

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2024-2025

N° 38

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par Antoine Pétusseau

**Impact du remboursement intégral de la contraception
d'urgence sur les pratiques des prescripteurs en région
Centre-Val de Loire**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUIN 2025

JURY

Président : Professeure Cécile Enguehard-Gueiffier : Pharmacien, professeur d'université en chimie thérapeutique, Faculté de Pharmacie de Tours

Membres :

Docteur Stéphanie Germon : Pharmacien, Enseignant chercheur, Faculté de Pharmacie de Tours

Docteur Solène Monteiller : Pharmacien d'Officine, Paris

Docteur Pauline Duquesne : Pharmacien d'Officine, Orléans

ANNEE : 2024 - 2025

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Asseseurs : M. Gildas PRIE, Mme Mélanie BOUVIN PLEY, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAUDAU, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN, Mme GERMON Stéphanie

ENSEIGNANTS

16 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLoGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

33 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Mise à jour - septembre 2024

DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE
JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
VERCOILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL	Mathilde	<i>Filière Officine</i>
---------------	----------	-------------------------

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

GERBIER	Soledad	ANGLAIS
---------	---------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

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

Date : 24/06/25

L'étudiant Antoine Pétusseau

Le Doyen de la Faculté
Professeur Denys BRAND

Remerciements :

Au président du jury et directeur de thèse,

Professeur ENGUEHARD-GUEFFIER Cécile, Enseignant-chercheur

Je vous remercie profondément d’avoir accepté de m’encadrer pour ma thèse, pour vos conseils, vos relectures et pour votre temps.

Veuillez trouver l’expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres de mon jury,

Docteur GERMONT Stéphanie, Docteur en Pharmacie, Enseignant – chercheur

Je vous remercie de m’avoir aidé auprès de la scolarité lors du refus de mon premier sujet et d’avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse. Veuillez trouver l’expression de ma sincère reconnaissance.

Docteur DUQUESNE Pauline, Docteur en Pharmacie

Je te remercie d’avoir accepté d’être dans mon jury de thèse et te remercie encore plus pour toutes ces matinées de co-voiturage à rigoler et râler sur tout et rien en même temps. Hâte du prochain rendez-vous café à râler sur tout et rien !

Docteur MONTEILLER Solène, Docteur en Pharmacie

Je te remercie d’avoir accepté d’être dans mon jury et pour toutes ces rigolades lors de nos apéros/diners pendant les stages !

A Monsieur BARRET et Madame BARRET,

Je vous remercie profondément de m'avoir pris sous vos ailes pendant pratiquement 2 ans, m'avoir fait aimer le monde officinal, de tous vos conseils, jeux de mots et arrêts sur images. Vous m'avez formé pour devenir le pharmacien de demain et j'espère réussir à transmettre tous vos enseignements à mon tour. Vous avez mon plus profond respect.

À mes collègues de la Pharmacie Barret,

À Marie, Pauline, Mélanie, Lauraline, Perrine, Fanny, Agathe

Je vous remercie pour ces bons moments de camaraderie tout au long de ces 2 ans. J'espère que votre avenir vous réserve à toutes le meilleur.

À mes collègues de la Pharmacie Chatel,

À Olivier, Cindy, Laurie, Mazarine, Julie, Corinne

Je vous remercie pour cette année remplie d'excellents moments, drôles comme incongrus. Je vous souhaite à tous le meilleur.

À ma famille,

À mes parents, mes frères et ma sœur, mes grands-parents et le reste de ma famille

Je vous remercie pour tous vos efforts et vos sacrifices tout au long de mes études ainsi que du soutien que vous m'avez apporté.

À mes proches et mes ami.e.s,

A Brioux,

Merci de m'avoir soutenu et aidé toutes ces années ainsi que pour toutes les valeurs que tu m'as apportées. Reste la personne que tu es et continue d'apporter la même joie autour de toi.

À Thibault, Augustin,

Vous avez été mes plus belles rencontres en pharmacie. On ne se voit pas souvent avec la distance, mais j'aurais toujours une pensée pour vous.

A Clémence, Ines, Mélie, Thibault, Brioux

Je vous remercie pour toutes ces soirées, ces vacances à Oléron ou à l'ACA. Hâte de vivre de nouvelles aventures ensemble.

À Romain, Mehdi, Mathilde V, Manon, Laurine, Emeline, la Pharmaco', la BDR et mes amis du Tut',

Merci pour ces moments lors des soirées relectures (et surtout l'après relecture), nos colles et tous nos bons moments ensemble. Je vous souhaite le meilleur.

À Pauline, Jade, Adeline, Fanny,

Je vous remercie pour tous nos bons moments durant les cours d'Officine, à nos sorties champignons (moi qui aime tant la mycologie) et toutes les fois où on a pu râler.

À Amandine, Alice, Léa, Romane, Thibault et tous mes amis,

Je vous remercie de m'avoir accompagné pendant toutes ces années d'études et pour tous ces moments.

À tous les professionnels de santé ayant répondu à mon questionnaire,

Je remercie de plus le service d'orthogénie et le Docteur TRIGNOL-VIGUIER, ainsi que le Docteur ENGEHARD-GUEFFIER, Brioux, Clémence, Jade, Pauline, Mathilde et Manon pour m'avoir aidé dans la rédaction de mon questionnaire. Je vous dois à tous beaucoup.

Table des matières

Introduction	14
PARTIE I : Contraception d'Urgence : Rappel physiologique, pharmacologique et législatif	16
I. Généralité physiologique du cycle menstruel :	17
a. L'appareil reproducteur féminin :	19
i. Les Ovaires :	19
ii. L'Utérus ;	20
iii. Le Col de l'utérus :	22
iv. Le Vagin :	22
b. Les hormones du cycle menstruel :	23
i. L'Œstrogène :	23
ii. La Progestérone :	24
iii. Les Hormones Hypophysaires :	25
c. Les étapes du cycle menstruel et ovarien :	27
i. Les Menstruations :	29
ii. La Phase Folliculaire :	29
iii. L'Ovulation :	31
iv. La phase lutéale :	33
II. Généralités sur la Pharmacologie de la Contraception d'Urgence :	38
a. Lévonorgestrel (NORLEVO®) :	39
b. Acétate d'ulipristal (Ella-One®) :	41
c. Les DIU en cuivre :	44
d. Comparaison de l'efficacité des contraceptions d'urgence :	46
III. Cadre législatif de la délivrance de la contraception d'urgence :	48
a. Rappel de l'évolution de la délivrance de la contraception et de la contraception d'urgence :	49
i. Chronologie de la légalisation de la contraception :	49
ii. Développement des contraceptifs d'urgence hormonaux :	57
iii. Développement des DIU au cuivre et hormonaux :	59
b. Accessibilité et prise en charge de la contraception d'urgence :	61
i. Accessibilité de la contraception d'urgence :	61
ii. Prise en charge de la contraception d'urgence ;	62
c. Délivrance de la contraception d'urgence en officine en France :	63
i. Recours à la CU en France :	63
ii. Rappel du rôle et de la posture du pharmacien :	66

PARTIE II : Enquête sur l'impact du changement de loi sur les pratiques des prescripteurs	69
I. Rationnel :	70
II. Matériel et méthodes :	71
a. Population d'étude :	71
b. Questionnaire :	71
c. Diffusion et collecte :	71
d. Analyse Statistique :	72
III. Résultats :	73
a. Informations générales sur les participants :	73
b. Impact de la nouvelle législation sur la demande et la prescription de la contraception d'urgence :	75
c. Influence de la loi sur le rôle de prévention et l'éducation thérapeutique :	81
d. Avis et ressenti des professionnels de santé concernant la législation :	83
e. Impact de la loi vis-à-vis des DIU en cuivre :	85
IV. Discussion :	89
a. Limitation de l'échantillon :	89
b. Connaissance et application du décret :	90
c. Impact sur la demande et la prescription de la contraception d'urgence :	90
d. Rôle de prévention et d'éducation sexuelle :	92
e. Avis et ressenti des professionnels de santé :	92
f. Impact sur le DIU au cuivre :	93
V. Conclusion de l'étude :	94
Conclusion :	95
Bibliographie :	107

Liste des abréviations :

- AME : Aide Médicale d'Etat
- AVC : Accident Vasculaire Cérébrale
- CM : Cycle menstruel
- CU : Contraception d'urgence
- CYP : Cytochrome P450
- DIU : Dispositif Intra-utérin
- EE : Ethinylestradiol
- FSH : Hormone Folliculo-stimulante
- GERS : Groupe pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- GnRH : Hormone de relâche des gonadotrophines
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- LH : Hormone Lutéinisante
- LNG : Lévonorgestrel
- RSR : Rapport Sexuel à Risque
- SPMR : Modulateur Sélectif des Récepteurs de la Progestérone
- UPA : Ulipristal acétate

Liste des figures :

- Figure 1 : Schéma général du cycle menstruel
- Figure 2 : Schéma de l'appareil reproducteur féminin
- Figure 3 : Schéma d'une coupe transversale d'un ovaire
- Figure 4 : Schéma de la structure de l'utérus
- Figure 5 : Graphique de l'évolution des concentrations sanguines d'œstrogène et de progestérone au cours du cycle menstruel
- Figure 6 : Schéma de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien chez la femme
- Figure 7 : Graphique de l'évolution de la concentration sanguine en hormones hypophysaires au cours d'un cycle menstruel
- Figure 8 : Diagramme général du cycle menstruel
- Figure 9 : Schéma de la structure des follicules ovariens au cours d'un cycle
- Figure 10 : Schéma du cycle utérin
- Figure 11 : Graphique des taux de grossesse en fonction du délai entre le rapport sexuel non protégé et la prise de la contraception d'urgence
- Figure 12 : Tableau chronologique des avancées de la contraception d'urgence
- Figure 13 : Evolution des méthodes de contraception utilisées par les femmes de 18 à 44 ans entre 1968 et 2013
- Figure 14 : Evolution de l'utilisation des méthodes de contraception chez les femmes en France entre 2000 et 2023
- Figure 15 : Evolution des ventes mensuelles de Norlevo® en nombre d'unité
- Figure 16 : Evolution du nombre de boîtes de contraception d'urgence vendues en France de 1999 à 2022
- Figure 17 : Distribution des spécialités des participants
- Figure 18 : Impact sur la prescription de la contraception d'urgence depuis la mise en place du décret n°2023-81
- Figure 19 : Impact sur la demande de contraceptif d'urgence auprès des prescripteurs depuis la mise en place du décret n°2023-81
- Figure 20 : Position des participants sur la prescription systématique de contraceptif d'urgence en primo-prescription contraceptive

- Figure 21 : Impact ressenti chez le prescripteur dans son rôle de prévention et d'éducation thérapeutique
- Figure 22 : Influence du décret sur l'utilisation de la contraception d'urgence : avis des prescripteurs
- Figure 23 : Nombre de participants rapportant des demandes spontanées de DIU en cuivre comme CU
- Figure 24 : Nombre de participants prescrivant des DIU en cuivre dans le cadre d'une CU sur demandes spontanées des patientes
- Figure 25 : Variation du nombre de pose de DIU en cuivre dans le cadre d'une CU depuis la mise en place du décret n°2023-81

Liste des tableaux :

- Tableau I : Résumé des caractéristiques du Lévonorgestrel
- Tableau II : Résumé des caractéristiques de l'ulipristal
- Tableau III : Résumé des caractéristiques des DIU en cuivre
- Tableau IV : Chronologie de la légalisation de la contraception en France
- Tableau V : Utilisation de la contraception d'urgence selon l'âge des femmes en 2016
- Tableau VI : Connaissance des professionnels de santé à propos du décret n°2023-81 permettant la délivrance gratuite de la CU
- Tableau VII : Evolution des habitudes de prescription des contraceptifs d'urgences
- Tableau VIII : Avis sur le droit de substitution sans accord préalable du prescripteur par le pharmacien
- Tableau IX : Impact du changement de décret sur le rôle de prévention et d'éducation thérapeutique des professionnels de santé : avis des participants
- Tableau X : Comparaison de la prescription de DIU au cuivre pour une contraception VS une contraception d'urgence

Introduction

En France, selon le dernier baromètre santé de 2016, 92% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode contraceptive pour réduire le risque d'une grossesse non désirée (1,2). Malgré la large diffusion de méthodes contraceptives très efficaces (1), le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est en augmentation, avoisinant les 15 IVG pour 1000 femmes par an (1,3-5). Ce phénomène est appelé paradoxe contraceptif : malgré un taux d'utilisation de contraception parmi les plus élevés d'Europe, le nombre d'IVG demeure également élevé. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation (1,3,6,7) : le manque de connaissance des méthodes de contraception d'urgence (CU) et leur utilisation irrégulière ou incorrecte, ou une évolution des pratiques contraceptives vers des méthodes dites plus naturelles. Il y a aussi les facteurs socio-économiques puisque le niveau de vie, l'éducation et l'environnement social peuvent influencer l'accès à l'information et aux moyens de contraception.

Ce paradoxe soulève plusieurs questions importantes comme une réévaluation de l'efficacité des politiques de prévention des grossesses non désirées, l'accès à la contraception, l'accompagnement personnalisé des femmes dans leurs choix de contraceptions et le niveau d'information et de connaissance de la CU (6,7).

C'est dans ce contexte que la CU prend toute son importance. Elle constitue une méthode contraceptive de rattrapage, permettant de prévenir une grossesse non désirée à la suite d'un rapport sexuel à risque (RSR) (8,9). Cette prévention secondaire (10) est particulièrement utile dans les situations telles que : rupture/absence de préservatif, oubli de pilule, vomissement/diarrhée après la prise du comprimé contraceptif... (11)

Depuis sa mise en place sur le marché en 1999, la CU a fait l'objet de plusieurs mesures pour faciliter son accessibilité afin de réduire le nombre de grossesses non désirées et prévenir les avortements (7). Depuis le 1^{er} janvier 2023, l'accès à la CU a été considérablement facilité en France. La CU hormonale est désormais disponible gratuitement et sans prescription médicale dans toutes les pharmacies de ville sans condition d'âge (12). Cette mesure, rendue possible par la mise en place du décret n° 2023-81 du 6 février 2023 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la

contraception d'urgence et aux transports sanitaires (JORF n°0034 du 9 février 2023) (12,13), vise à améliorer l'accès à la CU et à réduire le risque de grossesses non désirées.

Paradoxalement, il a été observé une très légère augmentation du nombre d'avortement (16,8 pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 2023 contre 16,2 pour 1 000 en 2022), ceci invite à en explorer les raisons (5,14). L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) souligne un manque important d'information des patientes sur la conduite à tenir en cas de risque de grossesse (7,15). D'autres études mettent en évidence une sous-utilisation de la CU en cas d'oubli de pilule ou de rapport non protégé (16).

L'amélioration de l'accessibilité à la CU soulève cependant des questions quant au risque d'une utilisation inappropriée ou excessive, d'une éventuelle diminution de la prévention par les professionnels de santé en raison d'une baisse de la demande d'information auprès des prescripteurs (notamment chez les 15-29 ans représentant la proportion d'utilisatrices la plus élevée de CU (17)). De plus, une baisse alarmante de l'utilisation de préservatif chez les adolescents (diminution de 70 % à 61 % chez les garçons et de 63 % à 57 % chez les filles entre 2014 et 2022) (18) inquiète quant à l'éducation sexuelle actuelle chez les jeunes.

La première partie de ce manuscrit présentera tout d'abord une synthèse des connaissances fondamentales des mécanismes physiologiques du cycle menstruel (CM). Il abordera ensuite les aspects pharmacologiques de la CU avant de s'intéresser à l'évolution de la législation de la contraception et de la CU ainsi que du rôle du pharmacien.

La seconde partie sera consacrée à l'étude de l'impact du changement du remboursement de la CU sur les pratiques des prescripteurs. Cette étude reposera sur une enquête réalisée auprès de médecins généralistes, de gynécologues médicaux, de sage-femmes, d'internes en médecine générale et en gynécologie médicale en région Centre-Val de Loire, entre février et avril 2025.

PARTIE I :

Contraception d'Urgence :

Rappel physiologique, pharmacologique et législatif

I. Généralité physiologique du cycle menstruel :

Le CM correspond à l'ensemble des phénomènes physiologiques et hormonaux se produisant chez les femmes en âge de procréer, dans le but de préparer l'organisme à une potentielle fécondation. D'une durée moyenne de 28 jours (variable de 21 à 35 jours selon les femmes), le cycle débute à la puberté pour se terminer à la ménopause, définie comme la période suivant un an sans règles (19). Le CM entraîne une variété de changement : épaissement de l'endomètre pour le préparer à accueillir un embryon, développement d'un ovocyte pendant le cycle ovarien pour le préparer à la fécondation, modification de la glaire cervicale déterminante pour le passage des spermatozoïdes (3,20).

Ce cycle est dépendant de plusieurs hormones comme l'œstrogène, la progestérone, l'hormone lutéinisante (LH), l'hormone folliculostimulante (FSH) ou encore l'hormone de libération des gonadotrophines (Gonadotropin-releasing hormone : GnRH). Ces hormones sont sécrétées par différents organes : l'hypophyse, les ovaires ou encore l'hypothalamus (19–22) (Figure1).

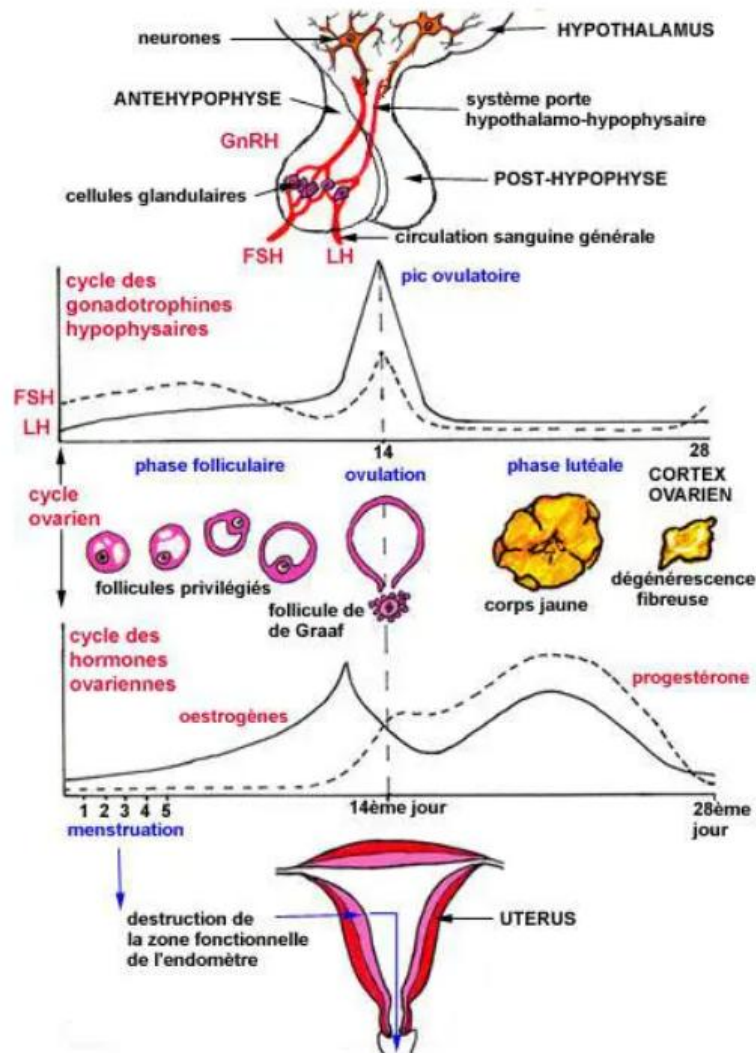


Figure 1 : Schéma général du cycle menstruel (19)

Ce schéma illustre le CM chez la femme, un processus complexe et dynamique, rythmé par des variations hormonales. L'hypothalamus initie le cycle en libérant de la GnRH, qui stimule l'antéhypophyse. Cette dernière produit alors deux hormones clés : la FSH et la LH. Ces hormones gonadotropes orchestrent le cycle ovarien qui se déroule en trois phases distinctes : la phase folliculaire et la phase lutéale séparée par l'ovulation (23).

a. L'appareil reproducteur féminin :

L'appareil reproducteur féminin est composé d'organes sexuels internes (vagin, ovaires, col de l'utérus, utérus et trompes de Fallope) et d'organes sexuels externes (petites lèvres, grandes lèvres, clitoris, orifice vaginal) (Figure 2) (24).

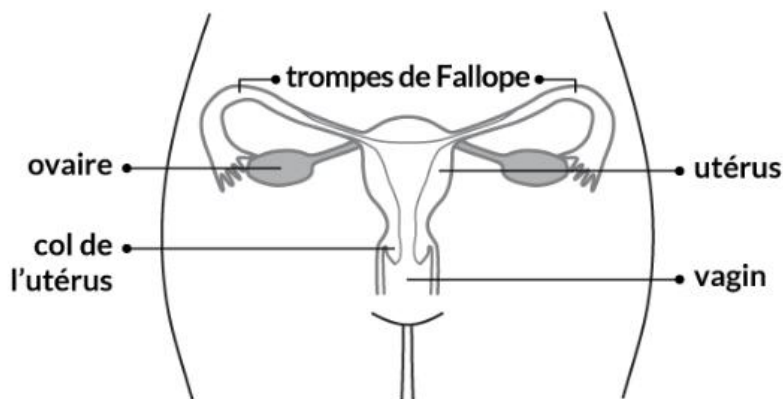


Figure 2 : Schéma de l'appareil reproducteur féminin (24)

i. Les Ovaires :

Situés dans la cavité péritonéale et connectés à l'utérus par le ligament utéro-ovarien, les ovaires sont les deux glandes sexuelles féminines ovoïdes responsables de la production d'ovules et d'hormones. La structure interne des ovaires est organisée en différentes couches (20,25–27) (Figure 3) :

- La couche externe : épithélium ovarien
- Le stroma : formée de 2 zones :
 - *La zone corticale* : partie externe contenant les follicules ovariens en développement ;
 - *La zone médullaire* : partie interne regroupant les vaisseaux sanguins, les cellules endocrines et les nerfs.

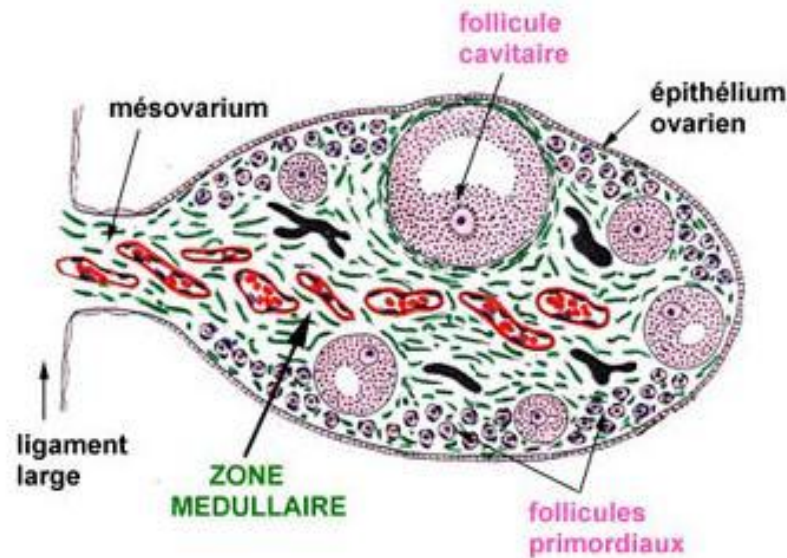


Figure 3 : Schéma d'une coupe transversale d'un ovaire (19)

Les ovaires ont deux fonctions principales (19,20,23,25–27) :

- Fonction exocrine : elle comprend la folliculogénèse (croissance et maturation d'un follicule primordial en follicule de De Graaf) couplée à l'ovogénèse pour libérer un ovocyte mature. Ce processus est influencé par les hormones hypophysaires FSH et LH. Une fois le follicule mature, il libère un ovule dans la cavité péritonéale : c'est l'ovulation ;
- Fonction endocrine : sécrétion d'hormones stéroïdes (œstrogène et progestérone) jouant un rôle régulateur dans la reproduction et le développement des caractères sexuels.

ii. L'Utérus :

L'utérus est un organe musculaire creux en forme de poire inversée, situé dans la région pelvienne de la femme, au-dessus du vagin. Il est composé de deux parties : le corps utérin (partie haute) et le col utérin (partie basse) (28,29).

Sa paroi épaisse est composée de trois couches distinctes (Figure 4) (28) :

- L'endomètre : couche interne tapissant l'utérus, constituée de deux couches :
 - La couche fonctionnelle : couche desquamant durant les menstruations
 - La couche basale : couche permettant de régénérer la couche fonctionnelle
- Le myomètre : couche intermédiaire et la plus épaisse, principalement constituée de cellules musculaires lisses importantes notamment durant l'accouchement ;
- Le périmètre : couche séreuse externe recouvrant le myomètre. Il sécrète un liquide lubrifiant qui réduit la friction et fait partie du péritoine.

