



HAL
open science

Modalités de délivrance de la contraception régulière et contraception d'urgence aux mineures, par les pharmaciens havrais : étude qualitative à partir de 13 entretiens semi-dirigés

David Douteau

► To cite this version:

David Douteau. Modalités de délivrance de la contraception régulière et contraception d'urgence aux mineures, par les pharmaciens havrais : étude qualitative à partir de 13 entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01243169

HAL Id: dumas-01243169

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01243169>

Submitted on 14 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

DOUTEAU David

Né le 25/08/1984 à HARFLEUR (76)

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 10 septembre 2015

**Modalités de délivrance de la contraception
régulière et contraception d'urgence aux
mineures, par les pharmaciens havrais: étude
qualitative à partir de 13 entretiens semi-
dirigés.**

**PRESIDENT DE JURY :
DIRECTEUR DE THESE :
MEMBRES DU JURY :**

**Madame le Professeur Nathalie Rives
Madame le Docteur Elsa Fagot-Griffin
Madame le Professeur Véronique Merle
Madame le Docteur Mireille Castanet
Monsieur le Docteur Frédéric Bounoure**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie

Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**

Pharmacie officinale

Mr Jean-François **HOUIVET**

Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**

Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

Mr François **HALLOUARD**

Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Nathalie Rives, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Madame le Docteur Elsa Fagot-Griffin. Merci infiniment Elsa de m'avoir accepté comme thésard, de m'avoir soutenu, motivé, mais également de ta patience à me relire et me corriger. Je t'en suis fortement redevable.

A Madame le Professeur Véronique Merle, aux Docteur Mireille Castanet et Docteur Frédéric Bounoure, d'avoir accepté d'intégrer ce jury et de juger mon travail. Je suis très honoré et reconnaissant de votre présence.

Aux 13 professionnels d'officine de la région havraise, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. Merci de votre accueil et votre disponibilité. Veuillez recevoir ma profonde sollicitude.

Au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de Seine Maritime, de m'avoir fourni de précieuses informations.

Au Docteur Mauillon et Mme Charly de la CPAM du Havre, de m'avoir répondu si rapidement.

A Justine Renault, de ton aide pour la réalisation de mon guide d'entretien.

A mes parents, mes sœurs et leurs moitiés que je chéris tant. Merci de votre soutien pendant ces longues années d'études.

A Nana particulièrement, de me conseiller si justement et de me perfectionner en informatique.

A ma belle famille, de leur bienveillance perpétuelle.

A mon fidèle ami Sébastien, d'être toujours là depuis notre tendre enfance.

A tous mes anciens colocos Xavier, Manu et Jules, merci à vous pour ces moments inoubliables de vie commune qui ont changé ma vie.

A Amaury, Mika, Lisa, Sophie, et tous les copains que j'oublie, merci à vous.

Et enfin à Annelyse, ma bien-aimée. Merci de ta patience et de ton amour.

LISTE DES ABREVIATIONS

IST : Infection Sexuellement Transmissible
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
PCU : Pilule de Contraception d'Urgence
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
PACA : Provence Alpes Cote d'Azur
DOM : Département d'Outre Mer
DIU : Dispositif Intra Utérin
EMA : Agence Européenne du Médicament
HSPT : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
CESPHARM : Comité d'Éducation Sanitaire et sociale de la Pharmacie française
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire
CIP : Code Identifiant de Présentation
DPC : Développement Professionnel Continu
Pilule OP : Pilule Oestroprogestative
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AIT : Accident Ischémique Transitoire
GEU : Grossesse Extra-Utérine
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage, et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
GERS : Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation Statistique
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
HPV : Human Papilloma Virus
AVK : Anti-Vitamine K
FPC : Formation Pharmaceutique Continue
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
HAS : Haute Autorité de Santé
Atoupharm : Site internet vendant en ligne des articles de parapharmacie
CERP : Coopérative Exploitation et Répartition Pharmaceutiques, correspondant à un groupement de grossistes répartiteurs
OCP : Office Commercial Pharmaceutique, correspondant à une société ayant une activité de grossiste, de formation pharmaceutique, et un réseau d'offices.
Actipharm : Laboratoire pharmaceutique
FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INED : Institut National d'Études Démographiques
CODAH : Communauté d'Agglomération Havraise
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
CMU : Couverture Maladie Universelle
AME : Aide Médicale de l'Etat
ARS : Agence Régionale de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
NHS : National Health Service
FIF PC : Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels libéraux
OPCA PL : Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales

