu380mini	24	30																																					
Copper T380 A (Euromédial) DIU T au cuivre: U 380 standard :TSTA, short : TSHA (7MED) Mona Lisa CuT380A QL (HRA Pharma)	30.50	Fil de cuivre 380mm2. Cu sur barre verticale+sur barres horizontales. Ø inserteur : 3,8mm(Copper)4,75mm(MonaLisa et T) <table><tr><td>DIU</td><td>Larg. mm</td><td>Long. mm</td></tr><tr><td>Copper T380 A</td><td>31,8</td><td>36</td></tr><tr><td>T STA.</td><td>29,9</td><td>33,6</td></tr><tr><td>T SHA</td><td>23,2</td><td>29,1</td></tr><tr><td>MonaLisaCuT380AQL</td><td>31,8</td><td>35,8</td></tr></table>	DIU	Larg. mm	Long. mm	Copper T380 A	31,8	36	T STA.	29,9	33,6	T SHA	23,2	29,1	MonaLisaCuT380AQL	31,8	35,8	Durée de vie : 10 ans Indice de Pearl des DIU Cuivre : 0,6 AF Les DIU au Cuivre sont remboursés sur la base d'un LPP (anciennement TIPS)																					
DIU	Larg. mm	Long. mm																																					
Copper T380 A	31,8	36																																					
T STA.	29,9	33,6																																					
T SHA	23,2	29,1																																					
MonaLisaCuT380AQL	31,8	35,8																																					
Ancora 375 CU (Euromédial) Mona Lisa Cu375 (standard)/375 SL (short) (HRA-Pharma) 7 MED ML 375	30.50*	Fil de cuivre 375 mm2. Forme en Ω Diamètre total insertion: 6 mm environ (bras lat en dehors du tube d'insertion et se replie dans le col)	Durée de vie : 5 ans Indice de Pearl des DIU Cuivre : 0,6 AF Les DIU au Cuivre sont remboursés sur la base d'un LPP (anciennement TIPS)																																				

DIU Hormonaux

Nom DIU	R	Description	Durée selon Labo
Mirena Remboursé (médicament) (Bayer) Indice de Pearl 0,09AF	111,95	Lévonorgestrel : 52 mg délivrance de 20mcg /24h Ø inserteur : 4,8mm	Durée de vie : 5 ans. DIU hormonal. Le plus efficace de tous les DIU : ASMR niveau 3 IP 0,1
Jaydess 13,5mg Remboursé (médicament) (Bayer) Indice de Pearl 0,4	101,21	Lévonorgestrel : 13,5 mg .délivrance de 6mcg /24h Ø inserteur : 3,5mm	Durée de vie : 3 ans. DIU hormonal. Adapté aux nullipares IP : 0,3

Contraception EP non orale

Nom comm.	Progestatif	Génération	Dosage EE en microgrs	Dose de prog.par dispositif	Indice de Pearl	Présentation	Prix en E pour 3 mois
Evra	norelgestromine	3ème	20	150	0,4 à 0,6	Boite de 9 patchs	36,90 NR
Lisvy	gestodene	3ème	13	60	0,8 à 3,9	Depuis janvier 2016	38 NR
Nuvaring	Etonogestrel	3ème	15	120	0,7 à 0,88	Boite de 3 anneaux	45,90 NR

Contraception d'urgence

Nom comm.	Progestatif	Dosage EE en microgrs	Dose de prog en mg	Présentation	Prix en E par boîte *
Norlevo	Levonorgestrel	0	1,5 mg	Boite de 1 cp	7,45 R
Levonorgestrel Biogaran (Mylan NR)	Levonorgestrel	0	1,5 mg	Boite de 1 cp	6,12 R
Ellaone	Ulipristal	0	30 mg	Boite de 1 cp	19,70 R

Contraception progestative

Méthode continue avec progestatifs à faible dose:

Nom comm.	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois
Microval	Lévonorgestrel	0	30	28	1	3,89 R
Cerazette, Diamilla, Antigone 75,	Désogestrel	0	75	28	0.52	30,99 NR
Clareal, Desopop75, Desogestrel75* Optimizette75						3,94 R
*sauf Desogestrel Teva, Zentiva :NR	Désogestrel	0	75	28		3,94 R

Contraception injectable retard/ Implant:

Nom comm.	Progestatif	Dose de prog par inj.	Présentation	Prix en E par boîte *
Nexplanon	Etonogestrel	68 mg	Boite de 1 implant	105,40 R
Dépo-provera	Médroxyprogestérone acétate	150 mg	Boite de 1 flacon de 3 ml	3,49 R

COMPOSITION DES CONTRACEPTIFS HORMONAUX mise à jour mars 2016

Prix au 01/11/2015, indicatif pour les pilules non remboursées (NR). De grosses variations sont possibles d'une pharmacie à l'autre (du simple à plus du double). Prix comprenant les honoraires de dispensation du pharmacien.

Progestatifs de 1^{ère} génération :

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois
Triella	Triphasique	Noréthistérone	35 35 35	500 750 1000	7 blancs 7 orange pâle 7 oranges =21	Nc/0	3,30 R

Progestatifs de 2^{ème} génération :

Nc : non communiqué ou études non spécifiques

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois
Stediril SUPPRIMEE	Monophasique	Norgestrel	50	500	21	Nc/à	3,94 R
Minidril, Ludeal, Lovapham, EE/levonorgest30	Monophasique	Lévonorgestrel	30	150	21	0.1	4,90 R
Seasonique 150/30 4 périodes de règles/an	Monophasique continue	Lévonorgestrel	30 10	150 0	84 roses +7blancs	0,76	28,90 NR
Adépal, Pacilia	Biphasique	Lévonorgestrel	30 40	150 200	21	Nc/0	4,90 R
Trinordiol, Daily, Evanezia	Triphasique	Lévonorgestrel	30 40 30	50 75 125	6 briques 5 blancs 10 jaunes =21	0.18	4,90 R
Leeloo, Lovavulo EE/levonorgest20	Monophasique	Lévonorgestrel	20	100	21	0,69	4,90 R
Optidril	Monophasique continue	Lévonorgestrel	30	150	28cps : 21 actifs+ 7rouges (placebo)	0,1	5,10 R
Optilova	Monophasique continue	Lévonorgestrel	20	100	28cps : 21 actifs+ 7rouges (placebo)	0,69	5,10 R

