Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 8 avril 2013)

présentée et soutenue publiquement
le 29 novembre 2022 à POITIERS
par **Madame WANG Maëlie**

Contraception Féminine :
Entre représentations socio-culturelles et marché oligopolistique, quelles stratégies les Industriels en Pharmacie peuvent mettre en place pour implanter une nouvelle gamme de contraceptifs en France ?

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur OLIVIER Jean-Christophe

Membres : Monsieur GREGOIRE Nicolas, Maître de conférences
Monsieur BRIQUET Alexandre, Directeur des opérations

Directeur de thèse : Monsieur BRILLAULT Julien, Maître de conférences

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation *(en disponibilité)*
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1er cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1er cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique *(en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)*
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)*
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24**/**11/2023**)**
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, santé publique, biostatistiques et épidémiologie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie **– Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

A Monsieur Olivier Jean-Christophe,

Pour présider mon jury. Je vous remercie de la confiance que vous m'accordez et J'espère que cette thèse vous plaira autant que j'ai aimé la rédiger.

A Monsieur Brillault Julien,

Pour m'avoir fait l'honneur de m'encadrer tout au long de cette thèse. Je vous remercie pour votre gentillesse et votre aide.

A Monsieur Briquet Alexandre et Monsieur Grégoire Nicolas

Pour me faire l'honneur de faire partie de mon jury et pour m'avoir tant appris. Je vous remercie pour les années passées à vos côtés, pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises et pour la qualité de vos conseils.

A l'équipe pédagogique de l'Université de Poitiers,

Pour votre patience, votre disponibilité et vos conseils.

A ma famille,

Pour votre soutien et pour avoir toujours cru en moi. Je vous remercie d'avoir toujours été présents pour moi.

A mes ami(e)s,

Que j'adore et avec qui j'ai passé de magnifiques moments.

TABLE DES MATIERES

LISTES DES ENSEIGNANTS 2

REMERCIEMENTS 5

TABLE DES MATIERES 6

ABREVIATIONS 9

TABLE DES ILLUSTRATIONS 11

INTRODUCTION 13

1. ETAT DES LIEUX DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE 15

1.1. Histoire de la contraception féminine 15

1.2. Les différents types de contraceptifs disponibles en France 16

1.2.1. La contraception hormonale 17

1.2.2. La contraception mécanique 18

1.3. Conditions générales d'accès 21

1.3.1. Prévention de la contraception 21

1.3.2. Prescription, délivrance et pose 22

2. CHOISIR SA CONTRACEPTION : ENTRE ASPIRATION ET APPREHENSION, COMPRENDRE LE PARCOURS-PATIENT 23

2.1. Perception de la contraception féminine et du système de santé 23

2.1.1. Controverses médiatiques et Défiance du Grand Public 23

2.1.1.1. Marion Larat et la pilule Méliane® des laboratoires Bayer 23

2.1.1.2. La pilule Diane® 35 des laboratoires Bayer 24

2.1.1.3. L'implant contraceptif Essure® des laboratoires Bayer 25

2.1.1.4. Influence des controverses médiatiques quant au choix du mode de contraception chez la patiente 26

2.1.2. Des inégalités socio-démographiques 27

2.1.3. Une relation de confiance entre professionnels de santé et patients fragilisée 28

2.1.3.1. Décalage entre représentations socio-culturelles et la réalité 29

2.1.3.2. Polémiques gynécologiques 30

2.2. Les motivations : Comprendre ce qui pousse les jeunes femmes à se diriger vers une contraception 32

2.2.1. Le début de la sexualité, principale motivation pour débuter une contraception 32
2.2.2. Autres indications à la première contraception 35

2.3. Les sources d'informations 36
2.3.1. L'information par les proches et l'environnement familial 36
2.3.2. L'information par les pouvoirs publics 37
2.3.3. L'information par les médias 40
2.3.3.1. La Presse 40
2.3.3.2. Les Médias sociaux et Réseaux sociaux 40
2.3.3.3. Autres médias d'informations 41
2.3.4. Les canaux de communication des industriels à destination du Grand Public 43
2.3.4.1. La publicité 43
2.3.4.2. Programme patient et Associations de patients 43
2.3.4.3. Outils digitaux 44

3. COMPRENDRE LES DIFFERENTS ASPECTS DU MARCHE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE 46

3.1. Chaîne de Valeur 46
3.1.1. Recherche et Développement 46
3.1.2. Accès au marché 47
3.1.3. Production 48
3.1.4. Distribution 49
3.1.5. Usages 50

3.2. Indicateurs du Marché de la Contraception 51
3.2.1. Volume du marché et valeur du marché 51
3.2.1.1. Enjeux de la première contraception 52

3.2.2. Paysage concurrentiel 53
3.2.2.1. Bayer, leader mondial de la contraception 53
3.2.2.2. Organon & Co (anciennement Merck & Co) 54
3.2.2.3. Biogaran 54
3.2.2.4. Theramex ou CVC Partners Capital (anciennement Teva Santé) 54
3.2.2.5. Majorelle 55

3.3. Stratégie « Approche Globale du Marché » ou « Total Market Approach » 55

3.3.1. Concept 55
3.3.2. Elaboration 56
3.3.2.1. Etape 1 : Collecte de données 57
3.3.2.2. Etape 2 : Analyse 60
3.3.2.3. Etape 3 : Recommandations 61

CONCLUSION 64

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 66

RESUME ET MOTS CLES 72

SERMENT 73

ABREVIATIONS

AM : Assurance Maladie

AME : Aide médicale d'Etat

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

ASMR : Amélioration du Service Médicale Rendu

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

CG : Conseil Général

CPF : Centre de Planification Familiale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CSP : Code de Santé Publique

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EMA : European Medical Agency

FIV : Fécondation in Vitro

GERS : Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM-INED : Institut national de la santé et de la recherche médicale - Institut national d'études démographiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCU : Pilule de Contraception d'Urgence ou Pilule du lendemain

PMEs : Petites et Moyennes Entreprises

R&D : Recherche et Développement

SMR : Service Médicale Rendu

TM : Ticket Modérateur

TMA : Total Market Approach ou Approche Marché Total/Global

UNCAM : Union nationale des Caisses d’Assurance Maladie

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Contraception Féminine : Dates-clés. _____ 16

Figure 2. Vente de Diane 35® et de ses génériques entre 2010 à 2020. _____ 25

Figure 3. Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes.Source Enquête Fécond (2013), INSERM-INED___ 27

Figure 4. Recherches internet de l'expression "violences obstétricales" entre avril 2008 et avril 2018. _____ 31

Figure 5. Age médian au premier rapport sexuel en France depuis 1964 jusqu'à 2016. _____ 32

Figure 6. Arbre décisionnel, première contraception chez l'adolescente. _____ 34

Figure 7. Résumé des Axes de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle de 2017-2030 _____ 38

Figure 8. Principales plateformes sociales du marché français. _____ 40

Figure 9. Principaux canaux d'accès à l'actualité. _____ 41

Figure 10. Easy FIV. _____ 44

Figure 11. Application OLI by CDD. _____ 45

Figure 12. Application Moubliba par Pierre Fabre. _____ 45

Figure 13. Accès au marché d'un médicament en France : De l'autorisation de mise sur le marché à la décision de remboursement et de prix. _____ 48

Figure 14. Distribution des médicaments en France. _____ 49

Figure 15. Part de marché des principaux grossistes-répartiteurs en France_____ 50

Figure 16. Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. _____ 52

Figure 17. Répartition du financement des prestations médicales des CPEF en fonction des publics. 58

Figure 18. « Beyond the pills » : des services pouvant s'inscrire tout au long du parcours de santé. 60

LISTE DES FIGURES

Tableau 1. Comparatif des différents modes de contraception en France (hors méthodes naturelles). 20

Tableau 2. Marché de la contraception en France : évolution depuis 2011. 26

Tableau 3. Variables sociales et démographiques associées à la pratique contraceptive en 1978, 1988 et 2000 (résultats des tests des rapports de vraisemblance appliqués aux régressions logistiques). 28

Tableau 4. Rapport de chances relatives (Odds-Ratios Bruts) de recommander une méthode lorsque les médecins l'ont déjà utilisée avec leur partenaire*,**,*** 30

Tableau 5. Pilule hormonale Anti-acné autorisées en France. 35

Tableau 6. Classement des livres portant sur la contraception recommandés par la FNAC. 42

Tableau 7. Répartition des dépenses de R&D des entreprises du Médicaments en France en 2017. 46

Tableau 8. Comparaison par secteur d'activité de l'effort de recherche en 2017. 47

Tableau 2. Marché de la contraception en France : évolution depuis 2011. 51

Tableau 10. Paysage concurrentiel de la contraception en France. 53

INTRODUCTION

Si le marché de la contraception semble porteur, il reste empli de contradictions et de paradoxes. Malgré un taux de croissance annuel estimé à 8,2% d'ici 2027, et un marché mondial représentant plus de 21,8 milliards de dollars en 2020 (1), de nombreux grands groupes pharmaceutiques, tels que les laboratoires Merck et Teva, montrent un certain détachement vis-à-vis du marché de la contraception ; contrairement aux laboratoires de petites et moyennes tailles qui ont une tendance à se spécialiser dans la Santé de la Femme. L'implantation de nouveaux contraceptifs sur le marché français reste difficile et soumis à de nombreux facteurs.

Dans un premier temps, il est nécessaire de considérer les représentations socio-culturelles des usagères. En effet, les controverses médiatiques liées aux pilules de 3e et 4e génération ont ébranlé la confiance des patientes envers les industriels pharmaceutiques, auxquels s'ajoutent les dernières polémiques gynécologiques qui ont fortement détérioré la relation patient-professionnel de santé. Dans ce contexte de défiance, les femmes peuvent ne plus se sentir suffisamment en sécurité afin d'appréhender correctement leur contraception. Elles cherchent à se renseigner par elle-même, notamment avec internet et les réseaux sociaux afin de devenir décisionnaire : elles souhaitent devenir indépendantes lorsqu'il s'agit de leur sexualité.

Avec ce changement de mentalité, il est alors nécessaire que les industriels opèrent une refonte de leur stratégie marketing et de communication.

Si traditionnellement les industriels privilégiaient une communication unique auprès des professionnels de santé ; aujourd'hui, ils doivent également la diriger vers la cible finale : les femmes en âge de procréer.

Pour cela, avec l'ère du numérique, les nouveaux canaux digitaux doivent être au centre de ces stratégies marketing. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'un public jeune, qui a grandi avec la Technologie 2.0.

Mais pour implanter un nouveau produit sur un marché, il n'est pas suffisant de se limiter uniquement à des stratégies marketing ; d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un marché oligopolistique tel que celui de la contraception. En effet, le paysage concurrentiel du Marché de la contraception reste complexe car très hétérogène, dont les acteurs sont à la fois des grands groupes pharmaceutiques mais aussi des PMEs.

Ajouté à cela, il est important de noter l'importante présence des autorités publiques ; la gestion de la natalité étant une priorité de Santé publique.

Ainsi, **entre représentations socio-culturelles et marché oligopolistique, quelles stratégies les industriels en Pharmacie peuvent mettre en place pour implanter une nouvelle gamme de contraceptifs en France ?**

1. ETAT DES LIEUX DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE

1.1. Histoire de la contraception féminine

Si aujourd'hui, la Santé Sexuelle et Reproductive est considérée comme un droit humain par l'Organisation Mondiale de la Santé ; ce ne fût longtemps pas le cas notamment au niveau de la contraception féminine.

En 1920, la France sort de la Première Guerre mondiale : près de 1,4 millions de français ont perdu la vie, la priorité est de repeupler le pays. Le 31 juillet de cette année, l'Assemblée vote une loi nataliste qui « *réprimande la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle* » - Légifrance, 1920 (2). Autrement dit, toute promotion ou vente de moyens de contraception ainsi que l'acte d'avortement sont strictement interdits. Cette loi aura un impact sociétal important car elle associe contraception et avortement, deux notions complétement différentes.

> Contraception : « *La contraception est l'ensemble des moyens visant à éviter une grossesse.* » - Service Public, s. d. (3)
>
> Avortement : « *Interruption prématurée de la grossesse.* » - Larousse, s. d. (4)

Il faudra attendre 1967 pour que cette loi soit remplacée par la loi Neuwirth, qui légalise la prescription libre de contraceptifs aux femmes majeures (5). Toutefois, ce n'est qu'en 1969 que les premiers décrets d'application sont publiés. La loi Neuwirth connait une mise en pratique longue, due à l'opposition mais elle reste importante puisqu'elle va engendrer un véritable tournant sociétal et permet de poser les prémices de la libéralisation de la Santé Sexuelle, ce qui va fortement influencer la promulgation de la loi Veil du 17 janvier 1975 (6).

Mais la France ne fût pas le premier pays à démocratiser la contraception. C'est avec Margaret Sanger, militante féministe américaine et à l'origine du planning familial, que les mouvements militants néo-malthusiens, luttant pour la légalisation des contraceptifs, verront le jour partout dans le Monde.

Avec le temps, la Société change ainsi que les politiques. Le contrôle de la natalité devient un sujet primordial de Santé Publique. En 1974, la pilule contraceptive est remboursée par la Sécurité Sociale. En outre, elle peut être délivrée gratuitement et

anonymement à des femmes mineures dans les Centres de planification familiale (Légifrance, 1974). La contraception devient accessible et normalisée.

En 1999, la pilule de contraception d'urgence (PCU) est disponible dans les pharmacies sans prescription médicale (7). En 2002, elle peut être délivrée gratuitement et anonymement aux mineures dans les pharmacies (8).

Au 1er janvier 2022, la gratuité de la contraception pour toutes les femmes de moins de 25 ans est promulguée. Tout le parcours de soin est entièrement pris en charge par la Sécurité Sociale, de la consultation à la dispensation du contraceptif, en passant par les bilans biologiques si nécessaires (9).

1920 : Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle ;

1923 : Margaret Sanger ouvre le premier centre de Planning familial aux Etats Unis ;

1956 : Création de la première pilule contraceptive ;

1960 : Création du Planning familial en France

1967 : Légalisation de la contraception aux femmes majeures ;

1974 : Légalisation de la contraception aux femmes mineures ;

1975 : Loi Veil du 17 janvier 1975 autorisant l'avortement ;

1999 : Désinscription de la pilule de contraception d'urgence sur la liste des médicaments disponibles sur prescription ;

2002 : Délivrance de pilule de contraception d'urgence, gratuitement et anonymement aux femmes mineures dans les pharmacies ;

2022 : Gratuité de la contraception et prise en charge du parcours de soins pour toutes les femmes de moins de 25 ans.

Figure 1. Contraception Féminine : Dates-clés.

1.2. Les différents types de contraceptifs disponibles en France

La France est l'un des pays qui propose le plus de types de médicaments contraceptifs à ses usagers. Il est possible de catégoriser ses produits selon leur mode d'action : les contraceptifs hormonaux et les contraceptifs mécaniques.

Comme leur nom l'indique, les contraceptifs hormonaux sont soit des hormones, œstrogènes et/ou progestatives, soit des modulateurs qui vont agir au niveau des récepteurs hormonaux. La plupart des produits contraceptifs sont des hormones : progestatives seules ou oestro-progestatives.

Quant aux contraceptifs mécaniques, ils ne contiennent pas d'hormones. Ils vont agir de différentes façons afin de bloquer la reproduction. Le préservatif féminin ou masculin, la cape cervicale et le diaphragme vont empêcher l'arrivée des spermatozoïdes d'entrer dans l'utérus. Le stérilet en cuivre va engendrer une inflammation et détruire les gamètes.

1.2.1. La contraception hormonale

La pilule contraceptive est le mode de contraception le plus utilisé, il s'agit d'un comprimé renfermant soit un progestatif soit une combinaison oestro-progestative. Elle se prend en continue, et nécessite une grande observance pour assurer son efficacité.

La pilule de contraception d'urgence (PCU) ou pilule du lendemain se différencie de la pilule contraceptive de par son caractère d'urgence et son usage ponctuel. Effectivement, elle ne se prend qu'après un rapport non protégé, un oubli ou un accident de contraception. Elle doit être prise au maximum dans les trois jours s'il s'agit d'une pilule progestative à forte concentration ou cinq jours s'il s'agit d'un modulateur hormonal. Son efficacité diminue avec le temps ; dépassé ce délai, la contraception d'urgence ne garantit pas une protection suffisante. Soumise à de nombreux préjugés, la pilule du lendemain inquiète de nombreuses usagères, notamment au niveau de ses effets secondaires. Longtemps, les femmes pensaient qu'elle pouvait rendre stérile, or il est prouvé scientifiquement que ce n'est pas le cas. Toutefois, son usage doit rester occasionnel.