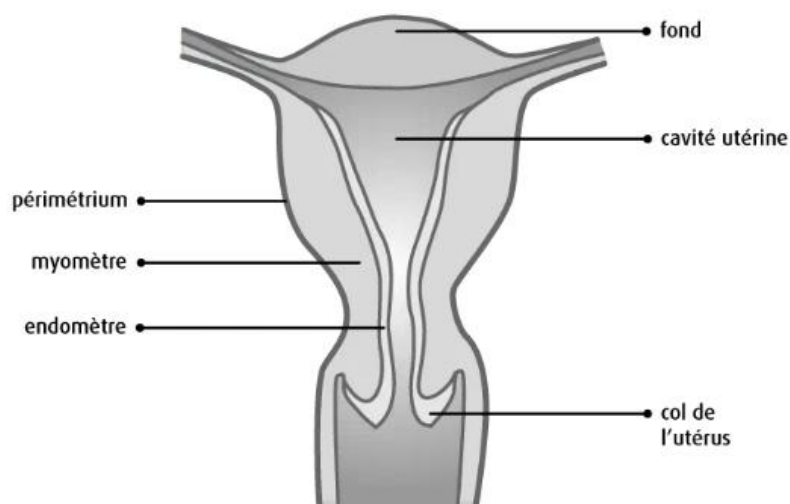


Figure 4 : Schéma de la structure de l'utérus (28)

Sous l'influence des hormones ovariennes, l'endomètre subit des modifications cycliques, à la fois structurelles et fonctionnelles, de la puberté à la ménopause. Chaque mois, l'endomètre se prépare à une éventuelle grossesse : en cas de fécondation, il permet l'implantation de l'embryon et assure son développement. En l'absence de fécondation, la couche fonctionnelle de l'endomètre se désagrège, entraînant des saignements : les menstruations (28,29). L'utérus joue également un rôle fondamental lors de l'accouchement. Grâce aux contractions du myomètre, il expulse le nouveau-né (28).

iii. Le Col de l'utérus :

Le col de l'utérus, partie inférieure de l'utérus, assure la communication entre ce dernier et le vagin. Il mesure 2 à 3 centimètres de long selon l'âge et comprend deux parties : l'endocol (partie haute) et l'exocol (partie basse) (28,30). Le col sécrète en permanence un mucus lubrifiant le vagin : la glaire cervicale. Sous l'influence des hormones, cette glaire constitue une barrière de protection contre les infections et joue un rôle primordial dans la reproduction. En effet, les taux élevés de progestérone vont permettre de rendre le maillage de la glaire plus dense et serré afin d'empêcher le passage d'éléments externes vers l'utérus (spermatozoïdes, bactéries...). Ces modifications dépendent de la phase du cycle (21,30) :

- Phase folliculaire : l'augmentation des taux d'œstradiol accroît la vascularisation et l'œdème du col, rendant la glaire plus abondante, élastique et riche en sels. L'orifice externe du col s'ouvre et se remplit de mucus au moment de l'ovulation, facilitant le passage des spermatozoïdes ;
- Phase lutéale : l'augmentation des taux de progestérone rend la glaire plus épaisse et moins élastique, diminuant la capacité de transport des spermatozoïdes.

iv. Le Vagin :

Le vagin est un organe interne, un conduit musculaire extensible et élastique, situé entre la vulve et le col de l'utérus. Mesurant environ 8 à 12 cm de long chez la femme adulte, il est capable de s'élargir considérablement lors des rapports sexuels et de l'accouchement (31). Sa paroi est constituée de trois couches principales (31,32) :

- La muqueuse : couche interne contenant des glandes sécrétoires qui contribuent à l'hydratation et à la lubrification du vagin, ainsi qu'au maintien de l'équilibre du microbiote vaginal ;
- La couche musculaire : couche intermédiaire composée de muscles lisses, permettant la contraction et l'expansion du vagin ;
- L'adventice : couche externe assurant le soutien structurel du vagin.

Les fonctions principales du vagin sont (32) :

- Voie de passage du sang et des tissus muqueux provenant de l'utérus lors des menstruations ;
- Réception du pénis lors des rapports sexuels vaginaux et stockage du sperme en attendant son passage dans l'utérus ;
- Voie de passage pour le bébé lors de l'accouchement ;
- Protection contre les infections grâce à son microbiote et à sa muqueuse.

b. Les hormones du cycle menstruel :

i. L'Œstrogène :

Les œstrogènes sont des hormones stéroïdiennes dérivées du cholestérol, comprenant l'œstradiol (la principale), l'œstrone et l'œstriol (33). Ces hormones sont produites par les ovaires, le placenta (pendant la grossesse) et, en plus petite quantité, par les surrénales. Ils dominent la première phase du CM (phase folliculaire) (Figure 5), qui s'étend du premier jour des règles à la veille de l'ovulation (3). Les œstrogènes jouent divers rôles dans le CM : (20,26,33,34)

- Stimulation de la folliculogenèse (développement des follicules ovariens) et de l'ovogenèse (formation des ovules) ;
- Augmentation de la sécrétion de la glaire cervicale, la rendant plus fluide et perméable aux spermatozoïdes ;
- Action trophique (croissance et maintien) sur les muqueuses utérines et vaginales ;
- Préparation du col utérin à l'ouverture pour faciliter le passage des spermatozoïdes.

ii. La Progestérone :

La progestérone est une hormone stéroïde sécrétée en deuxième phase du CM (phase lutéale) par le corps jaune (Figure 5), qui se forme à partir des cellules de la granulosa du follicule de De Graaf après l'ovulation. Elle est également appelée « hormone de la gestation » en raison de son rôle essentiel dans la préparation et le maintien de la grossesse. La chute du taux de progestérone en l'absence de fécondation entraîne les menstruations. Elle est impliquée dans : (20,23,33,35)

- La préparation de l'endomètre à la nidation d'un éventuel embryon ;
- La production d'une glaire cervicale peu abondante, visqueuse et moins perméable aux spermatozoïdes ;
- L'augmentation de la température corporelle après l'ovulation ;
- Le déclenchement des menstruations en l'absence de fécondation ;
- L'inhibition des contractions musculaires de l'utérus pendant la grossesse.

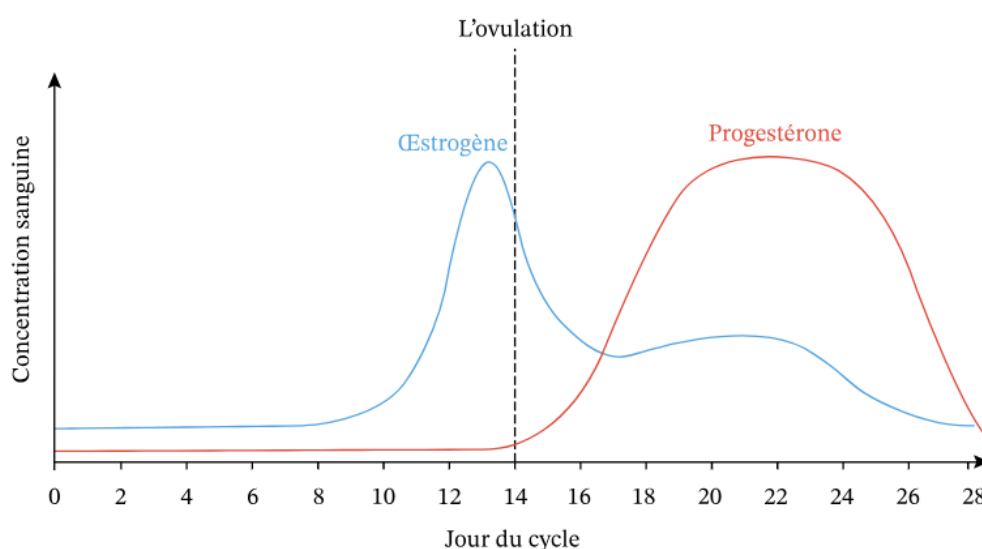


Figure 5 : Graphique de l'évolution des concentrations sanguines d'œstrogène et de progestérone au cours du cycle menstruel (23)

Ce graphique illustre les fluctuations des taux d'œstrogènes et de progestérones au cours du CM, mettant en évidence la dominance alternée de ces deux hormones.

L'œstrogène est l'hormone majoritaire pendant la phase folliculaire, favorisant la maturation du follicule ovarien et l'épaississement de l'endomètre. Après l'ovulation, la progestérone prend le relais pour la phase lutéale, préparant l'utérus à une éventuelle nidation en favorisant la vascularisation de l'endomètre et en maintenant son intégrité (23).

iii. Les Hormones Hypophysaires :

L'hypophyse est une glande endocrine située dans la fosse hypophysaire de l'os sphénoïde. Elle est divisée en deux lobes : l'adénohypophyse (lobe antérieur) et la neurohypophyse (lobe postérieur) (Figure 6). L'adénohypophyse, sous l'influence de l'hypothalamus, produit et sécrète diverses hormones peptidiques régulant plusieurs processus physiologiques tels que le stress, la croissance et la reproduction, notamment par la production de la LH et de la FSH (3,20) (Figure 6).

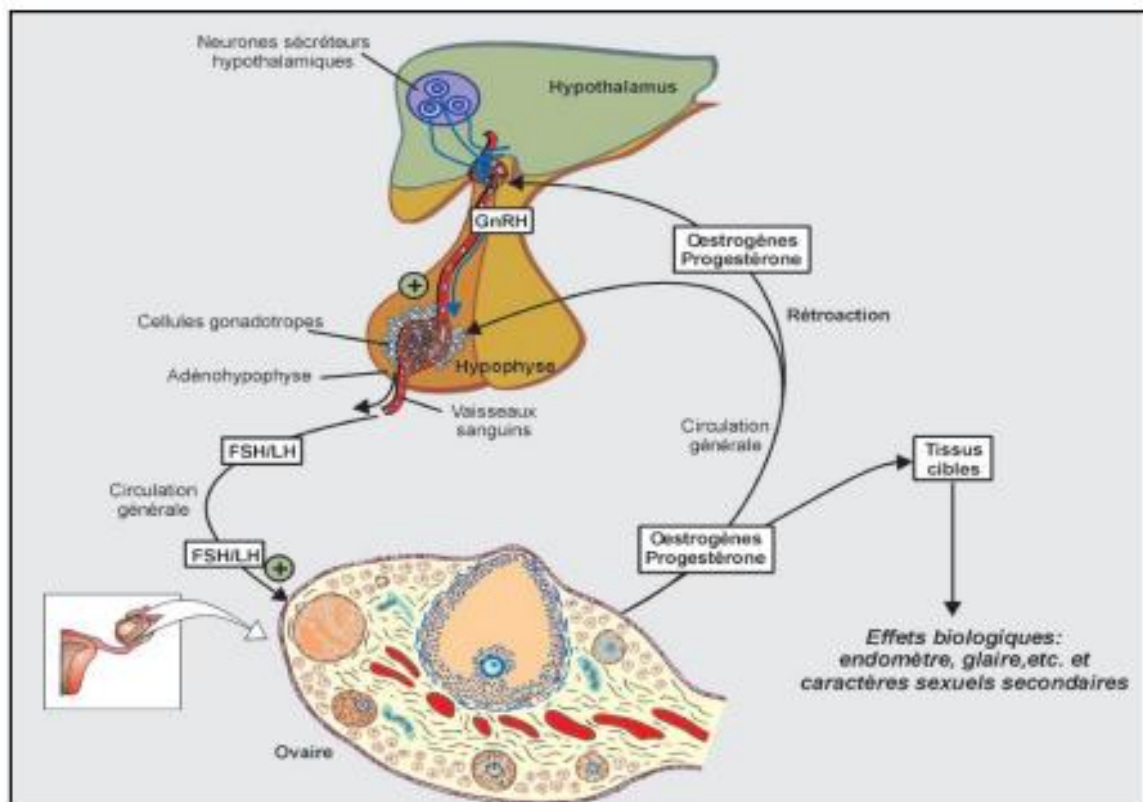


Figure 6 : Schéma de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien chez la femme (20)

Ce schéma montre l'interaction entre l'hypothalamus, l'hypophyse et l'ovaire par le biais d'hormones pour réguler le CM, avec des effets sur les tissus cibles et une rétroaction qui assure l'équilibre du système. En effet, les hormones ovariennes exercent une rétroaction sur l'hypothalamus et l'hypophyse pour réguler la production de GnRH, FSH et LH. Cette rétroaction peut être positive ou négative, selon les phases du cycle (20).

1. *L'Hormone Folliculostimulante :*

La FSH est une hormone glycoprotéique synthétisée et sécrétée par les cellules gonadotropes de l'adénohypophyse, sous l'influence de la GnRH sécrétée par l'hypothalamus. Elle joue un rôle essentiel dans la croissance et la maturation des organes reproducteurs à la puberté, ainsi que dans les processus de reproduction du corps, en synergie avec la LH (20,36). Pendant la phase folliculaire du CM (Figure 7), la FSH agit sur : (20)

- Les cellules de Sertoli : ces cellules permettent la synthèse de nombreuses protéines associées à la fonction de la reproduction ;
- Les cellules de la granulosa : ces cellules sont indispensables à la croissance et à la maturation des follicules ovariens ;
- Les cellules endothéliales des ovaires : en plus petites quantités.

2. *L'Hormone Lutéinisante :*

La LH est une hormone glycoprotéique synthétisée et sécrétée par les cellules gonadotropes de l'adénohypophyse. Le rôle essentiel de la LH est de déclencher l'ovulation (20,21,23,36) (Figure 7). La LH agit grâce à des récepteurs situés initialement sur les cellules de la thèque interne du follicule pré-antral. Ils vont ensuite être situés sur les cellules de la granulosa du follicule pré-ovulatoire, et enfin sur les cellules lutéales du corps jaune et les cellules du tissu utérin. La LH stimule la transformation des cellules de la granulosa en cellules lutéales, qui produisent la progestérone (21,23).

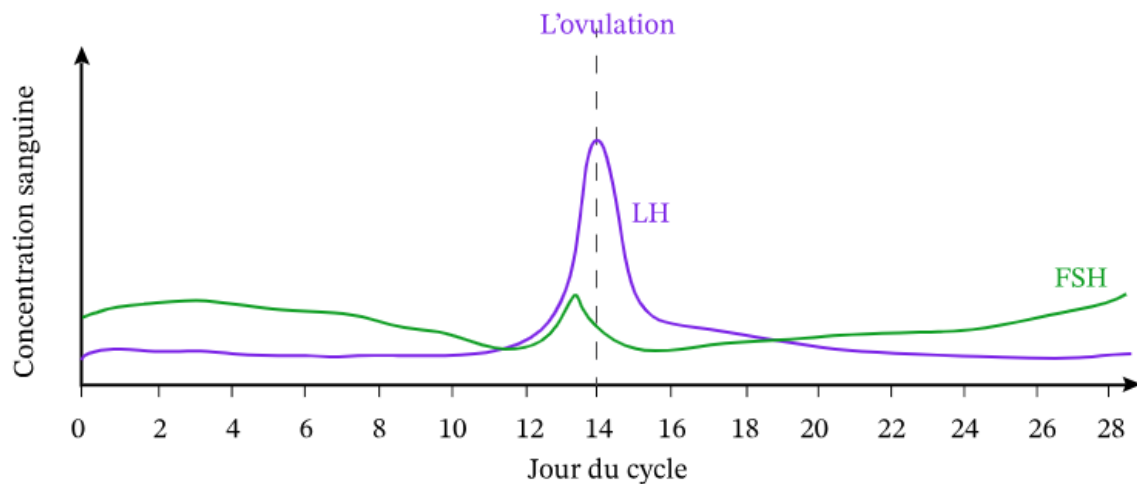


Figure 7 : Graphique de l'évolution de la concentration sanguine en hormones hypophysaires au cours d'un cycle menstruel (23)

Ce graphique illustre les variations des taux de LH et de FSH au cours du CM, processus crucial à la régulation de l'ovulation. Le pic de LH, particulièrement marqué vers le 14^{ème} jour, déclenche l'ovulation. La FSH, quant à elle, joue un rôle essentiel dans la maturation des follicules ovariens en début de cycle (23).

c. Les étapes du cycle menstruel et ovarien :

Le CM est une série de changements cycliques préparant le corps de la femme à une éventuelle grossesse. Il est important de distinguer deux types de cycles :

- Le cycle ovarien : se déroulant dans les ovaires, il englobe l'ovogenèse et la libération d'un ovule ;
- Le cycle utérin (ou menstruel) : se déroulant dans l'utérus, il se caractérise par des modifications de l'endomètre en vue d'une éventuelle nidation.

Bien que distincts, ces deux cycles sont étroitement liés et coordonnés par des hormones (19,36–38).

Le CM est rythmé par trois phases majeures (Figure 8) : (23,37)

- La phase folliculaire (ou pré-ovulatoire) : du 1^{er} au 13^{ème} jour du cycle, cette phase inclut les menstruations et est marquée par le développement des follicules ovariens ;
- L'ovulation : survenant généralement au 14^{ème} jour du cycle, il correspond à la libération d'un ovule mature par l'ovaire ;
- La phase lutéale (ou post-ovulatoire) : du 15^{ème} au 28^{ème} jour du cycle, cette phase est caractérisée par la formation et l'activité du corps jaune.

Bien que les CM suivent un schéma général, ils présentent des variations significatives. Ces variations peuvent être interindividuelles, avec des durées de phases différentes d'une femme à l'autre, ou intra-individuelles, avec des fluctuations d'un cycle à l'autre chez une même femme (20,21,23).

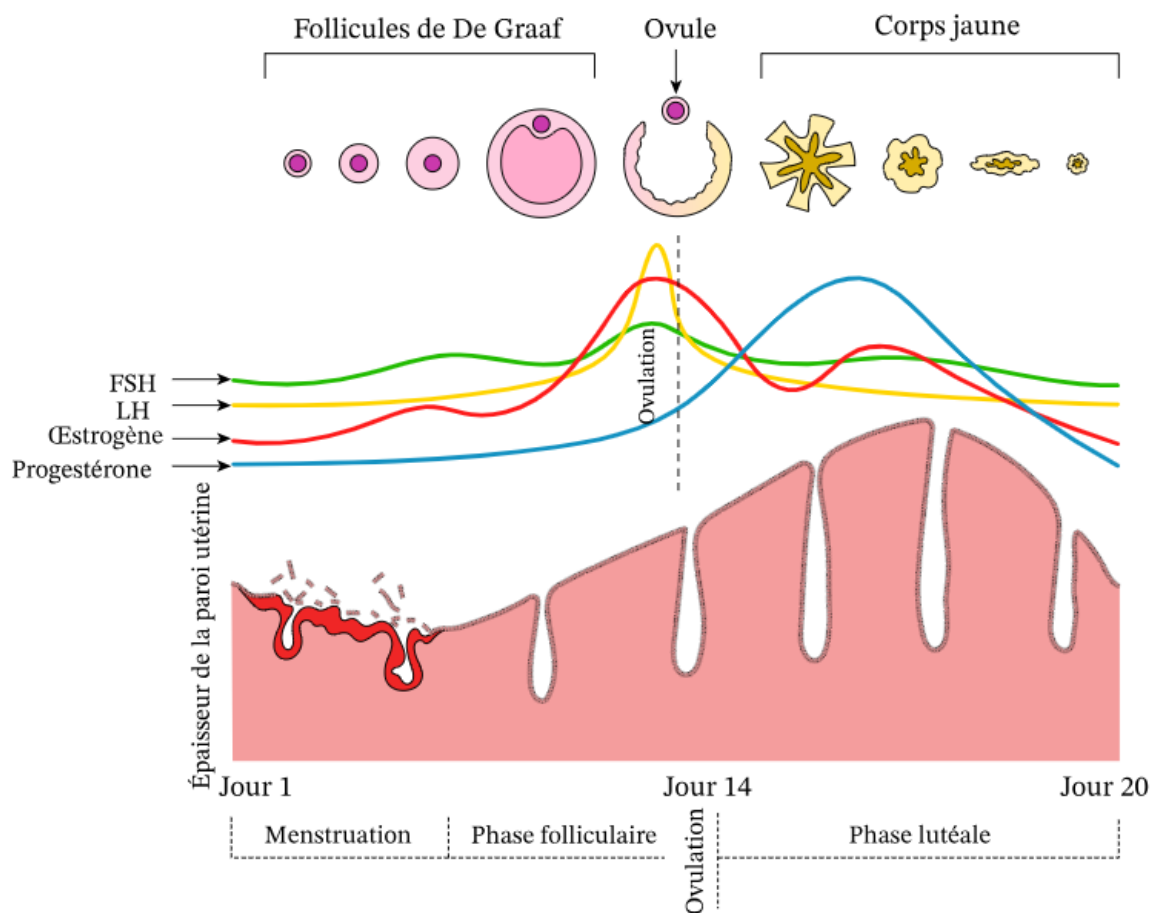


Figure 8 : Diagramme général du cycle menstruel (23)

Ce diagramme synthétise les événements clés du CM féminin, en mettant en parallèle les variations ovariennes, endométriales et hormonales. Il relie les trois phases du cycle (phase folliculaire, ovulation et phase lutéale) aux modifications morphologiques des follicules ovariens, à l'évolution de l'épaisseur de l'endomètre et aux fluctuations des taux d'hormones (FSH, LH, œstrogènes et progestérones) (23).

i. Les Menstruations :

Les menstruations, ou règles, sont un phénomène physiologique naturel qui marque le début de chaque CM. Il s'agit de la desquamation de la couche fonctionnelle de l'endomètre qui se prépare chaque mois à accueillir un embryon en cas de fécondation (19,20,23). Ce détachement de tissu endométrial, accompagné de saignements, dure en moyenne cinq jours, mais peut varier de deux à huit jours selon les femmes. Les menstruations sont déclenchées par une chute brutale des taux plasmatiques d'œstrogènes et de progestérones, due à la dégénérescence du corps jaune. Cette chute hormonale entraîne un arrêt de l'irrigation sanguine de l'endomètre (ischémie) causant la nécrose de la couche fonctionnelle de l'endomètre composée de vaisseaux, de glandes endométriales simples tubulaires droites et du chorion (tissu de soutien de l'endomètre), ce qui est à l'origine des saignements menstruels (19,20,23). A la fin des menstruations, seule la couche basale de l'endomètre, d'environ 0,5 mm d'épaisseur, persiste. Elle contient quelques culs-de-sac glandulaires ouverts dans la cavité utérine et de petits vaisseaux (19,23). Cette couche basale permettra la régénération de la couche fonctionnelle lors du prochain cycle.

ii. La Phase Folliculaire :

La phase folliculaire débute avec le premier jour des saignements menstruels, marquant ainsi le début du CM. Cette phase est caractérisée par le développement de plusieurs follicules ovariens, chacun contenant un ovocyte. La durée de la phase folliculaire est la plus variable des trois phases du cycle, durant en moyenne 13 à 14 jours, mais pouvant être plus courte ou plus longue.

Cette durée tend à diminuer avec l'âge, et particulièrement à l'approche de la ménopause. La phase folliculaire s'achève avec un pic de LH, qui déclenche l'ovulation, c'est-à-dire la libération de l'ovocyte par l'ovaire. (19,20,23,36).

1. *Variations hormonales :*

Les variations hormonales observées durant la phase folliculaire résultent de la lutéolyse du corps jaune du cycle précédent (33). Au début de cette phase, les cellules gonadotropes de l'adénohypophyse contiennent de faibles quantités de LH et de FSH. De plus, les taux d'œstrogènes et de progestérone sont également bas. Ce faible niveau d'hormones stéroïdiennes permet une augmentation progressive et transitoire de la production de FSH, stimulant ainsi la croissance des follicules recrutés. L'augmentation du taux de LH débute 1 à 2 jours après l'ascension de la FSH, mais ses niveaux restent bas durant cette phase (19,21,33) (Figure 8). L'augmentation de FSH stimule ensuite la production d'œstradiol par les follicules ovariens en croissance. L'œstradiol exerce un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de FSH et de LH par l'hypophyse ; cette inhibition est plus marquée sur la FSH que sur la LH (19,21,39).

Cependant, il est important de noter que l'œstradiol exerce un double rétrocontrôle sur la sécrétion de LH : négatif à faibles concentrations et positif à fortes concentrations. Ce dernier rétrocontrôle positif est essentiel pour le pic de LH qui déclenche l'ovulation, marquant la fin de la phase folliculaire (40).

2. *Variations ovariennes :*

Au début de la phase folliculaire, les taux sanguins de FSH, libérée par l'hypophyse, augmentent légèrement, induisant la croissance d'une cohorte de follicules antraux dans les ovaires (23,39). Le follicule est une structure sphérique remplie de liquide folliculaire, dans laquelle se trouve l'ovocyte, entouré des cellules de la granulosa.

Progressivement, un seul follicule, appelé follicule dominant ou de De Graaf, est sélectionné. Ce follicule, plus sensible à la FSH et capable de produire des quantités croissantes d'œstradiol, poursuit son développement au-delà de 10 mm (19,21,39,41). Les autres follicules de la cohorte, moins sensibles à la FSH, subissent un processus d'atrésie, c'est-à-dire une dégénérescence folliculaire (41).

3. *Variations de l'endomètre :*

Après la desquamation de l'endomètre durant les cinq premiers jours du CM, il persiste un stroma dense et fin, ainsi que des glandes étroites et rectilignes, revêtues d'un épithélium prismatique (21) (Figure 10). Sous l'influence de l'augmentation des taux d'œstradiol, la couche basale intacte régénère la couche fonctionnelle de l'endomètre jusqu'à son épaisseur maximale en fin de phase folliculaire. La muqueuse s'épaissit et les glandes tubulaires s'allongent, se spiralisent et deviennent tortueuses, notamment grâce à une augmentation de la vascularisation de l'endomètre (21).

iii. L'Ovulation :

L'ovulation est un phénomène physiologique essentiel du CM féminin, marquant la transition entre la phase folliculaire et la phase lutéale. Elle se caractérise par la libération d'un ovocyte mature par l'ovaire dans la cavité péritonéale, déclenchée par un pic de LH. L'ovocyte peut ensuite être capté par les trompes de Fallope et potentiellement être fécondé par un spermatozoïde (21).

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'ovulation : (42)

- Stress : perturbation de l'équilibre hormonal ;
- Poids : un poids trop faible ou trop élevé peut perturber le CM dans sa globalité et empêcher l'ovulation ou la survenue des menstruations par un déséquilibre hormonal ;
- Activité physique intense : une activité physique intense peut parfois entraîner des troubles de l'ovulation.

1. Variations hormonales :

Le pic de LH est une décharge massive de LH par l'hypophyse, survenant généralement 36 à 48 heures avant l'ovulation. Ce pic est précédé d'une augmentation des taux d'œstradiol, qui exerce un rétrocontrôle positif sur les cellules gonadotropes de l'hypophyse. Ce pic se produit lorsque la concentration plasmatique d'œstradiol atteint un seuil situé entre 250 et 450 pg/ml. Ainsi, une fois ce seuil atteint, l'œstradiol va stimuler la synthèse et la libération de LH qu'il inhibait auparavant, provoquant cette augmentation exponentielle de LH (20,21). La GnRH et la progestérone jouent également un rôle dans la modulation de ce pic (20,21,23). Parallèlement à l'augmentation de LH, une augmentation plus discrète de FSH est observée qui, en synergie avec la LH, contribue à la rupture du follicule ovarien mature et à la libération de l'ovule (20,21,23).

Pendant le pic de LH, les taux d'œstradiol peuvent connaître une légère diminution, tandis que les concentrations de progestérone augmentent progressivement. Cette augmentation de la progestérone est essentielle à la préparation de l'endomètre en vue d'une éventuelle nidation (21,23).