Progestatifs de 3^{ème} génération :

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois
Mercilon, Optideso20 Desogestrel 20, Desobel 20	Monophasique	Désogestrel	20	150	21	0.05	27,90 14,90 NR
Varnoline, Desogestrel30 Desobel30 Optideso30	Monophasique	Désogestrel	30	150	21	nc	31,54 14,90 NR
Varnoline continue, Desogestrel30EE continue	Monophasique	Désogestrel	30	150	21+7 placebo, cps vert =28	nc	29,90 NR
Méliane/Hammonet, Carlin 20/ Gestodène20 Optinesse20	Monophasique	Gestodène	20	75	21	0.07	29,90/29,20 14,49/14,90 NR
Minesse/Melodia, Gestodène15 Optinesse	Monophasique	Gestodène	15	60	28 dont 4 placebo	0.24	29,99/30,71 17,90 NR
Minulet, Gestodène 30, Carlin30Optinesse30,	Monophasique	Gestodène	30	75	21	0.06	30,50 14,90 NR
Tnafemi	Triphasique	Norgestimate	35	180 215 250	7 blancs 7 bleu ciel 7 bleu foncé =21	nc	29,99 NR
Tr-minulet/Perléane	Triphasique	Gestodène	30 40 30	50 70 100	6 beiges 5 bruns 10 blancs =21	0.10	30,90/17,90 NR
Effiprev	Monophasique	Norgestimate	35	250	21	0.43	32,20 NR

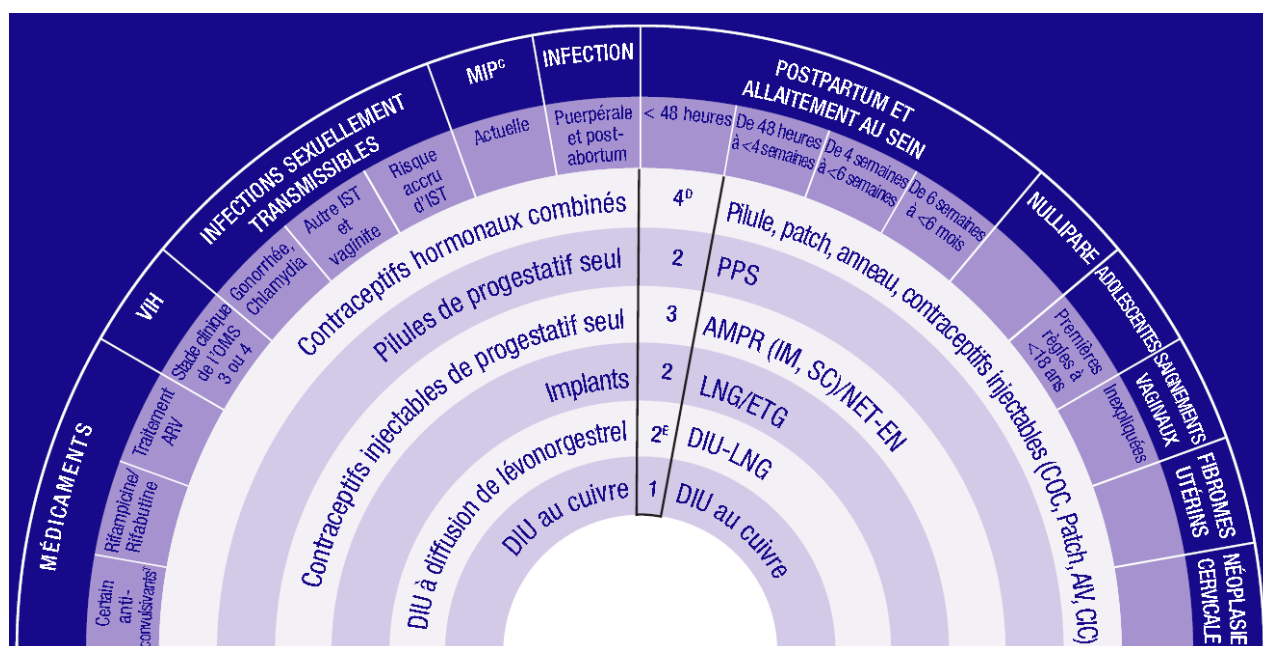
Progestatifs Autres ou 4^{ème} génération

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois
Jasmine, Convulvine, Drospirénone30, Drospibel 0,03	Monophasique	Drospirénone	30	3000	21	nc	30,99 18,90 NR
Jasminelle, Drospirénone20 Belanette Drospibel 0,02	Monophasique	Drospirénone	20	3000	21	nc	30,99 18,90 31,70 NR
JasminelleContinue DrospirénoneEE 20contin	Monophasique	Drospirénone	20	3000	21 actifs+7=28cps	nc	36,30 NR
Yaz, Izeane	Monophasique	Drospirénone	20	3000	24 actifs+4	0.41	35,90 NR
Belara	Monophasique	Chlormadinone	30	2 000	21	0.29	38,90 NR
Belara Continue	Monophasique	Chlormadinone	30	2 000	21 roses+7=28cps	0,29	NR

Estrogène naturel

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. Estradiol µgrs/cp	Dos. prog.en µgrs/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois
Qlaira	Quadrphasique	Estradiol +Diénogest	3000 2000 2000 1000 0	0 2000 3000 0 0	2 5 17 2 2 --> 28cps	0,78 à 1	36,99 NR
Zoely	Monophasique	Estradiol +Norgestrol acétate	1500	2500	24cps 4 placebo → 28 cps		36,90 NR

Annexe IV : Partie du disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale 2015 (1)



Explications du classement

- 1 La méthode peut être utilisée en toutes circonstances
- 2 La méthode peut généralement être utilisée
- 3 La méthode est généralement contre-indiquée à moins qu'aucune autre méthode appropriée ne soit pas disponible ou pas acceptable
- 4 La méthode ne doit PAS être utilisée

Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015

Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/le VIH. S'il existe un risque de contracter une IST ou le VIH, l'utilisation correcte et régulière des préservatifs, masculins ou féminins, est recommandée.