Le stérilet hormonal ou dispositif intra-utérin (DIU) hormonal est une tige souple en forme de T, recouverte d'hormones à faible dose. Elle est introduite dans l'utérus par un professionnel de santé, l'acte peut être douloureux mais reste rapide. Une fois introduit, le stérilet protège d'une grossesse non désirée pour une période de 3 à 5 ans en fonction du type de stérilet.

L'implant contraceptif est un petit bâtonnet souple qui est introduit au niveau du bras, sous la peau, pour une période de trois ans. L'acte se fait sous anesthésie locale par un professionnel de santé.

Le patch contraceptif est un dispositif dermatologique, il se colle sur le ventre, le bas du dos ou le bras à raison d'un patch par semaine. Soumis à prescription médicale, le patch contraceptif reste contraignant ; il ne faudra jamais le placer sur la poitrine, de plus, il présente de nombreuses contre-indications.

L'anneau vaginal, comme son nom l'indique, est un anneau souple qui va se placer au fond du vagin pour une durée de trois semaines. L'anneau vaginal est une contraception oestro-progestative efficace avec peu d'effets indésirables. Mais de par son caractère invasif, puisqu'il s'agit d'un dispositif introduit dans le corps, son usage reste assez limité.

L'injection contraception, mode de contraception peu connu du grand public, consiste à injecter une dose d'hormones progestatives tous les trimestres. L'injection se fait par un professionnel de santé, après délivrance d'une prescription médicale.

Les spermicides sont des composés chimiques qui vont avoir une action toxique sur les spermatozoïdes. Ils peuvent prendre la forme de crème, d'ovule, de tampon ou de gel à appliquer avant chaque rapport.

1.2.2. La contraception mécanique

Le préservatif, féminin ou masculin, a la particularité d'être le seul mode de contraception qui protège à la fois d'une grossesse indésirée et des infections sexuellement transmissibles (IST). Il s'agit d'une poche en latex ou en polyuréthane qui va recueillir l'éjaculat du partenaire.

Le stérilet en cuivre, tout comme son homologue hormonal, est un tube souple en forme de T. Toutefois, il ne contient pas d'hormones mais est fabriqué en cuivre. Le cuivre va créer une réaction inflammatoire toxique pour les spermatozoïdes, pour une durée de trois à dix ans.

Le diaphragme et la cape cervicale sont des moyens de contraception similaires. Il s'agit dans les deux cas d'un petit capuchon qui se colle au fond du vagin, au niveau du col de l'utérus. Leur différence réside dans leur taille. Ils vont bloquer le passage

des spermatozoïdes. Une fois le rapport terminé, il faudra attendre 6 à 8 heures avant de l'enlever, à noter que le diaphragme et la cape cervicale sont peu recommandés du fait de leur action faiblement efficace et de leur manipulation difficile.

Le tableau 1 résume les différents types de contraceptifs et leurs caractéristiques. Dans ce mémoire, ne seront pas abordées les contraceptions par stérilisation tel que la ligatures des trompes chez la femme ou la vasectomie chez l'homme ainsi que les méthodes naturelles (Tableau 1).

Sources :	OMS	OMS	OMS	OMS	Vidal	Vidal	ANSM	ANSM	Vidal	HAS
	Usage théorique		**Usage pratique**							
	Taux de grossesse de la 1ère année	**Efficacité %**	**Taux de grossesse de la 1ere année**	**Efficacité %**	**Mode d'action**	**Protection contre les IST**	**Accessibilité Rx : Prescription médicale nécessaire**	**Remboursement**	**Durée d' utilisation**	**Nombre d'unités vendus (*en milliers) (**en milliards)** **N/A : Donnée non disponible**
Pilule	0,3	99,7%	8	91,2%	Hormonal	NON	Rx Hors PCU : vente libre en pharmacie	65% 100% pour les moins de 25 ans	Tous les jours	39** +1500* PCU
DIU hormonal	0,2	99,8%	0,2	99,8%	Hormonal	NON	Rx	65%	3 à 5 ans	390*
Implant	0,05	99,9%	0,05	99,9%	Hormonal	NON	Rx	65%	3 ans	227*
Patch	0,3	99,7%	8	91,2%	Hormonal	NON	Rx	NR	7 jours	200*
Anneau Vaginal	0,3	99,7%	8	91,2%	Hormonal	NON	Rx	NR	21 jours + 7 jours sans pose	270*
Injection hormonale	0,3	99,7%	3	94,0%	Hormonal	NON	Rx	65%	3 mois	31*
Spermicide	18	82,0%	29	71,0%	Hormonal	NON	Vente libre en pharmacie uniquement	NR	Avant rapport	72*
Préservatif féminin	5	93,0%	21	79,0%	Mécanique	OUI	Vente libre	NR Préservatif masc. remboursé à 60%	Avant rapport	N/A
DIU en Cuivre	0,6	99,4%	0,8	99,2%	Mécanique	NON	Rx	65%	3 à 10 ans	413*
Diaphragme	6	91,5%	16	88,0%	Mécanique	NON	Rx	65%	Avant rapport	N/A
Cape cervicale	9	91,0%	16	88,0%	Mécanique	NON	Rx	NR	Avant rapport	N/A

Tableau 1. Comparatif des différents modes de contraception en France (hors méthodes naturelles).

*Légende : **Contraception efficace**, **Moyennement efficace**, **Peu efficace.***

1.3. Conditions générales d'accès

En 1974, la contraception est légalisée et devient en théorie accessible à tous. L'accès à la contraception et la régularisation des naissances deviennent alors des problématiques de Santé Publique ; et garantir l'intégrité du corps humain et la Santé Sexuelle sont des droits humains.

1.3.1. Prévention de la contraception

Tout d'abord, l'accès à la contraception passe par la Prévention.

La prévention se fait sur trois niveaux :

1. La prévention primaire : « *Actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas.* » - Glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (10). Autrement dit, il s'agit d'informer le Grand Public sur les différents types de contraception, les risques encourus et de dédramatiser la prise d'un médicament contraceptif.

2. Prévention secondaire : « *Actions visant à la détection et au traitement précoce d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes.* » - Glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (10).
   La prévention secondaire passe par la sensibilisation, il s'agit d'accompagner le patient, malade ou non, sur tous les aspects qui relèvent de la vie sexuelle et affective.

3. Prévention tertiaire : « *Actions visant à réduire la progression et les complications de la maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect*

important des soins médicaux et de réhabilitation. » - Glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (10).

Il s'agit ici d'offrir à toutes les femmes le désirant un moyen de contraception adapté et efficace.

Les Centres de Planning Familial sont spécialisés dans la prévention primaire, secondaire, et tertiaire. Composés d'une équipe de personnel pluridisciplinaire, ils ont pour rôle d'accompagner les personnes le désirant sur les questions d'ordre sexuel et affectif. Cela va passer par une écoute individuelle, une information adaptée à la compréhension du patient, des consultations gynécologiques et/ou psychologiques anonymes et gratuites, et enfin, si nécessaire, la délivrance de la contraception d'urgence et de préservatifs.

1.3.2. Prescription, délivrance et pose

La plupart des médicaments contraceptifs nécessitent une prescription médicale et sont remboursés (Tableau 1).

Seuls les médecins généralistes ou gynécologues, ainsi que les sage-femmes peuvent prescrire des produits de contraception. Les infirmiers peuvent renouveler les ordonnances de contraceptifs oraux uniquement, datant de moins d'un an et pour une durée de six mois. Les pharmaciens, quant à eux, peuvent délivrer la pilule sans prescription si la dernière ordonnance valide date de moins d'un an et ce, pour une durée de six mois (11).

Les poses de dispositifs contraceptifs invasifs à longue durée d'action doivent se faire par un gynécologue ou par une sage-femme, après concertation avec la patiente. Il est essentiel que le choix du contraceptif se fasse avec la patiente, pour améliorer l'observance et respecter ses besoins (12).

Dans le cas de patientes mineures, la prescription, la délivrance et la pose de contraceptifs ne nécessitent pas l'accord du représentant légal. De plus, si elles le souhaitent, elles peuvent avoir accès à des consultations gratuites et anonymes dans les centres de planification familiale (13).

2. CHOISIR SA CONTRACEPTION : ENTRE ASPIRATION ET APPREHENSION, COMPRENDRE LE PARCOURS-PATIENT

2.1. Perception de la contraception féminine et du système de santé

En France, environ 70% des femmes âgées entre 15 et 49 ans emploient un moyen de contraception (14). Toutefois, choisir un moyen de contraception pour une femme est une véritable épreuve, notamment du fait de leurs propres préjugés.

La compréhension de la réflexion qu'opère son patient est primordiale pour un industriel, car elle permet d'appréhender les besoins et les attentes du marché cible et ainsi d'adapter son offre.

2.1.1. Controverses médiatiques et Défiance du Grand Public

La multitude de controverses liée à l'usage des contraceptifs a fortement fragilisé la confiance des françaises, d'autant plus pour les dispositifs hormonaux (15).

2.1.1.1. Marion Larat et la pilule Méliane® des laboratoires Bayer

En 2012, Marion Larat, victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) après la prise de la pilule contraceptive Méliane®, déposait plainte contre le laboratoire Bayer. Le lien entre l'AVC et la prise de pilule de 3e génération avait bien été reconnu. Toutefois, le procès a abouti à un non-lieu, sans incriminer la responsabilité du laboratoire Bayer ou du gynécologue qui lui avait prescrit ce contraceptif. En effet, à l'époque, les dangers de ce nouveau type de pilule étaient encore méconnus. Il s'avèrera que la patiente souffrait de thrombophilie, contre-indiquée dans la prise de contraception oestro-progestative. En 2020, cette affaire sera réouverte et instruite au pénal (16).

Cette controverse, en plus d'avoir lourdement handicapé une jeune femme, a amplifié la défiance du Grand Public vis-à-vis des contraceptions. L'opinion publique faisant pression, la Ministre de la Santé de l'époque, Marisol Touraine, anticipe le

déremboursement des contraceptifs pouvant nuire à la santé des utilisatrices. En 2013, l'ANSM ainsi que le CNGOF recommandent de ne prescrire que les pilules de 1re et de 2nd génération en première intention (17). Suite à cela, 130 autres plaintes sont déposées au parquet de Paris contre 29 marques de pilule de 3e ou 4e génération, toutes seront classées sans suite (18).

En parallèle, un rapport de l'ANSM de 2013 conclut également que le « *mésusage des pilules contraceptives provoque chaque année 2 529 accidents thrombo-emboliques veineux* » et « *20 décès prématurés de femmes dont 14 attribuables aux pilules de 3ème et 4ème génération* ». (ANSM, 2013)

2.1.1.2. La pilule Diane® 35 des laboratoires Bayer

Autre évènement qui va marquer la crise des pilules de 2012-2013 : la médiatisation de Diane® 35 µg des laboratoires Bayer.

Le Diane® 35µg, composé d'une association oestroprogestative d'acétate de cyprotérone et d'éthynylestradiol, est indiqué dans le traitement de l'acné et peut également être utilisé comme contraceptif (19).

En 2013, les autorités de Santé déclarent que ces dernières vingt-cinq ans, quatre décès par thrombose veineuse sont imputables à Diane® 35. Ce médicament est alors retiré du marché, malgré les réserves des professionnels de santé et de l'Agence européenne du médicament (EMA) (17,19). Un an plus tard, Diane® 35 et ses génériques seront remis sur le marché français avec une restriction des indications suite à la décision de la Commission européenne. Cette obligation européenne s'explique par un retrait abusif et non-justifié de Diane® 35 par les autorités sanitaires françaises, alors qu'aucun autre contraceptif sous enquête judiciaire n'a fait l'objet de mesures punitives (20).

La décision française de retirer Diane 35® ainsi que de limiter l'utilisation des pilules de 3e et 4e génération en seconde intention n'est due que par la pression médiatique ; d'autant plus qu'en 2014, l'ANSM reviendra sur ses propos en recommandant l'utilisation des pilules de 3e et 4e génération, dont les bénéfices sont supérieurs aux autres pilules malgré le risque thromboembolique (21).

Toutefois, malgré ce rebondissement, les ventes de Diane 35® et ses génériques seront fortement affectés. De quatre millions de plaquettes vendues, elles chuteront à un million en moins d'un an, soit une perte de 80%, sans pour autant remonter les années suivantes (Fig. 2) (22).

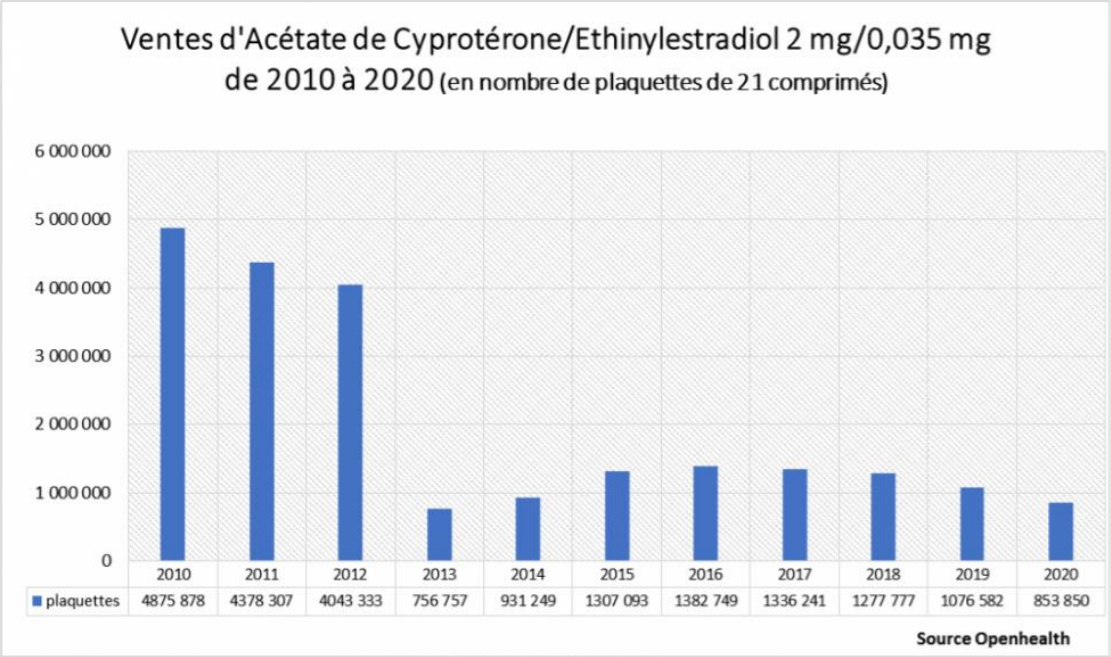


Figure 2. Vente de Diane 35® et de ses génériques entre 2010 à 2020.
En nombre de plaquette de 21 comprimés. Source : Openhealth, ANSM, s.d.

2.1.1.3. L'implant contraceptif Essure® des laboratoires Bayer

En 2018, les laboratoires Bayer sont à nouveau dans la tourmente médiatique. Cette fois-ci, il s'agit de leur implant contraceptif Essure®.

L'implant Essure® consiste en une stérilisation définitive et irréversible chez la femme. Composé de polyéthylène, de titane, d'acier inoxydable et de nickel, il est posé au niveau des trompes de Fallope afin de générer une cicatrisation aboutissant à leur obstruction complète. En juillet 2005, l'ANSM ouvre une enquête sur ce dispositif après un essor de signalements de saignements et de douleurs pelviennes suite à l'utilisation de Essure®.

En 2017, l'implant contraceptif de Bayer est retiré du marché européen (23). Un an plus tard, le laboratoire allemand arrête définitivement la production des dispositifs Essure®. Il déboursera près de 1,6 milliards de dollars pour clore les plaintes liées à cet implant, uniquement aux Etats-Unis (24,25).

2.1.1.4. Influence des controverses médiatiques quant au choix du mode de contraception chez la patiente

Si la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé en France, notamment chez les jeunes utilisatrices âgées de 15 à 29 ans, son marché a diminué de 10% entre 2011 et 2017, contrairement au stérilet en cuivre qui a vu ses ventes augmenter de 30% (14) (Tableau 2).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation entre 2011 et 2017 (%)
Pilules EP*	54,6	53,5	50,0	47,4	45,8	43,7	41,7	-23,63%
Patch	1 212 813	1 205 550	973 677	904 890	495 081	747 681	681 603	-43,80%
Anneau vaginal**	1 052 364	1 080 979	968 490	853 916	765 458	669 652	585 558	-44,36%
Micropilules progestatives**	8,0	8,4	9,3	9,9	11,1	12,3	13,2	65,00%
SIU-LNG**	369 869	374 470	437 004	388 885	400 138	390 741	355 188	-3,97%
DIU-Cu**	290 331	308 880	437 047	377 233	343 883	376 076	411 516	41,74%
Implant contraceptif**	167 592	186 081	218 895	212 957	209 920	220 626	209 284	24,88%
Progestatif injectable**	28 929	30 630	30 489	31 608	29 775	30 790	27 346	-5,47%
Contraception d'urgence**	1 271 869	1 229 732	1 276 996	1 288 142	1 333 452	1 336 057	1 330 497	4,61%
Stérilisation contraceptive (PMSI)	34 558	35 929	46 717	44 431	40 032	33 978 (estimé 30/01/17)	24 175 (estimé 22/01/18)	-30,05%
Spermicides**					72 147	61 161	55 950	-22,45% ***

Tableau 2. Marché de la contraception en France : évolution depuis 2011.