2. Variations ovariennes :

Le pic de LH déclenche une cascade d'événements dans l'ovaire (3,21,35,41) :

- Rupture du follicule : stimulation des enzymes permettant la rupture du follicule ovarien pour libérer l'ovocyte dans la cavité péritonéale ;
- Maturation de l'ovocyte : l'ovocyte reprend sa première division méiotique (de l'ovocyte I) jusqu'au stade de métaphase II (de l'ovocyte II) ;
- Formation du corps jaune : le follicule vide se transforme en corps jaune, qui sécrète de la progestérone.

L'ovocyte mature, libéré par l'ovaire, est capté par les franges de la trompe utérine, qui le guident vers la lumière de celle-ci. Il progresse ensuite dans la trompe, à la rencontre des spermatozoïdes qui remontent à contre-courant (41). L'ovule ne peut être fécondé que pendant une durée maximale de 24 heures (43).

iv. La phase lutéale :

La phase lutéale, également appelée phase post-ovulatoire, est la phase du CM dont la durée est la plus stable, avec une moyenne de 14 jours, à moins qu'une fécondation ne survienne (21,39). Durant cette phase, le corps jaune se développe. Ce dernier, résultant de la transformation du follicule dominant après la libération de l'ovocyte, sécrète principalement de la progestérone. En l'absence de grossesse, il dégénère progressivement (21).

1. Variations hormonales :

Le corps jaune sécrète principalement de la progestérone en quantités croissantes, atteignant un maximum d'environ 25 mg/j, six à huit jours après l'ovulation (21). Cette progestérone, ainsi que l'œstradiol, ont pour rôle de : (39)

- Préparer l'utérus à la nidation ;
- Epaissir l'endomètre et le remplir de liquides et de substances nutritives afin de nourrir un éventuel embryon ;
- Epaissir la glaire cervicale, réduisant ainsi la probabilité d'entrée des spermatozoïdes et des bactéries dans l'utérus ;
- Provoquer une légère élévation de la température basale corporelle.

Le corps jaune sécrète également de l'inhibine, hormone exerçant une rétroaction négative sur la FSH, contribuant ainsi à la diminution de son taux (44). La LH est le principal facteur hormonal stimulant le corps jaune : son efficacité dépend du nombre de ses récepteurs, dont la formation a été induite par la FSH en phase folliculaire (45). Avec un taux circulant d'œstradiol, de progestérone et d'inhibine élevés pendant la majeure partie de la phase lutéale, les taux de LH et FSH diminuent (21). L'œstradiol connaît de plus un pic en milieu de phase lutéale, en parallèle avec la progestérone, contribuant à la préparation de l'endomètre (34).

En l'absence de grossesse, le corps jaune dégénère en *corpus albican*, un tissu cicatriciel, entraînant une diminution des taux d'œstradiol et de progestérone (21,39). Des prostaglandines sont également sécrétées par le corps jaune et contribuent à sa régression.

En cas d'implantation, le corps jaune ne dégénère pas, mais reste fonctionnel au stade précoce de la grossesse en continuant à produire de la progestérone. Cette production est stimulée par la gonadotrophine chorionique humaine (hCG), produite par les cellules du syncytiotrophoblaste entourant l'embryon en développement (21,39,46). Cette hormone, détectable dans l'urine et le sang, maintient le corps jaune et sa production de progestérone, jusqu'à ce que le placenta soit en mesure de produire ses propres hormones (39,46).

2. Variations ovariennes :

Après l'ovulation, le follicule de De Graaf, ayant expulsé l'ovocyte, se transforme en *corpus luteum*, ou corps jaune. La formation du corps jaune dépend du pic pré-ovulatoire de LH et de la quantité de récepteurs à la LH, présents dans les cellules de la granulosa et les cellules de la thèque (37,39,47).

Ces deux types cellulaires subissent des changements importants dans leur structure et composition : les cellules de la granulosa se transforment en cellules lutéales, riches en lipides et en progestérone, tandis que les cellules de la thèque interne deviennent des cellules de la thèque externe, qui contribuent également à la production de progestérone. Cette transformation confère une couleur jaune à la paroi du corps jaune (47,48) (Figure 9). Le corps jaune a une double fonction : il maintient l'activité menstruelle pendant une durée limitée et, en cas de grossesse, sa persistance accrue permet la production de substances endocrines nécessaires à l'initiation et au maintien de la grossesse (47).

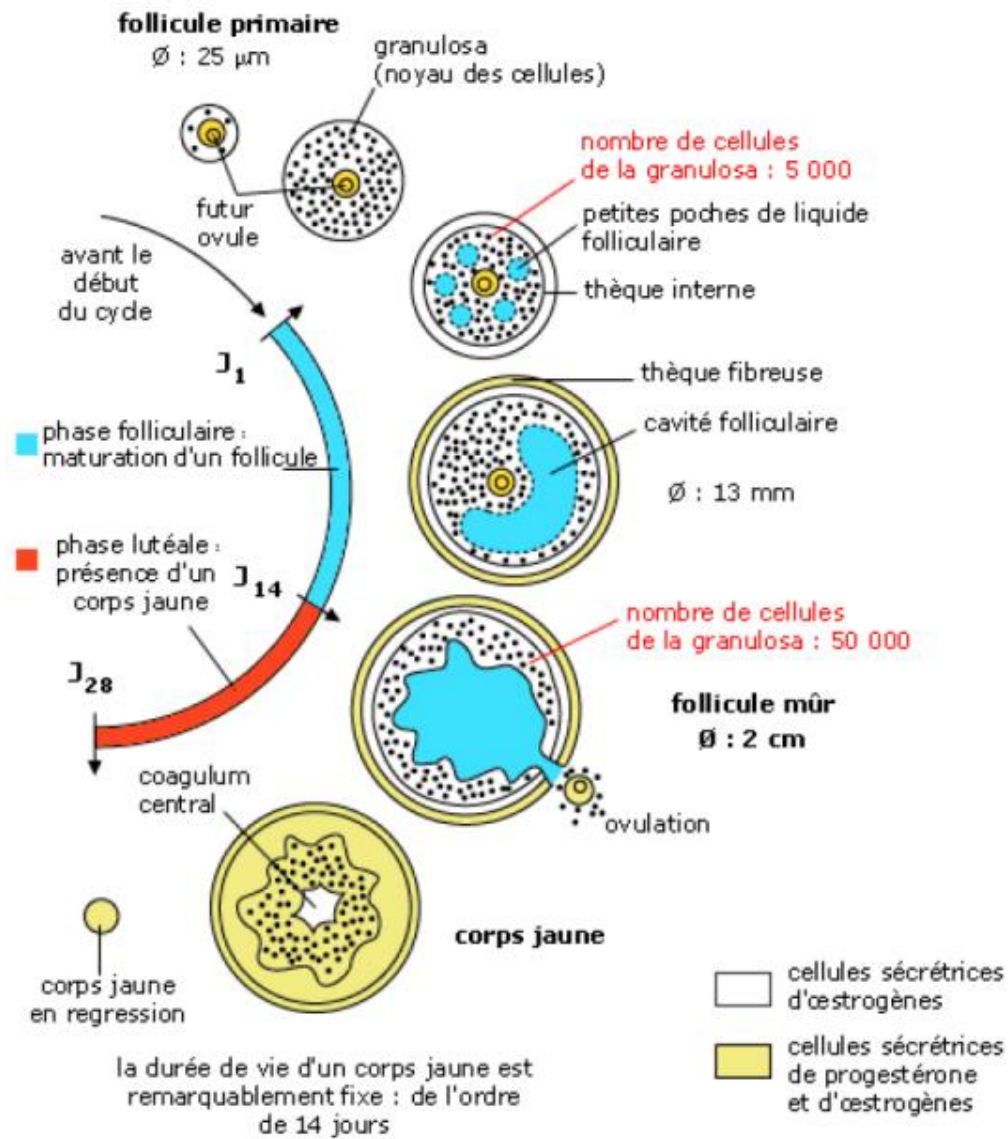


Figure 9 : Schéma de la structure des follicules ovariens au cours d'un cycle (48)

Ce schéma présente les étapes de la folliculogénèse, en illustrant les transformations cellulaires liées au CM et leur influence sur la production d'hormones folliculaires. Il retrace l'évolution du follicule, de sa forme primordiale à sa maturation complète, menant à l'ovulation et à la formation subséquente du corps jaune. Le schéma illustre également la régression du corps jaune en l'absence de fécondation (45,48).

3. Variation de l'endomètre :

Sous l'influence de la progestérone, les glandes endométriales de l'utérus connaissent une hypertrophie et leurs sécrétions s'enrichissent en glycogène, mucine et divers nutriments, créant un environnement propice à l'implantation embryonnaire. La progestérone exerce également un effet thermogène, induisant une élévation de la température corporelle d'environ 0,5 °C durant cette phase (21).

En l'absence de fécondation et de production de hCG, les taux d'œstradiol et de progestérone diminuent en fin de phase lutéale. Cette diminution hormonale entraîne une vasoconstriction des vaisseaux sanguins irriguant l'endomètre, provoquant une ischémie et la nécrose des tissus. Ces événements conduisent à une hémorragie et au flux menstruel (21,29,47) (Figure 10). L'activité fibrinolytique de l'endomètre limite la formation de caillots sanguins dans le sang menstruel.

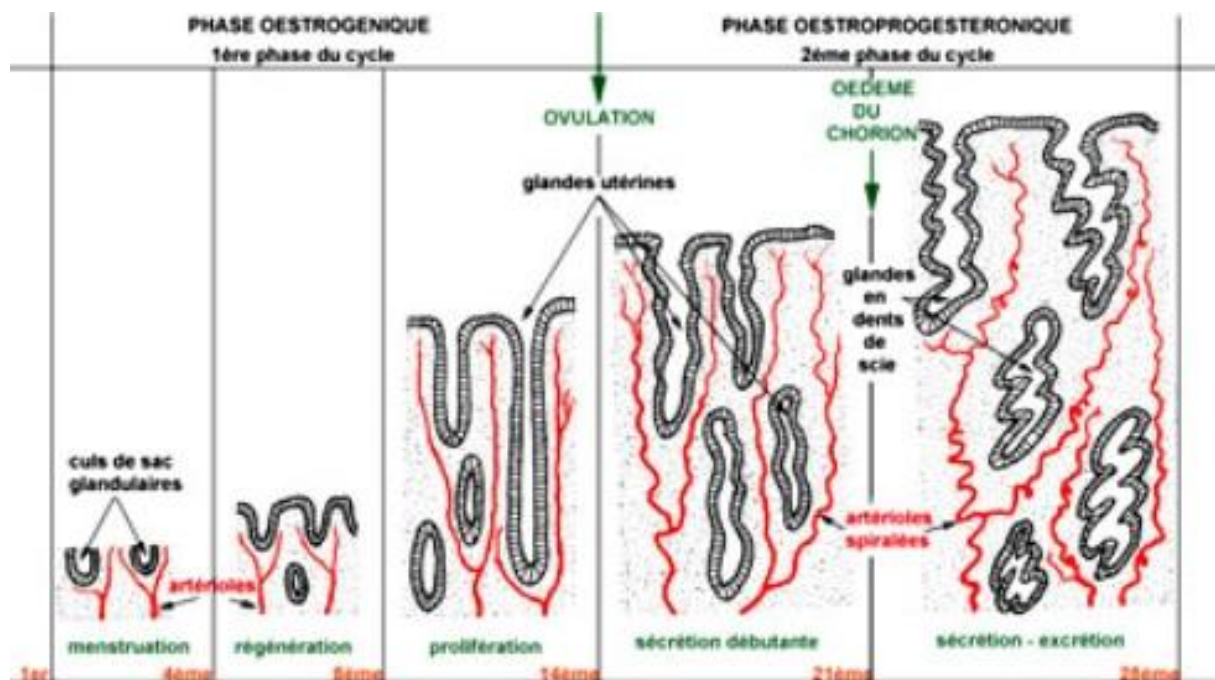


Figure 10 : Schéma du cycle utérin (19)

Ce schéma illustre les changements morphologiques de l'endomètre au cours du CM, en le divisant en deux phases principales :

- La phase œstrogénique: ayant lieu lors de la phase folliculaire lorsque l'œstrogène est l'hormone stéroïde majoritaire, elle permet la régénération de la couche basale de l'endomètre, avec des glandes utérines allongées et des artérioles en développement ;
- La phase œstroprogestéronique : ayant lieu lors de la phase lutéale, lorsque les deux hormones stéroïdes agissent ensemble sur la structure de l'endomètre. L'endomètre devient plus épais, les glandes utérines commencent à sécréter du glycogène. Une fois son épaisseur maximale atteinte, les glandes utérines sont dites en « dents de scie » et les artérioles spiralées deviennent bien visibles afin d'accueillir un éventuel embryon (19,23,29).

II. Généralités sur la Pharmacologie de la Contraception d'Urgence :

La CU est une méthode de contraception de rattrapage, destinée à être utilisée exceptionnellement dans les trois à cinq jours suivant un RSR. Elle ne doit en aucun cas se substituer à une méthode contraceptive régulière (49). La CU est indiquée dans les situations suivantes (3,4,6,49,50) :

- En cas d'oubli ou de rupture d'un préservatif ;
- En cas d'oubli d'une prise de pilule progestative : si l'oubli est supérieur à trois heures (lévonorgestrel) ou à douze heures (désogestrel) avec un RSR ;
- En cas d'oubli d'une prise de pilule combinée : si l'oubli est supérieur à douze heures avec un RSR ;
- Expulsion spontanée d'un DIU ;
- Déplacement ou retrait prématuré d'un diaphragme ou d'une cape cervicale ;
- Rapport sexuel non protégé, en l'absence de toute autre méthode contraceptive ;
- Erreur de calcul de la période d'abstinence, ou incapacité à s'abstenir ou à utiliser une méthode barrière ;
- Agression sexuelle ou viol.

Deux options sont disponibles : la contraception d'urgence hormonale (lévonorgestrel [tableau I] et ulipristal [tableau II]) ou la pose d'un DIU au cuivre [tableau III] (4,11,49).

a. Lévonorgestrel (NORLEVO®) :

Tableau I : Résumé des caractéristiques du Lévonorgestrel (33,49,51–54)

Mode d'action	Le Lévonorgestrel (LNG) est un progestatif ayant une double action : • <u>Inhibition ou retard de l'ovulation</u> : il supprime le pic de LH, ce qui inhibe ou retarde l'ovulation. Cet effet est prédominant si la CU est prise dans les jours précédant l'ovulation ; • <u>Modification de la glaire cervicale</u> : il épaissit la glaire cervicale, ce qui entrave la progression des spermatozoïdes à travers le col de l'utérus ;	
Modalités de prises	Le LNG peut être administré par voie orale à n'importe quel moment du CM, idéalement le plus tôt possible après un RSR.	
Fenêtre d'utilisation	Dans les trois jours suivant le RSR ou en cas d'échec d'une méthode de contraception.	
Effets Indésirables	<u>Très Fréquent :</u> • Vertiges ; Céphalées ; • Nausées ; • Retard/abondance des règles ; • Douleurs abdominales ; • Douleurs pelviennes ; • Tension mammaire ; • Métrorragies ; • Fatigue ;	<u>Fréquent :</u> • Diarrhées ; • Vomissements ; • Dysménorrhée ;
Contre-indication	Hypersensibilité au LNG ou à l'un de ses excipients.	
Précaution d'emplois	Grossesse extra-utérine, salpingite, antécédents personnels ou familiaux de thrombose, maladie de l'appareil digestif entravant l'absorption des nutriments et médicaments, maladie de Crohn.	

Interactions médicamenteuses	<u>Inducteurs enzymatiques du CYP3A4</u> : l'administration concomitante peut réduire les concentrations plasmatiques et l'efficacité du LNG. Ces inducteurs incluent : barbiturique, éfavirenz, phénytoïne, carbamazépine, millepertuis, rifampicine, ritonavir, rifabutine et la griséofulvine. <u>Ella-One®</u> : l'administration concomitante avec de l'ulipristal acétate (UPA) peut interférer avec l'action progestative de cette dernière et réduire son efficacité.
Grossesse et Allaitement	Ce médicament n'interrompt pas une grossesse en cours et n'entraîne pas de risque de malformation fœtale. La quantité de LNG ingérée via le lait est faible : l'enfant reçoit 4% de la dose maternelle (en mg/kg) et aucun événement particulier n'est retenu chez plusieurs centaines d'enfants allaités de mère sous LNG. Au vu des données disponibles sur le LNG, une suspension de l'allaitement n'est pas nécessaire.
Conseil au comptoir	<u>Méthode occasionnelle</u> : la CU est une méthode de rattrapage exceptionnelle et ne doit en aucun cas remplacer une contraception régulière. Son efficacité est moindre en cas d'utilisation répétée et elle ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST). <u>Efficacité non garantie</u> : La CU ne garantit pas la prévention d'une grossesse dans tous les cas, en particulier si la date du RSR est incertaine. <u>Conduite à tenir en cas de vomissement ou de diarrhée</u> : en cas de vomissements ou de diarrhée survenant dans les trois heures suivant la prise de la CU, il est recommandé de prendre un nouveau comprimé immédiatement. <u>Vérification de l'absence de grossesse</u> : en cas de doute (retard de règles de plus de cinq jours, saignements anormaux à la date prévue, symptômes de grossesse), il est impératif de réaliser un test de grossesse. <u>Risque d'échec en cas de surpoids</u> : un surpoids peut réduire l'efficacité du LNG. Dans ce cas, il est préférable d'envisager d'autres options telles que le DIU au cuivre.

b. Acétate d'ulipristal (Ella-One®) :

Tableau II : Résumé des caractéristiques de l'acétate d'ulipristal (55–60)

Mode d'action	L'UPA est un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone. Il se lie aux récepteurs de la progestérone, ce qui entraîne : • <u>Inhibition ou retard de l'ovulation</u> : il supprime le pic de LH, même s'il est administré juste avant la date prévue de l'ovulation ; • <u>Retard de la rupture folliculaire</u> : il retarde la rupture du follicule ovarien pendant au moins cinq jours, empêchant ainsi la libération de l'ovule et donc la fécondation ;	
Modalités de prises	L'UPA peut être administré par voie orale à n'importe quel moment du CM.	
Fenêtre d'utilisation	Dans les 5 jours suivant le RSR ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.	
Effets Indésirables	<u>Fréquent :</u> • Dysménorrhée ; • Douleur pelvienne ; • Sensibilité des seins ; • Myalgie, douleur dorsale ; • Nausées ; • Douleur abdominale, vomissements ; • Céphalées, sensations vertigineuses ; • Fatigue ; • Troubles de l'humeur ;	<u>Peu Fréquent :</u> • Troubles menstruels ; • Syndromes prémenstruels ; • Ménorragies, pertes vaginales ; • Métrorragies ; • Bouffée de chaleur ; • Troubles émotionnels/anxiété ; • Modification de la libido ; • Somnolence, migraine ; • Trouble de la vision ; • Diarrhée, flatulence, trouble de l'appétit ; • Bouche sèche, dyspepsie ; • Acné, lésion cutanée, prurit ; • Frisson, malaise, fièvre ;

Contre-indication	Hypersensibilité à la substance active ou à l'un de ses excipients.
Précautions d'emploi	Allaitement, asthme sévère, femme susceptible d'être enceinte, fille prépubertaire, grossesse, insuffisance hépatique sévère, obésité, surcharge pondérale.
Interactions médicamenteuses	<u>Topiques gastro-intestinaux (antiacides, adsorbants)</u> : diminution de l'absorption de l'UPA. Il est recommandé d'espacer les prises d'au moins deux heures. <u>Inducteurs du CYP3A4</u> : diminution des concentrations plasmatiques de l'UPA et réduction de son efficacité en cas d'association avec : barbituriques, phénytoïne, carbamazépine, oxcarbazépine, millepertuis, rifampicine, rifabutine, griséofulvine, ritonavir, éfavirenz et névirapine. <u>Cyprotérone et progestatifs contraceptifs</u> : antagonisme d'action des effets de l'UPA en cas de reprise d'un contraceptif hormonal moins de cinq jours après la prise de la CU.
Grossesse et Allaitement	<u>Grossesse</u> : l'UPA est strictement contre-indiqué pendant la grossesse. Il ne doit en aucun cas être administré à une femme enceinte ou suspectant une grossesse. Toute grossesse survenant après la prise d'UPA doit impérativement être signalée. Il est recommandé de déclarer une grossesse sur le site web ulipristal-pregnancy-registry.com. <u>Allaitement</u> : La quantité d'UPA ingérée via le lait après une prise maternelle unique est très faible : l'enfant reçoit moins de 1% de la dose maternelle. Aucun événement particulier n'a été signalé chez des enfants allaités par des mères ayant pris de l'UPA. Au vu des données disponibles, une suspension de l'allaitement n'est pas nécessaire après la prise de la CU.

Conseil au comptoir	<u>Méthode occasionnelle</u> : Ella-One® est une méthode de rattrapage exceptionnelle et ne doit en aucun cas remplacer une contraception régulière. Elle est moins efficace qu'une méthode contraceptive utilisée régulièrement et ne protège pas contre les IST. <u>Conduite à tenir en cas de vomissements</u> : en cas de vomissements dans les trois heures suivant la prise d'Ella-One®, un autre comprimé doit être pris immédiatement. <u>Prise de progestatif</u> : si la patiente prend déjà des progestatifs, il est conseillé d'utiliser une contraception additionnelle de type mécanique pendant les douze jours suivant la prise d'Ella-One®, car l'UPA peut interagir avec l'action des progestatifs. <u>Vérification de l'absence de grossesse</u> : en cas de doute (retard de règles de plus de sept jours, saignements anormaux à la date prévue, symptômes de grossesse), il est impératif de vérifier l'absence de grossesse par un test de grossesse.
---------------------------------------	--

c. Les DIU en cuivre :

Tableau III : Résumé des caractéristiques des DIU au cuivre (61–65)

Mode d'action	Le DIU au cuivre agit principalement par deux mécanismes complémentaires pour prévenir la grossesse : • <u>Réaction inflammatoire locale</u> : la libération continue de cuivre par le DIU provoque une réaction inflammatoire modérée au niveau de l'endomètre. Cet environnement inflammatoire rend la cavité utérine hostile à la nidation d'un éventuel ovule fécondé. • <u>Effet cytotoxique sur les spermatozoïdes</u> : le cuivre a un effet cytotoxique direct sur les spermatozoïdes. Il altère leur mobilité et leur viabilité, réduisant considérablement leur capacité à féconder l'ovule.	
Pose	La pose et le retrait du DIU doivent être effectués par un professionnel de santé qualifié, tel qu'un médecin ou une sage-femme. Les procédures doivent se dérouler dans des conditions d'asepsie rigoureuses afin de minimiser le risque d'infection. Le DIU est une méthode contraceptive adaptée à toutes les femmes, quelle que soit leur parité.	
Fenêtre d'utilisation	La pose doit être réalisée dans les cinq jours qui suivent le RSR.	
Effets Indésirables	<u>Liés au DIU</u> : • Risques d'expulsion et de perforation utérine ; • Modification du CM : ménorragie, saignements irréguliers, douleurs et crampes lors des règles	<u>Liés à la pose</u> : • Douleurs ; • Contractions utérines ; • Saignements ;

Contre-indication	<u>Contre-indication en cas de pose post-partum/ abortum</u> : au-delà de 48 h et jusqu'à l'involution complète de l'utérus, soit quatre à six semaines après un avortement ou un accouchement par voie basse et douze semaines après une césarienne. La période située de 48h à quatre/six semaines post-partum présente un équilibre délicat où plusieurs facteurs rendent la pose d'un DIU difficile (risque d'expulsion accru, guérison incomplète de l'utérus, difficulté d'insertion à cause du col de l'utérus). Il est alors préférable de le faire lors de la consultation post-natale située entre six et huit semaines après l'accouchement. <u>Contre-indication absolue en cas de</u> : grossesse, avortement septique, sepsis ou infection puerpérale, ménorragies et saignements vaginaux inexplicables, troubles trophoblastiques gestationnels, cancers gynécologiques avérés ou suspectés, anomalies morphologiques ou anatomiques entraînant une distorsion de la cavité utérine, fibromes ou polypes utérins, état infectieux ou inflammatoire pelvien au moment de la pose, maladie de Wilson, allergie ou hypersensibilité au cuivre ou à l'un des autres composants. <u>Contre-indication relative en cas de</u> : antécédent de grossesse extra-utérine, anomalie anatomique sans distorsion de la cavité utérine, utérus cicatriciel secondaire à d'autres causes qu'une césarienne, endométriose, antécédent de maladie inflammatoire pelvienne, vaginite, maladie cardiaque complexe, thrombose veineuse profonde aiguë, embolie pulmonaire, règle abondante, troubles de la coagulation, anémie, thalassémie, traitement anti-inflammatoire au long cours.
Précautions d'emploi	Les DIU sont conçus pour un usage unique. La réutilisation d'un DIU, quelle que soit la méthode de nettoyage ou de stérilisation employée, est formellement contre-indiquée et expose à un risque élevé de transmissions d'infections entre patientes (infections croisées).
Grossesse et Allaitement	Contre-indication absolue en cas de grossesse suspectée ou avérée : augmentation du risque de perforation de l'utérus.

Mise en garde et précautions d'emploi	<u>Recommandations postpose</u>: il est recommandé à l'utilisatrice d'éviter toute introduction vaginale (rapports sexuels, tampons, douches vaginales, etc.) pendant les 24 heures suivant la pose du DIU pour minimiser le risque d'infection et favoriser la bonne mise en place du DIU. <u>Consulter le médecin</u>: en cas de saignements anormaux, de fièvre et/ou de douleurs abdominales. <u>Surveillance et suivi gynécologique</u>: il est important d'expliquer à la patiente comment palper délicatement les fils du DIU dans le vagin, afin de vérifier régulièrement sa bonne position et l'absence d'une expulsion. Un suivi gynécologique est recommandé un à trois mois après la pose, puis une fois par an. <u>Durée d'implantation</u>: la durée maximale d'implantation du DIU au cuivre est de cinq ans. Au-delà de cette période, il doit être retiré et remplacé si la patiente souhaite poursuivre cette méthode de contraception.
--	--

d. Comparaison de l'efficacité des contraceptions d'urgence :

Une étude publiée en 2010 a comparé l'efficacité de l'UPA et du LNG en fonction du délai entre un RSR et la prise de CU (Figure 11) (66).