LA CONTRACEPTION

GRATUITE ET PROTÉGÉE PAR LE SECRET

POUR LES MINEURES*



LA CONSULTATION

**pour choisir
une contraception adaptée**

Chez un médecin généraliste,
un gynécologue ou une sage-femme
en libéral, en centre de santé ou
dans un centre de planification
et d'éducation familiale.



► Une consultation
par an et une consultation
de suivi la première année
d'accès à la contraception
sont **gratuites et protégées
par le secret**.

Attention :
les dépassements
d'honoraires ne sont
pas pris en charge.



► Une fois par an
les examens de biologie
médicale prescrits en vue
d'une contraception sont
**gratuits et protégés par
le secret**.

LES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE

si cela est nécessaire

Dans un laboratoire
de biologie médicale.

Qu'est-ce que le secret ?

Au cours de chaque étape vous pouvez bénéficier du secret.

Chaque professionnel de santé garde votre identité pour lui et ne la divulgue à personne (pas même à votre famille). L'assurance maladie ne transmet aucun relevé de remboursement concernant les actes réalisés.

Pour être sûr d'en bénéficier demandez-le à chacun des professionnels que vous rencontrerez.



En savoir plus

► Où trouver les adresses des professionnels de santé près de chez vous ?

▪ dans l'annuaire santé d'ameli.fr

pour les médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes et connaître leurs tarifs.

▪ sur le site choisirsacontraception.fr

pour les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

► Quels justificatifs apporter avec vous ?

À chacune des étapes pensez à apporter votre carte vitale ou votre attestation de droits.

En cas d'impossibilité, parlez-en au professionnel de santé, une solution vous sera proposée. Retrouvez toutes les informations pratiques sur ameli.fr

Créneau santé graphique - 07/2016

ameli.fr

Annexe V : Campagne de prévention sur la contraception lancée en octobre 1992



Annexe VI : Affiche préventive « La contraception, à vous de choisir la vôtre » (62)



La pilule est-elle efficace à partir du jour où on la prend ?

Pilule ou stérilet, quelle contraception choisir quand on a déjà un enfant ?

Dois-je prendre la pilule s'il utilise systématiquement le préservatif ?

Les professionnels de santé sont là pour répondre à toutes les questions que vous vous posez sur la contraception.

La contraception, à vous de choisir la vôtre.

Info contraception
N° Indigo 0 625 08 90 90

Annexe VII : Affiches préventives « Contraception : ne laissez pas l'imprévu décider pour vous »

(63)



Des réponses à vos questions
à vos questions
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).

Des réponses à vos questions
à vos questions
Des réponses
à vos questions

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.

Des réponses à vos questions
à vos questions
Des réponses
à vos questions

Le saviez-vous ?

Il est possible pour les mineurs d'obtenir une contraception régulière comme la pilule, l'implant ou le dispositif intra-utérin (stérilet) de façon gratuite et confidentielle :

- À la pharmacie, sur présentation d'une ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme (pour les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans).
- La consultation médicale et les examens de biologie sont également gratuits et confidentiels.
- Dans les centres de planification et d'éducation familiale. Il en existe dans tous les départements (<http://www.invg.ocial-sante.gouv.fr/les-centres-de-planification.html>).



Contraception d'urgence

Votre pharmacien vous informe et vous conseille anonymement

Contacts utiles

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

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

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

Pour en savoir plus, sur le Net

www.choisirsacontraception.fr
www.contraceptions.org
www.tibantejeunes.com
www.planning-fam.italalo.org
www.sida-info-service.org
www.amelisanter.fr
www.oespharm.fr

Votre pharmacien vous conseille

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.

Actuellement, tous les médicaments de contraception d'urgence peuvent être obtenus en pharmacie sans ordonnance. Pour les mineures, ils sont gratuits et délivrés de façon anonyme. Comme pour tout médicament, il est recommandé de lire la notice contenue dans la boîte.

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 (CAGIDD), dans certains centres de planification et d'éducation familiale. Ce test peut être également réalisé dans un laboratoire de biologie médicale (pour moins de 100% en prescription médicale).

Comment prendre le contraceptif d'urgence ?

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

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

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

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

Après la prise : que faire ?

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

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

En surveillant l'apparition des prochaines règles.

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

Attention

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

Vous vous
posez plein de
**questions sur la
contraception?**
Ça tombe bien,
ici on a plein
de réponses.