** En Millions d'unités par an. ; ** En unités par an ; *** Entre 2015 et 2017. Source : Serfaty, 2018*

Ajouté à cela, il est important de distinguer les pilules de 1re et 2nd génération de celles de 3e et 4e génération incriminées dans ces polémiques. Entre 2010 et 2013, le marché des pilules de 3e et 4e génération a baissé de 21% (26) (Fig. 3). Le ministère de la Santé a également déclaré que près d'une femme sur cinq aurait changé de contraception en 2013, du fait de ces controverses médiatiques (27).

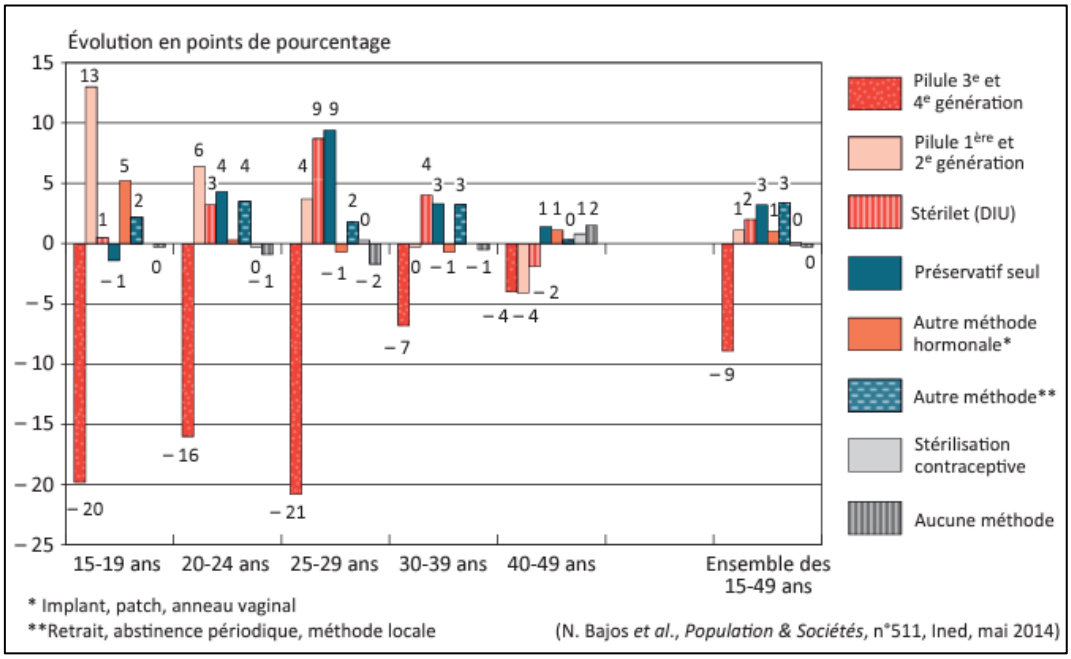


Figure 3. Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes. Source Enquête Fécond (2013), INSERM-INED

Ainsi, depuis une dizaine d'année, les usagères ont tendance à se diriger vers des modes de contraception sans hormones. Cette tendance est corrélée aux évènements médiatiques qui ont décrédibilisé aux yeux du Grand Public l'innocuité des contraceptifs hormonaux.

Le choix d'une méthode de contraception peut être compliqué pour une patiente. Les dispositifs à longue durée d'action sont invasifs, ce qui peut engendrer une certaine appréhension notamment chez les jeunes patientes. De nombreux professionnels de santé ont pu observer une crainte vis-à-vis de la douleur lors d'une pose de stérilet et la peur d'avoir un corps étranger.

2.1.2. Des inégalités socio-démographiques

En France, les inégalités socio-démographiques d'accès à la contraception persistent malgré le fait que certains modes de contraception soient pris en charge par la Sécurité Sociale (28).

Ces inégalités touchent principalement les femmes de classe sociale précaire, avec un niveau d'éducation faible ou issues du milieu rural (29) (Tableau 4).

Modèles testés	Utilisent :											
	Une méthode contraceptive			La pilule			Le stérilet			Le préservatif		
	1978	1988	2000	1978	1988	2000	1978	1988	2000	1978	1988	2000
ABCD vs BCD	*	***	-	***	**	***	-	-	-	-	*	***
ABCD vs ACD	**	-	-	**	**	***	***	***	***	-	-	**
ABCD vs ABD	***	-	**	***	***	***	***	***	***	-	**	**
ABCD vs ABC	*	-	-	*	-	-	-	-	-	-	*	-
ABCDE vs ABCD	***	***	-	***	-	*	***	**	**	-	-	*
ABCDF vs ABCD	***	***	-	***	-	-	***	***	-	-	*	***
ABCDG vs ABCD	-	-	-	***	-	*	-	-	-	-	-	-
ABCDH vs ABCD	***	-	-	**	-	***	***	-	*	-	-	***
Variables A) Situation matrimoniale B) Nombre d'enfants C) Age D) Désir d'enfants E) PCS de la femme F) Diplôme de la femme G) Importance de la religion H) Taille de l'agglomération	**Lecture :** La première ligne du tableau teste le modèle comprenant les variables ABCD par rapport au modèle incluant les variables BCD, ce qui permet d'apprécier l'effet spécifique de la situation matrimoniale (variable A) sur les pratiques contraceptives en tenant compte des variables BDC déjà incluses dans le second modèle (nombre d'enfants, âge et désir d'enfants). Par exemple, en 1978, la situation matrimoniale des femmes était liée au fait d'utiliser une méthode contraceptive et ce, indépendamment du nombre d'enfants, de l'âge de la femme et du désir d'enfants ; cette liaison était significative au seuil de 10%.											

Tableau 3. Variables sociales et démographiques associées à la pratique contraceptive en 1978, 1988 et 2000 (résultats des tests des rapports de vraisemblance appliqués aux régressions logistiques).

*Légende : - non significatif à 10% ; *significatif à 10% ; ** significatif à 5% ; *** significatif à 1%.*

Source : Bajos et al., 20012

Ces facteurs d'inégalités sont d'autant plus marqués par l'âge : les jeunes femmes de 20-24 ans en situation financière précaire et qui ne vivent plus chez leurs parents utilisent moins de moyens contraceptifs dans 10% des cas. Elles ont généralement recours à la pilule : dans 43% des cas, elles vont choisir une pilule entièrement prise en charge et dans 10% des cas, elles vont opter pour aucun moyen de contraception (29).

2.1.3. Une relation de confiance entre professionnels de santé et patients fragilisée

Ces dernières années, une recrudescence des témoignages de femmes ne se sentant pas suffisamment écoutées par leur gynécologue a été observée.

Entre jugement, préjugés, absence d'une écoute attentive et manque d'informations, la relation entre professionnels de santé et patientes a été fortement fragilisée.

2.1.3.1. Décalage entre représentations socio-culturelles et la réalité

En juillet 2014, l'HAS publie un rapport d'élaboration afin d'aider les professionnels de santé et les patientes à choisir un moyen de contraception adapté après une décision médicale partagée.

Dans ce rapport, de nombreuses femmes soulignent un manque d'écoute et de compréhensions des professionnels de santé quant à leur sexualité et leurs besoins, notamment du fait de leurs représentations socio-culturelles (30).

> « *Ce n'est pas pareil si en ce moment j'ai un partenaire stable ou plusieurs, si j'ai des rapports homosexuels, si j'ai des rapports fréquents ou épisodique, si je ne veux pas qu'on le sache* ». Témoignage issu du Rapport d'élaboration mené par l'HAS, 2014 (30).

> « *La décision à prendre pour moi, ça a été de ne plus aller chez un gynécologue, ils ne savent pas écouter. (...)*» Témoignage issu du Rapport d'élaboration mené par l'HAS, 2014 (30).

> *« Accepter de pratiquer une contraception définitive chez une personne jeune, c'est vraiment difficile* ». Témoignage issu du Rapport d'élaboration mené par l'HAS, 2014 (30).

En raison de préjugés socioculturels, accentués par un manque de formation initiale sur la contraception médicale de la part des prescripteurs (31), une dichotomie entre le choix des professionnels de Santé et les aspirations de la patiente est souvent observée.

En effet, les femmes dans des situations jugées faiblement propices à des relations sexuelles telles que les jeunes adolescentes, les femmes ménopausées ou les personnes en situation de handicap, se voient difficilement proposer un moyen contraceptif adéquat à leurs besoins (32).

Ajouté à cela, l'expérience contraceptive des prescripteurs influence fortement leurs recommandations (33). Si les prescripteurs masculins tendent à privilégier la pilule contraceptive au détriment des autres moyens de contraceptions, les professionnels de santé féminins favorisent les méthodes qu'elles ont déjà utilisé avec leur partenaire (33) (Tableau 4).

Méthode utilisée par les médecins avec leur partenaire	Pourcentage de médecins qui l'ont utilisée	Pourcentage de recommandation chez ceux qui l'ont utilisée	OR de recommandation	95 % IC
Pilule 3e génération	39 %	97 %	3,9***	[2,12;7,13]
Pilule 2e génération	72 %	95 %	2,0*	[1,14;3,40]
Pilule progestative	21 %	93 %	1,7	[0,81;3,52]
DIU cuivre	43 %	86 %	3,5***	[2,52;4,81]
DIU progestérone	22 %	84 %	1,7*	[1,11;2,45]
Implant	1,6 %	81 %	3,4	[0,97;12,1]
Anneau	6,1 %	87 %	5,1***	[2,38;10,8]
Préservatif masculin	59 %	84 %	1,8***	[1,35;2,52]
Préservatif féminin	1,7 %	29 %	2,1	[0,72;5,96]
Spermicides	16 %	54 %	3,2***	[2,25;4,47]
Retrait, méthodes naturelles	19 %	14,2 %	2,5***	[1,49;4,03]

Tableau 4. Rapport de chances relatives (Odds-Ratios Bruts) de recommander une méthode lorsque les médecins l'ont déjà utilisée avec leur partenaire,**,****

Significatif à 10%, ** Significatif à 5%, * Significatif à 1%. Champ : médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine*

IC : Intervalle de confiance ; OR : Odds-ratio (ou Rapport de Cotes)

Lecture : la probabilité de recommander la pilule de 3e génération plutôt que de ne pas le faire est 3,9 fois plus grande lorsque le médecin a déjà utilisé la méthode que lorsqu'il ne l'a jamais expérimentée.

Source : Enquête Fecond 2010, volet «médecins», INSERM-INED. Roux et al. 2017.

Du fait des représentations socio-culturelles et des expériences personnelles des prescripteurs, le choix d'une contraception ne se fait plus sur des connaissances scientifiques mais sur les aprioris des prescripteurs.

2.1.3.2. Polémiques gynécologiques

En décembre 2021, le professeur Emile Daraï est démis de ses fonctions, après avoir été l'objet d'une enquête pour violences obstétricales. Invité au congrès « Paris Santé Femmes 2022 » par le Collège national des gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), sa participation a suscité l'émoi des foules : les militants appelaient à son boycott.

Finalement, le professeur Daraï annulera sa venue, malgré le soutien du CNGOF qui soulignait que « *le Pr E. Daraï n'a pas, à ce jour, été condamnée par la justice française et que la présomption d'innocence est un principe fort de notre pays* » (Déclaration datée du 9 mai 2022 par le CNGOF sur son compte Twitter) (34).

Le cas du Pr. Daraï n'est pas unique, le nombre d'accusations de violences gynécologiques contre des professionnels de Santé a fortement augmenté depuis ces dernières années. En effet, depuis 2015, le sujet des maltraitances gynécologiques s'est démocratisé auprès du Grand Public. Le nombre de recherche sur internet avec la mention « violence obstétricale » a explosé entre 2015 et 2017 (35) (Fig. 12).

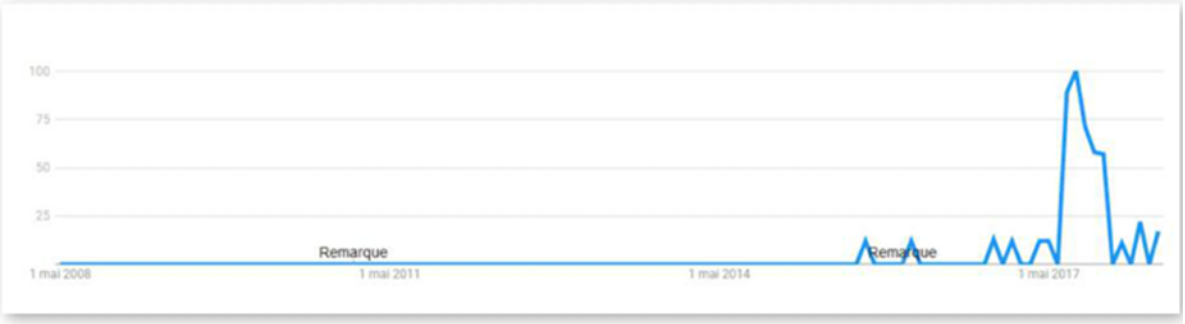


Figure 4. Recherches internet de l'expression "violences obstétricales" entre avril 2008 et avril 2018. Source : Google Trend.

En 2019, la Commission sur l'égalité et la non-discrimination de l'Assemblée parlementaire publie un rapport. Elle définit les violences obstétricales et gynécologiques comme des « *actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies, ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses* » (Commission sur l'égalité et la non-discrimination, 2019). Il s'agit de « *pratiques violentes ou pouvant être perçues comme telles* » (36).

A noter la différence entre violences obstétricales et violences gynécologiques :

> Les violences obstétricales étant « *des violences dont peuvent être victimes les femmes lors de leur accouchement* » (36).
> Les violences gynécologiques étant des « *violences dont peuvent être victimes les femmes lors de consultations gynécologiques. Elles se retrouvent en position relativement vulnérable et peuvent être victimes de sexisme, d'humiliations ou de violences physiques lors d'examens* » (36).

Dans son rapport, la Commission sur l'égalité et la non-discrimination déclare qu' « *une femme sur trois est victime de violence fondée sur le genre en Europe* » (36), notamment du fait d'une culture patriarcale très marquée dans la sphère médicale.

Si en moyenne, une femme a environ cinquante consultations à son actif au cours de sa vie, les violences gynécologiques affectent particulièrement le suivi gynécologique et les relations affectives des victimes (35).

2.2. Les motivations : Comprendre ce qui pousse les jeunes femmes à se diriger vers une contraception

2.2.1. Le début de la sexualité, principale motivation pour débuter une contraception

La principale motivation des jeunes femmes quant au choix de leur première contraception reste le début de la sexualité.

Avec l'émancipation de la sexualité, les normes affectives ont évolué. Si traditionnellement la France est un pays de culture chrétienne où il fallait attendre le mariage avant de débuter sa vie sexuelle, aujourd'hui, avec des mœurs beaucoup plus libres, les prémices débutent dès le secondaire. Entre 1964 et 2016, l'âge médian du premier rapport sexuel s'est abaissé de 19,4 ans à 17,6 ans pour les femmes, et de 18,3 ans à 17,0 ans pour les hommes (14) (Fig. 5).

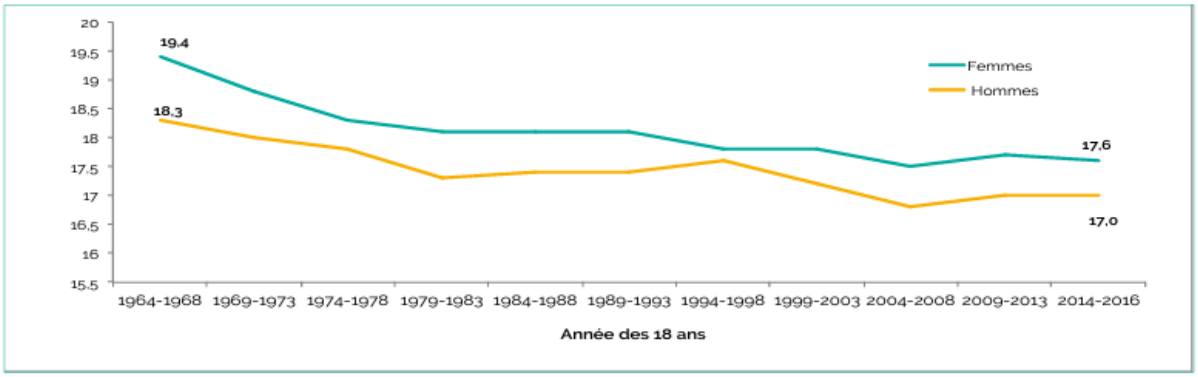


Figure 5. Age médian au premier rapport sexuel en France depuis 1964 jusqu'à 2016. Source : Baromètre de Santé 2016. Santé publique France.