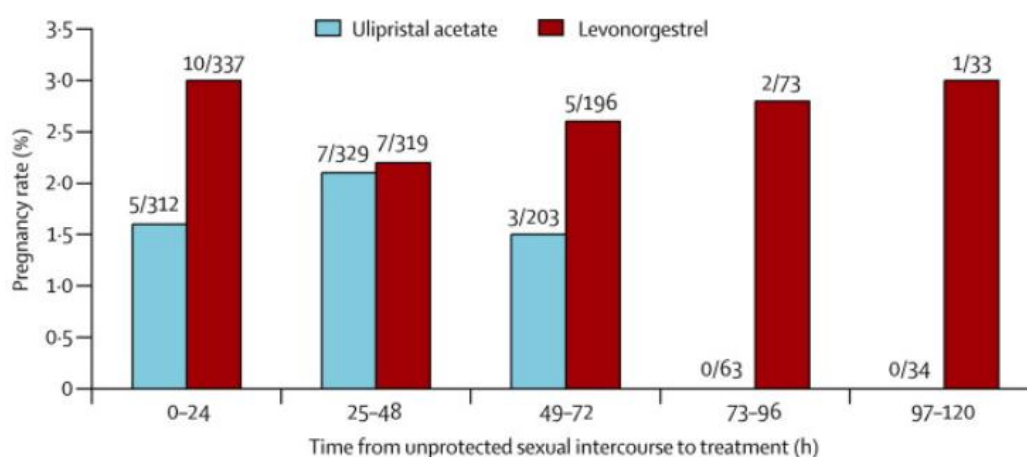


Figure 11 : Graphique des taux de grossesse en fonction du délai entre le rapport sexuel non protégé et la prise de la contraception d'urgence (66)

Bien que cette étude n'ait pas eu la puissance statistique suffisante pour démontrer une supériorité significative, elle a mis en évidence que l'UPA réduit le risque de grossesse d'environ deux tiers par rapport au LNG, lorsqu'il est pris dans les 24 heures suivant le RSR (33,66).

Le surpoids est également un facteur important à considérer dans l'efficacité de la CU. Dans une société où le surpoids est en constante augmentation, son impact sur les grossesses est d'autant plus préoccupant. Les femmes en surpoids sont plus susceptibles de connaître des grossesses à risque en raison de l'augmentation des risques de diabète gestationnel et de prééclampsie. Il est donc primordial d'assurer une protection contraceptive adéquate pour cette population (33,67). Des études ont montré que les femmes obèses, ayant une activité sexuelle comparable à celle des femmes non obèses, sont deux fois plus nombreuses à ne pas avoir de contraception pendant leurs rapports sexuels et quatre fois plus exposées au risque de grossesse non planifiée (67). Une diminution de l'efficacité de la CU a été observée chez les patientes présentant un IMC élevé, en particulier pour les patientes ayant pris du LNG. Le seuil de poids au-delà duquel l'efficacité est réduite a été fixé à 70kg pour le LNG et à 88kg pour l'UPA (68). Cependant, suite à diverses études et à un arbitrage européen, le Comité des Médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des médicaments a conclu que le rapport bénéfice/risque de ces contraceptifs restait favorable quel que soit le poids (69). En pratique, il est toutefois recommandé de ne pas sous-estimer le risque de grossesse non désirée chez chaque patiente, quel que soit le poids, et de rappeler qu'il n'y a pas d'efficacité à 100% peu importe la molécule.

Le DIU au cuivre se distingue comme la méthode de CU la plus efficace, avec un taux de réussite de 99 % en cas de rapport non protégé (70). Le taux d'échec est extrêmement faible, se situant entre 0,1 et 0,2 %. Au-delà de son rôle en CU, le DIU au cuivre peut être utilisé comme une méthode de contraception continue et fiable pour une durée comprise entre quatre et dix ans (71,72). De plus, les DIU au cuivre présentent des avantages supplémentaires, notamment une diminution du risque de cancer de l'endomètre. Ils pourraient également jouer un rôle protecteur contre le cancer du col de l'utérus (73).

III. Cadre législatif de la délivrance de la contraception d'urgence :

La création de la CU et la mise en place de sa délivrance, régies par une réglementation spécifique, ont connu des évolutions notables au fil des années (Figure 12). L'instauration du remboursement intégral en 2023 pour toutes les femmes, sans critères d'âge ni prescription médicale (8,12), constitue l'une des dernières avancées majeures récemment mises en place. La délivrance de ces contraceptifs, assurée principalement en pharmacie, mais également dans certains centres de santé, confère au pharmacien un rôle essentiel d'information et de conseil auprès des femmes.

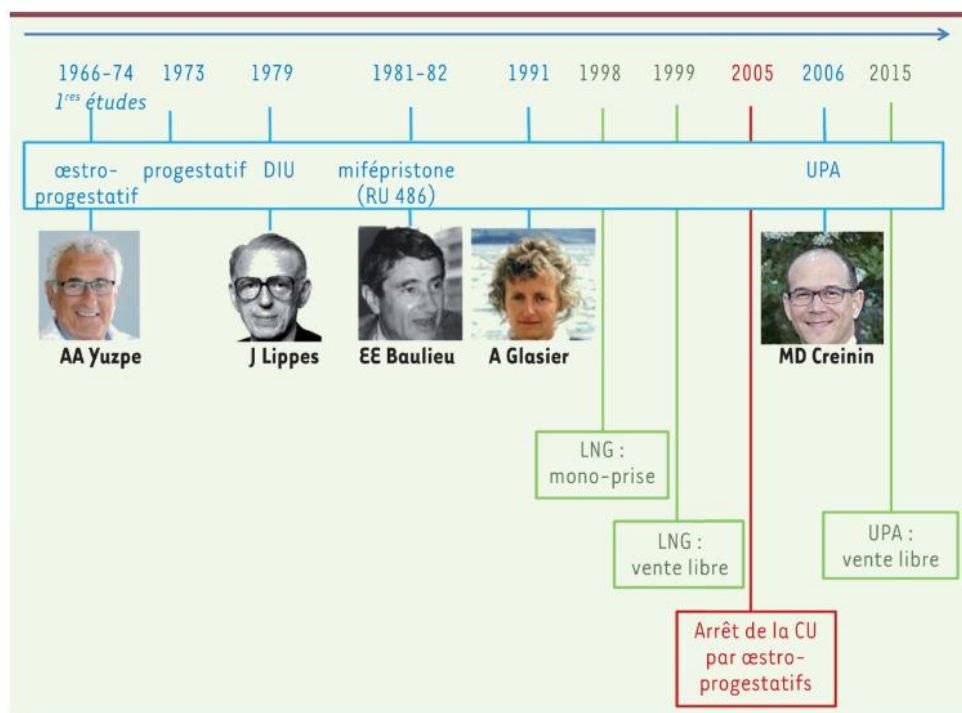


Figure 12 : Tableau chronologique des avancées de la contraception d'urgence (10)

Comme le montre cette frise chronologique, alors que la contraception régulière a été reconnue et acceptée dès les années 1960, les premières études de CU n'ont débuté que dans le milieu des années 60 à cause de nombreuses réticences ancrées dans la population depuis des années (10).

Cette frise met en avant notamment plusieurs chercheurs :

- **Albert Yuzpe (1938-)** : Gynécologue-Obstétricien canadien, créateur de la «méthode Yuzpe», méthode de CU qui utilise une combinaison d'hormones œstrogènes et progestative (10,74).
- **Jack Lippes (1924-2022)** : Gynécologue-Obstétricien américain, inventeur de la boucle de Lippes en 1962, DIU précoce et largement utilisé pour la contraception (10).
- **Etienne-Emile Baulieu (1926-2025)** : Biologiste, Endocrinologue et biochimiste français, est à l'origine de la mise au point de la RU-486 (Mifépristone) ou pilule abortive en 1982 (10) entre autres.
- **Anna Glasier (1950-)** : Médecin anglaise, a mené différentes études sur la contraception et la CU, notamment une étude sur l'utilisation de CU à base de lévonorgestrel seul comme alternative plus efficace au protocole de Yuzpe (10).
- **Mitchell D. Creinin (1964-)** : Médecin américain, a participé à des études qui ont examiné l'efficacité de l'UPA en tant qu'alternative au LNG pour la CU (10).

a. Rappel de l'évolution de la délivrance de la contraception et de la contraception d'urgence :

i. Chronologie de la légalisation de la contraception :

Bien que le contrôle des naissances soit une pratique ancienne apparaissant dans des textes égyptiens, grecs et romains (75), son essor en France a débuté au XVIII^{ème} siècle, se transformant progressivement en une pratique répandue (76-78). Cette « première révolution contraceptive » ne se caractérise pas par l'apparition de nouvelles méthodes, mais par l'adoption de méthodes « naturelles » telle que le retrait. Les moyens de contraception mécaniques, comme le préservatif, existaient déjà, mais étaient moins utilisés en raison de leur coût et de leur accessibilité restreinte à une élite. Le retrait et l'abstinence périodique ont ainsi longtemps été les principales méthodes utilisées, l'avortement venant compléter ces pratiques en cas d'échec ou d'absence de recours, notamment au sein des classes populaires (10,75-78).

Les idées de régulation de la population, défendues par des figures telles qu'Annie Besant et Charles Bradlaugh, ont trouvé un écho croissant au sein de la société (76). Pour les néo-malthusiens, la limitation du nombre de naissances apparaissait comme un levier d'ascension sociale, permettant d'améliorer les conditions de vie des familles et d'offrir de meilleures perspectives aux générations futures. Cette évolution s'est accompagnée d'un changement des mentalités, où l'enfant n'était plus perçu comme une force de travail mais comme un être affectif. L'utilisation de méthodes contraceptives est ainsi encouragée pour atteindre cette optique (76). Paradoxalement, certains pays européens ont maintenu la pénalisation de l'avortement et l'ont étendue aux méthodes contraceptives.

Ce renforcement de la pénalisation est marqué par la Première Guerre mondiale, en raison des lourdes pertes humaines. La France adopte ainsi la loi du 31 juillet 1920, condamnant la vente et la diffusion d'informations sur les méthodes anticonceptionnelles (75,76). Seul le préservatif, en raison de son utilisation prophylactique vis-à-vis des IST, reste en vente. Ce durcissement législatif n'empêche cependant pas le recours à l'avortement, particulièrement dans les pays touchés par la crise économique.

L'essor du baby-boom après la Seconde Guerre mondiale, combiné à l'augmentation des avortements, conduit à une dépénalisation progressive des méthodes anticonceptionnelles. La pilule contraceptive fait ainsi son apparition en France le 28 décembre 1967 avec la loi Neuwirth (décrets d'application en 1971) (76,79), légalisant l'accès aux méthodes anticonceptionnelles. Ainsi, d'une contraception traditionnelle de couple, la France passe à une contraception médicale et féminine. D'un statut d'illégalité et d'illégitimité, le recours aux méthodes anticonceptionnelles est devenu légal et fortement normé (10). La mise en vente permet également de rendre légitimes les recherches scientifiques sur le sujet ; les démographes et épidémiologistes vont ainsi interroger les patientes sur leurs pratiques en matière de contrôle de la fécondité et observer des changements.

Les résultats des premières enquêtes conduites en France dans les années 1970 ont permis de confirmer l'importance du recours au retrait, et de mettre en évidence l'adoption relativement rapide des nouvelles méthodes de contraception que sont la pilule et le DIU : c'est la « seconde révolution contraceptive » (75). L'essor de la pilule relance le débat sur les moyens accessibles en cas d'échec de la contraception, notamment l'avortement, qui sera légalisé en France entre fin 1974 et début 1975 avec la loi Veil (80).

L'émergence de l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au cours des années 1980 a quelque peu complexifié un paysage contraceptif français déjà largement centré sur l'utilisation de la pilule. La promotion du préservatif comme méthode de protection contre les IST, à travers des campagnes de prévention, a été mise en place : c'est la norme contraceptive (75) :

- Le préservatif : prescrit en début de vie sexuelle pour protéger les patients et éviter une grossesse ;
- La pilule : proposée lorsque la relation se stabilise ;
- Le DIU : indiqué lorsque le nombre d'enfants souhaités est atteint.

Cette norme limite cependant la possibilité pour les individus de choisir le contraceptif qui leur convient. Or, la participation des femmes aux choix de leur méthode de contraception permet une amélioration de leur satisfaction et de l'efficacité de celle-ci (75,81). Dans les années 2000, de nouvelles méthodes font leur arrivée dans le paysage contraceptif français : anneau vaginal, patch ou implant visent à une meilleure observance et s'affranchissent de la contrainte d'une prise quotidienne (Figure 13). Cependant, ces méthodes ne représentaient que 5 % des usages contraceptifs en 2010 (75) à cause d'un manque de formation de la part des professionnels de santé, associé à un non remboursement par l'Assurance maladie. En 2012, suite à la médiatisation du dépôt de plainte d'une jeune femme victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) imputé à sa contraception orale, la France a connu une « crise des pilules » (75).

Cette crise a induit une baisse de 18 % du recours à la pilule (Figure 13), cette tendance se confirmant avec une diminution de près de 9% entre 2013 et 2016 (77).

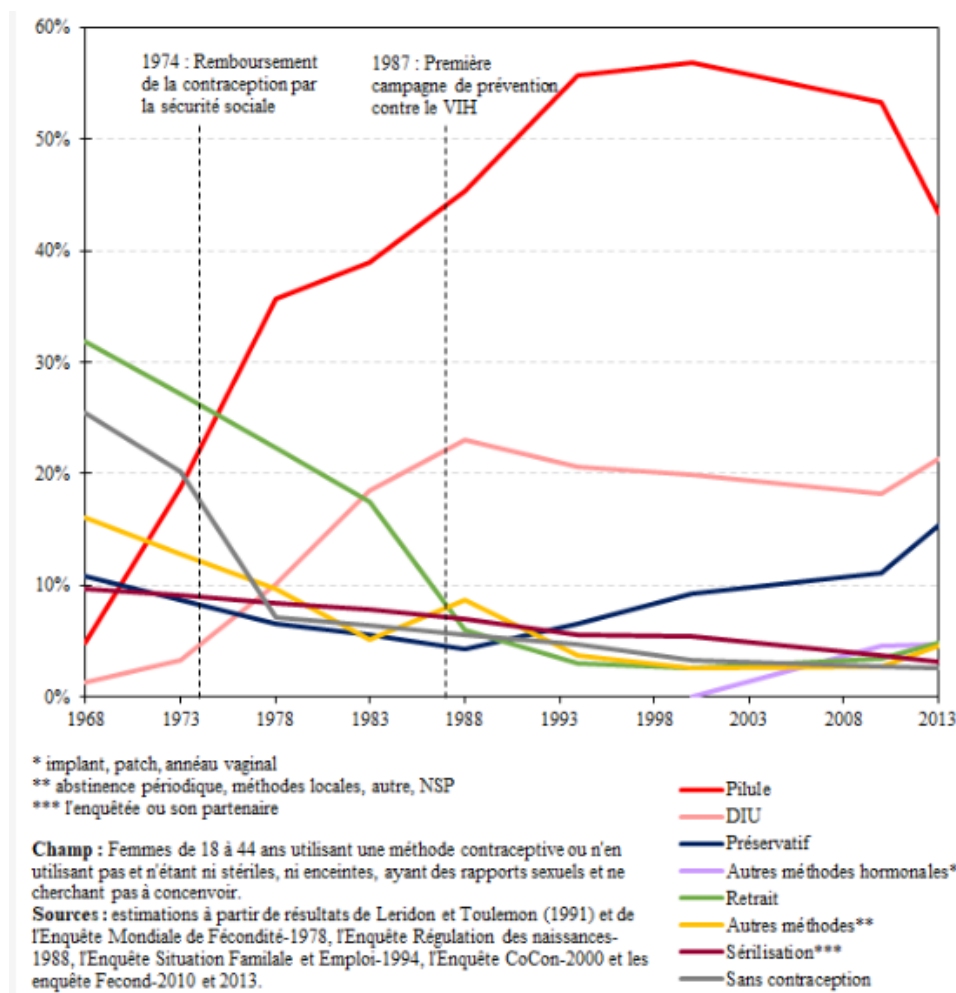


Figure 13 : Evolution des méthodes de contraception utilisées par les femmes de 18 à 44 ans entre 1968 et 2013 (77)

En 2023, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) a souligné, dans son enquête « Contexte des Sexualités en France 2023 », une diminution de l'utilisation de la contraception orale par rapport à 2010. Alors que la pilule a longtemps été la méthode de contraception la plus répandue chez les femmes françaises, elle a été supplantée ces dernières années par les méthodes de longue durée réversibles, telles que le stérilet ou l'implant (82) (Figure 14).

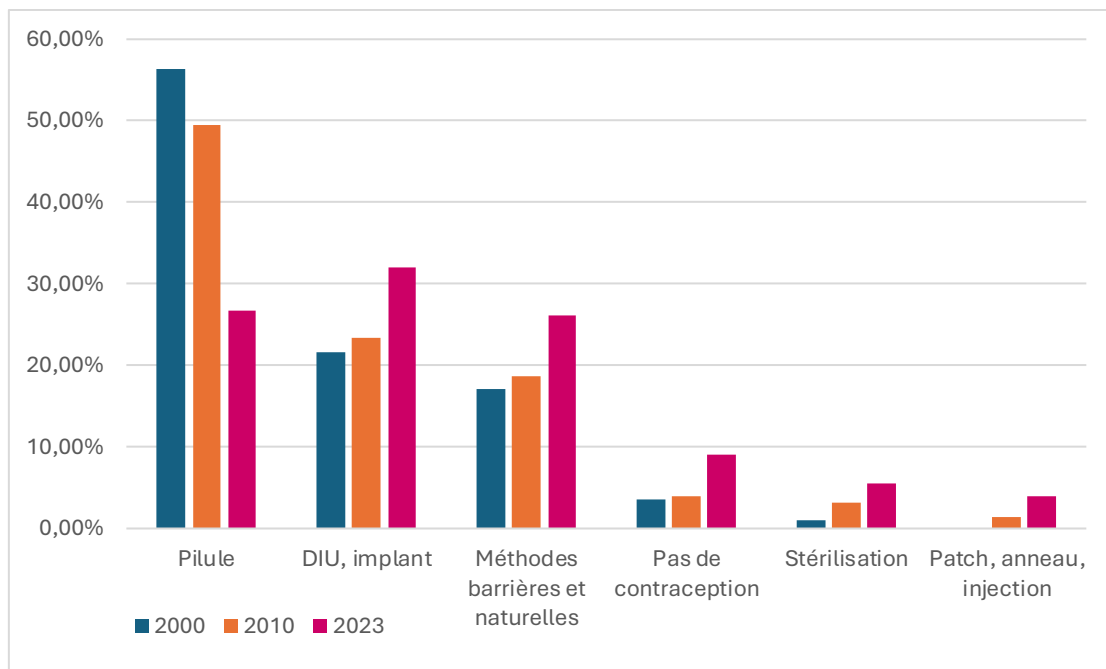


Figure 14 : Evolution de l'utilisation des méthodes de contraception chez les femmes en France entre 2000 et 2023 (82)

Ce graphique met en évidence la diminution progressive de l'utilisation de la pilule, qui est passée de 56,4 % en 2000 à 26,8 % en 2023 (étude portant sur 11 000 femmes âgées de 18 à 69 ans). Cette baisse est partiellement compensée par l'adoption d'autres méthodes contraceptives hormonales ou non hormonales, notamment les méthodes de longue durée réversibles telles que le stérilet ou l'implant. L'usage de ces dernières a augmenté, passant de 21,6 % en 2000 à 32,1 % en 2023, le stérilet représentant à lui seul 27,7 % des répondantes (82).

De nouvelles avancées en termes d'accès à la contraception pour tous ont vu le jour avec, en 2021, la mise en place de la gratuité de la contraception pour les jeunes femmes de moins de 26 ans. Plus récemment, en janvier 2023, la pilule du lendemain est désormais prise en charge sans avance de frais, sans prescription médicale et sans condition d'âge pour toutes (83). Cette avancée prend également en compte les préservatifs, désormais remboursés intégralement pour toute personne de moins de 26 ans, dans la limite d'une boîte par personne et par jour (84). Enfin, en mars 2024, le droit à l'avortement fait son entrée dans la constitution afin de garantir ce droit fondamental (85).

Tableau IV : Evolution de la politique contraceptive en France entre 1800 et 2024

(3,13,33,75–78,80,85–88)

Epoque	Evènement
27/02/1810	Article 317 du code pénal Napoléonien : l'avortement est défini comme un crime.
1830-1870	Développement d'une politique contraceptive pour des raisons économiques, soutenue par différents mouvements de pensées (rationalistes, féministes...).
31/07/1920	Mise en place de la loi condamnant la propagande pour l'avortement et les méthodes anticonceptionnelles (diffusion de moyens contraceptifs, information...).
07/12/1941	Déclaration de l'avortement comme un crime d'Etat.
1960	Création du mouvement français pour le planning familial (MFP).
27/12/1967	Mise en place de la Loi Neuwirth abrogeant la loi du 31/07/1920 : • Autorisation de la fabrication de produits contraceptifs. • Autorisation de la vente de produits contraceptifs sur ordonnance (autorisation parentale obligatoire pour mineure). • Mise en place des centres de planification et d'éducation par l'Etat.
04/12/1974	• Autorisant pour les centres de planification de délivrer gratuitement et anonymement des contraceptifs sur prescription médicale aux mineures. • Prise en charge par la Sécurité Sociale des méthodes de contraception soumises à prescription.

17/01/1975	Mise en place de la Loi Veil suspendant l'article 317 : • Autorisation de l'avortement jusqu'à 10 semaines de grossesse pour une femme en situation de détresse, avec consentement d'un parent pour les mineures. • Autorisation de l'avortement thérapeutique.
31/12/1979	Mise en place de la Loi Pelletier : pérennisation de l'avortement avec abolition de l'article 317 Instauration d'un enseignement sur la contraception aux médecins et paramédicaux.
1999	Mise en vente de la pilule du lendemain en pharmacie, disponible sans prescription médicale.
13/12/2000	• Délivrance de la pilule du lendemain (Norlevo®) sans prescription médicale, gratuite pour les mineures dans les pharmacies. • Autorisation de la délivrance de contraception d'urgence par les infirmières scolaires.
04/07/2001	• Autorisation de l'IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse, prise en charge anonyme et gratuite pour les mineures avec autorisation parentale non obligatoire. • Autorisation de la délivrance de produits contraceptifs aux mineures en l'absence d'autorisation parentale. • Autorisation de la stérilisation à visée contraceptive. • Information et éducation à la sexualité dispensée trois fois par an dans les collèges et lycées.
12/10/2005	Autorisation de prescription par la sage-femme : contraception d'urgence, contraception hormonale en suite de couche ou post-IVG, spermicides.

21/07/2009	• Autorisation pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses, de prescrire des examens biologiques, de prescrire toutes les méthodes contraceptives. • Autorisation pour les pharmaciens et infirmières de renouveler des prescriptions de contraceptifs oraux datant de moins d'un an pour une durée non renouvelable de 6 mois. • Autorisation de la délivrance de contraception d'urgence par les services de médecine universitaire.
23/12/2021	Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 : mise en place de la gratuité de la contraception pour les femmes de moins de 26 ans, avec une prise en charge sans avance de frais : • Consultations, examens ou actes médicaux en lien avec la contraception. • Différents types de contraception sur prescription en pharmacie : pilule de 1^{ère} ou 2^{ème} génération, implant contraceptif hormonal, stérilet, contraception d'urgence hormonale.
02/03/2022	Augmentation du délai légal de l'IVG à 16 semaines post-ménorrhées.
23/12/2022	Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 : prise en charge sans avance des contraceptions d'urgence hormonale en pharmacie sans condition d'âge, sexe ou de prescription.
01/01/2023	Prise en charge sans avance de frais et sans prescription médicale de toute délivrance de préservatifs en pharmacie pour toute personne de moins de 26 ans.
08/03/2024	Entrée de la loi sur l'avortement dans la constitution, garantissant le droit fondamental par modification de l'article 34 de la Constitution.

ii. Développement des contraceptifs d'urgence hormonaux :

Le développement de la CU a été relativement lent en raison d'obstacles sociétaux et politiques. Alors que la contraception régulière était progressivement acceptée dans les années 60, bien que soumise à certaines restrictions, les méthodes contraceptives d'urgence, perçues comme une forme de contragestion voire d'interruption de grossesse, ont rencontré de fortes réticences (10).

La première méthode de CU hormonale utilisée en routine a été l'association de deux molécules, l'éthinylestradiol (EE) et le norgestrel, décrite par Yuzpe dans la méthode du même nom (10,70). Cette association visait à bloquer et/ou retarder le pic pré-ovulatoire de LH, empêchant ainsi l'ovulation grâce à l'action de fortes doses de stéroïdes. Cependant, son efficacité diminuait avec le temps écoulé entre le RSR et la prise du traitement. Il était donc recommandé de prendre cette contraception d'urgence au plus tard 72 heures après le RSR (89).

Les modalités initiales de cette contraception consistaient en la prise de quatre comprimés d'un oestroprogestatif, le Stédiril®, contenant chacun 50 µg d'EE et 500 µg de norgestrel, répartis en deux prises espacées de douze heures (10). Une spécialité pharmaceutique, le Tétragynon®, a par la suite été commercialisée, mais a été retirée du marché en 2005 en raison de ses effets secondaires, notamment la survenue de nausées (chez 50% des femmes) et de vomissements (chez 20% des femmes) (90). Ces associations oestroprogestatives n'étaient pas disponibles en vente libre, ce qui entraînait une multiplication des consultations dans les services d'urgences afin que les femmes obtiennent rapidement une prescription, faute d'anticipation. Avec l'arrivée des CU sans œstrogènes, qui se sont révélées aussi efficaces, mieux tolérées et présentant peu de contre-indication (10,91), le régime Yuzpe a naturellement été de moins en moins prescrit en France, jusqu'au retrait du Tétragynon®.

Le LNG est le premier progestatif ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché comme CU. Initialement, le protocole du LNG consistait en la prise de deux doses de 0,75 mg à douze heures d'intervalle (10,91). Le schéma a par la suite été simplifié avec une prise unique de 1,5 mg, permettant d'obtenir une efficacité équivalente au protocole initial et une meilleure tolérance que la méthode originale de Yuzpe (92), même s'il présente un risque d'interactions médicamenteuses et une réduction de son efficacité chez la femme en surpoids (51,52).