Informations et conseils ► N° Vert 0 800 235 236

www.choisirsacontraception.fr



Les différentes méthodes contraceptives

La méthode	Ses particularités et ses avantages	Son prix ¹	Où l'obtenir ?
Pilule contraceptive 	Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure fixe pendant les 21 jours du cycle ou 28 jours selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées oestroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives² qui n'en contiennent qu'une. En cas d'oubli supérieur à 12 h pour une pilule combinée et à 3 h pour une progestative, vous n'êtes plus protégée.	De 2 € à 12 €/mois. Certaines sont remboursées à 65%. Il existe aussi des pilules génériques. Gratuite dans les CPEF³ pour les mineures et pour les non-assurées sociales.	Prescrite par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances (après un accouchement ou une IVG). Délivrée sur ordonnance en pharmacie.
Patch contraceptif 	Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4^{ème} semaine, on ne met pas de patch, ce qui provoque l'apparition des règles. Un geste hebdomadaire, efficace pour celles qui ont tendance à oublier leur pilule.	15 € par mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Implant contraceptif 	Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire. Très fiable, il permet d'avoir l'esprit tranquille car il est efficace pendant 3 ans.	138 € Remboursé à 65%.	Prescrit et posé par un médecin. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Anneau vaginal 	Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4^{ème} semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines.	15 € par mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Stérilet 	Il en existe deux types : au cuivre ou à la progestérone. Le stérilet (ou dispositif intra utérin) est placé dans l'utérus par un médecin. La pose dure 2 minutes. Il peut être enlevé par le médecin dès que la femme le désire. Il peut être gardé de 4 à 10 ans. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.	DIU au cuivre: 27 € DIU hormonal: 130 € Remboursé à 65%. Gratuit dans les CPEF pour les mineures et pour les non-assurées sociales.	Prescrit et posé par un médecin. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Diaphragme 	Le diaphragme est une coupelle en latex ou en silicone que l'on place dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes.	Cape cervicale: 39,5 € en latex, 52 € en silicone. Non remboursée.	Prescrits par un médecin, ou une sage-femme qui en déterminent la taille et vous apprennent à la/le poser. Délivré sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu au planning familial.
Cape cervicale 	La cape est un dôme très fin, en latex ou en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale ou le diaphragme peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de la/le garder pendant 8 heures après le rapport. Elle/il est réutilisable.	Diaphragme: 33 € en latex, 42 € en silicone. Remboursé sur la base de 3,14 €.	
Les spermicides 	Les spermicides se présentent sous forme de gel, d'ovule ou d'éponge qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Seule l'éponge est efficace pendant 24 h. Elle peut donc être placée bien avant le rapport sexuel et gardée plusieurs heures après. Une contraception utile de dépannage.	7 à 16 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.	Sans ordonnance en pharmacie.
Préservatif masculin 	En latex, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer de sa partenaire en tenant le préservatif par son ouverture, puis le nouer et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et des infections sexuellement transmissibles.	A partir de 20 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.	Sans ordonnance en pharmacie, grande surface et distributeur automatique.
Préservatif féminin 	Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et des IST.	8,70 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.	Sans ordonnance en pharmacie, dans les CPEF.

- Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billing et méthode des températures). Mais elles sont peu fiables.

- Par ailleurs, des méthodes contraceptives chirurgicales peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes.

Consultez le site www.choisisacontraception.fr ou www.sante.gouv.fr/rubrique/Contraception (voir le livret d'information *Stérilisation à visée contraceptive*).

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du sida et des autres infections sexuellement transmissibles. Il peut également être associé à un autre mode de contraception.

¹ Prix indicatif pratiqué en métropole en 2007. ² Si vous utilisez déjà une pilule, reportez-vous à la notice. Sinon, votre médecin déterminera avec vous celle qui vous conviendra le mieux et vous la prescrira. ³ Centres de planification ou d'éducation familiale.

Annexe IX bis : Annonces de presse, affiche et carte aide-mémoire de la campagne de prévention de l'INPES en 2011 (65)



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



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.

4138911-C

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.**

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

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



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

Comment aider une femme à choisir sa contraception ?

Pour être bien acceptée et bien suivie, une méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne. Quel que soit l'âge, il n'y a pas une contraception valable pour toutes les femmes. Chacune est un cas unique selon ses antécédents médicaux, mais aussi sa situation affective, son mode de vie, son rapport au corps... Ainsi, trouver la contraception qui correspond le mieux à un moment donné de sa vie peut nécessiter plusieurs consultations. Pour accompagner les professionnels de santé, des synthèses en termes de prescriptions et de conseils ont été réalisées en 2013 par la HAS* (Haute Autorité de Santé).

Pourquoi impliquer la femme ou le couple dans le choix ?

La relation médecin-patient d'aujourd'hui se fonde sur une participation de plus en plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé et la volonté de lui donner davantage de moyens de l'améliorer et de la maîtriser. Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande satisfaction ainsi qu'à une meilleure utilisation des méthodes : un choix adapté pourrait améliorer l'efficacité pratique des méthodes contraceptives, la quelle est généralement inférieure à leur efficacité théorique (celle des essais cliniques)**. La littérature souligne également l'impact positif de l'accord du partenaire sur le suivi de la méthode et donc l'importance, le cas échéant, de considérer le couple dans la démarche contraceptive.

En pratique

- * La volonté de s'impliquer dans la décision est variable d'une personne à l'autre : certaines préféreront s'en remettre à vos conseils, tandis que d'autres souhaiteront participer au choix. Il paraît donc important d'explorer le niveau d'implication souhaité par chacune.

À quelle occasion aborder la question ?

Les occasions sont nombreuses : au début de la vie sexuelle (notamment chez l'adolescente), en cas de changement de partenaire, au décours d'une grossesse, en cas d'ITVG, en cas de souhait de changement de méthode (arrêt du préservatif notamment), en présence d'un facteur de risque : infection sexuellement transmissible (IST), hypercholestérolémie, tabagisme, etc.

Quelles sont les étapes de l'aide au choix ?

La **première consultation** au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait autant que possible être **spécifiquement dédiée à cette question**.

En cas d'impossibilité – urgence notamment – il est recommandé de réserver un temps à ce sujet dans la consultation et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

L'aide au choix peut s'inscrire dans une approche éducative ou dans une démarche de conseil et d'accompagnement (*counseling*)^{xxx}. En pratique, le **modèle BER CER** de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en **6 étapes** : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignement, **C**hoix, **E**xplication et **R**etour. Chacune peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment. Pour plus d'information sur BER CER, GATHER en anglais cf. : www.k4health.org/sites/default/files/j48.pdf

• Bienvenue

Temps d'accueil de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.

• Entretien

Temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.

En pratique : voir encadré « diagnostic éducatif » ci-contre

• Renseignement

Délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.

En pratique : voir encadré « méthodes » ci-contre, et fiche Mémo 'Contraception : prescriptions et conseils aux femmes'

• Choix

Le professionnel souligne que la décision finale appartient à la consultante. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à

faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

• Explication

Discussion autour de la méthode choisie et de son emploi : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

• Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour discuter un changement de méthode. Cette phase prendra en compte les modifications des conditions médicale, personnelle, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'évolution des contre-indications avec l'âge.