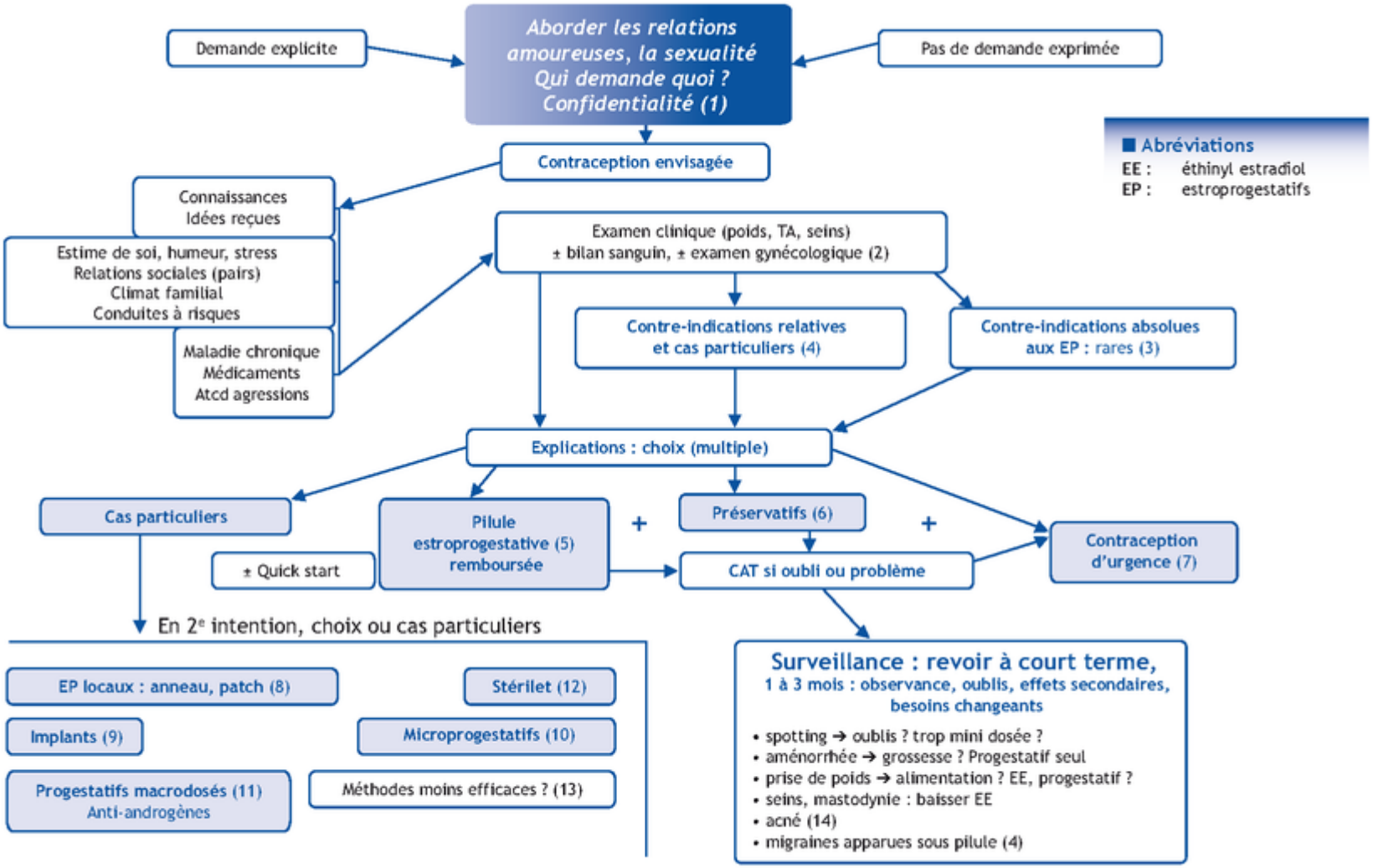
Les premiers rapports sexuels sont certes plus précoces, mais une étude réalisée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) montre que seul 70% des partenaires se sont protégés contre une éventuelle grossesse non-désirée ; ce pourcentage est d'autant plus faible que les premiers rapports débutent tôt. En effet, les jeunes filles ayant débuté leur vie sexuelle entre 14 ans et 15 ans ont

déclaré avoir eu recours à un moyen de contraception pendant l'acte dans seulement 46% des cas. Au contraire, 85% des femmes ayant eu leur premier rapport entre 20 ans et 24 ans se sont protégées (37).

En moyenne, le délai entre la première relation sexuelle et la première consultation pour choisir une contraception est de 10 à 12 mois. Dans les trois quarts des cas, les femmes s'adressent à un médecin gynécologue (37).

Le premier rendez-vous gynécologique se fait de sorte à ce que la consultation soit confidentielle et individuelle, sauf demande contraire de la patiente. Après un interrogatoire sur les habitudes de vie de la patiente, le médecin doit informer la jeune fille sur les risques liés aux ISTs, les différents moyens de contraception possibles, la conduite à tenir en cas de situation à risque. L'examen gynécologique n'est pas obligatoire lors de la première consultation, il peut se faire postérieurement après avoir choisi la méthode de contraception envisagée afin de vérifier qu'il n'y a pas de contre-indications ou d'affections sous-jacentes (38,39).

La Figure 6 présente l'arbre décisionnel quant au choix de la première contraception chez l'adolescente.



© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. Avec le soutien institutionnel de Blédina

Figure 6. Arbre décisionnel, première contraception chez l'adolescente.
P. Jacquin, Médecine de l'adolescent, hôpital Robert Debré, Paris, France

2.2.2. Autres indications à la première contraception

Si la majorité des études s'intéressent à la corrélation entre premier rapport sexuel et premier moyen de contraception, il est supposé que les femmes cherchent à se protéger principalement pour éviter une grossesse .

Toutefois, les moyens de contraception ne sont pas réservés aux femmes sexuellement actives : cette tendance est d'autant plus marquée chez les jeunes usagères. En effet, certaines jeunes filles débutent un mode de contraception afin d'éviter les effets de la puberté. De nombreuses pilules contraceptives peuvent également être indiquées dans le traitement de l'acné même si seul le TRIAFEMI® des laboratoires EFFIK possède cette double indication, les autres pilules étant indiquées uniquement comme anti-acnéiques même si elles possèdent le même mécanisme d'action que les autres contraceptifs oraux (Tableau 5) (40). Cette dissonance est principalement liée aux controverses médiatiques et à une pression de l'opinion publique suite à l'affaire du Diane® 35.

Nom	Type de contraception	Composition	Indication	Acces-sibilité	Rembour-sement	Prix*
DIANE® 35	Pilule hormonale	Ethinylestradiol + Cyprotérone	Anti-acné	Rx	NR	Prix libre. ≈ 30,11€
EVEPAR®	Pilule hormonale	Ethinylestradiol + Cyprotérone	Anti-acné	Rx	NR	Prix libre. ≈ 17,06 €
MINERVA®	Pilule hormonale	Ethinylestradiol + Cyprotérone	Anti-acné	Rx	NR	Prix libre. ≈ 17,34 €
MISOLFA®	Pilule hormonale	Ethinylestradiol + Diénogest	Anti-acné et Contraceptif	Rx	NR	Prix libre. ≈ 31,74 €
OEDIEN®	Pilule hormonale	Ethinylestradiol + Diénogest	Anti-acné et Contraceptif	Rx	NR	Prix libre. ≈ 30,57 €
TRIAFEMI®	Pilule hormonale	Ethinylestradiol + Norgestimate	Anti-acné et Contraceptif	Rx	NR	Prix libre. ≈ 36,56 €
*pour 3 mois de traitement, équivalent à 3x21 comprimés. Rx = Prescription médicale obligatoire ; NR = Non remboursé ; X = Pas de statut						

Tableau 5. Pilule hormonale Anti-acné autorisées en France. Source Vidal.

Ajouté à cela, la contraception hormonale reste le traitement de première intention de l'endométriose. L'endométriose est une maladie gynécologique, qui peut provoquer de violentes douleurs et affecte une femme sur dix (41), dont le traitement repose sur une contraception oestro-progestative ou sur la pose d'un stérilet hormonal contenant du

lévonorgestrel. Cette maladie sous-diagnostiquée et peu connue auparavant est de plus en plus démocratisée à la fois auprès du Grand Public et à la fois auprès des professionnels de santé. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, l'endométriose touche près de 10% des femmes, dont principalement les filles en âge de procréer ; soit une population de 190 millions de personnes dans le Monde (42).

Aujourd'hui, l'industrie de la contraception féminine ne se questionne que sur le désir des femmes à éviter ou non une grossesse. Mais lorsqu'il s'agit d'une population plus jeune, ce raisonnement risque d'être restrictif et ne permet pas de cerner les réels besoins des nouvelles utilisatrices. Ajouté à cela, aucun des moyens contraceptifs présentés ci-dessus ne sont remboursés par la Sécurité sociale, ce qui est un réel frein à l'accès pour les jeunes femmes.

2.3. Les sources d'informations

L'accès à la contraception et le parcours-patient passent dans un premier temps par l'information. D'après l'étude « Les Français et la contraception » de 2007 réalisée par l'INPES BVA, les utilisatrices connaissent plusieurs types de contraception mais à des niveaux différents (43).

La pilule et le préservatif masculin sont connus par plus de 97 % des Français, suivi du stérilet par 93 %, puis du préservatif féminin et du diaphragme à environ 75%. Les autres moyens sont uniquement connus par environ un Français sur deux : spermicides 52 %, patch 48 %, implant 44 %, et anneau vaginal 44 % (43).

2.3.1. L'information par les proches et l'environnement familial

Le premier niveau d'éducation sexuelle passe par l'expérience et les représentations que se font les proches de la jeune fille. Par « proches », sont sous-entendus les parents, les amis et les membres de la famille.

Il est important de se questionner sur l'influence des personnes de confiance de la jeune femme en matière de Santé Sexuelle. En effet, il est indéniable que tout parent a une influence sur son enfant. En outre, ils ont un véritable rôle dans l'éducation

sexuelle des enfants : ils sont acteurs de prévention et « producteurs de soin » (44). La communication et l'information peuvent être directes et indirectes.

Indirecte, par exemple en tombant par hasard sur des images érotiques ou sur un extrait de film avec une scène d'amour :

> *« C'était pas porno, on voyait des bouts de sein, mais on était contentes de lire ça avec mes copines quand on avait 9 ans, même si on comprenait pas tout !* » Témoignage issu de l'étude menée par Amsellem-Mainguy, 2006 (44).

Directe, au détour d'une conversation mère-fille qui a lieu dans la majorité des cas à l'entrée du collège, ou à l'arrivée des premières règles.

> « *Ma mère m'avait expliqué ça trois semaines avant que ça [arrivée des premières règles] m'arrive. Elle m'avait dit qu'une fois que ça m'arriverait, il fallait pas que je fasse de conneries parce que je pouvais être enceinte* » Témoignage issu de l'étude menée par Amsellem-Mainguy, 2006 (44).

Dans la majorité des cas, l'environnement familial et amical dans son ensemble participent à l'information des femmes auxquels s'ajoute leur curiosité naturelle, surtout à un jeune âge. Elles vont partager les informations reçues avec leurs amis.

Mais dans certaines familles, la sexualité est « tabou ». Dans ce cas, s'informer au travers de ses proches devient beaucoup plus difficile, puisque la communication est bloquée sur tout le pan familial. Dans ce cas, les jeunes femmes n'ont d'autres choix que de se tourner vers d'autres sources d'informations.

2.3.2. L'information par les pouvoirs publics

Le 4 juillet 2001, la loi Aubry est promulguée : l'éducation et l'information à la sexualité deviennent obligatoires dans les établissements scolaires. Ces derniers devront organiser au moins trois séances d'éducation sexuelle par an.

« *Art. L. 312-16. - Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi*

que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret no 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. » Légifrance, 2001 (45)

Ajouté à cela, les jeunes femmes auront accès à une information claire, loyale et appropriée dans les Centres de Planification Familiale et auprès des professionnels de Santé. Leur rôle est d'accompagner toute personne le désirant sur les questions d'ordre sexuel et affectif.

En matière d'informations sur la Santé Reproductive et Sexuelle, les autorités publiques sont très présentes. En effet, la gestion de natalité est un véritable enjeu de Santé publique. Le rapport sur la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle de 2017-2030 explique qu'il est primordial de permettre aux personnes de choisir de concevoir ou non des enfants quand elles le désirent et de manière sécuritaire (46).

La Stratégie National de Santé Sexuelle de 2017 – 2030 est divisé en six axes. La Santé Reproductive et l'Accès à la Contraception prennent tout un axe (Axe 3) dont le premier objectif est le renforcement de l'information sur les méthodes de contraception (Fig. 7) (46).

AXE I : INVESTIR DANS LA PROMOTION EN SANTE SEXUELLE, EN PARTICULIER EN DIRECTION DES JEUNES, DANS UNE APPROCHE GLOBALE ET POSITIVE

Vison	• Agir précocement auprès des jeunes pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé sexuelle
Priorités	• Éduquer dès le plus jeune âge à la vie relationnelle et sexuelle dans le respect des droits humains • Améliorer l'impact des informations en santé sexuelle, en particulier chez les jeunes • Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire
Cibles pour 2023	• 100 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) tout au long de leur cursus scolaire • 100% des organismes de formation initiale ou continue des professionnels de santé proposent une formation complète et globale de santé sexuelle

Figure 7. Résumé des Axes de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle de 2017-2030 . Source : Solidarités Santé, 2017

AXE II : AMELIORER LE PARCOURS DE SANTE EN MATIERE D'IST, DONT LE VIH ET LES HEPATITES VIRALES : PREVENTION, DEPISTAGE, PRISE EN CHARGE

AXE III : AMELIORER LA SANTE REPRODUCTIVE

Vison	• Garantir la possibilité pour les personnes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent, dans le cadre d'une sexualité satisfaisante, responsable et sûre • Permettre aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles
Priorités	• Réduire le nombre de grossesses non désirées et non prévues (4) • Améliorer l'accès au choix de la contraception adaptée
Cibles pour 2020-2030	• Réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes (5) • 90% des demandes d'IVG sont prises en charge dans les délais définis par la HAS (5 jours) • Maintenir la syphilis congénitale à un bas seuil (6) • Faciliter l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5%)

(4) Sont considérées comme « grossesses planifiées ou prévues » : les grossesses « souhaitées à ce moment-là » ou souhaitées « plus tôt ». Sont considérées comme « grossesses mal planifiées » les grossesses qui sont déclarées «souhaitées plus tard », ou les femmes « qui n'y pensaient pas » ou la grossesse qui n'était «pas du tout souhaitée » (cette dernière catégorie correspond aux grossesses non désirées)
(5) Indice de grossesses non prévues à 0.85 sur la période 2005-2009 chez les femmes de 18-44 ans
(6) Intitulé CIM 10 Syphilis congénitale (A50) générée à partir des statistiques du PMSI français

OBJECTIF 1 – GARANTIR L'ACCES AUX METHODES DE CONTRACEPTION DE LEUR CHOIX POUR LES FEMMES ET LES HOMMES

OBJECTIF 1.1 – Renforcer l'information sur les moyens de contraception

37. Continuer à promouvoir le choix contraceptif adapté à chaque situation individuelle

- **Renforcer l'information** (notamment auprès des professionnels de santé) **sur l'ensemble des moyens de contraception** notamment ceux pouvant être une alternative à la contraception orale ;
- **Développer des supports et des outils adaptés** en fonction des publics en incluant notamment les représentations et barrières culturelles ;
- Développer une communication prenant en compte les moments de la vie représentant une période de moindre vigilance contraceptive (changement de contraception, âge extrême de la vie féconde...) ;
- **Développer l'information sur la contraception définitive féminine et masculine.**

38. Déployer une information sur les méthodes contraceptives pour les personnes en situation de handicap (prescription, consultation, suivi)

- **Développer des outils de communication adaptés aux personnes** ayant des déficiences physiques et psychiques.