Sommaire

I. Introduction	16
II. Préambule	18
A. Rappels historiques	18
1. Concernant la contraception	18
a) Une problématique ancestrale	18
b) Mouvement pro-contraceptif	18
c) Évolution législative en France	19
2. Concernant l'avortement	23
a) Les grandes dates (2,12,13)	23
b) Données statistiques actuelles sur les IVG	26
3. Concernant le pharmacien : aspects législatifs	28
a) Les missions du pharmacien	28
b) Contraception et contraception d'urgence	29
c) Facturation des produits contraceptifs aux mineures	31
d) Formation pharmaceutique continue	33
B. Contraception régulière et d'urgence chez la mineure	34
1. Contraception régulière	34
a) Les pilules oestroprogestatives (OP)	34
b) La pilule progestative	38
c) L'implant sous-cutané : NEXPLANON®	40
d) Le stérilet hormonal : MIRENA®	41
e) Le stérilet au cuivre	43
f) Le diaphragme	45
g) Le préservatif	46
h) Couverture contraceptive	46
2. La contraception d'urgence disponible en France	49
a) Le DIU au cuivre	49
b) Le Levonorgestrel	50
c) L'ulipristal acétate : Ellaone®	53
d) Quelques données statistiques sur la CU	55
III. Matériel et méthodes	57
A. Objectif de l'étude	57
B. Type d'étude	57
1. La méthode qualitative : une approche socio-représentative	57
2. L'option des entretiens semi-dirigés	58
3. Population de l'étude	59
4. La grille d'entretien : support de l'interviewer	59
C. Déroulement de l'interview	60
D. L'analyse des données	61
IV. Résultats	62
A. Caractéristiques des professionnels interviewés	62
B. Analyse des entretiens	63
1. Le pharmacien dans son rôle de prévention	63

a)	Représentation et perception de ce rôle _____	63
b)	Les obstacles à ce rôle préventif _____	66
2.	Concernant la délivrance de la contraception régulière aux mineures _____	68
a)	Les conseils apportés _____	68
b)	Les difficultés rencontrées _____	70
c)	Les méthodes de contraception régulière autres que la pilule _____	72
d)	Le renouvellement pharmaceutique de contraceptifs _____	74
e)	Le renouvellement infirmier de contraceptifs _____	76
f)	Le Pass Région-Santé _____	77
g)	La facturation anonyme de la contraception régulière _____	77
h)	Les solutions à apporter _____	79
3.	Concernant la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures _____	81
a)	Les informations délivrées _____	81
b)	Les difficultés rencontrées _____	86
c)	La réalisation de l'entretien préalable _____	91
d)	Le respect de la confidentialité _____	92
e)	Le respect de l'anonymat _____	94
f)	Facturation et gratuité de la CU _____	96
g)	L'orientation de la mineure _____	98
h)	Les supports informatifs délivrés _____	100
i)	Les solutions à apporter _____	103
4.	La Formation Pharmaceutique Continue _____	105
V.	Discussion _____	110
A.	Critiques et biais de l'étude (46) _____	110
1.	Concernant la méthodologie _____	110
2.	Concernant l'échantillon _____	110
3.	Concernant l'interviewer _____	111
4.	Concernant le répondant _____	112
5.	Validité interne _____	112
6.	Validité externe _____	112
B.	Discussion des résultats _____	113
1.	Le pharmacien dans son rôle de prévention _____	113
2.	La délivrance de la contraception régulière _____	115
a)	Une méconnaissance de l'offre contraceptive _____	115
b)	Développer l'éducation sexuelle en milieu scolaire _____	116
c)	Le frein financier _____	118
d)	Une méconnaissance des dispositifs sanitaires disponibles _____	119
3.	La délivrance de la contraception d'urgence _____	121
a)	Une méconnaissance de la PCU _____	121
b)	Anonymat et gratuité : des progrès à faire _____	122
c)	Frein religieux et/ou idéologique. _____	123
d)	Entretien préalable insuffisant _____	124
e)	Trop peu de confidentialité _____	125
f)	Des informations incomplètes et parfois erronées _____	126
g)	Un manque de supports en officine _____	127
h)	Des réseaux de soins insuffisamment exploités _____	128
i)	D'autres solutions à envisager _____	129
4.	La Formation Pharmaceutique Continue _____	130
VI.	Conclusion _____	133

VII.	<i>Bibliographie</i>	135
VIII.	<i>Annexes</i>	141
IX.	<i>Résumé et mots-clés</i>	149

I. Introduction

Nous sommes aujourd'hui, en 2015, en France, dans une période de démocratisation sexuelle et contraceptive, allant de pair avec l'essor des droits des femmes. Nous oublions bien vite que celui-ci est tout récent au regard de l'histoire, la 1^{ère} loi autorisant la contraception et par là même étant précurseur de la libéralisation sexuelle, ne datant que de 1967 (loi Neuwirth).