En pratique : qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ?

Il permet à la consultante, avec l'aide du professionnel, d'identifier ses besoins, d'apprendre les différents aspects de sa personnalité, de prendre en compte ses demandes. Il s'agit d'explorer ensemble :

« ce qu'elle a »	→ état de santé, facteurs de risque personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thromboemboliques...), maladies et traitements éventuels, histoire de sa contraception, IVG, etc. ;
« ce qu'elle fait »	→ situations familiale et professionnelle, activités sociales et de loisirs, lieu de vie, niveau de ressource, couverture sociale, etc. ;
« ce qu'elle sait »	→ en matière de contraception (les méthodes, leurs utilisations, etc.) ;
« ce qu'elle croit »	→ croyances relatives aux bienfaits ou aux méfaits des méthodes contraceptives, croyances liées à sa culture, à sa situation sociale et familiale, son éducation et son parcours, etc. ;
« ce qu'elle ressent »	→ au sujet de sa vie affective et sexuelle et vis-à-vis de la contraception (inquiétude, résignation, impuissance, motivation, etc.) ;
« ce dont elle a envie »	→ ses projets, un désir de grossesse, une méthode contraceptive précise, etc.

En pratique : quelles sont les méthodes contraceptives disponibles ?

Ces méthodes (hors post-partum et post-IVG) sont présentées ci-après dans l'ordre adopté par l'OMS. Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

La contraception estroprogestative → avec plusieurs voies d'administration disponibles : + pilule + patch transdermique + anneau vaginal	Les autres méthodes barrière + diaphragme + cape cervicale + spermicides
La contraception par progestatif seul → avec plusieurs voies d'administration disponibles : + pilule microprogestative + implant sous-cutané + injections intramusculaires	Les méthodes naturelles
Les dispositifs intra-utérins (DIU) → qui peuvent être proposés, en l'absence de contre-indication, aux femmes multipares comme aux nullipares. Il en existe deux types : + au cuivre + progestatif	Les méthodes de stérilisation
Les préservatifs, masculins ou féminins → seules méthodes de contraception efficaces contre les IST, y compris le VIH/sida.	S'appuyer sur les « fiches mémo » HAS + Contraception : prescriptions et conseils aux femmes + Contraception chez la femme en âge de procréer (hors postpartum et post-IVG) + Contraception chez l'adolescente + Contraception chez la femme en post-partum + Contraception chez la femme après une IVG + Contraception chez l'homme + Stérilisation à visée contraceptive + Contraception d'urgence + Efficacité des méthodes contraceptives + Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire

Une démarche spécifique pour l'adolescente ?

Même si la démarche d'aide au choix est globalement similaire à celle proposée à toute femme, il existe un certain nombre de points clés :

- ♦ Recevoir l'adolescente sans ses parents (même si leur évocation dans la conversation reste importante) et l'assurer de la confidentialité de l'entretien^{***}. Elle peut souhaiter la présence de son partenaire ou d'une amie.
- ♦ Aborder sans *a priori* le sujet de la sexualité.
- ♦ Adapter la démarche à l'âge et aux besoins : éviter d'être intrusif, questionner graduellement l'adolescente sur ses relations et sur ses habitudes de vie ; partir de ses représentations de la sexualité et de la grossesse, de ses projets et de ses besoins ; le cas échéant la rassurer sur sa "normalité" (transformations physiques, désirs, craintes, etc.) ; éventuellement, évoquer avec elle la notion de consentement des deux partenaires.
- ♦ Ne pas hésiter à reporter l'examen gynécologique et les examens sanguins à une consultation ultérieure (sauf symptômes ou antécédents).
- ♦ Aider l'adolescente à se projeter dans une utilisation future de la méthode envisagée, en abordant la question des freins à son utilisation (représentations, opinion du partenaire, coût, approvisionnement, accessibilité des services).
- ♦ Suivant la méthode choisie, discuter des situations à risque (oubli de pilule, rupture de préservatif, décollement d'un patch,...) et des méthodes de rattrapage possible.
- ♦ Pour la contraception d'urgence hormonale, préciser que la délivrance est anonyme, non soumise à prescription et qu'elle est gratuite pour les mineures. Indiquer aussi les lieux où elle est disponible (pharmacies, infirmières scolaires, centres de planification et d'éducation familiale).
- ♦ Informer sur les IST et l'efficacité des préservatifs en prévention.
- ♦ Prévoir un suivi régulier et rapproché.

Ressources

Haute Autorité de santé (HAS) www.has-sante.fr

Fiches-mémo sur la contraception disponibles sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/_1369193/fiches-memo-contraception-fiches-memo

État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès
et au choix d'une contraception adaptée disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/attachements/pdf/2013-05/contraception_freins_et_obstacles.pdf

Agence nationale de
sécurité du médicament
et des produits de santé www.ansm.sante.fr

Dossier thématique sur "Pilules et progestatives
et risque thrombotique"

Inpes www.inpes.sante.fr

Commande gratuite de documents.

Préservatifs : brochures sur les modes d'emploi des préservatifs
masculins et féminins. Certaines existent en plusieurs langues.