AXE IV : REPONDRE AUX BESOINS SPECIFIQUES DES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES

AXE V : PROMOUVOIR LA RECHERCHE, LES CONNAISSANCES ET L'INNOVATION EN SANTE SEXUELLE

AXE VI : PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE L'OUTRE-MER POUR METTRE EN ŒUVRE L'ENSEMBLE DE LA STRATEGIE DE SANTE SEXUELLE

Figure 7. Résumé des Axes de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle de 2017-2030 . Source : Solidarités Santé, 2017

2.3.3. L'information par les médias

2.3.3.1. La Presse

Les jeunes femmes peuvent également s'informer à l'aide des Médias et notamment de la Presse. En effet, ces dernières années, le paysage médiatique français a été marqué par de nombreuses polémiques liées à la contraception. Afin d'éviter les doublons, cette partie est développée dans le point « 2.2.1. Controverses médiatiques et Défiance du Grand Public ».

2.3.3.2. Les Médias sociaux et Réseaux sociaux

Par définition, les médias sociaux désignent l'ensemble des plateformes numériques qui permettent de créer un réseau social.

Avec l'ère du numérique, les médias sociaux ont considérablement modifié nos habitudes de vie et nos moyens de communication et d'information. En 2017, les principales plateformes sociales utilisées en France étaient respectivement les groupes Meta avec Facebook et Instagram ; Google avec YouTube ; Microsoft avec LinkedIn et Skype (Fig. 8).

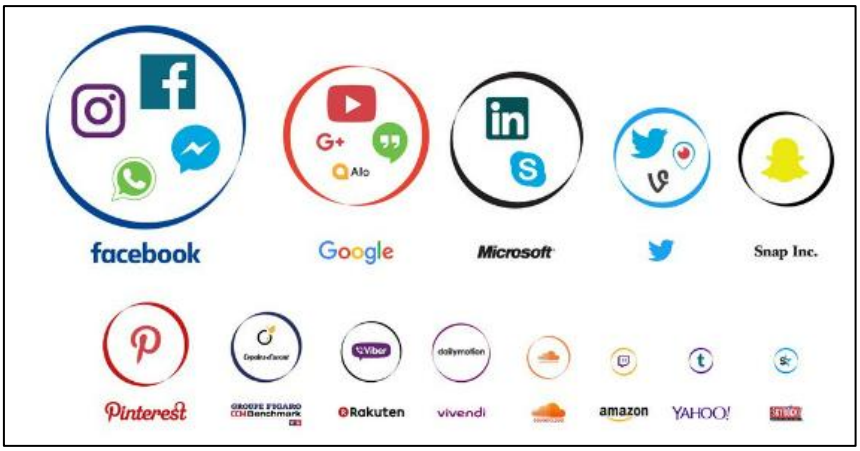


Figure 8. Principales plateformes sociales du marché français.

Source : Social Life & Harris Interactive, 2017

De plus, en matière d'information, Internet est la première source d'information chez les jeunes (Génération Z et Génération Y) alors que les réseaux sociaux étaient respectivement en deuxième et troisième position (47) (Fig. 9).

	Génération Z	Génération Y	Génération X	Baby boomers	Anciens
INTERNET	29%	40%	25%	23M	27%
RESEAUX SOCIAUX	28%	15%	5%	2%	1%
TV	28%	27%	39%	41%	37%
PRESSE	9%	5%	9%	12%	15%
MESSAGERIE	4%	2%	0%	0%	0%
RADIO	2%	12%	21%	23%	21%

Figure 9. Principaux canaux d'accès à l'actualité. Source : Social Life & Harris Interactive, 2017

Une étude réalisée en Haute-Savoie démontrait que 43,05% des Jeunes âgés de 18 à 25 ans avaient utilisé un réseau social afin de s'informer sur la contraception. Les médias les utilisés étaient respectivement YouTube, Facebook et Instagram car ils étaient jugés les plus fiables (48). Ajouté à cela, la principale motivation à utiliser les réseaux sociaux comme sources d'information était que ces derniers permettaient les échanges avec les autres internautes, notamment grâce à l'onglet « Commentaires » (49).

Toutefois, les limites de ces canaux de communication et d'information restent la fiabilité des données accessibles du fait d'un important nombre de « fake news » et la limitation de l'accès à l'information du fait d'une « bulle de filtre » liée aux algorithmes utilisés par les médias sociaux (47).

2.3.3.3. Autres médias d'informations

Hormis la Presse et les médias sociaux, les jeunes femmes ont accès à peu d'autres médias d'information sur la contraception.

Par exemple, en matière de livres, si de nombreux supports sont publiés sur l'Education à la Sexualité des « Jeunes », très peu ne concernent que la contraception. Ajouté à cela, ces derniers ne sont pas forcément à destination des jeunes femmes mais plutôt à destination des professionnels de Santé ou des femmes plus matures.

Lorsqu'une jeune fille recherche un livre sur la contraception en ligne, un seul livre parmi les dix premiers résultats est réellement adapté à sa recherche : « SOS contraception - Les clés pour comprendre son corps et bien choisir sa contraception » de Marie-Laure Brival (2021), marqué en rouge dans le Tableau 6.

Certes, deux autres résultats , marqués en bleu dans le Tableau 6, sont apparentés à de la vulgarisation contraceptive mais ils ciblent un lectorat « Tout public » qui s'informe sur la contraception en générale plutôt qu'un lectorat « Jeunes » qui s'interroge pour choisir sa première contraception.

	Livre	Auteur	Publication Editeur ; Année	Lecteur - cible	Présentation/Sujet
1	Cycle féminin et contraceptions naturelles	A. Guillemaud	Hachette Pratique ; 2021	Public mature	Présentation d'une méthode de contraception naturelle : la symptothermie. Plan de gestion de la fertilité.
2	Guide pratique de la contraception	B. Raccah-Tebeka G. Plu-Bureau	Elsevier Masson ; 2017	Professionnels de Santé	Guide médical
3	La contraception	P. Faucher D. Hassoun T. Linet	Vuibert ; 2019	Professionnels de Santé	Guide médical
4	La contraception en pratique : de la situation clinique à la prescription	B. Raccah-Tebeka G. Plu-Bureau	Elsevier Masson ; 2013	Professionnels de Santé	Guide médical
5	**SOS contraception - Les clés pour comprendre son corps et bien choisir sa contraception**	**M-L Brival**	**First ; 2021**	**Jeune public**	**Livre sous-forme d'une bande- dessinée visant à donner les outils pour choisir sa contraception**
6	**Contraception : mode d'emploi**	**M. Winckler**	**J'ai Lu ; 2007**	**Tout public**	**Vulgarisation des méthodes de contraception et de leur usage**
7	Contrôler sa fertilité au naturel, contraception et conception.	F. Goddyn-Okoh	Rusttica ; 2021	Couple en âge fertile	Choisir une méthode de contraception pour les couples en âge fertile
8	**La contraception en 100 Questions/Réponses**	**G. Plu-Bureau B. Raccah-Tebeka**	**Ellipses ; 2020**	**Tout public**	**Vulgarisation des méthodes de contraception et de leur usage**
9	Guide de la contraception naturelle	A. Guillemaud Natur'C	Natur C Livres ; 2017	Public mature	Présentation de méthode de contraception naturelle
10	Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours	A. Mclaren	Noesis Agnes Vienot ; 1996	Tout public	Ouvrage qui retrace l'histoire de la contraception

Tableau 6. Classement des livres portant sur la contraception, recommandés sur le site de la FNAC, après avoir effectué une recherche dans la barre de recherche. Source :FNAC - recherche effectuée le 18/06/2022.

Cette pénurie d'ouvrage visant à informer les jeunes femmes sur la contraception peut s'expliquer par la dématérialisation de l'information, et ce, d'autant plus lorsqu'il s'agit de cibler un public « Jeunes » (50).

2.3.4. Les canaux de communication des industriels à destination du Grand Public

2.3.4.1. La publicité

La publicité auprès du Grand Public, si elle reste autorisée, est tout de même très encadrée notamment par l'article L5122-6 du Code de Santé Publique (51).

Le terme « Publicité » regroupe l'ensemble des documents promotionnels, peu importe le canal de diffusion. En France, elle est régie et contrôlée par l'ANSM selon trois critères :

> « *Le respect des dispositions de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et des stratégies thérapeutiques recommandées par la Haute Autorité de santé (HAS) ;*
>
> *Une présentation objective du médicament et de nature à favoriser son bon usage ;*
>
> *La publicité ne doit pas être trompeuse, ni porter atteinte à la protection de la santé publique.* » (52)

Lorsque la publicité respecte ces trois critères, l'ANSM pourra délivrer un visa de publicité. Mais dans les faits, très peu d'autorisations à la publicité « Grand Public » sont délivrées, d'autant plus lorsqu'il s'agit de médicaments sur ordonnance (53).

2.3.4.2. Programme patient et Associations de patients

Le mot « patient » vient du latin *patiens* - « *celui qui endure* » (Larousse, s. d.) (54). Traditionnellement, le patient avait un rôle passif et les décisions médicales étaient prises uniquement par les soignants. Or, aujourd'hui, le rôle du patient dans le choix thérapeutique est indéniable. D'ailleurs, depuis les dernières décennies, le poids des associations de patients a pris de plus en plus d'ampleur (55).

En matière de Santé Sexuelle, des associations de patients existent, tel que :

- A.N.E.I.C. : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception ;
- AFC : Association Française pour la Contraception ;

- Maia : Association qui assiste les couples rencontrant des difficultés à procréer ;
- Mouvement Français du Planning Familial ;
- R.E.S.I.S.T. : Réseau d'Entraide Soutien et d'Informations sur la Stérilisation Tubaire, regroupe les femmes ayant porté un dispositif Essure® des laboratoires Bayer. Dispositif controversé, retiré du marché européen en 2017 (25).

Ces associations de patients ne sont pas à négliger lorsqu'il s'agit de communiquer et d'informer les jeunes femmes en matière de contraception. Les laboratoires peuvent financer des programmes et ainsi, se faire connaitre passivement et positivement auprès du Grand Public.

Le laboratoire Teva Santé a financé en 2017 un programme-patient appelé EasyFiv™ mené par l'association Maia afin de soutenir les couples à chaque étape du parcours à la FIV (53) (Fig.10).

Figure 10. Easy FIV. Source : Maia.

2.3.4.3. Outils digitaux

Avec la digitalisation de la société, les laboratoires se sont appropriés ses nouveaux outils. La publicité étant très réglementée et nécessitant l'accord de l'ANSM, une communication directe reste délicate. Ainsi, afin d'informer les jeunes femmes sur leur gamme de produits, les laboratoires utilisent des stratégies plus indirectes.

Par exemple, la majorité des laboratoires spécialisés en Santé de la Femme ont développé des applications de suivi du cycle menstruel. Parmi ces derniers, il est possible de citer « OLI » développé par les Laboratoires CCD afin de promouvoir leur gamme Oligobs®28, compléments alimentaires pour le syndrome pré-mensuel (Fig. 11). Également, « Moublipa » du laboratoire Pierre Fabre qui commercialise les pilules Ludéal® Gé et Daily® Gé et permet d'améliorer l'observance de ses clientes (Fig. 12).

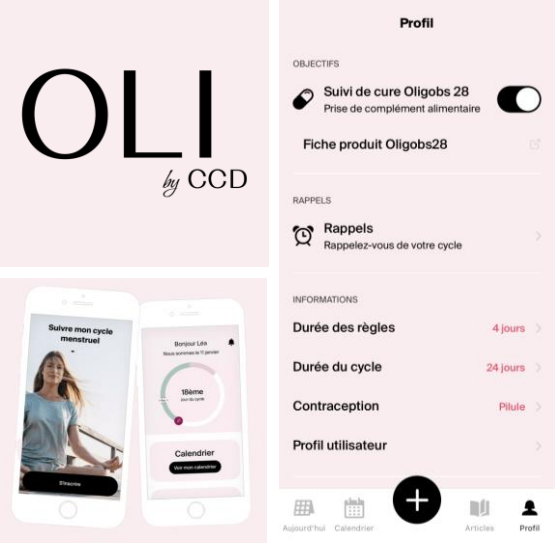


Figure 12. Application OLI by CDD. Source : Google Images

Figure 11. Application Moubliba par Pierre Fabre. Source : Google Images

Ajouté à cela, les laboratoires commencent peu à peu à envahir les réseaux sociaux, notamment Facebook, LinkedIn, Twitter et YouTube (53). Selon l'agence de communication Ultramedia, les laboratoires les plus influents en France sur les réseaux sociaux sont respectivement : Sanofi, Pfizer et MSD en 2020 (56).

Ainsi, il parait évident que les perceptions qu'ont les femmes sur la contraception vont directement influencer leur choix, et ce d'autant plus avec l'arrivée d'Internet.

Aujourd'hui, l'accès à l'information n'a jamais été aussi simple. Les sources d'influences se sont nettement diversifiées : auparavant, si l'opinion des professionnels et l'éducation à la sexualité par les proches primaient dans le choix d'une contraception ; dorénavant, cela peut ne plus être le cas. En effet, la relation de confiance entre les professionnels de santé et les utilisatrices de contraception s'est nettement dégradée de par les nombreuses controverses médiatisées. Ajouté à cela, la Santé Sexuelle et Reproductive est dorénavant un droit humain ; et l'accès à l'information devient une obligation légale.

3. COMPRENDRE LES DIFFERENTS ASPECTS DU MARCHE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE

3.1. Chaîne de Valeur

Lorsque qu'il s'agit de l'accès à la contraception féminine, la chaine de valeur est bien plus complexe qu'il n'y parait. En effet, tous les moyens de contraceptions, y compris les préservatifs, sont des produits à usage médical et donc soumis aux originalités du système de santé français. Développés et produits par des acteurs privés tel que les laboratoires pharmaceutiques, leur prix est fixé par les autorités de Santé et plus précisément le CEPS (Comité économique des produits de santé). Ajouté à cela, l'utilisateur final n'est pas entièrement le décisionnaire de son achat puisque le choix d'un contraceptif doit se faire en accord avec le prescripteur, soit un professionnel de santé agréé.

3.1.1. Recherche et Développement

La recherche et le développement d'innovations médicales permettent d'accroitre sans aucun doute la compétitivité de la chaine de valeur. Concernant le secteur de la santé, 99% des recherches sont financées par les entreprises pharmaceutiques, avec un budget d'environ 4,5 milliards d'euros de la part de l'industrie pharmaceutique contre 47 millions d'euros en provenance de fonds publics (Tableau 7).

	Dépenses de R&D en M€	Répartition	En % du CA total*
Dépenses intérieures	3 023	67,9 %	6,6 %
Recherche fondamentale	*308*	*6,9 %*	*0,7 %*
Recherche appliquée	*1 346*	*30,2 %*	*3,0 %*
Développement expérimental	*1 369*	*30,8 %*	*3,0 %*
Dépenses extérieures**	1 428	32,1 %	3,1 %
Budget total	**4 451**	**100,0 %**	**9,8 %**
Financement public	47		

* Le CA total représente le chiffre d'affaires réalisé en France et à l'export des entreprises interrogées par le ministère de la Recherche.
** Ensemble des contrats de sous-traitance passés par les laboratoires.

Tableau 7. Répartition des dépenses de R&D des entreprises du Médicaments en France en 2017. Source : Ministère de la Recherche - dernières données publiées en mars 2019. Tableau issu du LEEM.

En moyenne, les entreprises pharmaceutiques investissent autour de 9,7% de leur chiffre d'affaires en R&D. Ce taux est le plus élevé tous secteurs confondus en termes de financement sur fonds propres (Tableau 8).

Secteur d'activité	Budget total de la R&D		Financement sur fonds propres		Financement public	
	M€	% du CA	M€	% du CA	M€	% du CA
Construction aéronautique et spatiale	8 268	10,0 %	7 178	8,7 %	1090	1,3 %
Industrie automobile	5 176	4,8 %	5 143	4,8 %	33	0,03 %
Industrie pharmaceutique*	4 451	9,8 %	4 404	9,7 %	47	0,1 %
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	2 718	4,2 %	2 450	3,8 %	268	0,4 %
Industrie chimique**	2 305	4,5 %	2 180	4,3 %	125	0,2 %
Activités informatiques et services d'information	2 161	3,6 %	2 046	3,4 %	115	0,2 %
Fabrication d'instruments et appareils de mesure, essai et navigation, horlogerie	1 696	14,2 %	1 362	11,4 %	334	2,8 %
Tous secteurs	**43 314**	**3,9 %**	**40 383**	**3,6 %**	**2 931**	**0,3 %**

* Y compris la fabrication de produits actifs.
** Y compris fibres artificielles et synthétiques.

Tableau 8. Comparaison par secteur d'activité de l'effort de recherche en 2017. Source : Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation - dernières données publiées. Tableau issu du LEEM.