Compte tenu de l'absence de contre-indications médicales, un arrêté du 27 mai 1999 a supprimé l'obligation de prescription médicale à laquelle il était soumis, autorisant ainsi la vente libre en pharmacie du LNG (88). Cette mise à disposition du LNG permet ainsi aux femmes d'avoir la possibilité de recourir à la CU le plus tôt possible. À la suite de son lancement, les ventes du Norlevo® ont augmenté régulièrement, passant de 18 000 unités en juin 1999 à 50 200 unités en juillet 2000 (Figure 15), montrant que la CU répond à un réel besoin des femmes (88).

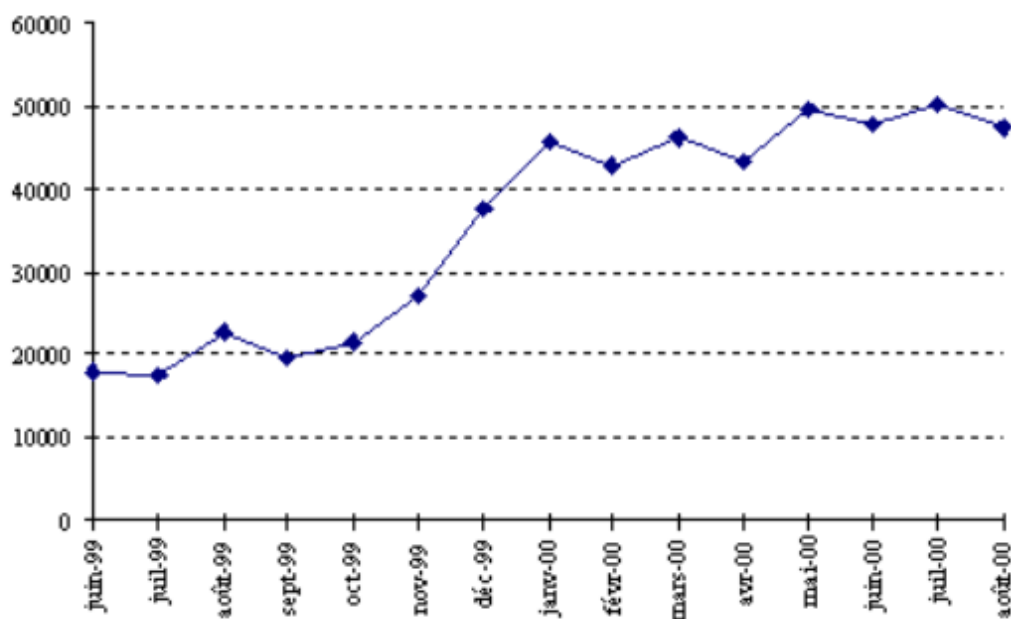


Figure 15 : Evolutions des ventes mensuelles de Norlevo® en nombre d'unités (88)

Au début des années 1990, des données relatives à l'utilisation de modulateurs sélectifs du récepteur de la progestérone (SPRM : selective progesterone receptor modulators) pour une CU sont apparues (10). La mifépristone et l'ulipristal ont ainsi été évalués pour être utilisés comme CU. L'UPA est la seule molécule de cette famille commercialisée en France dans l'indication de CU depuis 2009. L'Agence européenne a décidé en novembre 2014 de faciliter l'accès à l'UPA en tant que CU à une majorité de femmes en changeant les modalités de délivrance de cette spécialité. Il est ainsi autorisé à la vente sans ordonnance médicale depuis début 2015 (93). Par rapport au LNG, son efficacité est allongée, allant jusqu'à 120 heures après le rapport.

iii. Développement des DIU au cuivre et hormonaux :

Le principe de la contraception intra-utérine est connu depuis l'Antiquité. En effet, du temps des pharaons, les bédouins glissaient des cailloux dans l'utérus des chamelles pendant les longues traversées du désert pour éviter une grossesse en plein voyage (94). Cependant, le premier brevet d'un DIU ne fut déposé qu'en 1902 par Carl Hollweg. Il s'agissait d'un dispositif en forme de fourchette, comportant deux branches métalliques. Puis en 1909, Richard Richter décrivit pour la première fois un DIU à usage contraceptif : l'anneau en crin de Florence (fils de soie). En 1928, Ernst Gräfenberg apporta une modification au projet de Richard Richter après l'étude du point G : le DIU devient alors un alliage en fil d'argent (composé à 26 % de cuivre), enroulé en spirale (94). Suite à la loi du 28/12/1967 autorisant la fabrication et la vente de contraceptifs en France, le Dr Zipper met en évidence les effets contraceptifs intra-utérins des ions métalliques, notamment du cuivre. Reconnu pour ses propriétés spermicides, le cuivre est ainsi intégré aux DIU (94). L'ajout du cuivre a permis de réduire la taille des DIU, les rendant plus faciles à insérer et mieux tolérés, tout en diminuant leur risque d'expulsion par rapport aux anciens modèles en polyéthylène seul, qui ont été progressivement abandonnés (10,94).

Au fil des années, la surface de cuivre des DIU a augmenté, passant de 200 mm² initialement à des modèles contenant 250, 275 mm² et, actuellement, 380 mm² de cuivre, chaque augmentation s'accompagnant d'un gain d'efficacité contraceptive (61,94).

Parallèlement, une version hormonale du DIU a été développée pendant les années 1960 et 1970. L'objectif était d'assurer une contraception efficace tout en limitant l'augmentation des saignements menstruels, effet indésirable majeur des DIU en cuivre. En France, la contraception d'urgence par DIU au cuivre reste relativement peu utilisée (24 % des contraceptifs d'urgence). Plusieurs facteurs expliquent cette faible utilisation (62,94) :

- Nécessité d'une intervention médicale par un professionnel de santé, ce qui peut constituer un frein pour certaines femmes ;
- Restrictions d'utilisation passées : Jusqu'en 2004, l'utilisation du DIU était limitée aux femmes ayant déjà eu des enfants, ce qui excluait les femmes nullipares représentant une partie importante de la population ;
- Crainces liées au risque infectieux : certaines femmes craignent un risque infectieux lié à la pose du DIU, bien que ce risque soit faible ;
- Le manque d'information : une majorité de patientes ne connaissant pas l'indication du DIU au cuivre comme CU.

Cependant, plusieurs éléments récents pourraient favoriser une augmentation du recours à cette méthode de contraception d'urgence, avec la démocratisation de l'utilisation chez les femmes nullipares ainsi que les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) qui ont, en 2018, simplifié les modalités de pose du DIU pour encourager sa prescription et son utilisation (10,94).

Jusqu'à présent, le DIU au LNG a été étudié dans le cadre de la CU uniquement en association avec une prise de la même molécule par voie orale. Bien que cette méthode ait donné des résultats très satisfaisants, des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité du DIU au LNG utilisé seul comme CU. Un essai clinique mené aux Etats-Unis comparant le DIU au LNG seul au DIU au cuivre indique que le DIU au LNG n'est pas inférieur au DIU au cuivre en termes d'efficacité (10,72,95,96) et les dernières études tendent à confirmer que ce DIU est une CU efficace.

b. Accessibilité et prise en charge de la contraception d'urgence :

i. Accessibilité de la contraception d'urgence :

L'accès à la CU a considérablement évolué depuis sa légalisation. En 1974, la loi Veil a marqué une étape cruciale en autorisant la prescription de contraceptifs dans les centres de planification et d'éducation familiale. Ces centres jouaient un rôle essentiel en offrant un accès gratuit et confidentiel aux mineures souhaitant préserver leur anonymat. Ces structures, aujourd'hui appelées centres de santé sexuelle, ont élargi leurs missions pour répondre aux besoins changeants en matière de santé sexuelle (97):

- Consultations médicales pour la maîtrise de la fécondité et le choix de la contraception ;
- Information, prévention et éducation à la sexualité et à la vie familiale ;
- Préparation à la vie de couple et à la parentalité, entretiens de conseil conjugal et familial ;
- Entretiens préalables à l'IVG ;
- Information et accès à la contraception, y compris la CU ;
- Prévention, dépistage et traitement des IST ;
- Réalisation d'IVG médicamenteuses.

A partir de 1999, la CU est devenue accessible en pharmacie avec le LNG. Cet accès a été étendu en 2001 avec l'implication des infirmières scolaires dans les établissements secondaires, permettant la délivrance gratuite et anonyme aux mineures et majeures dans les collèges et lycées (33).

Aujourd'hui, la CU est disponible gratuitement (12) :

- Dans les pharmacies ;
- Dans les centres de santé sexuelle, pour les personnes majeures sans couverture sociale ;
- Dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des VIH, des hépatites et des IST (CeGIDD) ;
- Dans les services de santé universitaires, où les infirmiers peuvent délivrer la CU gratuitement aux étudiants (généralement majeurs).

ii. Prise en charge de la contraception d'urgence :

Depuis le 1^{er} janvier 2023, la CU hormonale est disponible gratuitement en pharmacie pour toutes les personnes, mineures et majeures (2,98). Cette gratuité s'applique à la délivrance du médicament lui-même, sans nécessité de prescription médicale ni d'avance de frais.

Bien que la gratuité de la CU hormonale soit effective pour tous les patients (mineures et majeures), la facturation diffère selon l'âge (12) :

- Pour les mineures : la délivrance peut se faire de manière anonyme et confidentielle, sans qu'il soit nécessaire de fournir une preuve d'âge. La facturation est réalisée de manière anonyme sur un dossier patient fictif, garantissant ainsi la discrétion et évitant toute trace de la délivrance dans le dossier médical de la jeune patiente ;
- Pour les majeures : les patientes majeures souhaitant bénéficier d'une prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie, sans prescription médicale ni avance de frais, doivent présenter leur carte Vitale, une attestation de droits ou une carte d'Aide Médicale d'Etat (AME).

c. Délivrance de la contraception d'urgence en officine en France :

i. Recours à la CU en France :

En 2009, le rapport de l'IGAS portant sur la contraception et la CU a mis en évidence deux points majeurs : bien que l'accès à la CU en pharmacie ait progressé, la délivrance s'effectue rarement dans les conditions réglementaires prescrites et l'accompagnement des patientes présente de graves lacunes (15). Sur le plan réglementaire, le rapport a souligné des incohérences quant à la prise en charge des patientes mineures : certaines pharmacies ne se contentent pas de la déclaration orale de minorité et exigent la présentation d'une pièce d'identité, allant à l'encontre du respect de l'anonymat. De plus, selon ce même rapport, 45,5 % des pharmacies avaient initialement demandé un règlement de la CU avant que la mineure ne rappelle ses droits (15).

Cependant, les lacunes les plus importantes concernent l'accompagnement. L'étude a révélé qu'aucune mineure n'avait reçu d'information sur la contraception régulière, la prévention des IST ou encore l'orientation vers un centre de planification familiale. De plus, la remise de brochures d'information était trop peu fréquente : certains pharmaciens ignoraient l'existence de la brochure d'aide à la dispensation (Annexe 1), alors qu'ils sont tenus par la réglementation de fournir une documentation écrite en complément de l'information orale (15).

Ce manque d'information et d'accompagnement est autant plus préoccupant que l'utilisation de la CU a connu une augmentation significative depuis sa mise sur le marché. Une étude menée par le GERS (Groupe pour l'Elaboration et la Réalisation de statistiques) sur les données de ventes de LNG (Norlevo®), de l'UPA (Ella-One®) et leurs génériques révèle une augmentation des ventes, passant de 1 276 966 unités en 2013 à 2 261 360 unités en 2022 (Figure 16) (99).

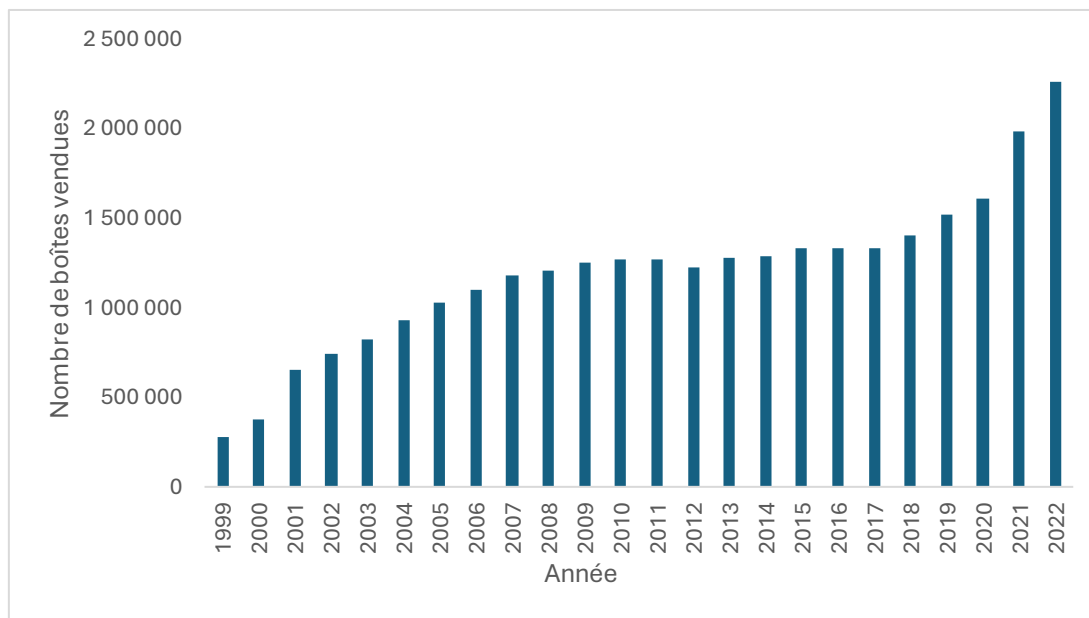


Figure 16 : Evolution du nombre de boîtes de contraception d’urgence vendues en France de 1999 à 2022 (99)

Ce graphique met ainsi en évidence une augmentation progressive et constante de la vente de CU depuis son autorisation de mise sur le marché en 1999 (99).

Cependant, le recours à la CU varie significativement selon l’âge des femmes. En témoignent les données du Baromètre santé 2016 en France métropolitaine, où 6,2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans, exposées à un risque de grossesse non prévue, ont déclaré avoir eu recours à la CU au cours des douze mois précédents (Tableau V) (100). Cette étude, menée auprès de femmes non enceintes, non ménopausées et n’utilisant pas de contraception définitive ayant eu un rapport sexuel avec un homme dans l’année écoulée, révèle une prévalence d’utilisation particulièrement élevée chez les 15-19 ans (21,4 %). Une diminution rapide est ensuite observée avec l’âge, passant à 9,8 % chez les 20-24 ans et atteignant seulement 1,5 % chez les 40-49 ans (100). Ces chiffres soulignent une nette disparité dans l’usage de la CU selon les âges.

Tableau V : Utilisation de la contraception d'urgence selon l'âge des femmes en 2016

(100)

Age (ans)	15-19 n= 155	20-24 n= 375	25-29 n= 504	30-39 n= 1 165	40-49 n= 1 196	Total n= 3 395
Une seule fois	15,0 %	5,5 %	6,2 %	4,1 %	1,1 %	4,4 %
Plusieurs fois	6,4 %	4,3 %	2,5 %	1,1 %	0,3 %	1,8 %
Au moins une fois	21, 4%	9,8 %	8,7 %	5,2 %	1,5 %	6,2 %

La démocratisation de la CU a permis de dégager plusieurs constats :

- Maintien du recours à la contraception régulière : Contrairement aux inquiétudes, l'accès facilité à la CU n'a pas entraîné de diminution de l'utilisation de la contraception régulière. Dans la majorité des cas, la CU semble répondre à son usage prévu. Les données du Baromètre santé 2005 indiquent que plus de deux femmes sur trois ayant utilisé la CU ne l'ont fait qu'une seule fois, et que dans 85 % des cas, elles reprennent une contraception régulière dans le mois suivant la prise de la CU (7) ;
- Augmentation du recours à l'IVG : ce constat contredit les objectifs initiaux de l'élargissement de l'accès à la CU. Pour mieux comprendre ces résultats, des études épidémiologiques et sociologiques ont été menées, ayant pour but de déterminer les raisons de la non-utilisation de la CU ou de son échec (7,101).

ii. Rappel du rôle et de la posture du pharmacien :

Les pharmaciens jouent un rôle central dans la prévention des grossesses non désirées grâce à la CU. Leur présence sur tout le territoire, avec une couverture géographique plus complète et dense que toute autre structure sanitaire ou sociale, est particulièrement cruciale en milieu rural notamment (7). Le pharmacien est tenu de délivrer la CU à toute personne qui en fait la demande, sans exigence de prescription médicale ni d'avance de frais (7,12). En l'absence de prescription obligatoire, il est estimé que 90 % de la CU est délivrée sans ordonnance en pharmacie.

Bien que le produit soit considéré comme sûr pour la santé, sa délivrance intervient souvent à un moment de fragilité pour l'utilisatrice. Généralement premier, voire unique interlocuteur, le pharmacien est appelé à jouer un rôle essentiel d'information et de conseil dans une situation délicate et sur un sujet sensible, décisif en matière de prévention (7,33).

Conformément au décret du 9 janvier 2002 : « *la délivrance [de la contraception d'urgence] doit être précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la mineure correspond aux critères d'urgence et aux critères d'utilisation de la contraception d'urgence. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure des informations sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical* » (102). Le décret prévoit également que le pharmacien remette une documentation écrite sur ces sujets, incluant les coordonnées du centre de planification le plus proche (7,103) (Annexe 1).

La délivrance d'une CU est un acte réfléchi qui se déroule en plusieurs étapes (3,33,98) :

- Entretien préalable :

Il permet d'établir un climat de confiance afin de recueillir les informations nécessaires à la prise en charge (patiente concernée, date du RSR, absence de contraception, risque infectieux possible, consentement, traitement chronique, etc.). Conformément au Code de Santé Publique, cet entretien est obligatoire pour les mineures (104). Il est toutefois recommandé de le réaliser pour tous les patients, quel que soit leur sexe ou leur âge.

- Délivrance de la CU :

Si la prise de la CU est jugée nécessaire par le pharmacien ou le préparateur, il convient de choisir la molécule la plus adaptée à la situation de la patiente (date du rapport, poids, période d'ovulation, contraception en cours, etc.).

- Conseils associés : Il est impératif de fournir à chaque patient tous les conseils nécessaires au bon usage du médicament :

- *Modalités de prise :* prise immédiate, à renouveler en cas de vomissements survenant dans les 3 heures suivant la prise ;
- *Effets indésirables possibles :* douleurs abdominales, céphalées, métrorragies, décalage des règles, etc. ;
- *Suivi clinique et biologique :* surveillance de l'apparition des prochaines règles, réalisation d'un test de grossesse urinaire trois semaines après le RSR en cas de retard de règle, et surveillance des éventuels signes de début de grossesse ;
- *Précisions sur les règles d'utilisation de la CU :* délais d'efficacité maximale, absence de protection contre les IST, risque d'échec en fonction de la période du cycle ou en cas d'utilisation répétée, en particulier au cours du même cycle.

- Informations sur les méthodes de contraception :

Pour les patientes concernées par un oubli ou une mauvaise utilisation de la contraception (anneau, patch, etc.), il est important de prendre un temps d'explication des modalités de prise et des mesures à prendre en cas d'oubli. Il est également possible de fournir des documents d'information sur les différentes méthodes de contraception ou de conseiller l'utilisation d'applications mobiles (MaPilule, Moublipa, Dr Pilule...), de calendriers ou d'autres outils de rappel discret et quotidien (33). Afin de diversifier les options pour la patiente, le pharmacien doit fournir des informations sur les différentes méthodes contraceptives possibles. Il peut notamment remettre des dépliants tels que « Choisir sa contraception », disponibles sur le site CESPARM. Il est également essentiel d'orienter la patiente vers un parcours de soins en lui conseillant de consulter un médecin ou une sage-femme, qui pourront lui prescrire une contraception adaptée (33).

PARTIE II :

**Enquête sur l'impact du changement de loi sur les
pratiques des prescripteurs**

I. Rationnel :

En France, face à un taux persistant de grossesses non planifiées (101) et à une augmentation préoccupante des IVG (5,14), l'élargissement de l'accès à la CU est apparu comme un enjeu majeur de santé publique. S'inscrivant dans cette démarche, le décret n°2023-81 du 6 février 2023 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la CU (JORF n°0034 du 9 février 2023) (13) marque une étape significative en instaurant le remboursement intégral de la CU, sans condition d'âge ni nécessité de prescription médicale, afin d'en faciliter l'accès (84,88).

Cette mesure soulève des questions fondamentales quant à son influence sur les pratiques des professionnels de santé, acteurs clés de l'accès à la contraception. Il est pertinent d'examiner les conséquences du remboursement intégral sur leur activité en matière de CU (volume des demandes et prescriptions, potentielle modification des circuits d'accès), sur leur rôle de prévention concernant les grossesses non planifiées, l'utilisation appropriée de la contraception régulière et de la CU, la prévention des IST, où le rôle des prescripteurs reste crucial.

Afin d'éclaircir ces questions, la présente étude vise à évaluer l'impact de la modification législative relative au remboursement de la CU sur les pratiques des prescripteurs (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux) en région Centre-Val de Loire. Plus spécifiquement, elle cherche à déterminer si ce changement entraîne une variation des demandes et des habitudes de prescriptions de CU, une évolution de leur engagement dans la prévention ainsi que leur avis sur le remboursement intégral.

Les objectifs secondaires de cette enquête sont d'approfondir le ressenti des prescripteurs face au remboursement intégral de la CU, en explorant leurs éventuelles craintes ou interrogations. Un autre objectif est d'examiner plus en détail l'impact potentiel de cette mesure sur l'utilisation du DIU au cuivre, méthode contraceptive qui requiert toujours une prescription et un acte médical.

II. Matériel et méthodes :

a. Population d'étude :

Le questionnaire s'adressait aux médecins généralistes (exerçant en zones rurales, urbaines ou semi-rurales), aux sages-femmes, aux gynécologues médicaux, ainsi qu'aux internes en médecine générale et gynécologie médicale. Les critères d'inclusion étaient les suivants : exercer en région Centre-Val de Loire en tant que médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, interne en médecine générale ou interne en gynécologie, et consentir à participer à l'enquête.

b. Questionnaire :

Afin d'atteindre les objectifs de cette étude, un questionnaire en ligne a été créé via Google Forms (Annexe 2). D'une durée de 5 à 10 minutes, ce questionnaire était structuré en cinq sections :

- Informations générales sur les participants (spécialité exercée, connaissance du décret) ;
- Impact de la nouvelle législation sur la demande et la prescription de la CU ;
- Influence de la loi sur le rôle de prévention et l'éducation thérapeutique ;
- Avis et ressenti des professionnels de santé concernant la législation ;
- Impact de la loi sur l'utilisation des DIU en cuivre.

c. Diffusion et collecte :

Une lettre d'information (Annexe 3), contenant le lien URL permettant d'accéder au questionnaire en ligne, a été diffusée auprès des professionnels de santé à partir du 1^{er} février 2025. Un QR code a également été mis à disposition pendant six semaines pour faciliter l'accès au questionnaire.

La diffusion du questionnaire auprès des prescripteurs de la région Centre-Val de Loire a été assurée par divers canaux :

- Distribution aux médecins généralistes via les conseils départementaux de l'Ordre des médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire (18, 28, 31, 37, 41, 45) ;
- Distribution aux sages-femmes via le conseil régional de l'Ordre des sages-femmes ;
- Distribution aux sages-femmes libérales via les associations de sages-femmes libérales (Association des Sages-Femmes Libérales du 37 ASL37, Association nationale des Sages-Femmes Libérales) ;
- Distributions aux internes de médecine générale via les groupes de promotion des internes en médecine générale de la région Centre-Val de Loire ;
- Distribution à l'équipe du centre d'orthogénie du CHRU de Tours ;
- Distribution aux internes en gynécologie médicale via l'Association nationale des internes en gynécologie-médicale ;
- Distribution aux gynécologues médicaux via le Collège national des Gynécologues et obstétriciens Français ;
- Contact par courriel et téléphone de plusieurs maisons de santé situées dans la région.

La période de collecte des réponses s'est étendue sur neuf semaines, du lundi 3 février 2025 au lundi 7 avril 2025, et a inclus un rappel par courriel aux associations, groupes d'internes et maisons de santé afin de maximiser le taux de participation. La collecte des réponses a été effectuée en ligne via un formulaire Google Forms.

d. Analyse Statistique :

L'analyse des données a été réalisée sur Excel. Les variables qualitatives sont décrites par leur nombre et leur fréquence [n].