Documents d'information sur sexualité / contraception / IST :
pour tous publics, pour les femmes et pour les adolescents.
"Questions d'Ados", "Le petit livre des IST", "Choisir sa
contraception"...

choisirsacontraception.fr

- ♦ Coordonnées utiles, informations
- ♦ Numéros des plates-formes téléphoniques
régionales relatives à la sexualité

Ecoute Sexualité Contraception

Numéros verts locaux

0 800 803 803 pour Paris

0 800 105 105 pour Marseille

et une partie du sud de la France

Information, conseil ou réponse à des problèmes liés
à la sexualité. www.planning-familial.org

Fil Santé Jeunes

3224 Appel gratuit, 7j/7 ; 8h00-00h00

Ecoute, information, orientation des jeunes en
matière de santé physique, psychique et sociale.
www.filsantejeunes.com

Annexe XI : Affiche « À chacun sa contraception » issue de la campagne de prévention en 2013

La mienne est dans mon bras	La mienne est au cuivre	La mienne est en latex	La mienne est sans ordonnance
La mienne dure 3 ans	La mienne n'est pas contraignante	La mienne est remboursée	La mienne est en comprimés
La mienne est définitive	La mienne est discrète	La mienne est sur ma peau	La mienne est pratique

→ **À CHACUN SA CONTRACEPTION**

Votre contraception doit s'adapter à votre vie. Découvrez ici, avec l'aide d'un professionnel de santé, celle qui vous convient le mieux.



www.choisirsacontraception.fr



Annexe XII : Capture écran du site internet www.ilparaitquelapilule.fr créé par le laboratoire Biogaran en 2014 (66)

#ilparaitquelapilule

IDÉES REÇUES CONTACTS UTILES

Arrêtez d'avaler n'importe quoi sur la pilule.
Découvrez les vidéos.

Tom, Antoine et Mehdi sont 3 potes de fac. Le sexe, ça les connaît. D'ailleurs ils en parlent tout le temps et partagent leurs expériences, leurs doutes et surtout... leur ignorance. Quand ils discutent de la contraception, ils croient s'y connaître, mais ils sont surtout pleins d'idées reçues. Et vous les filles, où en êtes-vous avec la pilule ?

IL PARAÎT QUE LA PILULE...
ça fait grossir

IL PARAÎT QUE LA PILULE...
ça fait chuter la libido

IL PARAÎT QUE LA PILULE...
ça rend stérile

IL PARAÎT QUE LA PILULE...
on peut en prendre plusieurs en cas d'oubli

IL PARAÎT QUE LA PILULE...
c'est efficace dès la première prise

IL PARAÎT QUE LA PILULE...
du lendemain, c'est un moyen de contraception comme les autres

IL PARAÎT QUE LA PILULE...
c'est pas un médicament

IDÉES REÇUES

Quand il s'agit de la pilule, on entend tout et parfois n'importe quoi. Faites le tour des idées reçues pour démêler le vrai du faux.

> EN SAVOIR PLUS

CONTACTS UTILES

Si vous souhaitez aller plus loin, voici quelques contacts utiles à qui s'adresser pour être mieux informé et bien conseillé !

> EN SAVOIR PLUS

CRÉÉ PAR
BIOGARAN

MENTIONS LÉGALES NOUS CONTACTER   

Annexe XII bis : Capture écran du site www.monurgencepilule.fr créé par le laboratoire Biogaran en 2015 (67)



Annexe XII ter : Éléments de la campagne « *Cet été je me dore la pilule ... sans l'oublier* » lancée par Biogaran en 2015 (68)



Annexe XIII : Module du site www.pack15-30.fr/?id=139 permettant de trouver un établissement diffusant le Pass Prévention Contraception (69)



Où retirer mon pass ?



A A+ T

DEMANDE PASS PREVENTION CONTRACEPTION

X

Point de retrait

Type établissement *

Département *

?

Ville *

?

Nom du site *

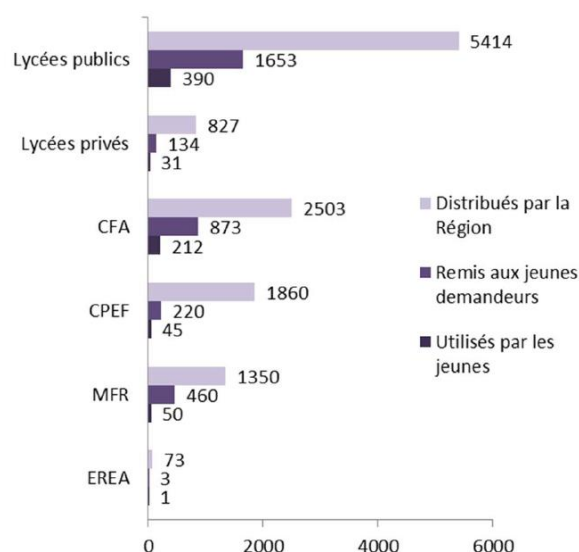
?

Suivant

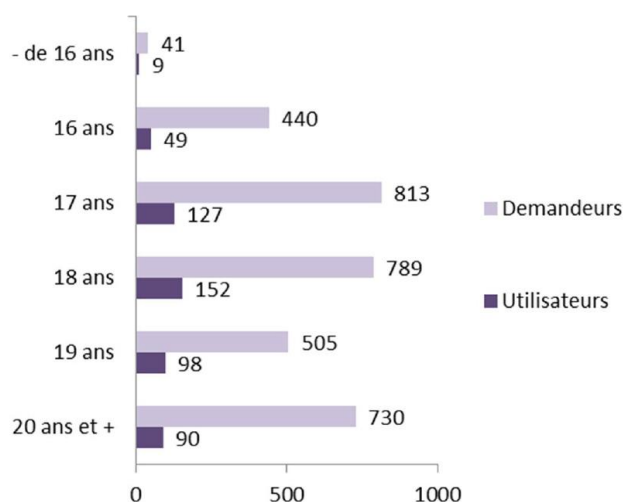
Si votre établissement ne figure pas dans cette liste, si vous n'êtes pas scolarisé ou si vous ne souhaitez pas vous adresser au référent Pass prévention contraception de votre établissement et que vous avez moins de 20 ans, vous pouvez demander le Pass prévention contraception dans certains centres de planification et d'éducation familiale, dans les missions locales et dans les pharmacies de la région.