Quant au marché de la contraception féminine, le bilan des moyens émis en matière de Recherche et Développement reste mitigé. Cette dernière décennie, peu de grands groupes pharmaceutiques ont investi dans l'innovation contraceptive (57). Seul Bayer a développé de nouveaux produits, tel QLAIRA, première pilule à base d'hormone naturelle. Cela s'explique en partie par une nouvelle stratégie des industriels qui tendent à externaliser leur processus de R&D (58).

3.1.2. Accès au marché

Les produits de contraception sont soumis aux conditions de mise sur le marché des produits de santé, autrement dit, une réglementation lourde les régit.

En France, la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché est fondée sur le calcul du ratio bénéfice/risque ; il s'agit d'assurer la qualité du médicament, sa sécurité et son efficacité. Selon la procédure employée, elle sera soit délivrée par l'European Medical Agency (EMA) soit par l'Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) (59,60).

Avant de commercialiser un médicament, il faut également se questionner sur son admission au remboursement. En France, la Commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé évalue le produit de Santé et fixe le Service Médicale Rendu (SMR) selon trois niveaux (majeur ou important, modéré ou fiable, insuffisant) et l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) selon cinq niveaux (majeure ; importante ; modérée ; mineure ; inexistante).

En fonction du Service Médical Rendu, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) déterminera le taux de remboursement ; toutefois, ce sera le Comité économique des produits de santé (CEPS) qui fixera le prix en fonction de l'ASMR.

Au final, l'accès au marché des produits de santé et donc des contraceptifs, est principalement régi par des organismes publics et des autorités ministérielles (Fig. 13).

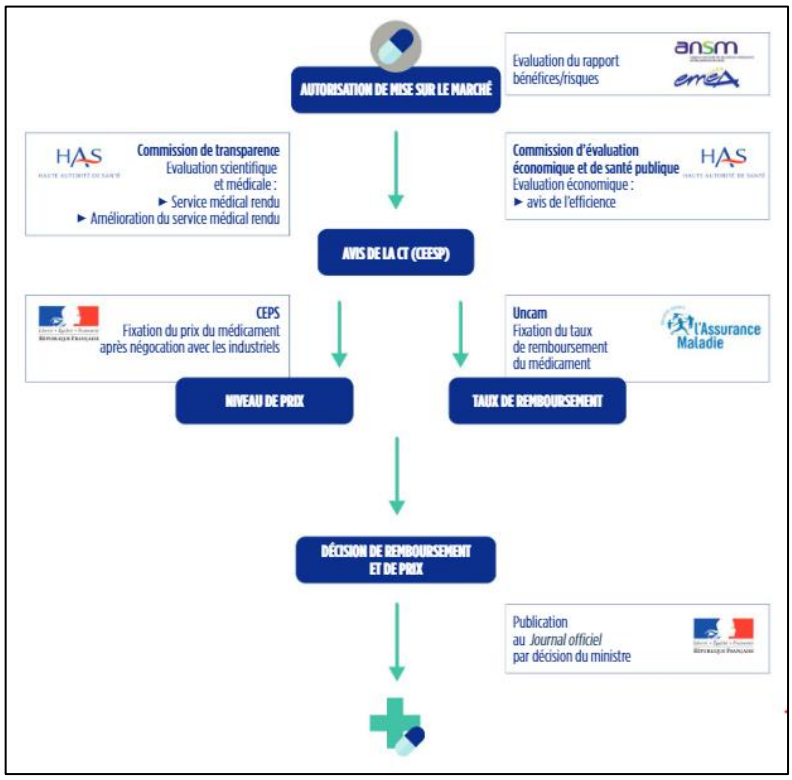


Figure 13. Accès au marché d'un médicament en France : De l'autorisation de mise sur le marché à la décision de remboursement et de prix. Source : LEEM, AEC Partners.

3.1.3. Production

En fonction du type de médicament, les étapes de fabrication diffèrent. Ce sont les industriels pharmaceutiques qui vont opérer la production des produits de santé soit par une production interne, soit en faisant appel à des façonniers externes.

Il est primordial pour les entreprises d'améliorer leur chaine logistique afin d'optimiser cette étape. En effet, de nombreux obstacles peuvent perturber la fabrication d'un

médicament tels qu'une pénurie de matières premières, des variations non anticipées de la demande qui pourraient entrainer des ruptures de stocks par exemple.

3.1.4. Distribution

La distribution et l'acheminement des produits de Santé sont assurés par les grossiste-répartiteurs lorsque le médicament est à destination des pharmacies d'officine et par les entreprises pharmaceutiques lorsqu'il est à destination des pharmacies hospitalières.

Le laboratoire pharmaceutique va confier la marchandise à un dépositaire qui va assurer la sérialisation du produit par identifiant unique et aléatoire : chaque boite sera associée à un « QR code » contenant les informations de traçabilité. Cette sérialisation assure le maintien de la sécurité du médicament. Par la suite, la marchandise sera acheminée par les grossistes-répartiteurs ou directement par le laboratoire auprès des pharmacies, pour ensuite être distribuée aux patients (Fig. 14).

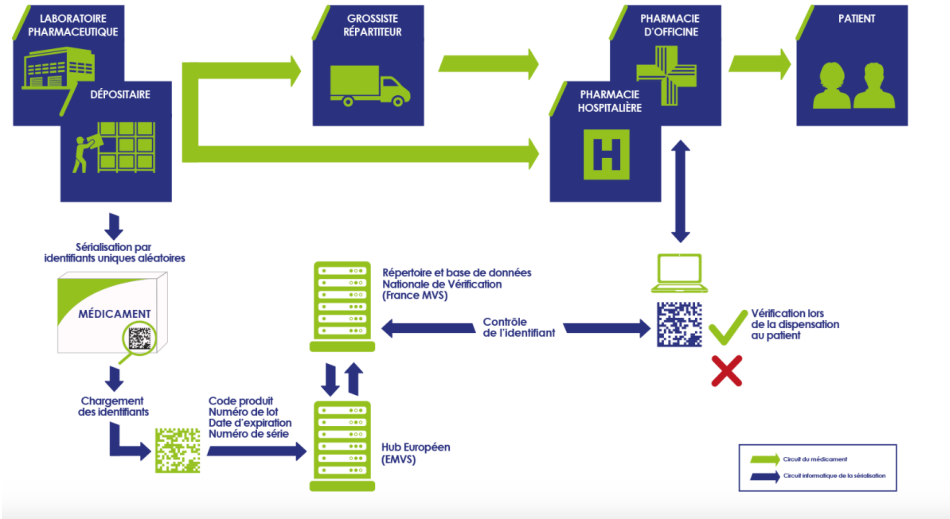


Figure 14. Distribution des médicaments en France. Source : France MVO.

En France, sept entreprises représentent 97,14% du marché de la distribution du médicament (Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique, s. d.) (Fig. 15).

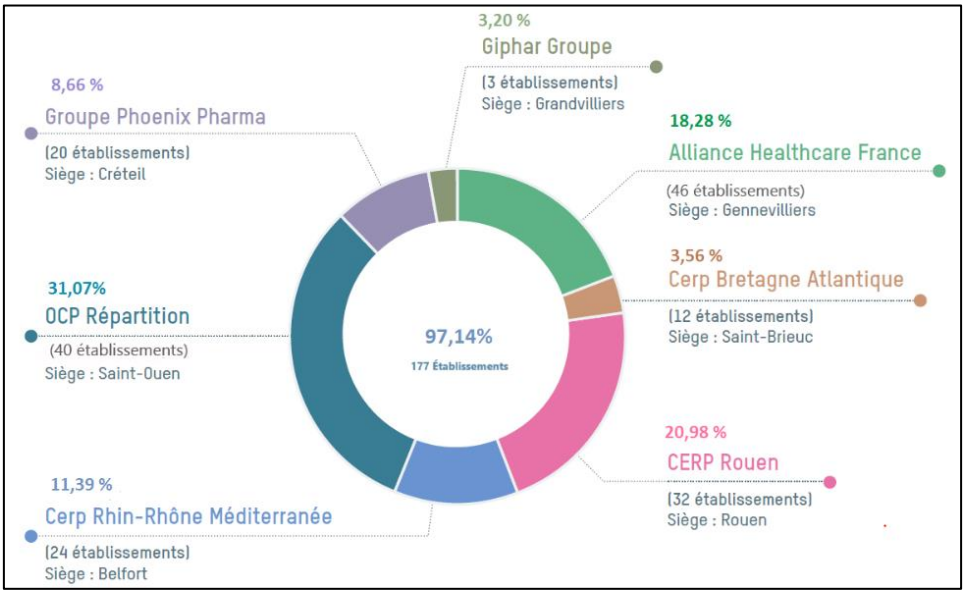


Figure 15. Part de marché des principaux grossistes-répartiteurs en France. Source : GERS CA année 2020 ; CSRP.

Quant au marché de la contraception, le réseau de distribution préférentiel reste celui des grossistes-répartiteurs, car la majorité des contraceptions est dispensée dans les pharmacies de villes ou dans les officines.

3.1.5. Usages

Si dans la plupart des secteurs, la chaine de valeur se termine avec le client, à la fois décisionnaire, usager et payeur final, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de produit de santé.

Les moyens de contraception pour les femmes sont soumis à prescription, ainsi le décisionnaire final et l'usager final peuvent différer. La dispensation nécessitant une ordonnance, le prescripteur fait le choix du mode de contraception le plus adapté. Dans cette logique, lorsqu'un industriel pharmaceutique tente d'implanter une nouvelle gamme de produits contraceptifs, il ne s'efforce pas tant à attirer l'utilisatrice finale mais à apporter des éléments qui pourraient convaincre les professionnels de Santé de la plus-value de son produit par rapport à la concurrence. Mais cette stratégie, qui est aujourd'hui très répandue chez les industriels, reste questionnable et possède de multiples limites. En effet, même si les contraceptifs doivent être prescrits par un professionnel de Santé, rien n'oblige une patiente à se soumettre à cette décision : elle pourra toujours décider de se tourner vers un autre mode de contraception non soumis à prescription obligatoire tel que le préservatif ou décider d'aller consulter un autre professionnel de santé plus flexible.

3.2. Indicateurs du Marché de la Contraception

3.2.1. Volume du marché et valeur du marché

Le marché mondial de la contraception représentait 21,8 milliards de dollars en 2020, avec un taux de croissance annuel estimé à 8,2% d'ici 2027 du fait de l'accroissement démographique et d'une sensibilisation accrue à la contraception dans les pays émergeants [60].

En France, le marché de la contraception progresse également : la pilule oestroprogestative est largement utilisée, devant tous les autres contraceptifs. Toutefois, depuis la dernière décennie, sa part de marché ne cesse de diminuer (-23,63% entre 2011 et 2017) (15). Au contraire, les dispositifs intra-utérins en cuivre ainsi que les pilules microprogestatives, très peu dosées en hormones, voient leur marché largement augmenter (respectivement 41,74% et 65% entre 2011 et 2017) (15). (Tableau 2).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation entre 2011 et 2017 (%)
Pilules EP*	54,6	53,5	50,0	47,4	45,8	43,7	41,7	-23,63%
Patch	1 212 813	1 205 550	973 677	904 890	495 081	747 681	681 603	-43,80%
Anneau vaginal**	1 052 364	1 080 979	968 490	853 916	765 458	669 652	585 558	-44,36%
Micropilules progestatives**	8,0	8,4	9,3	9,9	11,1	12,3	13,2	65,00%
SIU-LNG**	369 869	374 470	437 004	388 885	400 138	390 741	355 188	-3,97%
DIU-Cu**	290 331	308 880	437 047	377 233	343 883	376 076	411 516	41,74%
Implant contraceptif**	167 592	186 081	218 895	212 957	209 920	220 626	209 284	24,88%
Progestatif injectable**	28 929	30 630	30 489	31 608	29 775	30 790	27 346	-5,47%
Contraception d'urgence**	1 271 869	1 229 732	1 276 996	1 288 142	1 333 452	1 336 057	1 330 497	4,61%
Stérilisation contraceptive (PMSI)	34 558	35 929	46 717	44 431	40 032	33 978 (estimé 30/01/17)	24 175 (estimé 22/01/18)	-30,05%
Spermicides**					72 147	61 161	55 950	-22,45% ***

Tableau 9. Marché de la contraception en France : évolution depuis 2011.

** En Millions d'unités par an. ; ** En unités par an ; *** Entre 2015 et 2017. Source : Serfaty, 2018*

3.2.1.1. Enjeux de la première contraception

Il est important de noter que chaque produit voit sa part de marché modifier selon l'âge : les femmes de moins de 30 ans privilégient la pilule alors que les femmes de plus de 30 ans se tournent plutôt vers le dispositif intra-utérin (14) (Fig. 16).

De cette donnée, plusieurs informations peuvent être tirées.

Tout d'abord, l'âge de 30 ans est un âge pivot : il s'agit de l'âge moyen de la mère à l'accouchement selon l'INSEE (62). Ainsi, la vie contraceptive des femmes peut se diviser en deux temps : du début de la sexualité à la première grossesse, puis de la première grossesse à la ménopause.

Les jeunes utilisatrices sont fidèles à leur première contraception. Elles débutent généralement directement avec la pilule (60,4% des femmes âgées de 15 à 19 ans) et la conservent jusqu'à leur première grossesse. Le pourcentage de femmes qui changent de contraception pendant cette période est relativement faible et concerne plutôt le passage du préservatif à un autre moyen de contraception. Mais lorsqu'il s'agit de s'interroger sur la satisfaction des femmes quant à leur contraception, seules 56,1% en sont totalement ou très satisfaites. Plus de 11% ne sont pas du tout satisfaites mais pour autant, elles ne changent pas de contraception (14,63).

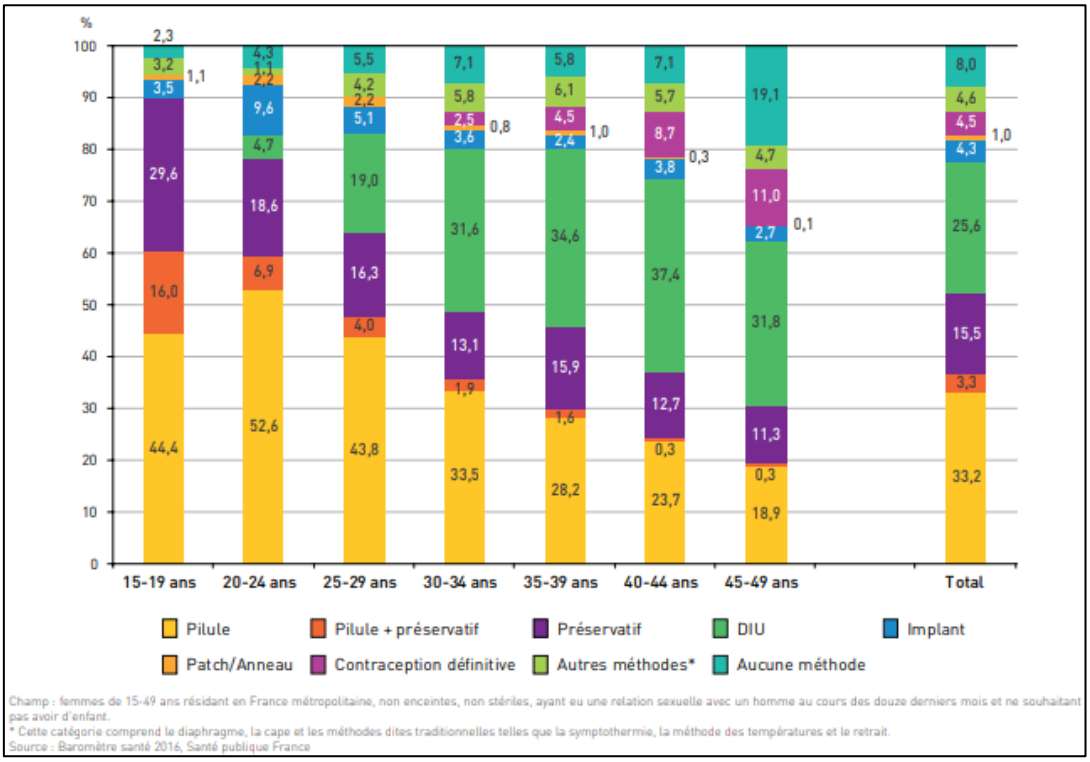


Figure 16. Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. Source : Baromètre santé 2016, Santé Publique France.

Ainsi, le choix de la première contraception est un véritable enjeu pour les industriels, car en ciblant et en attirant les nouvelles utilisatrices, ils s'assurent une période de vente considérable, correspondant à la première période de vie contraceptive des jeunes femmes.

3.2.2. Paysage concurrentiel

En France, le marché de la contraception est assez hétérogène, représenté par cinq acteurs qui se partagent près de 79% du marché de la contraception (Tableau 10).