III. Résultats :

a. Informations générales sur les participants :

Au total, 46 professionnels de santé prescripteurs de CU ont participé à l'étude (n= 46). La répartition des participants était la suivante (Figure 17) :

- Médecins généralistes (zone urbaine) : 11 participants (23,9 %)
- Médecins généralistes (zone rurale) : 5 participants (10,9%)
- Médecins généralistes (zone semi-rurale) : 6 participants (13 %)
- Sages-femmes : 11 participants (23,9 %)
- Internes en médecine générale : 12 participants (26,1 %)
- Interne en gynécologie médicale : 1 participant (2,2 %)
- Gynécologues Médicaux : 0 participant (0 %)

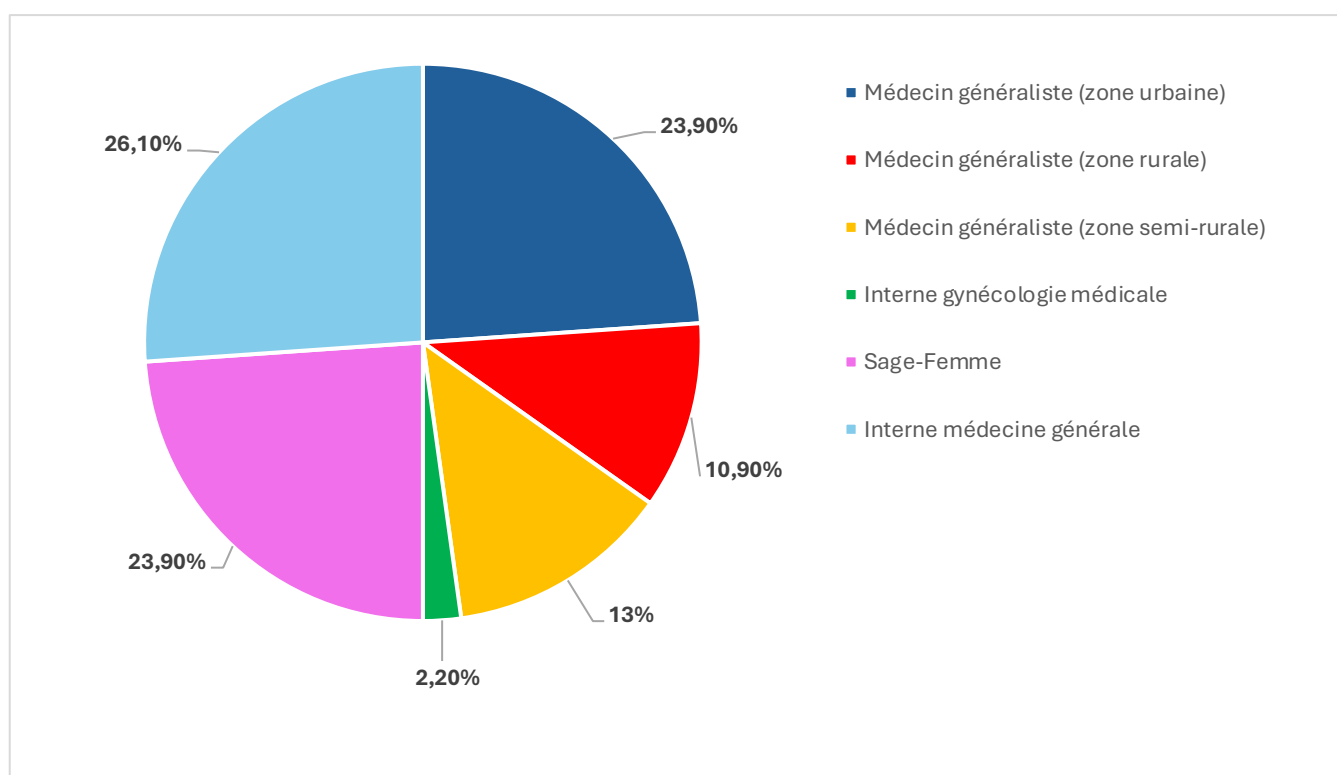


Figure 17 : Distribution des spécialités des participants

Il a ensuite été demandé aux participants s'ils étaient informés de la mise en place du décret n°2023-81. Sur ces 46 participants (n= 46), 80,4 % (n= 37) étaient informés de la mise en œuvre du décret (Tableau VI). A l'inverse, 19,6 % (n= 9) des participants n'étaient pas au courant. La répartition de ces 9 participants non informés (n= 9) était la suivante (Tableau VI) :

- 3 médecins généralistes en zone urbaine (33,3 %)
- 2 internes en médecine générale (22,2 %)
- 1 sage-femme (11,1 %)
- 1 médecin généraliste en zone rurale (11,1 %)
- 2 médecins généralistes en zone semi-rurale (22,2 %)

Tableau VI : Connaissance des professionnels de santé à propos du décret n°2023-81 permettant la délivrance gratuite de la CU

Nombre participant n (%)		46 (100 %)	
Connaissance du décret n°2023-81		n(%)	
Oui		37 (80,4 %)	
Non		9 (19,6 %)	
Répartition des professionnels n'ayant pas connaissance du décret		n=46	n=9
Sage-Femme	1 (2 %)	1 (11,1 %)	
Médecin Généraliste en zone urbaine	3 (6,6 %)	3 (33,3 %)	
Médecin Généraliste en zone rurale	1 (2,2 %)	1 (11,1 %)	
Médecin Généraliste en zone semi-rurale	2 (4,4 %)	2 (22,2 %)	
Interne en Gynécologie médicale	0 (0 %)	0 (0 %)	
Interne en Médecine Générale	2 (4,4 %)	2 (22,2 %)	

b. Impact de la nouvelle législation sur la demande et la prescription de la contraception d'urgence :

Il a tout d'abord été demandé aux participants s'ils avaient observé une variation du nombre de CU prescrit depuis la mise en place du décret n°2023-81. Ainsi, 76,1 % (n= 35) des professionnels de santé ayant participé à l'étude n'ont pas constaté de variation significative du nombre de prescriptions de CU. En revanche, 17,4 % (n= 8) ont observé une diminution des prescriptions de CU, et 6,5 % (n= 3) une augmentation (Figure 18). Ces résultats suggèrent que la majorité des professionnels de santé n'ont pas perçu de changement notable dans le nombre de CU prescrites suite à la modification de la législation.

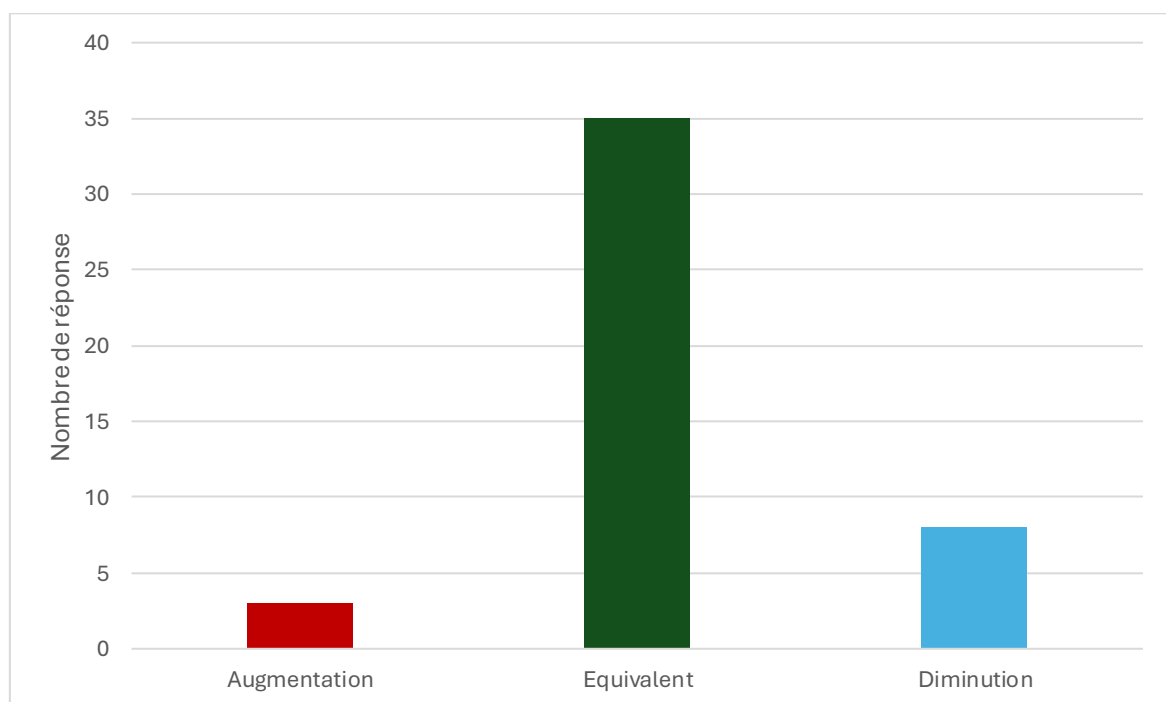


Figure 18 : Impact du décret n°2023-81 sur la prescription de la contraception d'urgence depuis la mise en place du décret n°2023-81

Il a ensuite été demandé si les prescripteurs recevaient toujours autant de demandes en CU de la part des patientes : 82,6 % (n= 38) des participants ont indiqué que le nombre de demandes de leurs patientes était resté équivalent depuis la mise en place du décret. Par ailleurs, 13 % (n= 6) ont observé une diminution des demandes, et 4,3 % (n= 2) une augmentation (Figure 19). Ces résultats suggèrent que le nouveau décret n'a pas entraîné de changement significatif dans les demandes de CU adressées par les patientes aux professionnels de santé prescripteurs.

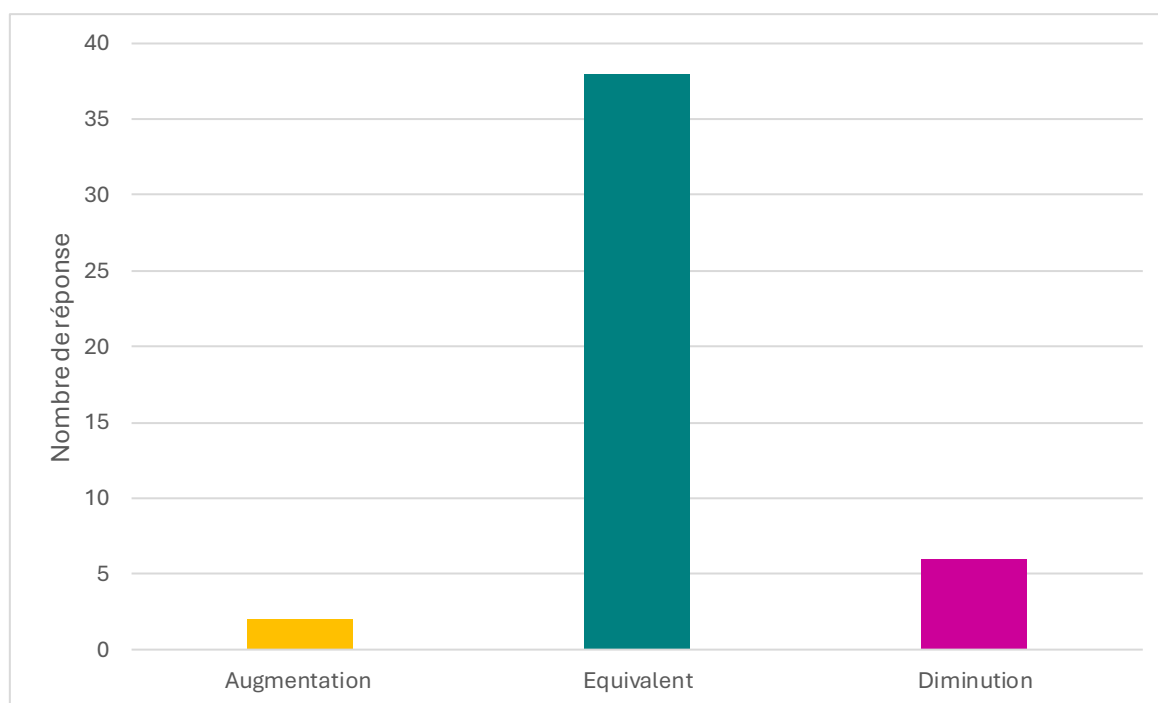


Figure 19 : Impact sur la demande de contraceptif d'urgence auprès des prescripteurs depuis la mise en place du décret n°2023-81

Le questionnaire s'est ensuite intéressé à une pratique de plus en plus observée sur les ordonnances consistant à prescrire systématiquement une CU lors de la primo-prescription d'une contraception ou lors d'un changement de contraception chez une femme en âge de procréer. Les participants ont été invités à donner leur avis sur cette pratique dans le cadre de l'étude. Ainsi, 58,7 % (n= 27) des participants se déclarent favorables à cette pratique, tandis que 41,3 % (n= 19) y étaient défavorables (Figure 20). Les résultats révèlent ainsi une diversité de pratiques et d'opinions parmi les professionnels de santé sur la primo-prescription de CU. Positionnement

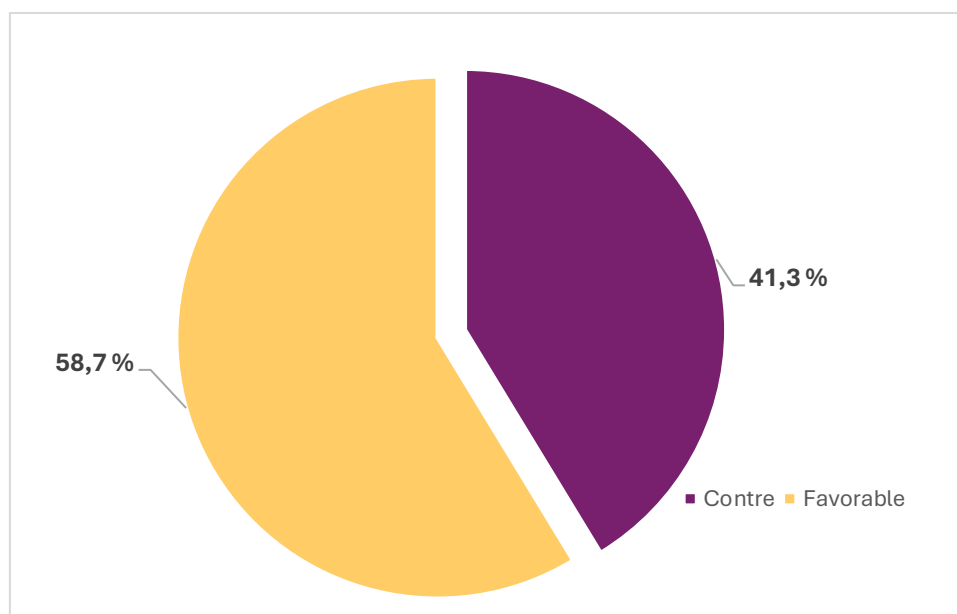


Figure 20 : Position des participants sur la prescription systématique de contraceptif d'urgence en primo-prescription contraceptive

Les participants ont ensuite été sollicités pour exprimer leur avis sur la prescription systématique de la CU lors de la primo-prescription d'une contraception. Parmi les 37 réponses recueillies pour cette question, voici un résumé des points abordés par les participants :

- **Les arguments en faveur de cette méthode de prescription :**
 - Amélioration de l'accessibilité : notamment si refus de délivrance, pendant les jours fériés et les week-ends
 - Limitation des risques de grossesses non désirées : permet d'améliorer la réactivité après un RSR et l'autonomie des patientes
 - Diminution de l'effet anxiogène
 - Support de prévention pour le prescripteur : aide pour l'explication des modalités de prise, d'information sur les recours possibles en cas de mauvaise prise
- **Les arguments contre cette méthode de prescription :**
 - Diminution du côté exceptionnel de la prise d'une CU
 - Inutile depuis la mise en place du remboursement
 - Préfère indiquer les moyens d'accès à la CU

L'étude s'est ensuite intéressée sur les habitudes de prescriptions des CU des professionnels avant et après la mise en place du remboursement. Il montre qu'avant la mise en place du décret, 60,9 % (n= 28) des praticiens avaient l'habitude de prescrire une seule et même CU contre 39,1 % des praticiens (n= 18) qui pouvaient varier leurs prescriptions (Tableau VII). Suite à la mise en place du décret, les parts de praticiens prescrivant le même type ou non de CU sont restées les mêmes. Toutefois, en examinant les résultats individuellement, une modification de la réponse a été observée chez 8,6 % des praticiens (n=4) (3 internes en médecine générale et 1 médecin en zone urbaine). Ainsi, le décret a induit un changement des habitudes de prescriptions pour une minorité des participants.

Tableau VII : Evolution des habitudes de prescription des contraceptifs d'urgence

	Prescription d'un seul type de contraception d'urgence			
	Avant la mise en place du décret		Après la mise en place du décret	
	Oui	Non	Oui	Non
Spécialité des professionnels				
Sage-Femme (n= 11)	6	5	6	5
Médecin rural (n= 5)	3	2	3	2
Médecin semi-rural (n= 6)	5	1	5	1
Médecin urbain (n= 11)	6	5	5	6
Interne Médecine Générale (n= 12)	8	4	9	3
Interne Gynécologie (n= 1)	0	1	0	1
Total (n=46)	28 (60.9 %)	18 (39,1 %)	28 (60.9 %)	18 (39,1 %)

Dans la suite du questionnaire, les participants ont pu expliquer quelles étaient leurs modalités et habitudes de prescription de CU (suivi des recommandations, demandes des patientes...). Parmi les 21 réponses recueillies, il a été mis en avant :

- Suivi des recommandations : prescription d'une CU adaptée selon contexte clinique ;
- Prescription systématique de Norlevo® : absence d'interaction avec les contraceptions œstroprogestatives ;
- Prescription uniquement si souhait de la patiente : informe toujours de la possibilité de l'obtenir gratuitement en pharmacie ;
- Prescription systématique d'Ella-One® : durée d'utilisation supérieure à Norlevo®.

Il est intéressant de noter que l'utilisation du DIU n'a été évoquée par aucun des participants.

Par la suite, il a été demandé aux prescripteurs leurs avis sur le droit de substitution du pharmacien sans l'accord préalable du prescripteur. Parmi les prescripteurs interrogés, 69,6 % (n= 32) estiment que les pharmaciens sont en droit de le faire, alors que 30,4 % (n= 14) des praticiens de santé y sont opposés (Tableau VIII). Il y a donc une majorité des praticiens qui sont favorable à cette pratique de la part des pharmaciens et préparateurs.

Tableau VIII : Avis sur le droit de substitution sans accord préalable du prescripteur par le pharmacien

Nombre participant n (%)		46 (100 %)
Avis sur le droit de substitution sans accord préalable du prescripteur		n (%)
Favorable		32 (69,6 %)
Contre		14 (30,4 %)
Répartition des avis des professionnels sur le droit de substitution		n =46
	Favorable	Contre
Sage-Femme	9 (19,5 %)	2 (4,4 %)
Médecin Généraliste en zone urbaine	5 (10,8 %)	6 (13,0 %)
Médecin Généraliste en zone rurale	3 (6,5 %)	1 (2,2 %)
Médecin Généraliste en zone semi-rurale	4 (8,7 %)	3 (6,5 %)
Interne en Gynécologie médicale	1 (2,2 %)	0
Interne en Médecine Générale	10 (21,7 %)	2 (4,4 %)

Pour continuer, il a été demandé aux participants de développer leurs schémas de pensée sur la possibilité de substitution par le pharmacien. Parmi les participants, 23 ont accepté de développer leur réponse. Les justifications retrouvées sont :

- **En faveur de la substitution :**
 - Selon la disponibilité du traitement ;
 - Adapter au besoin si prescrite suite à une anticipation de prise ;
 - Si un autre contraceptif est jugé préférable après ajout d'information de la part de la patiente ;
 - Important tout de même de refaire un point sur l'utilisation de la contraception et sur le risque de MST.

- **En défaveur de la substitution :**

- Le pharmacien n'a pas connaissance de toutes les modalités ni des critères de prescription,
- Aspect jugeant du pharmacien auprès des patientes pour certains prescripteurs ;
- Employable selon le délai du rapport, le switch serait acceptable, mais le prescripteur devrait être prévenu au préalable.

c. Influence de la loi sur le rôle de prévention et l'éducation thérapeutique :

La partie 3 du questionnaire s'intéressait à l'influence possible du décret sur le rôle de prévention et d'éducation thérapeutique des prescripteurs. Il leur a été initialement demandé s'ils pensaient avoir ressenti un changement dans leur rôle de prévention et d'éducation depuis la mise en place du décret. Pour 71,7 % des prescripteurs (n= 33), le décret n'a pas entraîné quelconque impact sur leur rôle de prévention, tandis que 28,3 % (n= 13) de prescripteurs perçoivent un impact (Figure 21).

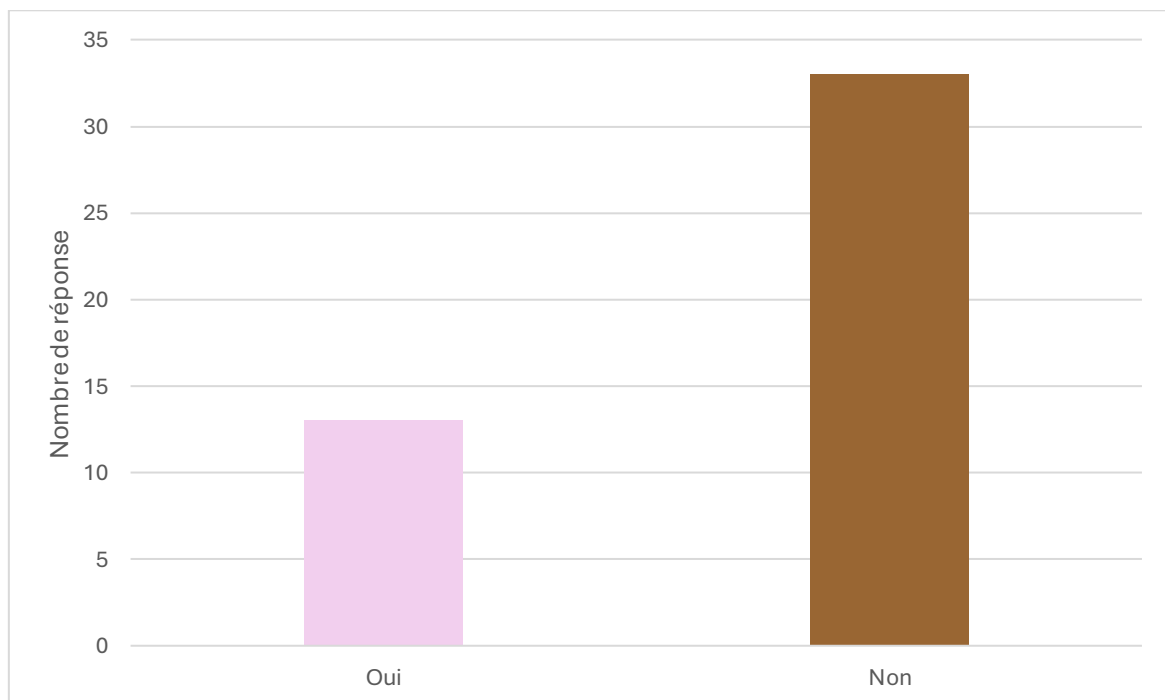


Figure 21 : Impact ressenti chez le prescripteur dans son rôle de prévention et d'éducation thérapeutique

Il a ensuite été demandé aux participants d'indiquer s'ils consacraient toujours autant de temps au dialogue concernant la CU depuis la mise en place du décret : 89,1 % des participants (n= 41) ont affirmé consacrer autant de temps, tandis que 10,9 % (n= 5) ont déclaré y consacrer moins de temps. De plus, 87 % des participants (n= 40) estiment que leur rôle de prévention et d'éducation thérapeutique concernant la CU demeure prépondérant, contre 13 % (n= 6) qui sont d'un avis contraire (Tableau IX). Enfin, 91,3 % des participants (n= 42) estiment que la population n'a pas été suffisamment informée de la modification du changement du taux de remboursement, contre 8,7% (n= 4) qui sont d'un avis contraire (Tableau IX).

Tableau IX : Impact du changement de décret sur le rôle de prévention et d'éducation thérapeutique des professionnels de santé : avis des participants

Nombre participant n (%)	46 (100 %)
Modification du temps consacré pour dialoguer au sujet de la contraception d'urgence ?	n (%)
Oui	5 (10,9 %)
Non	41 (89,1 %)
Rôle du prescripteur toujours aussi prépondérant ?	n (%)
Oui	40 (87 %)
Non	6 (13 %)
Faut-il laisser l'éducation thérapeutique uniquement aux pharmaciens ?	n (%)
Oui	0 (0 %)
Non	46 (100 %)
L'information sur le remboursement intégral est suffisamment relayée par les médias	n (%)
Oui	4 (8,7 %)
Non	42 (91,3 %)

Par la suite, il a été demandé aux prescripteurs si, selon eux, l'éducation thérapeutique concernant la CU devait être confiée exclusivement aux pharmaciens. La totalité des participants (n= 46) a répondu par la négative (Tableau IX). Les 41 participants ayant fourni des justifications ont notamment souligné les points suivants :

- Rôle pluriprofessionnel : nécessité d'une cohésion des soignants en soins primaires autour des patients avec un même message ;
- Education thérapeutique : la prévention de la CU rentre dans le cadre de l'éducation de la vie sexuelle et contraceptive qui doit être enseigné à tous ;
- Le cadre d'une consultation : lors d'une consultation, le patient est dans un rapport privilégié avec son soignant permettant d'aborder la prévention, le dépistage et de proposer des solutions de réduction des risques, moment privilégié lors du renouvellement d'ordonnance ;
- Crainte du patient : pour le patient, la délivrance au comptoir est une situation avec un aspect public, le mettant dans un état anxieux. Cette anxiété pouvant rendre difficile l'interaction avec le pharmacien/préparateur d'après les prescripteurs.

d. Avis et ressenti des professionnels de santé concernant la législation :

La 4^{ème} partie du questionnaire se consacrait à l'avis et au ressenti des prescripteurs au sujet du décret n°2023-81. Il a tout d'abord été demandé aux répondants s'ils étaient favorables à la mise en place de cette loi. L'intégralité des participants ayant répondu aux questionnaires ont répondu être favorables à la mise en place du décret n° 2023-81 (n= 46).

Parmi les 34 justifications, il a été mis en évidence les thèmes suivants :

- Amélioration de l'accès : permet un meilleur contrôle des naissances pour toutes, même pour ceux avec des moyens limités ;
- Amélioration de l'autonomie des patientes ;
- Diminution de la part émotionnelle et anxieuse dans l'acte de la demande de CU a comptoir ;
- Solution face au manque de prescription de CU ;
- Solution contre les grossesses non désirées / IVG ;
- Attention au mésusage : la CU est une méthode exceptionnelle de rattrapage.

Les participants ont été ensuite interrogés sur l'impact perçu du décret n°2023-81 sur l'utilisation de la CU. Selon leurs réponses, une majorité de 69,6 % des participants (n= 32) estime que le décret peut impacter l'utilisation de la CU, tandis que 30,4 % sont d'un avis contraire (n=14) (Figure 22).