- Liste des CPEF
- Liste des missions locales

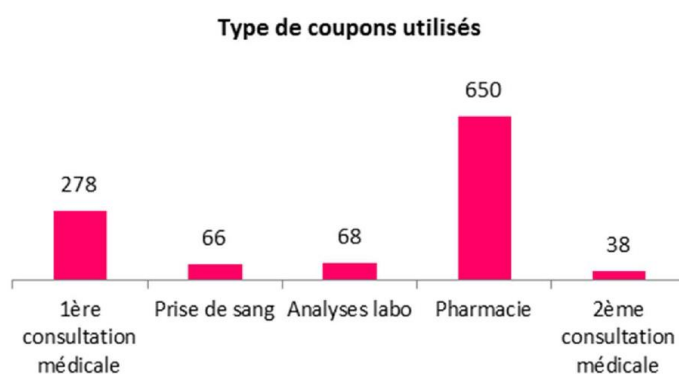
Annexe XIV : Graphique représentant l'implication des différents types d'établissements partenaires du Pass Prévention Contraception en région Pays de la Loire entre septembre 2012 et mars 2013 (56)



Annexe XIV bis : Graphique représentant les catégories d'âges des demandeurs et utilisateurs du Pass Prévention Contraception en région Pays de la Loire entre septembre 2012 et mars 2013 (56)



Annexe XIV ter : Graphique représentant les types de coupons du Pass Prévention Contraception utilisés en région Pays de la Loire entre septembre 2012 et mars 2013 (56)



Bibliographie

1. OMS | Organisation mondiale de la Santé | Contraception [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>
2. INED Fiches pédagogiques L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
3. Mader S. Biologie humaine Anatomie - Physiologie. De Boeck Supérieur; 2010. 480 p.
4. McKinley MP, O'Loughlin VD, Stouter Bidle T, Des Serres A. anatomie et physiologie : une approche intégrée. Cheneliere/McGraw-Hill; 2014. 1478 p.
5. Moore K, Dalley A. Anatomie médicale : aspects fondamentaux et applications cliniques. De Boeck Supérieur; 2001. 1177 p.
6. Leguerrier A. Petit bassin, volume 3. Nouveaux dossiers d'anatomie P.C.E.M. Nouvelle nomenclature. Heures de France; 1994. 208 p.
7. Marieb E. Anatomie et physiologie humaines. 2^e éd. de boeck université; 1999. 1194 p.
8. HS - Les glandes génitales de l'appareil génital masculin [Internet]. [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.histology.be/atlas/HSH/general/right/HS-Mal-GlAn-ABC.htm>
9. Menche N. Biologie Anatomie Physiologie. 5^e éd. Maloine; 2014. 407 p.
10. Cours de SVT 1re S - Le fonctionnement de l'appareil reproducteur masculin - Maxicours.com [Internet]. [cité 5 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.maxicours.com/se/fiche/8/3/376838.html/1s>
11. Coujard R, Poirier J. Précis d'histologie humaine. Presses Université Laval; 1980. 752 p.
12. Organisation mondiale de la santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles. Prise en charge intégrée de la santé génésique et sexuelle et des maladies chroniques. World Health Organization; 2007. 287 p.
13. Précis d'Anatomie [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.informationhospitaliere.com/anatomie-1286-ovaires.html>

14. Bommas-Ebert U, Teubner P, Voss R. Cours d'anatomie. 1er cycle des études médicales. De Boeck Supérieur; 2008. 514 p.
15. Saint-Dizier M, Chastant-Maillard S. La reproduction humaine et animale. Editions Quae; 2014. 800 p.
16. Marieb E, Hoehn K. Anatomie et physiologie humaines. Pearson Education France; 2014. 1504 p.
17. Définitions : menstruation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/menstruation/50495>
18. Brooker C. Le corps humain : Etude, structure et fonction. De Boeck Supérieur; 2000. 562 p.
19. Le cycle menstruel [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/103-le-cycle-menstruel>
20. Heffner L. Reproduction humaine. Sciences médicales : Série Laennec. De Boeck Supérieur; 2003. 128 p.
21. Dhont M. History of oral contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care [Internet]. 22 nov 2010 [cité 23 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2010.513071?scroll=top&needAccess=true>
22. PharmacyCodes - Full pharmacy catalog and last news [Internet]. [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <https://pharmacycode.com/>
23. Contraception | espace santé-femme [Internet]. [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <http://espace.egora.fr/sante-de-la-femme/contraception>
24. Serfaty D. Contraception. Elsevier Masson; 2011. 590 p.
25. Contraception : comment la choisir et à qui s'adresser ? - ameli-santé [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/contraception/contraception-comment-la-choisir-et-a-qui-sadresser.html>
26. Accueil - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/>
27. Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes

28. Le Planning et la contraception | Internet - Planning Familial [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.planning-familial.org/articles/le-planning-et-la-contraception-00356>
29. Les moyens de contraception | Fil santé jeunes [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/contraception-et-grossesse/les-moyens-de-contraception>
30. Accueil [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.contractions.org/>
31. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/>
32. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? 2014 [cité 1 mars 2017]; Disponible sur: http://www.inserm.fr/content/download/82737/624043/file/POPSOC_511.pdf
33. McLaren A. Histoire de la contraception de l'antiquité à nos jours. Noësis. 1996. 413 p.
34. Code pénal (ancien) - Article 317 | Legifrance [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006490192&cidTexte=LEGITEXT000006071029&dateTexte=>
35. Naour J-YL, Valenti C. Histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècle). Le Seuil; 2015. 348 p.
36. Rollet C. La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République. INED; 1990. 652 p.
37. Léridon H. La Seconde révolution contraceptive: la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. INED; 1987. 408 p.
38. Chronologie - Contraception et IVG, 25 ans après la loi Veil - Dossiers - La Documentation française [Internet]. [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/ivg/chronologie.shtml>
39. Weil-Olivier C. Vie de femmes: 50 Ans d'avancées médicales. John Libbey Eurotext; 2008. 140 p.