	Laboratoire		Positionnement ou Spécialisation	Présence sur d'autres marché (Pays)	Part de marché en Contraception (Données 2013)
1	BAYER	**Bayer**	Tous secteurs	Monde	33,3%
2	ORGANON	**Organon (anciennement Merck)**	Santé de la Femme (secteur principale) Dermatologie, Cardiovasculaire, Respiratoire	Monde	24,6%
3	Theramex	**Theramex (anciennement Teva)**	Santé de la Femme	Monde	9,1%
4	BIOGARAN	**Biogaran**	Génériques/Tous secteurs	France	5,9%
5	MAJORELLE	**Majorelle**	Santé Sexuelle	France	5,7%
				TOTAL	**79%**

Tableau 10. Paysage concurrentiel de la contraception en France. Source : Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques [GERS] Officine 02:2013 CM12.

3.2.2.1. Bayer, leader mondial de la contraception

Créé en 1863 en Allemagne, le laboratoire Bayer est aujourd'hui un géant de l'industrie pharmaceutique. Spécialisé dans toutes les aires thérapeutiques et sur tous les types de produits : des médicaments sur prescription à ceux sans ordonnance en passant

par les compléments alimentaires, les cosmétiques et les dispositifs médicaux ; sa renommée vient principalement de l'importance de leur pôle R&D.

> « *L'innovation reste le fondement de notre stratégie et de notre culture* » (Bayer France, site vitrine – s.d.)

Ces dernières décennies, le groupe Bayer est l'un des rares laboratoires à avoir sorti de nouveaux moyens de contraception. Il est aujourd'hui le leader de la contraception dans le Monde et continue à étendre son influence. D'ici 2024, Bayer va investir 400 millions d'euros dans des sites de production de contraception, et vise la conquête des marchés des pays émergents (64).

3.2.2.2. Organon & Co (anciennement Merck & Co)

Merck & Co. Inc. ou Merck Sharp and Dohme (MSD) est un laboratoire pharmaceutique américain. En 2021, pour des raisons stratégiques, le laboratoire MSD a décidé de se séparer de son activité Santé de la Femme et de créer une entité indépendante : Organon & Co dont la mission prioritaire est de répondre aux besoins des femmes en matière de contraception (65).

Le Chiffre d'affaires d'Organon Monde, en matière de contraception, est estimé à 6 milliards d'euros en 2021 (66).

3.2.2.3. Biogaran

Biogaran, filiale du laboratoire Servier, est un laboratoire spécialisé dans les médicaments génériques. Il ne commercialise aucun médicament de marque. Sa part de marché s'explique par le fait qu'il est le leader du marché des génériques en France.

3.2.2.4. Theramex ou CVC Partners Capital (anciennement Teva Santé)

En 2018, le laboratoire Teva Santé, numéro trois en matière de contraception, vend son pôle Santé de la Femme à un fond d'investissement anglais, CVC Partners Capital, qui par la suite fonde le laboratoire Theramex. Ce laboratoire est uniquement

dédié à la Santé de la Femme et récupère le panel des produits Teva Women's Health (67).

3.2.2.5. Majorelle

Majorelle est un laboratoire pharmaceutique français qui se veut citoyen, dédié à la résolution de problème de Santé Publique. Son principal axe est le secteur de la Santé Sexuelle, avec la commercialisation d'une importante gamme de contraceptifs oraux. En 2016, il devient leader de la contraception orale en France, avec plus de 1,5 millions d'utilisatrices (68).

Si les cinq grands laboratoires pharmaceutiques évoqués ci-dessus se partagent 79% du marché de la contraception en 2013, il faut également noter une augmentation des parts de marché de laboratoires moins connus et spécialisés dans la Santé de la Femme tel que EFFIK ou les laboratoires CCD.

Au final, le marché de la contraception est un marché hétérogène, dont les acteurs sont à la fois des grands groupes pharmaceutiques mais aussi des PMEs.

Il est important de noter que les grands groupes modifient leur stratégie, elles se séparent de leur pôle Santé de Femme/Santé Sexuelle pour se tourner vers d'autres domaines tel que celui des Biotechnologies.

3.3. Stratégie « Approche Globale du Marché » ou « Total Market Approach »

3.3.1. Concept

Le terme « Global » est un terme ambigu qui peut être apparenté à deux notions. Tout d'abord, il peut avoir une consonance géographique et renvoyer au marché international ; mais également il est défini comme ce « *qui est considéré dans sa totalité, qui est pris en bloc ou qui considère quelque chose dans son ensemble* » Larousse, s.d. [68].

La Stratégie « Approche Globale du Marché » s'apparente à la deuxième notion, il s'agit de définir un marché en prenant en compte tous les acteurs et tous les aspects de la chaine de valeur. Si en français, cette stratégie peut porter à confusion du fait de l'ambiguïté des termes utilisés, sa traduction en anglais semble beaucoup plus claire : « Total Market Approach » (TMA). Ainsi, ce terme sera privilégié dans cette thèse.

L'objectif est de définir des priorités stratégiques pour mieux appréhender les forces et les faiblesses d'un marché.

En matière de contraception, l'US AID a identifié l'Approche Globale de Marché (TMA) comme la stratégie à privilégier. En effet, le marché de la contraception est soumis à de nombreux acteurs, à la fois privés et publics, plus ou moins indépendants [69].

3.3.2. Elaboration

La stratégie TMA peut se résumer en trois grandes étapes.

Etape 1 : Dans un premier temps, il s'agit de collecter des données quantitatives et qualitatives permettant d'apprécier le marché de la contraception féminine. En d'autres termes, il s'agit de rassembler toutes les notions qui vont impacter le marché.

Par exemple, il sera judicieux de :

- Définir les acteurs-clés, leur rôle et leur influence.
- Définir les indicateurs du marché afin d'apprécier l'attractivité et la compétitivité du marché, tels que :
    - Le Volume et la Valeur du marché (« Market size » et « Market Growth »)
    - Les parts de marché obtenables (« Obstainable Market Share »)
    - Le Pouvoir Financier (« Buying power »)
    - Le paysage concurrentiel (« Competitiveness intensity »)
- Définir les politiques et la réglementation en vigueur.

La liste citée ci-dessus est non-exhaustive et à titre d'indication. En fonction de chaque marché, d'autres notions peuvent être incluses à l'appréciation de l'analyste. En effet, chaque marché est différent et il est nécessaire de prendre en compte ses spécificités.

Etape 2 : Une fois les données collectées, il s'agit de les analyser et de les synthétiser.

Etape 3 : L'étude se conclut par l'élaboration de recommandations à destination des Parties Prenantes.

3.3.2.1. Etape 1 : Collecte de données

L'ensemble de cette thèse permet de regrouper les données qualitatives et quantitatives pour apprécier le marché de la contraception dans sa globalité, à la fois en considérant la Chaine de Valeur et les Indicateurs de marché auxquels nous pourrons ajouter l'analyse du pouvoir financier ou « Buying power ».

En effet, comprendre la structure économique d'un marché est primordiale : elle ne se limite pas uniquement au résultat financier ou à la rentabilité, mais il s'agit également d'appréhender les modes de financements possibles. Dans ce contexte, il est important pour les industriels d'avoir une approche totale du marché, puisqu'outre leurs ressources financières internes, la présence des acteurs publics et des subventions publiques est forte en matière de planification familiale.

En France, s'il est difficile de mesurer le coût direct de la planification familiale, il peut être estimé à 200 millions d'euros par an. La gratuité de la contraception pour les femmes de moins de 25 ans depuis 2022 devrait représenter 21 millions d'euros par an pour la Sécurité Sociale (71), tandis que le coût des Centres de Planning Familial était estimé à plus de 70 millions d'euros en 2006 selon l'IGAS (Fig. 17) (72).

Répartition actuelle du financement des prestations des CPEF en fonction des publics

	Personnes avec une couverture maladie et ne souhaitant pas garder le secret		Personnes souhaitant garder le secret		personnes sans couverture maladie	textes
	AME	Assurance maladie	majeurs	mineurs		
Consultation médicale pour contraception	CG en pratique	CG ; contribution possible des régimes AM par convention avec CG	Non prévu par les textes, CG en pratique	CG (sauf convention locale avec l'AM permettant l'anonymat ?)	CG	L2111-1 CSP L2111-2 CSP L2112-2 CSP L2112-7 CSP
Examens de biologie pour contraception	AME	AM (hors TM)		CG		L2311-4 CSP
Contraceptifs remboursables				CG (sauf convention locale avec l'AM permettant l'anonymat ?)		
Contraceptifs non remboursables	CG en pratique (ou bien personne elle-même)			CG		
Examens de biologie dépistage IST	AME en pratique, sans anonymat ?	AM (hors TM) en pratique, sans anonymat ?	CG en pratique sauf si anonymat organisé localement avec l'AM	AM 100% sur base anonymisée		L2311-5 CSP R2311-4 CSP
Traitement IST						
IVG médicamenteuse	AME	AM (hors TM) avec codification discrète sur feuille de soins et décompte	Non prévu par les textes, renvoi vers hôpital	AM 100% sur base anonymisée	Orientation vers un établissement de santé pour prise en charge au titre soins urgents	L2212-7 CSP

CG : Conseil général
TM : ticket modérateur

AM : assurance maladie
AME : aide médicale d'Etat

CSP : code de la santé publique

Figure 17. Répartition du financement des prestations médicales des CPEF en fonction des publics.

Source : IGAS, 2011.

Ajouté à cela, il est à noter que le patient prend une place prépondérante en matière de contraception, d'autant plus qu'elle touche à leur intimité. Il est alors important de comprendre les aspirations et les appréhensions des utilisatrices, ainsi que leurs sources d'informations et d'influence.

L'avantage de la Total Market Approach est qu'elle ne se limite pas à un seul aspect du marché contrairement aux anciennes stratégies mises en place. En effet, ces dernières décennies, les stratégies liées à la contraception développées par les autorités publiques ou par les industriels ne se limitaient qu'à renforcer l'approvisionnement en produits de santé, sans prendre en compte les services de santé associés (70).

Par exemple, la notion d'éducation thérapeutique n'est définie qu'en 1996 par l'OMS. En France, elle n'apparait qu'en 2009 avec la loi HPST "Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (73,74).

Quant aux industriels pharmaceutiques, les stratégies « *beyond the pills* » n'apparaissent que bien plus tard, vers les années 2015. Elles se veulent « au-delà des médicaments » : il s'agit de ne pas se limiter aux produits de santé proposés par les industriels, mais d'intégrer toute une solution thérapeutique (Fig. 18) (75).

L'objectif pour les laboratoires pharmaceutiques est de ne plus limiter leur communication sur le médicament en lui-même mais d'opter pour une approche centrée sur le patient, en s'impliquant dans chaque étape du parcours de soins (75,76).

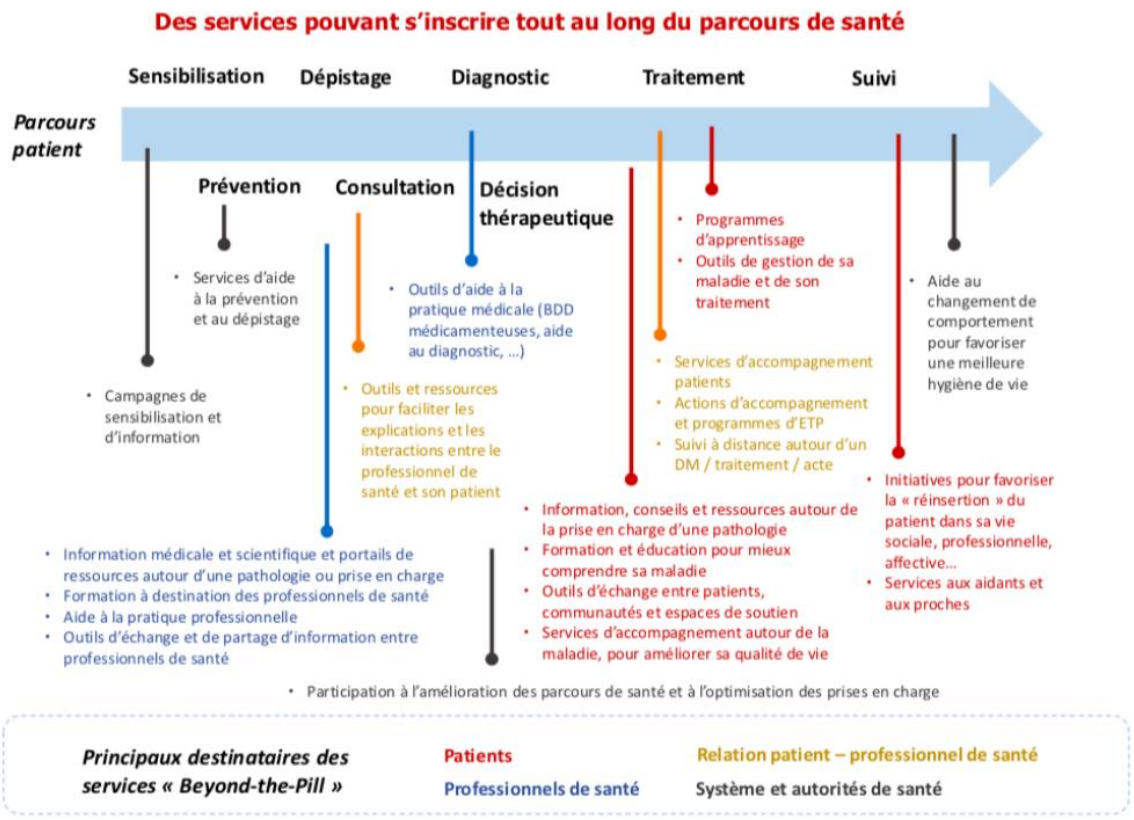


Figure 18. « Beyond the pills » : des services pouvant s'inscrire tout au long du parcours de santé. Source : Leroy, 2020.

3.3.2.2. Etape 2 : Analyse

Le marché de la contraception reste attractif avec un taux de croissance élevé, attirant ainsi les laboratoires de petites ou moyennes tailles. Le paysage concurrentiel est flexible et perméable à de nouveaux concurrents.

En France, ce marché est amené à se stabiliser, du fait d'une couverture contraceptive déjà importante. Mais à l'échelle mondiale, il est certain qu'il sera marqué par une importante croissance du fait de l'accroissement démographique et d'une sensibilisation accrue à la contraception dans les pays émergeants.

Pourtant, malgré ces avantages, les grands groupes industriels, anciennement leaders, tendent à s'affranchir de leur pôle Santé Sexuelle. Cela peut s'expliquer par le nombre grandissant d'acteurs et une nouvelle définition des rôles. En effet, le contrôle de la natalité devient une problématique nationale, la promotion de la Santé Sexuelle est un enjeu de Santé Publique, et le respect de l'intégrité du corps humain doit être garanti par tous les acteurs.

La place des laboratoires pharmaceutiques est donc à redéfinir. Si traditionnellement, ils avaient un rôle plutôt industriel dans lequel ils étaient limités au développement et à la production de contraceptifs ; aujourd'hui, leur vision doit être élargie et ils doivent s'impliquer dès le parcours-patient afin de comprendre le besoin et de satisfaire les exigences des patientes.

Dans ce contexte, l'approche « Total Market » est efficace puisqu'elle permet de définir les rôles de chaque acteur et ainsi, identifier les priorités stratégiques. Or, définir correctement l'environnement qui régit un marché est primordial pour un industriel car il pourra ainsi comprendre quels axes et quelles attitudes adoptés.

3.3.2.3. Etape 3 : Recommandations

La Stratégie « Approche Marché Globale » s'inscrit dans une stratégie qui vise à créer de la valeur pour l'entreprise et ses parties prenantes.

Par conséquent, les recommandations doivent viser plusieurs axes. Il est également nécessaire de correctement identifier qui elles visent et qui doit appliquer ces recommandations.

Par exemple, si les recommandations visent les industriels en Pharmacie, il s'agira de définir des recommandations de :

- Stratégies de Pénétration du Marché, qui visent à limiter les freins ;
- Stratégie d'Information, afin d'optimiser l'information des futures utilisatrices et leur permettre d'avoir les outils nécessaires à leur choix ;
- Stratégies d'Innovation, dans le but d'améliorer la compétitivité des Industries pharmaceutiques en répondant aux besoins et aux motivations des utilisatrices.