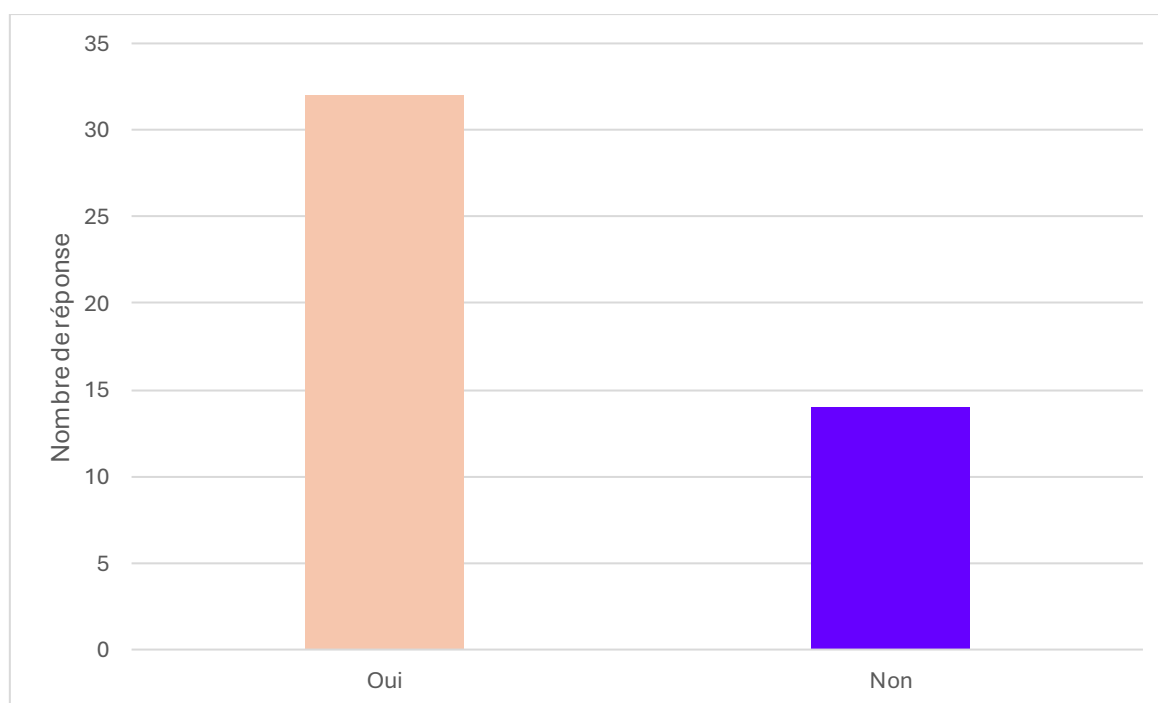


Figure 22 : Influence du décret sur l'utilisation de la contraception d'urgence : avis des prescripteurs

Les thèmes suivants ont été évoqués par les participants concernant les impacts potentiels de cette loi :

- Risques accrus : l'amélioration de l'accessibilité pourrait entraîner une augmentation du mésusage, de la surutilisation et du risque d'EI ;
- Prévention des IVG : la CU est une méthode de rattrapage essentielle pour éviter le recours aux IVG ;
- Rôle clé des pharmaciens : la surveillance et la régularisation de l'utilisation des médicaments doit être contrôlée par les pharmaciens ;
- Importance des conseils lors de la délivrance

e. Impact de la loi vis-à-vis des DIU en cuivre :

La dernière partie du questionnaire portait spécifiquement sur le DIU au cuivre, méthode de contraception d'urgence encore peu utilisée à l'heure actuelle malgré son efficacité. Il a tout d'abord été demandé aux prescripteurs s'ils pensaient que les patientes étaient suffisamment informées sur la possibilité d'utiliser un DIU au cuivre comme CU. Pour cette première question, 91,3 % des participants (n= 42) estiment que les patientes ne sont pas suffisamment informées, contre 8,7 % (n= 4) qui pensent le contraire (Tableau X).

Par la suite, le questionnaire s'est intéressé à savoir si les prescripteurs évoquent la possibilité d'utiliser un DIU au cuivre comme contraception. Pour cette question, 91,3 % (n= 42) des participants ont affirmé le mentionner comme méthode de contraception contre 8,7 % (n= 4) qui ne l'évoquent pas (Tableau X). Cependant, lorsqu'il leur a été demandé s'ils évoquaient le DIU au cuivre pour une CU, seulement 56,5 % des participants (n=26) ont répondu par l'affirmatif, tandis que 43,5 % (n= 20) ne le proposent pas aux patientes (Tableau X). Ainsi, une grande partie des prescripteurs n'informent pas les patientes de la possibilité du DIU au cuivre comme méthode de CU.

Tableau X : Comparaison de la prescription de DIU au cuivre pour une contraception VS une contraception d'urgence

Nombre participant n (%)	46 (100 %)
Pensez-vous que les patientes sont suffisamment informées sur la possibilité du DIU comme CU ?	n (%)
Oui	4 (8,7 %)
Non	42 (91,3 %)
Evoquez-vous le DIU au cuivre comme possibilité lors d'une demande de contraception ?	n (%)
Oui	42 (91,3 %)
Non	4 (8,7 %)
Evoquez-vous le DIU au cuivre comme possibilité lors d'une demande de contraception d'urgence ?	n (%)
Oui	26 (56,5 %)
Non	20 (43,5 %)

Le questionnaire s'est ensuite intéressé aux nombres de participants ayant reçu des demandes spontanées des patientes de DIU au cuivre comme CU. Ainsi, 10,9 % (n= 5) des participants ont eu des demandes spontanées face à 89,1 % (n= 41) des participants qui n'en ont pas eu (Figure 23). Ces chiffres montrent ainsi le manque d'information de la part des patientes sur la possibilité du DIU comme moyen de CU.

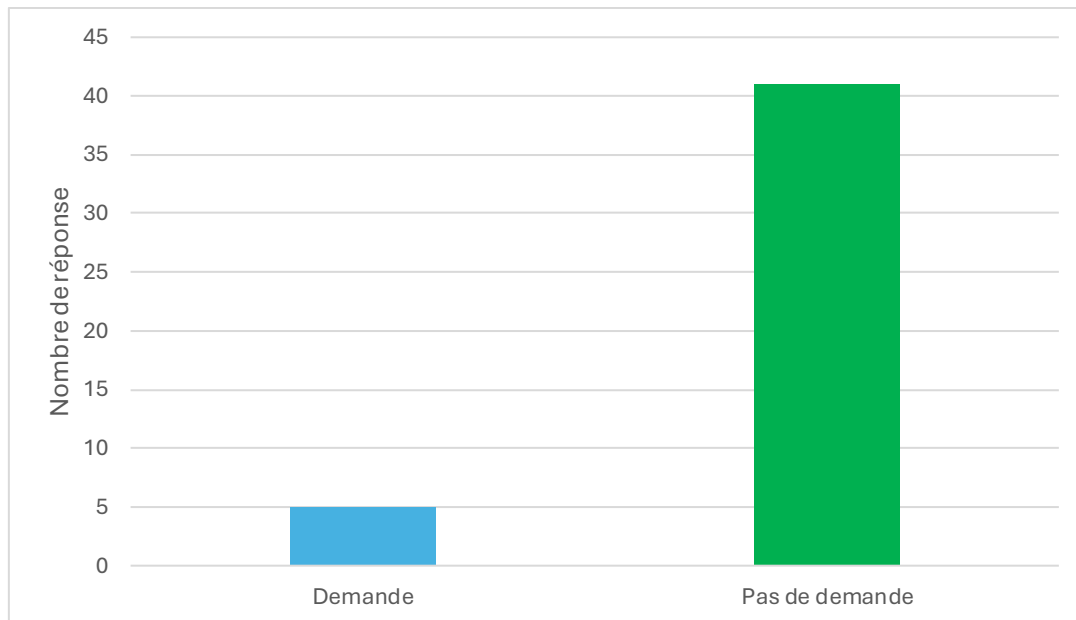


Figure 23 : Nombre de participants rapportant des demandes spontanées de DIU au cuivre comme contraception d’urgence

Il a ensuite été demandé aux prescripteurs s’ils prescrivaient des DIU au cuivre dans le cadre de CU lors de demandes spontanées des patientes. Sur les 23 réponses obtenues, 73,9 % des participants (n= 17) ont répondu par l’affirmative, tandis que 26,1 % (n= 6) ont indiqué ne pas le faire (Figure 24).

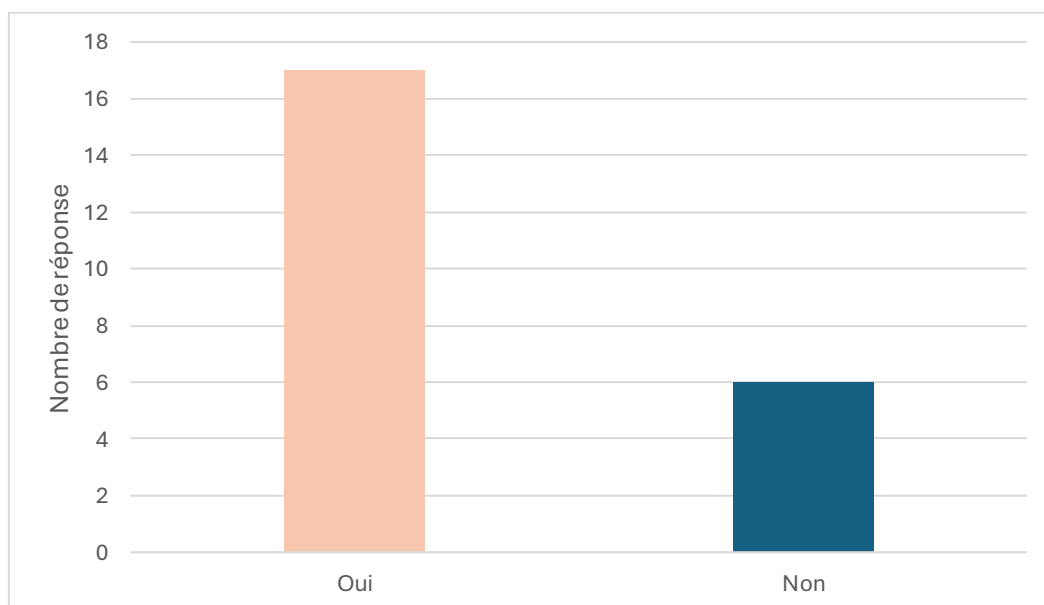


Figure 24 : Nombre de participants prescrivant des DIU au cuivre dans le cadre d’une CU sur demandes spontanées des patientes

Pour terminer ce questionnaire, il a été demandé uniquement parmi les prescripteurs pouvant réaliser la pose de stérilet s'ils avaient observé une variation du nombre de pose de stérilet dans le cadre d'une CU depuis la mise en place du décret. Sur 24 réponses, 62,5 % (n= 15) ont indiqué réaliser autant de pose de stérilet qu'avant, alors que 37,5 % (n= 9) ont observé une diminution du nombre d'actes (Figure 25).

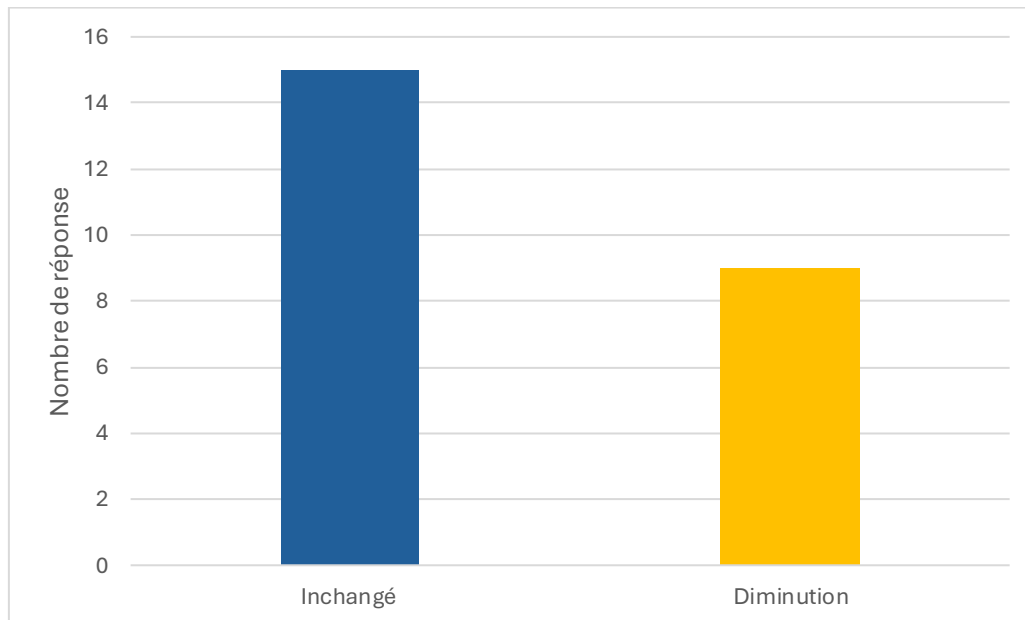


Figure 25 : Variation du nombre de pose de DIU au cuivre dans le cadre d'une contraception d'urgence depuis la mise en place du décret n°2023-81

On observe ainsi une diminution significative de la pose de stérilet au cuivre dans le cadre d'une CU chez les praticiens pouvant réaliser la pose.

IV. Discussion :

La présente étude visait à évaluer l'impact du décret n°2023-81, instaurant le remboursement intégral de la CU, sur les pratiques des professionnels de santé en région Centre-Val de Loire. Les résultats, obtenus auprès d'un échantillon de participants composé de médecins généralistes, sages-femmes et internes, offrent un aperçu des changements perçus et des opinions exprimées concernant la prescription et l'utilisation de la CU.

a. Limitation de l'échantillon :

Le faible taux de participation (46 réponses) parmi les praticiens prescripteurs de la région Centre-Val de Loire compromet la généralisation des résultats concernant les pratiques de prescription de la CU. La répartition des participants, avec une proportion significative d'internes en médecine générale (un quart), soulève des préoccupations quant à la représentativité de l'échantillon.

En effet, les internes, en raison de leur expérience clinique encore limitée, peuvent ne pas avoir une vision aussi nuancée des changements de pratiques induits par le remboursement intégral de la CU depuis janvier 2023. De plus, la participation de sages-femmes hospitalières, dont l'activité est moins centrée sur les demandes de CU, a pu introduire un biais supplémentaire. L'absence de participation de gynécologues médicaux constitue un biais majeur de cette étude. Etant donné leur rôle central dans la primo-prescription de contraceptions, leur absence limite notre compréhension des pratiques, notamment en ce qui concerne la prescription systématique de la CU, une tendance de plus en plus observée en pharmacie. En conséquence, les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence, en tenant compte de ces limites méthodologiques.

b. Connaissance et application du décret :

Bien qu'une majorité de professionnels de santé (80,4 %) soit informée du décret autorisant la délivrance gratuite de la CU, un nombre non négligeable (19,6 %) reste dans l'ignorance de ce changement, effectif depuis janvier 2023. Cette lacune informationnelle soulève des préoccupations sur l'efficacité de la diffusion de l'information. Ce manque d'information peut entraver l'orientation des patients, en particulier ceux aux ressources financières limitées, qui pourraient ne pas être en mesure de se procurer la CU en pharmacie en cas de besoin.

Par ailleurs, une étude complémentaire menée en 2023 auprès des étudiants de l'Université de Franche-Comté sur la contraception et la CU a révélé que seulement 39 % des répondants (n= 837) se sentaient suffisamment informés sur la CU (3). Cette étude souligne un besoin manifeste d'information sur ce sujet. De même, une étude de 2014 menée auprès de 93 hommes âgés de 13 à 24 ans a démontré que les hommes informés de l'existence de la CU étaient plus enclins à discuter de contraception avec leur partenaire et souhaitaient que les professionnels de santé abordent ces sujets (105). Ces deux études convergent vers la nécessité d'une éducation sexuelle inclusive. Les professionnels de santé ont un rôle proactif à jouer dans ce domaine, d'information et de conseil sur la CU, et la contraception de manière générale.

c. Impact sur la demande et la prescription de la contraception d'urgence :

Selon l'étude, la mise en place du décret n'a pas entraîné de changement significatif dans le nombre de demandes et prescriptions de CU. Les professionnels de santé interrogés ont majoritairement indiqué que le nombre de demandes et de prescriptions de CU est resté stable malgré un accès facilité et une prise en charge intégrale par l'assurance maladie (76,1 % pour les prescriptions, 82,6 % pour les demandes). Il a cependant été mis en avant une variation dans les habitudes de prescriptions chez 8,7 % des participants (n= 4).

Malgré sa faible incidence dans l'échantillon, ce changement n'en indique pas moins une volonté de simplification des pratiques professionnelles, avec une uniformisation des pratiques. Cette uniformisation pourrait potentiellement signifier une diminution de l'adaptation de la prescription aux besoins de la patiente (délais après le rapport, interactions médicamenteuses par exemple) par souci de simplification, étant donné l'aspect moins nécessaire d'une prescription avec le remboursement intégral.

Ces résultats suggèrent également que d'autres facteurs influencent ces pratiques, tels que le niveau d'information des patientes, les pratiques de conseil des professionnels de santé ou les éventuelles barrières psychologiques et sociales liées à l'utilisation de la CU (stress, honte, baisse de l'estime de soi etc).

De plus, l'étude met en avant une divergence d'opinions au sein des professionnels de santé concernant la pratique de prescrire systématiquement la CU lors de la primo-prescription contraceptive. Parmi les arguments en faveur se trouvait l'amélioration de l'accessibilité avec une prescription anticipée permettant de raccourcir le délai de prise du comprimé après le RSR. Cette anticipation peut particulièrement être intéressante dans les zones où l'accès aux soins est limité ou en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Le deuxième argument en faveur majoritairement cité était l'aspect préventif : cette prescription systématique peut être considérée comme une mesure préventive, réduisant le risque de grossesses non désirées. C'est également un point de départ pour la discussion autour de la thématique « contraception d'urgence et santé sexuelle » en général.

Le principal argument contre cette prescription systématique est le risque de banalisation de la CU. En effet, certains professionnels participants craignent que la prescription systématique ne banalise l'utilisation de la CU, qui est destinée à être une méthode de rattrapage et non une contraception régulière, poussant les femmes à potentiellement négliger l'utilisation de méthodes contraceptives régulières.

Cette crainte de la banalisation fait notamment écho à un rapport récent de l'OMS datant d'août 2024 révélant des taux élevés de rapports sexuels non protégés chez les adolescents en Europe (106). Ce rapport souligne notamment des lacunes importantes en matière d'éducation complète à la sexualité adaptée à l'âge, y compris l'éducation à la santé sexuelle, et d'accès aux méthodes contraceptives.

d. Rôle de prévention et d'éducation sexuelle :

La plupart des professionnels de santé estiment que leur rôle de prévention n'a pas été affecté par le décret. Ils consacrent toujours autant de temps au dialogue concernant la CU. Ils considèrent de plus que l'éducation sexuelle est une responsabilité partagée entre les prescripteurs et les pharmaciens. Cette idée est en accord avec les nouveaux dispositifs mis en place comme « Mon Bilan Prévention » (107). Ce dispositif permet notamment aux jeunes de 18-25 ans d'avoir rendez-vous avec un professionnel de santé pour discuter sexualité, contraception et comportement à risque. Mettre en avant cet outil de prévention et de dialogue patient-soignant pourrait être un élément moteur dans la prévention des risques liés à des comportements sexuels à risques (IST, grossesses non désirées, etc). Également, depuis le 1^{er} septembre 2024, l'accès direct aux dépistages d'autres IST que le VIH est possible à la demande du patient, sans ordonnance et sans rendez-vous, dans tous les laboratoires de biologie médicale, y compris les laboratoires d'établissements de santé, sans avance de frais pour les moins de 26 ans et pour tous pour le VIH (108).

e. Avis et ressenti des professionnels de santé :

L'étude révèle des avis et des ressentis variés chez les praticiens concernant la législation sur la CU. Une unanimité se dégage quant à l'approbation du décret par les professionnels interrogés. Ils soulignent l'amélioration de l'accès à la CU, favorisant l'autonomie des patientes et réduisant les inégalités d'accès aux soins. Les praticiens perçoivent ce décret comme une réponse concrète aux difficultés rencontrées par

certaines femmes, en particulier celles ayant des ressources limitées, pour se procurer la CU en temps voulu. Cette mesure contribue selon eux à diminuer le stress et l'anxiété liés à la demande de CU, perçue à juste titre comme une situation d'urgence.

Les opinions divergent cependant quant à l'impact du décret sur l'utilisation effective de la CU. Une majorité de praticiens (69,9 %) estime que le décret a modifié les habitudes d'utilisation, tandis que 30,4 % n'ont pas constaté de changement significatif. La majorité souligne les risques de mésusage et de surutilisation de la CU, en raison de sa disponibilité accrue. Ils insistent sur la nécessité d'un accompagnement adéquat pour éviter une banalisation de cette méthode. Ils mettent en avant un rôle crucial des pharmaciens et des préparateurs dans la surveillance et la régularisation de l'utilisation de la CU, ainsi que l'importance des conseils prodigués lors de la délivrance sans pour autant arriver à un discours jugeant ou moralisateur pouvant être contreproductif envers les patientes et leur situation.

f. Impact sur le DIU au cuivre :

Selon les prescripteurs, les patientes sont considérées comme insuffisamment informées sur la possibilité d'utiliser le DIU au cuivre comme option de CU. Cette information insuffisante est d'autant plus préoccupante que le DIU est une méthode de CU très efficace, souvent plus que la contraception orale d'urgence (62). Ce dernier est principalement présenté et utilisé comme une méthode de contraception régulière de la part des prescripteurs. Bien que cela soit approprié, cela éclipse son potentiel en tant que CU, privant potentiellement les femmes d'une opportunité unique de transition vers une contraception à long terme. Dans les situations d'urgence, lorsque les femmes sont confrontées à un risque de grossesse non désirée, la pose d'un DIU au cuivre peut non seulement prévenir la grossesse immédiate, mais également fournir une contraception continue. Cela est particulièrement bénéfique pour les femmes sans contraception régulière, ou avec une contraception inadaptée à leur style de vie ou à leurs besoins, qui souhaitent une contraception à long terme et très efficace. Le questionnaire met aussi en avant qu'une partie des professionnels recevant des demandes spontanées de DIU refusent de les prescrire.

Une meilleure information et une promotion accrue du DIU au cuivre comme CU pourraient améliorer l'accès à la CU et réduire les taux de grossesses non désirées en présentant une méthode différente pour les femmes, notamment pour les femmes ayant des retenues vis-à-vis des méthodes hormonales. L'amélioration de l'information peut passer par des campagnes d'information ciblées, des formations pour les professionnels de santé ou encore l'intégration de l'information sur le DIU en cuivre dans les consultations de contraception.

V. Conclusion de l'étude :

Cette étude menée auprès de professionnels de santé en région Centre-Val de Loire visait à évaluer l'impact du décret n°2023-81 sur les pratiques relatives à la CU. Les résultats obtenus, bien que limités par la taille et la composition de l'échantillon, mettent en lumière plusieurs points importants. Tout d'abord, bien que la majorité des professionnels de santé soit informée du décret, une minorité significative reste dans l'ignorance de ce changement, soulignant un besoin d'amélioration de la diffusion de l'information.

Ensuite, l'étude n'a pas révélé de changement notable dans les habitudes de prescription et de demande de CU suite à la mise en place du décret. Cela suggère que d'autres facteurs, tels que le niveau d'information des patientes et des pratiques de conseil des professionnels, pourraient jouer un rôle plus déterminant. Par ailleurs, une divergence d'opinion existe quant à la prescription systématique de la CU lors de la primo-prescription contraceptive, reflétant des approches différentes en matière de soins de santé sexuelle. Enfin, l'étude souligne une sous-utilisation du DIU en cuivre comme option de CU, malgré son efficacité et son potentiel en tant que méthode de contraception à long terme.

Conclusion :

La CU représente un enjeu majeur de santé publique, offrant une solution majeure pour prévenir les grossesses non désirées après un RSR ou un échec contraceptif. Dans le contexte du décret n°2023-81 qui a instauré le remboursement intégral de la CU afin d'en améliorer son accessibilité, cette étude s'est attachée à évaluer l'impact de cette mesure sur les pratiques des prescripteurs en région Centre-Val de Loire. La question centrale était de déterminer si ce changement de politique avait entraîné une modification des habitudes de prescriptions de la CU ainsi que des demandes.

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en lumière plusieurs aspects importants. Bien que les éléments du décret soient globalement bien connus par les professionnels de santé interrogés, une proportion non négligeable reste insuffisamment informée, soulignant la persistance d'un besoin de communication efficace parmi les professionnels. Par ailleurs, l'étude n'a pas révélé de changement radical dans les pratiques de prescription et de demande de CU, suggérant que le remboursement intégral n'est pas le seul facteur déterminant. Enfin, elle a confirmé une sous-utilisation relative du DIU en cuivre comme méthode de CU, malgré ses avantages reconnus, et a mis en évidence des divergences d'opinions quant à la prescription systématique de CU lors de la primo-prescription contraceptive.

Ces résultats s'inscrivent dans un contexte plus large de réflexion sur l'accès à la contraception et les comportements en matière de santé sexuelle. Ils soulignent la complexité des facteurs influençant les pratiques des professionnels de santé, où la connaissance des politiques de santé n'est qu'un élément parmi d'autres. Les pratiques, les attitudes des soignants auprès des patientes ainsi que les préjugés ou encore le niveau de connaissances des patientes jouent également un rôle déterminant. De plus, la sous-utilisation du DIU en cuivre comme CU met en évidence un potentiel inexploité pour une méthode efficace et durable, ce qui pourrait avoir des implications importantes en termes de santé reproductive à long terme.

Cette étude ouvre plusieurs perspectives de recherche. Il serait pertinent d'approfondir l'analyse des freins et des leviers à l'utilisation du DIU en cuivre comme CU, en intégrant les points de vue des patientes et en explorant les stratégies pour surmonter les obstacles à sa mise en place. Des recherches qualitatives pourraient également apporter un éclairage précieux sur les représentations et les croyances des patientes concernant la contraception et la CU, afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation de ces dernières. Enfin, une évaluation à long terme de l'impact du remboursement intégral sur les taux de grossesses non désirées et d'IVG permettrait de mesurer pleinement l'efficacité de cette politique de santé publique et de déterminer les autres facteurs décisifs.

En conclusion, cette recherche contribue à une meilleure compréhension des pratiques actuelles en matière de CU et met en évidence les défis persistants pour optimiser son accès et son utilisation. Elle souligne l'importance d'une approche globale, qui combine l'information des professionnels de santé et des patientes, la formation continue et la prise en compte des différents facteurs qui influencent les décisions en matière de santé reproductive.

Annexe :

Annexe 1 : Flyers contraception d'urgence

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

Le saviez-vous ?

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

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

La contraception d'urgence

Votre pharmacien vous informe et vous conseille

Contacts utiles

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

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

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

Pour en savoir plus :

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

Tous les médicaments de contraception d'urgence peuvent être obtenus en pharmacie sans ordonnance et sans avance de frais.

Pour les mineures, ils sont délivrés de façon anonyme.

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

Attention

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

Attention

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

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

Comment prendre le contraceptif d'urgence ?

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

➤ Prenez le comprimé le plus tôt possible après le rapport sexuel non protégé et au plus tard :

- dans les 3 jours après le rapport si le comprimé contient du lévonorgestrel
- dans les 5 jours* après le rapport si le comprimé contient de l'ulipristal acétate.