40. Campagne d'information sur le sida : « Le sida, il ne passera pas par moi » [Internet]. 1987. p. 75. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=78366
41. ELLAONE 30 mg comprimé (ulipristal) : nouvelle modalité de délivrance sans prescription médicale [Internet]. VIDAL. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/15304/ellaone_30_mg_comprime_ulipristal_nouvelle_modalite_de_delivrance_sans_prescription_medicale/
42. Meddispar - Contraception d'urgence : délistage de la spécialité EllaOne (ulipristal) [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/Actualites/2015/Contraception-d-urgence-delistinge-de-la-specialite-EllaOne-ulipristal>
43. Ordonnance n° 2012-1427 du 19 décembre 2012 relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments.
44. IVG : un droit garanti par la loi - Ministère de la Santé [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/un-droit-garanti-par-la-loi.html>
45. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
46. Contraception gratuite pour les mineures de 15 à 17 ans : comment faire en pratique ? [Internet]. VIDAL. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/19707/contraception_gratuite_pour_les_mineures_de_15_a_17_ans_comment_faire_en_pratique/
47. Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie, octobre 2011 : Délivrance des contraceptifs à l'officine : rôle éducatif du pharmacien, suite de la loi HPST.
48. Poletti B. Rapport d'information de Mme Bérengère Poletti déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3444.asp#P155_21068
49. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? (Note d'analyse 226 - Juin 2011) [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur:

<http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/comment-ameliorer-laces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011.html>

50. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Études Résultats [Internet]. 2016 [cité 3 mars 2017];279. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>

51. Baromètre santé jeunes 2010 Pays de la Loire : vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles.pdf.

52. Dupays S, Hesse C, Vincent B. L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. 2015 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article509>

53. GUIDE PRATIQUE À L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: http://www.pack15-30.fr/fileadmin/user_upload/pdf/GUIDE-PRO-PASS-CONTRACEPTION-BD.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr

54. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>

55. ameli.fr - Délivrance de la contraception [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/delivrance-de-la-contraception/la-contraception-pour-les-jeunes-filles-mineures.php+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab>

56. Le Bail C. Comité de suivi - Pass Prévention Contraception - 15 avril 2013 [Internet]. [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: http://www.paysdelaloire.fr/uploads/tx_oxcsnewsfiles/Bilan_Pass_pr%25C3%25A9vention_contraception_avril_2013_Mode_de_compatibilit%25C3%25A9_.pdf+&cd=3&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab

57. Pass prévention contraception. Résultats détaillés des enquêtes auprès des établissements d'enseignement, des missions locales, des professionnels de santé et des pharmaciens de Vendée | ORS Pays de la Loire, Avril 2014 [Internet]. [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/publications/pass-prevention-contraception-resultats-detailles-des-enquetes-aupres-des-0>

58. URPS Pharmaciens Pays de la Loire. Rapport d'évaluation du questionnaire sur l'utilisation du Pass Prévention Contraception par les pharmaciens d'officine [Internet]. [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.urpspharmaciens.org/files/projet/4/1473345087.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b>
59. Falloux A. Pass Prévention Contraception des Pays de la Loire : Connaissance, avis et intention de commande des jeunes, en lien avec leurs vies affectives et sexuelles. [Internet]. [Nantes]: Diplôme d'Etat de Sages-Femmes; 2015. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=00e18b4e-2704-46b3-ac15-35a3cb4b8235>
60. Le développement professionnel continu (DPC) - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC>
61. fmc-ActionN, Association nationale de formation médicale continue, formation conventionnelle pour les médecins généralistes et libéraux, MonDPC, FMC, DPC, FAF, FPC [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.fmcaction.org/>
62. Documents : la contraception, à vous de choisir la votre [Internet]. [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: <http://doc.leplanningfamilial38.org/Record.htm?idlist=3&record=411312423959>
63. catalogue en ligne médiathèque des Crips [Internet]. [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=author_see&id=29935
64. Cespharm - Catalogue [Internet]. [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: [http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/\(offset\)/8/\(theme\)/93/\(type\)/76](http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/(offset)/8/(theme)/93/(type)/76)
65. Inpes - Communiqué de presse - Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/11/cp111026.asp>
66. « Arrêtez d'avaler n'importe quoi sur la pilule » [Internet]. Biogaran. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.biogaran.fr/presse/arretez-davaler-nimporte-quoi-sur-la-pilule/>

67. Campagne de communication sur la contraception [Internet]. Biogaran. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.biogaran.fr/presse/campagne-de-communication-sur-la-contraception/>
68. Mon urgence pilule [Internet]. Mon urgence pilule. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://monurgencepilule.fr/>
69. Pass Prévention Contraception [Internet]. [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.pack15-30.fr/?id=139>

Vu, le Président du jury,

Muriel DUFLOS

Vu, le Directeur de thèse,

Delphine CARBONNELLE

Vu, le Directeur de l'UFR,

Nom – Prénoms : CANTONI Clotilde, Catherine

Titre de la thèse : La contraception : un enjeu de Santé publique. La place du pharmacien dans le dispositif "Pass Prévention Contraception" en Région Pays de la Loire.

Résumé de la thèse :

Depuis des dizaines d'années, le paysage contraceptif a fortement évolué tout comme la législation française en matière de contraception. De nombreuses campagnes de prévention et promotion de la santé sexuelle ont également été mises en place. En septembre 2012, la région des Pays de la Loire a complété le « pack 15-30 » avec une nouvelle aide proposée aux jeunes ligériens : le Pass Prévention Contraception permettant un accès anonyme et gratuit à des consultations médicales, aux contraceptifs et au dépistage d'IST. Son évaluation fut positive autant de la part des jeunes que des professionnels de santé dont les pharmaciens d'officine. Ces derniers se sont naturellement intégrés dans le dispositif leur offrant une nouvelle possibilité d'assurer la promotion et la prévention de la santé sexuelle tout en élargissant leurs missions.

MOTS CLÉS

PASS PRÉVENTION CONTRACEPTION – MISSIONS – PHARMACIEN - OFFICINE

JURY

PRÉSIDENT : Mme Muriel DUFLOS, Professeur de Chimie Organique et
Thérapeutique

ASSESSEURS : Mme Delphine CARBONNELLE, Maître de Conférences de
Physiologie et Biologie Animale

Mme Marie-Cécile CELLERIER, Pharmacien d'Officine

Adresse de l'auteur : 9 allée Mozart
44 800 Saint-Herblain