<u>Axe 1 : Stratégie de Pénétration du marché</u>
1.1. Revalorisation de l'image des industriels auprès du Grand Public
1.2. Optimisation de la communication entre Industriels et Professionnels de Santé, principale source d'influence
1.3. Accès à la contraception : Partenariat entre Industriels et Association de Patients afin de demander la gratuité de la contraception, quel que soit l'âge
<u>Axe 2 : Stratégie d'Information</u>
2.1. Privilégier les outils digitaux afin d'informer les jeunes femmes
2.2. Améliorer l'information sur les contraceptions à la fois qualitativement et quantitativement
<u>Axe 3 : Stratégie d'Innovation</u>
3.1. Développer des médicaments à double indication Le principal motif pour débuter la contraception est le début de la sexualité, mais il est important de noter que désormais les utilisatrices recherchent également d'autres effets que la prévention d'une grossesse non désirée tel qu'une indication anti-acné, une indication pour des maladies gynécologiques ou pour limiter la présence de règles abondantes et douloureuses. Par exemple, développer une pilule ayant la double indication, contraception et anti-acné, peut être intéressant car cela permettrait de combiner deux marchés très porteurs avec une cible commune : les jeunes filles en période de puberté, active sexuellement ou non. A titre d'information, les produits « anti-acné » représentaient un marché mondial de plus de 7 milliards de dollars (USD) en 2021, et enregistraient un taux de croissance de plus de 4%. La place des industriels en pharmacie dans ce marché pourrait être questionnée puisqu'il est très imprégné par la cosmétologie, pourtant le leader mondial reste Teva Pharmaceuticals, suivi de l'Oréal S.A, et plus précisément de

leur filiale La Roche Posay, laboratoire pharmaceutique spécialisé en dermatologie. (77)

Toutefois, cette recommandation ne reste qu'hypothétique. Ainsi, si trois pilules possèdent cette double-indication, il serait alors intéressant de se pencher sur leur part de marché ainsi que leur taux de croissance, afin de conclure si une double indication a un réel intérêt ou non.

3.2. Privilégier le développement de produits de contraception sans hormones

La principale source de changement de contraception est liée aux effets secondaires des hormones. En outre, depuis une dizaine d'année, les ventes de stérilet en cuivre sont en augmentation. Les femmes souhaitent se diriger vers un mode de contraception sans hormones.

CONCLUSION

Dans l'ensemble, le marché de la contraception reste attractif avec potentiellement 12 millions d'utilisatrices en France.

Pourtant, les industriels semblent perdre intérêt pour les produits contraceptifs. Mais cette affirmation n'est vraie que pour les grands groupes pharmaceutiques : les laboratoires Merck&Co et Teva, anciennement leader du secteur, se sont séparés de leur gamme de contraceptifs afin de se concentrer sur d'autres aires thérapeutiques. Au contraire, les laboratoires de petites et moyennes tailles ont tendance à se spécialiser dans la Santé de Femme ou dans la Santé Sexuelle tel que Majorelle ou les Laboratoires CCD.

Ces stratégies, à l'opposé, s'expliquent par la taille des acteurs.

Le marché de la contraception est relativement stable en France, l'accès à la contraception a été fortement facilité ces dernières décennies et même si des inégalités socio-démographiques subsistent, la majorité de la population est sensibilisée aux problématiques de Santé Sexuelle. Ainsi, pour des entreprises de petites structures, s'assurer des ventes constantes permet une certaine sécurité en termes de trésorerie. Quant aux grands groupes pharmaceutiques, qui sont déjà bien implantés, ils souhaitent se tournent vers des aires thérapeutiques plus innovantes et moins restrictives, avec notamment les Biotechnologies.

En effet, le marché de la contraception est empli de paradoxes et de contradictions : à la fois flexible de par son paysage concurrentiel hétérogène, et à la fois particulièrement restrictif de par les représentations socio-culturelles des usagères et des professionnels de santé. Ces représentations font écho à une défiance du Grand Public suite aux controverses médiatiques et d'un manque de formation initiale de la part des professionnels de santé.

La place des laboratoires pharmaceutiques est donc à redéfinir. Si traditionnellement, ils avaient un rôle plutôt industriel dans lequel ils étaient limités au développement et à la production de contraceptifs ; aujourd'hui, leur vision doit être élargie et ils doivent s'impliquer dès le parcours-patient afin de comprendre les besoins et les exigences des patientes.

Ainsi, la stratégie « Total Market Approach » fait sens, puisqu'elle prend en compte tous les aspects de la chaine de valeur. Elle permet également d'appliquer des critères de force et d'influence afin de mieux appréhender les acteurs d'un marché, de limiter les freins et de renforcer les leviers de motivation.

Il s'agit de ne plus considérer un marché selon uniquement le produit, avec des stratégies limitées à renforcer l'approvisionnement en produits de santé comme ce qui était fait auparavant, mais d'aller au-delà du médicament (stratégie « *beyond the pills »).*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Businesscoot. Le marché de la contraception - France | Businesscoot [Internet]. [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: http://www.businesscoot.com/fr/etude/le-marche-de-la-contraception-france

2. Légifrance. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.

3. Service Public. Contraception [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F707

4. Larousse É. Définitions : avortement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/avortement/7148

5. Légifrance. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.

6. Légifrance. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

7. Légifrance. Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence (1).

8. Légifrance. Décret n°2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005632081/

9. Légifrance. Décret n° 2022-258 du 23 février 2022 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la contraception et aux frais liés aux passages dans les structures des urgences des établissements de santé - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045245276

10. CRES PACA, Lhours G. Glossaire : Education pour la santé, promotion de la santé et santé publique [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/121742/file/154180_voir-le-document-doc.pdf

11. Ameli. Contraception [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/contraception

12. Légifrance. Article L5134-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927644/

13. Légifrance. 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]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190713/

14. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017.

15. Serfaty D. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'hormonophobie ? Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 juill 2018;46(7):561-2.

16. Le Monde. L'affaire Marion Larat, lourdement handicapée après un AVC qu'elle attribue à une pilule de 3e génération, sera bien instruite au pénal. Le Monde.fr [Internet]. 27 oct 2020 [cité 12 mai 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/10/27/sequelles-des-pilules-3e-generation-huit-ans-apres-l-affaire-marion-larat-sera-bien-instruite_6057488_1651302.html

17. Parents. Pilule de 3ème génération - Scandale sur la pilule : le bilan [Internet]. PARENTS.fr. 2014 [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: https://www.parents.fr/etre-parent/maman/sante-forme/pilules-de-3eme-generation-retour-sur-un-scandale-13204

18. Le Monde. Pilules de troisième et quatrième génération : quatre ans après les plaintes, l'enquête classée sans suite. Le Monde.fr [Internet]. 19 sept 2017 [cité 12 mai 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/09/19/pilules-de-troisieme-et-quatrieme-generations-quatre-ans-apres-les-plaintes-l-enquete-classee-sans-suite_5187578_1651302.html

19. Vidal. DIANE 35 µg cp enr [Internet]. VIDAL. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/diane-35-g-cp-enr-5099.html

20. J. MARTINELLI J, E. DRAPIER-FAURE, M. FAURE. Polémique autour de Diane 35 : actualités sur la contraception de la femme acnéique. réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie. nov 2014;

21. « Vous et… vos contraceptifs oestroprogestatifs » : Un document destiné aux femmes - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vous-et-vos-contraceptifs-oestroprogestatifs-Un-document-destine-aux-femmes-Point-d-Information

22. ANSM. Dossier thématique - Diane 35 et ses génériques - ANSM [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/diane-35-et-ses-generiques

23. ANSM. Dossier thématique - Surveillance de l'implant de stérilisation - ANSM [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/surveillance-de-limplant-de-sterilisation-definitive-essure

24. Le Figaro. Implants Essure: Bayer va payer 1,6 milliards de dollars pour clore des plaintes aux Etats-Unis [Internet]. LEFIGARO. 2020 [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: https://www.lefigaro.fr/flash-eco/implants-essure-bayer-va-payer-1-6-milliards-de-dollars-pour-clore-des-plaintes-aux-etats-unis-20200820

25. Le Parisien. Bayer arrête définitivement les implants contraceptifs Essure [Internet]. leparisien.fr. 2018 [cité 12 mai 2022]. Disponible sur:

https://www.leparisien.fr/societe/sante/bayer-arrete-definitivement-les-implants-contraceptifs-essure-23-07-2018-7830339.php

26. Bajos N, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet*, Caroline Moreau. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés. mai 2014;

27. Solidarité Santé. Journée mondiale de la contraception le 26 septembre 2015 : Marisol Touraine renforce l'accès des mineures à la contraception - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/journee-mondiale-de-la-contraception-le-26-septembre-2015-marisol-touraine

28. Roux A. Sociologie de la contraception en France. médecine/sciences, EDP Sciences. 2021;

29. Bajos N, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population Sociétés. sept 2012;

30. Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration. Contraception : aides pour une décision médicale partagée. Méthode d'élaboration. Paroles de femmes et d'hommes. Avis des professionnels. juill 2014;

31. M. Gelly. Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: https://www.cresppa.cnrs.fr/csu/publications/non-visible/m-gelly-avortement-et-contraception-dans-les-etudes-medicales-une-formation

32. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.

33. Roux A, Ventola C, Bajos N. Experts with lay logics: About prescription of methods of contraception in France. Sciences sociales et sante. 22 sept 2017;35(3):41-70.

34. Le Huffington Post. Émile Daraï, gynécologue accusé de viols, annule sa venue à un congrès sur la santé des femmes [Internet]. Le Huffington Post. 2022 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/entry/emil-darai-gynecologue-accuse-viols-congres-polemique_fr_627a1ccce4b046ad0d80a437

35. Danielle BOUSQUET, Geneviève COURAUD, Margaux COLLET. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme. Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes. 26 juin 2018;

36. Commission sur l'égalité et la non-discrimination. Violences obstétricales et gynécologiques. Rapport. 2019.

37. CNGOF. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. La demande de soins 4. Contraception 1 [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_04.htm

38. Ameli. Entrée dans la vie sexuelle et contraception à l'adolescence [Internet]. [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/sante/themes/puberte/entree-vie-sexuelle-contraception-adolescence

39. Pas à pas en Pédiatrie. Première contraception chez l'adolescente | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: https://pap-pediatrie.fr/gyneco-obstetrique/premiere-contraception-chez-ladolescente

40. Gyn&co. Pourquoi utiliser un moyen de contraception ? [Internet]. Gyn&co. 2016 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: https://www.gynandco.fr/pq-utiliser-un-moyen-de-contraception/

41. Inserm. Endométriose · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/

42. WHO. Endométriose [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis

43. INPES BVA. Les Français et la contraception. 2007.

44. Amsellem-Mainguy Y. Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes : les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception. Recherches familiales. 2006;3(1):49-59.

45. Légifrance. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001.

46. Solidarités Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle [Internet]. 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

47. Social Life, Harris Interactive. Baromètre des usages des réseaux sociaux [Internet]. France. 2017 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/newsfeeds/social-life-2017-barometre-annuel-des-usages-des-reseaux-sociaux-en-france/

48. Briand P, Loctin M. Les réseaux sociaux comme source d'information sur la contraception chez les sujets de 18 à 25 ans en Haute-Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2020;65.

49. Autelitano L, Henry C, Mebarki A, Olivier P, Orchard F, Fantun JB. LES RÉSEAUX SOCIAUX ET LA SANTÉ : UN ENJEU POUR LE SUIVI DES PATIENTS ET LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE. 2018;31.

50. Médiamétrie. Enquête en ligne auprès d'un échantillon de 2000 internautes de 15-34 ans. 2017.

51. Légifrance. Article L5122-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034079699/

52. Le contrôle de la publicité des médicaments - ANSM [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/page/le-controle-de-la-publicite-des-medicaments

53. Briquet A. D'un marketing de masse vers un marketing personnalisé: tenants et aboutissants de cette transition au sein de l'industrie pharmaceutique. Exemple des aires thérapeutiques de la contraception et de la fertilité chez la femme. 2018;108.

54. Larousse É. Définitions : patient - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58654

55. Lecimbre E, Gagnayre R, Deccache A, d'Ivernois JF. Le rôle des associations de patients dans le développement de l'éducation thérapeutique en France. Santé Publique. 2002;14(4):389-401.

56. Mypharma. » Réseaux sociaux : le palmarès 2020 des labos les plus influents MyPharma Editions | L'Info Industrie & Politique de Santé [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: https://www.mypharma-editions.com/reseaux-sociaux-le-palmares-2020-des-labos-les-plus-influents

57. Thompson K, Speidel JJ. Contraceptive R&D: neglected and in need of innovation [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://www.ghtcoalition.org/blog/contraceptive-r-d-neglected-and-in-need-of-innovation

58. LEEM. Les enjeux de l'industrie du médicament pour l'économie française. 2005.

59. ANSM. Autorisation de mise sur le marché pour les médicaments - ANSM [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/page/autorisation-de-mise-sur-le-marche-pour-les-medicaments

60. Solidarités Santé. Autorisation de mise sur le marché - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/

61. Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique. Le marché | CSRP [Internet]. [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: https://www.csrp.fr/le-marche

62. INSEE. Âge moyen de la mère à l'accouchement | Insee [Internet]. [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390

63. Tohic AL. Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Enquête auprès de 263 patientes - Are women satisfied with their contraception? A survey about 263 patients. 2006;6.

64. Nouvelle L. Contraception : Bayer va investir 400 M€. 6 oct 2021 [cité 17 juin 2022]; Disponible sur: https://www.usinenouvelle.com/article/contraception-bayer-va-investir-400-m.N1435392

65. MSD France. Le laboratoire pharmaceutique Organon & Co. lance ses activités en France [Internet]. MSD France. [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: https://www.msd-france.com/news/le-laboratoire-pharmaceutique-organon-co-lance-ses-activites-en-france/

66. Les Echos. Merck MSD donne naissance à un spécialiste de la santé des femmes, Organon [Internet]. Les Echos. 2021 [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/merck-msd-donne-naissance-a-un-specialiste-de-la-sante-des-femmes-organon-1320340

67. Nouvelle L. Teva finalise la transaction avec CVC. 12 févr 2018 [cité 17 juin 2022]; Disponible sur: https://www.usinenouvelle.com/article/teva-finalise-la-transaction-avec-cvc.N1463332

68. Majorelle, Laboratoire citoyen [Internet]. Majorelle. [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: https://www.laboratoires-majorelle.com/

69. Larousse É. Définitions : global - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/global/37152

70. Une Approche Globale de Marché pour les Services de Planification Familiale | Global Health eLearning Center [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.globalhealthlearning.org/fr/course/total-market-approach-family-planning-services

71. La contraception deviendra gratuite pour toutes les femmes de moins de 25 ans le 1er janvier [Internet]. ladepeche.fr. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ladepeche.fr/2021/09/09/la-contraception-va-devenir-gratuite-pour-toutes-les-femmes-de-moins-de-25-ans-en-france-9778655.php

72. Inspection générale des affaires sociales. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Rapport; 2011.

73. L'éducation thérapeutique du patient en pratique [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/leducation-therapeutique-du-patient-en-pratique

74. Légifrance. Article 84 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. 2009 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791

75. La stratégie beyond-the-pill : un nouveau business model [Internet]. CRIP Pharma. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://crip-pharma.fr/etudes-dossiers/dossiers/la-strategie-beyond-pill-un-nouveau-business-model/

76. Leroy F. Les Services associés aux produits: de l'expérience client à l'expérience patient. 2020;(Sciences pharmaceutiques. ffdumas-02432525f):123.

77. Mordor Intelligence. Marché de la thérapie contre l'acné | 2022 - 27 | Part de l'industrie, taille, croissance - Mordor Intelligence [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: https://www.mordorintelligence.com/fr/industry-reports/acne-therapeutics-market

RESUME ET MOTS CLES

Si le marché de la contraception féminine semble relativement stable et porteur, il reste empli de contradictions et de paradoxes.

L'implantation de nouveaux contraceptifs sur le marché français reste difficile et soumis à de fortes représentations socio-culturelles de la part des femmes, utilisatrices finales de produits mais également des professionnels de santé.

Ajouté à cela, le paysage concurrentiel reste hétérogène, permettant l'entrée de nouveaux acteurs notamment du fait du retrait de grands groupes industriels en matière de Santé Sexuelle, laissant alors un champ d'action bien plus large pour les petites et moyennes entreprises.

Dans ce contexte, **entre représentations socio-culturelles et marché oligopolistique,** il semble intéressant de se questionner sur **quelles stratégies les industriels en Pharmacie peuvent mettre en place pour implanter une nouvelle gamme de contraceptifs en France ?**

MOTS-CLES : Chaine de Valeur, Contraception féminine, Implantation d'une nouvelle gamme, Industrie pharmaceutique, Indicateurs de Marché, Market Access, Paysage concurrentiel, Stratégie de Pénétration de Marché, Stratégie « Total Market Approach » , Représentations socio-culturelles.

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

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,

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.

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

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.

Signature de l'étudiant	du Président du jury
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :

Version validée par la conférence des Doyens de facultés de Pharmacie le 7 février 2018