➤ En cas de vomissements survenant dans les 3 heures après la prise du comprimé, il est nécessaire de prendre un comprimé de remplacement (retournez voir votre pharmacien).

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

* La pose d'un dispositif intra-utérin (stérilet) est également très efficace en contraception d'urgence pendant ces 5 jours. 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 santé sexuelle pour une consultation qui vous permettra :

- de choisir une contraception régulière plus efficace qui pourra être associée aux préservatifs indispensables pour prévenir les IST ;
- de vérifier que vous n'avez pas été contaminée par une IST (SIDA, hépatite B, chlamydiae, herpès génital...).

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

En surveillant l'apparition des prochaines règles.

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

Attention

➤ Si vous ne pouvez pas prévoir la date de vos règles parce qu'elles sont irrégulières, faites un test de grossesse 3 semaines après la date du dernier rapport non protégé.

➤ Si vos règles arrivent à la date prévue MAIS vous paraissent anormales (moins abondantes, de durée prolongée...) ou accompagnées de douleurs inhabituelles, consultez rapidement un médecin.

Questionnaire sur la prescription des contraceptifs d'urgence :

1) <u>Présentation :</u>

Bonjour,

Je suis un pharmacien diplômé en juin 2024 et je réalise une thèse de Docteur en Pharmacie sur l'impact de la loi du 23 décembre 2022 sur la contraception d'urgence.

Depuis février 2023, le décret n° 2023-81, complétant l'article 32 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2023, rend la délivrance des contraceptifs d'urgence gratuite et accessible à toutes les femmes en pharmacie d'officine, sans condition d'âge ou de prescription médicale.

Ce questionnaire vise à évaluer l'impact de cette loi sur les pratiques des professionnels de santé en matière de contraception d'urgence, ainsi que sur les demandes des patientes.

Merci de votre participation.

- Votre Spécialité :

- ☐ Gynécologue / Obstétricien
- ☐ Médecin Généraliste (zone urbaine)
- ☐ Médecin Généraliste (zone rurale)
- ☐ Médecin Généraliste (zone semi-rurale)
- ☐ Interne (médecine générale, gynécologie/obstétrique)
- ☐ Sage-Femme

- Avez-vous connaissance du décret n° 2023-81 permettant la délivrance gratuite de contraceptifs d'urgence sans condition d'âge ou de prescription ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

2) <u>Impact sur la demande et la prescription des contraceptifs d'urgence :</u>

Depuis la mise en place du décret n°2023-81 en février 2023, trouvez-vous qu'il y a eu :

- **Une modification de la quantité de contraceptifs d'urgence prescrits ?**
 - Augmentation des prescriptions
 - Diminution des prescriptions
 - Autant de prescriptions

- **Une modification de la demande de contraceptif d'urgence ?**
 - Augmentation de la demande
 - Diminution de la demande
 - Autant de demande

- **Prescrivez-vous désormais une contraception d'urgence systématiquement lors de la primo-prescription d'une contraception chez une femme en âge de procréer ?**
 - Oui
 - Non

- **Que pensez-vous de cette démarche ?**

.....

- **Avant la mise en place du décret n°2023-81, aviez-vous l'habitude de prescrire une seule et même contraception d'urgence ?**
 - Oui
 - Non

- **Depuis la mise en place du décret n°2023-81, avez-vous pris l'habitude de prescrire une seule et même contraception d'urgence ?**
 - Oui
 - Non

- **Si non, quelle est votre démarche ? Adaptez-vous votre prescription aux recommandations, à la patiente ou même à sa demande spontanée ?**
.....

- **Pensez-vous que le pharmacien peut désormais substituer votre prescription sans votre accord préalable ?**
 - Oui
 - Non

- **Développez votre réponse en quelques mots :**
.....

3) Prévention et Education Thérapeutique :

Depuis la mise en place du décret n°2023-81 :

- **Avez-vous ressenti un impact dans votre rôle de prévention vis-à-vis de la contraception d'urgence ?**
 - Oui
 - Non

- **Si oui, quelle modification cela a entraîné sur votre rôle de prévention ?**
.....

- **Consacrez-vous toujours le même temps qu'avant début 2023 pour dialoguer au sujet de la contraception d'urgence avec vos patientes ?** (Modalité de prise, contre-indication ...)
 - Oui
 - Non

- **Si non, pourquoi ?**
.....

- **Pensez-vous qu'en tant que prescripteur majeur/principal des contraceptifs d'urgences, votre rôle est toujours aussi prépondérant ?**
 - Oui
 - Non

- **Pensez-vous que l'éducation thérapeutique liée aux contraceptifs d'urgence doit être laissée uniquement aux pharmaciens ?**
 - Oui
 - Non

- **Si non, pourquoi ?**
.....

- **Pensez-vous que l'information concernant le remboursement intégral de la contraception d'urgence a été suffisamment relayée par les médias ?**
 - Oui
 - Non

4) **Votre avis concernant la Loi :**

- **Etes-vous favorable à cette loi ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

- **Pour quelle raison ?**

.....

- **Pensez-vous que cette loi peut impacter l'utilisation de la contraception d'urgence** (augmentation/diminution des consommations, mésusage, prises successives dans un même cycle...) ?

.....

- **Quel est votre avis sur le remboursement total de la contraception d'urgence ?**

.....

5) **Concernant la prescription de stérilet en cuivre ?**

Seule méthode de contraception d'urgence nécessitant une prescription pour pouvoir être délivrée ce jour :

- **Pensez-vous que vos patientes sont informées sur la possibilité d'utiliser le stérilet en cuivre comme contraception d'urgence ?**

.....

- **Évoquez-vous le DIU en cuivre comme possibilité lors d'un changement de méthode de contraception ?**

.....

- **Évoquez-vous le DIU en cuivre comme possibilité lors d'une demande de contraception d'urgence ?**

.....

- **Avez-vous eu des demandes spontanées par vos patientes de prescription d'un stérilet en cuivre comme méthode contraceptive d'urgence ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

- **Si oui : Proposez-vous/Prescrivez-vous cette méthode de contraception d'urgence en cas de demande spontanée par vos patientes à la suite d'un rapport à risque ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

- **Pour les prescripteurs réalisant la pose de stérilet : réalisez-vous autant de pose de stérilet en cuivre comme contraception d'urgence qu'avant ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

6) Fin du Questionnaire

Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration à la réponse de ce questionnaire.

Vous trouverez ci-dessous un espace pour vos remarques ou commentaires, au cas où vous n'auriez pas pu les exprimer précédemment.

Bonne journée à vous !

- **Commentaire et Remarques :**

.....

Annexe 3 : Lettre d'information envoyée avec le questionnaire

Lettre d'Information

Bonjour,

Pharmacien diplômé en juin 2024, je réalise un questionnaire sur l'impact du décret n° 2023-81 mis en place en début 2023 permettant la délivrance gratuite de la contraception d'urgence sans condition d'âge ou de prescription dans le cadre de ma thèse de docteur en Pharmacie.

Ce questionnaire porte notamment sur l'impact chez les différents prescripteurs de la région Centre-Val de Loire.

Ce questionnaire d'une dizaine de minutes permet de revenir sur la modification des demandes des patientes, des pratiques de prescription des professionnels de santé (Gynécologue/Obstétriciens, médecin généraliste et Sage-Femme), ainsi que de l'avis de ces derniers sur cette loi.

Voici un lien URL menant au questionnaire : <https://forms.gle/ZxTaXWzbexQZDPkP6>

Je vous remercie pour votre temps,

Bonne journée à vous,

Cordialement,

Antoine Pétusseau

Bibliographie :

1. Inserm [Internet]. Contraception. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
2. SPF. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/l-utilisation-de-la-contraception-d-urgence-en-france-metropolitaine-en-2016-niveau-et-determinants>
3. Catilaz A. Perceptions et connaissances de la contraception d'urgence: enquêtes auprès des étudiantes de l'Université de Franche-Comté, des pharmaciens d'officine et préparateurs en pharmacie francs-comtois [Internet]. 2023. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04336358v1/file/CATILAZ_Alison_Pharmacie_2023.pdf
4. Contraception d'urgence [Internet]. [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
5. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240924_ER_Nombre_IVG
6. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG [Internet]. 2011; Disponible sur: <https://bibliotheque.insee.net/INSEE/doc/SYRACUSE/100066/circonstances-des-echecs-et-prescription-contraceptive-post-ivg-analyse-des-trajectoires-contracepti>
7. Aubin C. La prévention des grossesses non désirées [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: https://ors-promotionsante-pdl.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12234
8. HAS. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance
9. Darvoy E. Recommander les bonnes pratiques : Contraception d'urgence. 2013; Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
10. Kolanska K, Faucher P, Daraï É, Bouchard P, Chabbert-Buffet N. La contraception d'urgence - Une longue histoire. Med Sci (Paris). 1 août 2021;37(8-9):779-84.

11. Comprendre la contraception d'urgence [Internet]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/la-contraception-d-urgence/contraception-d-urgence-comment-ca-marche>
12. Contraception d'urgence hormonale gratuite [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/contraception-urgence/contraception-urgence-gratuite>
13. Légifrance Décret n° 2023-81 du 6 février 2023 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la contraception d'urgence et aux transports sanitaires [Internet]. 2023-81 févr 6, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047106646>
14. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/le-nombre-des-interruptions-volontaires-de>
15. IGAS. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/rm2009-104a_la_prevention_des_grossesses_non_desirees___contraception_et_contraception_d_urgence_1_.pdf
16. Nathalie B, Caroline M. France - FECOND « Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles » en France métropolitaine - Volet Population Générale (2009-2011). Disponible sur: <https://data.ined.fr/index.php/catalog/61>
17. SPF. Baromètre de Santé publique France 2016. Contraception. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-de-sante-publique-france-2016.-contraception.-la-contraception-d-urgence-des-delaix-de-prise-toujours-sous-estimes>
18. ONU France [Internet]. 2024. Baisse alarmante de l'utilisation du préservatif chez les ado. Disponible sur: <https://unric.org/fr/baisse-alarmante-de-lutilisation-du-preservatif-chez-les-ado/>
19. CNGOF [Internet]. LE CYCLE MENSTRUEL. Disponible sur: <https://cngof.fr/espace-grand-public/le-cycle-menstruel/>
20. La physiologie et la physiopathologie des ovaires [Internet]. [cité 30 janv 2025]. Disponible sur: <https://fac.umc.edu.dz/snv/bibliotheque/biblio/mmf/2019/La%20physiologie%20et%20la%20physiopathologie%20des%20ovaires.pdf>
21. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. Endocrinologie de la reproduction féminine - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et->

obstétrique/endocrinologie-de-la-reproduction-féminine/endocrinologie-de-la-reproduction-féminine

22. VIDAL [Internet]. Les hormones féminines et le cycle menstruel. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/hormones-feminines-cycle-menstruel.html>
23. Nagwa. Fiche explicative de la leçon: Cycle menstruel [Internet]. Disponible sur: <https://www.nagwa.com/fr/explainers/209146190785/>
24. Société canadienne du cancer. Société canadienne du cancer. 2020. Organes sexuels et appareil reproducteur féminins. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/what-is-cancer/female-sex-organs-and-reproductive-system>
25. Bourgeois D. Les ovaires : Rôles des ovaires, anatomie & fonctions [Internet]. Centre de Chirurgie de la femme. 2023. Disponible sur: <https://chirurgiefemme-paris.fr/cancer-des-ovaires/organe-des-ovaires/>
26. Britannica. Ovary | Animal & Human [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.britannica.com/science/ovary-animal-and-human>
27. L'ovaire, qu'est-ce que c'est ? - Cancer de l'ovaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-ovaire/Les-ovaires>
28. Société canadienne du cancer. Société canadienne du cancer. L'utérus. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/uterine/what-is-uterine-cancer/the-uterus>
29. Utérus et endomètre [Internet]. Disponible sur: <https://centrescancer.chuv.ch/organe/uterus-et-endometre/>
30. Qu'est-ce que le col de l'utérus ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Le-col-de-l-uterus>
31. Futura [Internet]. Vagin. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/corps-humain-vagin-6141/>
32. Société canadienne du cancer. Le vagin [Internet]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/vaginal/what-is-vaginal-cancer/the-vagina>
33. Aelbrecht G. La contraception d'urgence : évolution et prise en charge à l'officine. Enquête auprès des patientes et des professionnels de santé. [Internet]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2017/2017LIL2E158.pdf

34. Hamilton KJ, Hewitt SC, Arao Y, Korach KS. Estrogen Hormone Biology. Curr Top Dev Biol. 2017;125:109-46.
35. Cooke ID. The corpus luteum. Hum Reprod. févr 1988;3(2):153-6.
36. Channing CP, Schaerf FW, Anderson LD, Tsafiriri A. Ovarian follicular and luteal physiology. Int Rev Physiol. 1980;22:117-201.
37. Le cycle ovarien : comprendre ses phases et ses impacts [Internet]. Fiv.fr. 2025. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/cycle-ovarien-comprendre-ses-phases-et-ses-impacts/>
38. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. Les faits en bref: Appareil génital féminin. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/les-faits-en-bref-problemes-de-sante-de-la-femme/biologie-de-l-appareil-genital-feminin/appareil-genital-feminin>
39. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. Le cycle menstruel - Problèmes de santé de la femme. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/problemes-de-sante-de-la-femme/biologie-de-l-appareil-genital-feminin/le-cycle-menstruel>
40. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=%C5%93stradiol>
41. Benchimol. Ovulation [Internet]. Disponible sur: <https://www.docteur-benchimol.com/ovulation.html>
42. Qu'est-ce que l'ovulation ? Signes, symptômes et science. [Internet]. Disponible sur: <https://helloclue.com/fr/articles/fertilite/ovulation-de-quoi-s-agit-il-exactement-et-comment-la-reconnaitre>
43. Physiologie - Centre FIV - Médecine de la Reproduction [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.fivbordeaux.com/physiologie/>
44. lab-cerba. Inhibines. Disponible sur : <https://documents.lab-cerba.com/files/FR/0312F.pdf>.
45. Kara-Zaitri MA. Corps Jaune [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.dr-karazaitri-ma.net/physiologie/corps-jaune/>
46. AquaPortail [Internet]. Syncytiotrophoblaste : définition et explications. Disponible sur: <https://www.aquaportail.com/dictionnaire/definition/12115/syncytiotrophoblaste>
47. Qu'est-ce que le corps jaune (corpus luteum)? [Internet]. Instituto Bernabeu – Clínicas de reproducción asistida. 2021. Disponible sur: <https://www.institutobernabeu.com/fr/blog/quest-ce-que-le-corps-jaune-corpus-luteum/>

48. Transformation cyclique dans les ovaires [Internet]. Disponible sur:
https://ressources.unisciel.fr/DAEU/biologie/P2/co/P2_chap2_c10.html
49. VIDAL [Internet]. La pilule du lendemain. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/pilule-lendemain.html>
50. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. Recommandations de bon usage des contraceptifs oraux. Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/focus-medicaments/article/recommandations-de-bon-usage-des-contraceptifs-oraux>
51. Notice patient - LEVONORGESTREL BIOGARAN 1,5 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments [Internet]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?typedoc=N&specid=65357943>
52. VIDAL [Internet]. Lévonorgestrel : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/levonorgestrel-2086.html>
53. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. Disponible sur: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0235171.htm>
54. Lévonorgestrel – Allaitement [Internet]. Le CRAT. 2025. Disponible sur:
<https://www.lecrat.fr/6254/>
55. Résumé des caractéristiques du produit - ULIPRISTAL ACETATE EXELTIS 30 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62621512&typedoc=R>
56. VIDAL [Internet]. ELLAONE 30 mg cp pellic. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/medicaments/ellaone-30-mg-cp-pellic-187162.html>
57. Nallasamy S, Kim J, Sitruk-Ware R, Bagchi M, Bagchi I. Ulipristal blocks ovulation by inhibiting progesterone receptor-dependent pathways intrinsic to the ovary. *Reprod Sci.* avr 2013;20(4):371-81.
58. ellaOne Package leaflet [Internet]. Disponible sur: https://www.hra-pharma.com/PIL/BE/FR_BE.html
59. European Commission. ellaone. Disponible sur :
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220216154631/anx_154631_fr.pdf.
60. Ulipristal acétate – Allaitement [Internet]. Le CRAT. 2025. Disponible sur:
<https://www.lecrat.fr/6272/>

61. VIDAL [Internet]. CCD UT380 STANDARD disp IU avec kit de pose - Parapharmacie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/ccd-ut380-standard-disp-iu-avec-kit-de-pose-201485.html>
62. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. Dispositif intra-utérin (DIU) - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/planning-familial/dispositif-intra-utérin-diu>
63. CBIP [Internet]. CBIP | DIU au cuivre (“stérilet au cuivre”). Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/chapters/7?frag=20776>
64. La contraception par stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU) [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/contraception/contraception-sterilet>
65. Contre indications à l'utilisation du Stérilet | Centre IÉNA Gynécologie Obstétrique (I. GO) [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.igogyneco.com/activites-medicales/pathologies-gynecologiques/le-sterilet/contre-indications-l%E2%80%99utilisation-du-ste-0>
66. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJS, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 13 févr 2010;375(9714):555-62.
67. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*. 15 juin 2010;340:c2573.
68. Lobert M, Pigeyre M, Gronier H, Catteau-Jonard S, Robin G. Contraception et obésité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 nov 2015;43(11):740-7.
69. Levonorgestrel and ulipristal remain suitable emergency contraceptives for all women, regardless of bodyweight.
70. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. Contraception d'urgence - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/planning-familial/contraception-d-urgence>
71. Qu'est ce que le DIU ou aussi appelé stérilet ? - Choisir sa contraception [Internet]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/tous-les-modes-de-contraception/le-diu-dispositif-intra-uterin-sterilet-comment-ca-marche>
72. Stérilet en cuivre ou stérilet hormonal : lequel choisir ? [Internet]. Disponible sur: https://info.medadom.com/sante_decomplexee/choisir-sterilet

73. Amat L, Bulach A, Leclercq M, Mesrine S, Scheffler F, Sperandeo D, et al. Bénéfices non contraceptifs des contraceptions. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018;46(12):883-8.
74. Universalis E. Encyclopædia Universalis. [cité 12 mai 2025]. CONTRACEPTION HORMONALE : Contraception d'urgence. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/contraception-hormonale/8-contraception-d-urgence/>
75. Guen ML. Évolution des usages contraceptifs - Une pratique millénaire et deux révolutions. Med Sci (Paris). 1 juin 2021;37(6-7):641-6.
76. Contrôle des naissances en Europe du XIXe au XXle siècle | EHNE [Internet]. Disponible sur: <https://ehne.fr/fr/encyclopedie/th%C3%A9matiques/genre-et-europe/de-la-transition-d%C3%A9mographique-aux-r%C3%A9volutions-sexuelles/le-contr%C3%B4le-des-naissances-en-europe-du-xixe-au-xxie-si%C3%A8cle>
77. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation - Focus - Les mémos de la démo. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/cinquante-ans-de-contraception-legale-en-france/>
78. La pilule ou la fécondation enfin maîtrisée [Internet]. Disponible sur: <https://www.alphanet.ch/~scream/absolut/index.html>
79. 1967_legalisation_pilule.pdf [Internet]. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/1967_legalisation_pilule.pdf
80. ARS. Agence régional de Santé Auvergne-Rhone-Alpes. 50 ans de liberté et de droits. Affiche. Disponible sur : https://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/ARS25_affiche_40x60_VF.pdf.
81. Delbanco TL, Daley J. Through the patient's eyes: Strategies toward more successful contraception. Obstetrics & Gynecology. 1 sept 1996;88(3, Supplement 1):41S-47S.
82. Statista Daily Data [Internet]. 2025. Infographie: Quelles méthodes de contraception sont les plus utilisées en France ? Disponible sur: <https://fr.statista.com/infographie/33141/methodes-de-contraception-les-plus-courantes-en-france>
83. CNOP [Internet]. Contraception d'urgence : 100 % prise en charge par l'Assurance maladie. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/contraception-d-urgence-100-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie>

84. Contraception : dispositifs et remboursements [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception>
85. Liberté recours IVG dans la Constitution avortement Loi du 8 mars 2024 | vie-publique.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/292357-liberte-recours-ivg-dans-la-constitution-avortement-loi-du-8-mars-2024>
86. Legifrance. Journal Officiel Lois et décrets n°0208 du 01/08/1920. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=NVQQ9A4otOxjmx46@5hL>
87. Article 317 - Code pénal (ancien) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006490192/1984-01-01
88. Sénat [Internet]. 2023. Rapport d'information sur la proposition de loi relative à la contraception d'urgence. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r00-043/r00-043.html>
89. Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam Plann Perspect*. 1996;28(2):58-64, 87.
90. Avis commission Tetragynon [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct010353.pdf>
91. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. 7 déc 2002;360(9348):1803-10.
92. Thomin A, Keller V, Daraï E, Chabbert-Buffet N. Consequences of emergency contraceptives: the adverse effects. *Expert Opin Drug Saf*. juill 2014;13(7):893-902.
93. VIDAL [Internet]. 2015. ELLAONE 30 mg comprimé (ulipristal) : nouvelle modalité de délivrance sans prescription médicale. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/15304-ellaone-30-mg-comprime-ulipristal-nouvelle-modalite-de-delivrance-sans-prescription-medicale.html>
94. Histoire du Dispositif Intra-Utérin [Internet]. Disponible sur: <https://reseauprosante.fr/articles/show/histoire-du-dispositif-intra-uterin-1072>
95. Turok DK, Gero A, Simmons RG, Kaiser JE, Stoddard GJ, Sexsmith CD, et al. Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception. *N Engl J Med*. 28 janv 2021;384(4):335-44.
96. Et pourquoi pas un DIU au lévonorgestrel en contraception urgence ? | Gynéco Online [Internet]. Disponible sur: <https://www.gyneco-online.com/endocrinologie/et-pourquoi-pas-un-diu-au-levonorgestrel-en-contraception-urgence>

97. Centres de planification et d'éducation familiale | Conseil départemental du Loiret [Internet]. Disponible sur: <https://www.loiret.fr/centres-de-planification-et-education-familiale>
98. Solinhac A. La contraception des jeunes adultes: information, utilisation et satisfaction: à partir d'une étude menée auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01004106/document>
99. DREES. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf>.
100. Rahib D. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016: niveau et déterminants. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/article/l-utilisation-de-la-contraception-d-urgence-en-france-metropolitaine-en-2016-niveau-et-determinants>
101. HAS. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence. [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/note_cadrage_cu_vf.pdf
102. Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence [Internet]. 2002-39 janv 9, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000593371>
103. Cespharm - La contraception d'urgence - dépliant 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/La-contraception-d-urgence-depliant-2023>
104. Section 1 : Délivrance aux mineures des médicaments indiqués dans la contraception d'urgence et non soumis à prescription médicale obligatoire. (Articles D5134-1 à D5134-4) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190713>
105. Richards MJ, Peters M, Sheeder J, Kaul P. Contraception and Adolescent Males: An Opportunity for Providers. *Journal of Adolescent Health*. 1 mars 2016;58(3):366-8.
106. Un nouveau rapport de l'OMS met en avant une baisse alarmante de l'utilisation des préservatifs chez les adolescents et un risque accru d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use--increased-risk-of-sexually-transmitted-infections-and-unintended-pregnancies--reveals-new-who-report>
107. Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/medecin/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles>

108. Dépistage des IST en laboratoire sans ordonnance : Mon test IST [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/laboratoire-danalyses-medicales/exercice-liberal/prise-charge-patients/depistage-ist/mon-test-ist-depistage-en-laboratoire-sans-ordonnance>

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné PETUSSEAU Antoine

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (Décret n°92-657 du 13 juillet 1992)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21502263

N° Thèse : 38

Nom et Prénom : PETUSSEAU Antoine

Sujet :

Impact du remboursement intégral de la contraception d'urgence sur les
pratiques des prescripteurs en région Centre-Val de Loire

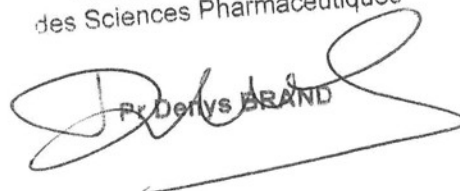
Tours, le : 27/06/2025

Le(s) Directeur(s) de Thèse :
Nom(s) et signature(s)



Vu et transmis :
Le Doyen

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques



Pr Denis BRAND

PETUSSEAU Antoine	N°38
TITRE DE LA THESE	
Impact du remboursement intégral de la contraception d'urgence sur les pratiques des prescripteurs en région Centre-Val de Loire	
RESUME DE LA THESE	
La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage prévenant les grossesses non désirées après un rapport sexuel à risque. Depuis janvier 2023, le décret n°2023-81 a instauré le remboursement intégral de cette contraception, améliorant son accessibilité. Cette étude évalue l'impact de ce changement sur les pratiques des prescripteurs en région Centre-Val de Loire. Les résultats montrent que la majorité des professionnels n'ont pas constaté de changement significatif dans le nombre de prescriptions, bien qu'une minorité ait observé une diminution suggérant une influence limitée du remboursement sur les habitudes de prescription. La majorité continue de considérer leur rôle de prévention comme important et consacre le même temps au dialogue. L'étude révèle également que 10,9 % des participants ont reçu des demandes spontanées de DIU en cuivre comme CU, indiquant un intérêt certain pour cette option. Parmi les prescripteurs pouvant poser un stérilet, 37,5% ont constaté une diminution de ces poses dans le cadre de l'urgence, possiblement liée à la facilité d'accès à la contraception d'urgence hormonale. En conclusion, le remboursement intégral n'a pas significativement modifié les pratiques de prescription, mais a mis en évidence un manque d'information persistant chez certains professionnels, une sous-utilisation du DIU en cuivre comme option d'urgence, et souligne l'importance de l'accompagnement des patientes et de la formation continue des professionnels.	
MOTS-CLES SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUES PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHEQUES UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY :	
Contraception d'urgence, DIU cuivre, remboursement intégral, décret n°2023-81	
JURY :	
PRESIDENT : ENGUEHARD-GUEFFIER Cécile, Pharmacien Enseignant-chercheur, Tours	
MEMBRES :	
GERMON Stéphanie, Pharmacien Enseignant-chercheur, Tours	
MONTEILLER Solène, Pharmacien d'Officine, Paris	
DUQUESNE Pauline, Pharmacien d'Officine, Orléans	
DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : 24 juin 2025 TOURS	