De multiples lois et décrets ont suivi, dans un but initialement de réguler les naissances, mais également de répondre progressivement à une sexualité et contraception réfléchies, miroir de l'émancipation tardive et difficile de la femme.

Malheureusement la situation actuelle n'est pas optimale concernant le sujet de la contraception et de ses échecs. En effet, malgré de nombreux progrès législatifs permettant un meilleur accès à la contraception d'une part, et des progrès scientifiques avec l'élaboration de nouvelles molécules contraceptives et de rattrapage (la contraception d'urgence) d'autre part, le nombre de grossesses non désirées stagne depuis une dizaine d'années.

Le cas des mineures cristallise notamment l'attention des pouvoirs publics qui ne parviennent pas à diminuer le nombre de grossesses non désirées, et par là même le nombre d'avortement.

En effet, la sexualité des jeunes filles mineures a longtemps été occultée. Elle ne répond pas à la même logique contraceptive que ses aînées, influencée par de multiples facteurs socio-éducatifs, culturels, religieux et représentatifs.

Le pharmacien, de par sa grande disponibilité horaire et facilité d'accès, occupe une place centrale dans le système de soins. Il est bien souvent le premier interlocuteur de ces jeunes filles, dans les situations de détresse face à un échec contraceptif.

Le rôle du pharmacien évolue et est amené à encore évoluer. Sa fonction aujourd'hui dépasse la stricte information sur le bon usage et la compliance des traitements médicamenteux. Son code déontologique l'oblige légalement, à participer aux actes de prévention dans un objectif global de santé publique. Son rôle est primordial notamment dans le cadre de la contraception et de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST).

J'ai donc décidé dans ce travail de me focaliser à l'échelle du pharmacien, au moment de la dispensation des contraceptifs, moment-clé pour aborder le thème de la sexualité des mineures. Le but de cette étude, va donc être de définir si les modalités de délivrance de la contraception régulière et d'urgence à la patiente mineure par le pharmacien d'officine sont respectées en regard des différentes lois et décrets établis.

II. Préambule

A. Rappels historiques

1. Concernant la contraception

a) Une problématique ancestrale

La volonté de réguler les naissances n'est pas une conception moderne. Depuis probablement le début de l'humanité, dès la Préhistoire, l'homme a cherché à limiter sa reproduction. Il a donc utilisé moult stratagèmes contraceptifs et abortifs afin d'y parvenir.

En effet, des reliquats de préservatifs ancestraux ont été retrouvés, d'origine et de nature variées (boyaux de mouton, vessie de chèvre). Dans l'Égypte antique, l'utilisation de décoctions orales est fréquente, tout comme les méthodes locales, véritables ancêtres des pessaires et spermicides.(1)

Ces stratagèmes étaient secrets car condamnés par les fondements idéo-politico-religieux des différentes civilisations qui se sont succédé pendant des siècles et millénaires.

En 1839, naît le premier préservatif en caoutchouc, œuvre de Charles Goodyear.(2)

b) Mouvement pro-contraceptif

Le début du XXème siècle voit une avancée considérable de la lutte pro-contraception, en provenance des pays anglo-saxons. Une infirmière américaine, Margaret Sanger, réalise en 1919 une campagne d'information sur la contraception aux États-Unis, avant de créer en 1921 à Londres, en collaboration avec Marie Stopes, une clinique dédiée à la contraception.

Celle-ci va également financer, en 1950, les travaux de recherche de Gregory Pincus sur l'élaboration d'une pilule oestroprogestative.

La première pilule contraceptive Enovid® est née et fait alors son apparition sur le marché américain à partir de 1957. Elle ne sera autorisée en France qu'à partir de 1961, dans l'indication uniquement des troubles dysménorrhéiques.

En France, le mouvement « La maternité heureuse » naît en 1956, sous l'égide des docteurs Legroua-Weill-Hallé, Simon et de Mme Sullerot.

Ce mouvement clandestin encourage à la réflexion d'une fécondité contrôlée et réfléchie des couples, par l'usage de la contraception.

Une nouvelle avancée a lieu en 1961, avec l'ouverture, à Grenoble, du premier centre de planification familiale. On y distribue des diaphragmes et spermicides en provenance de l'étranger, de manière cachée et donc clandestine.

c) Évolution législative en France

Afin de faire face à cette poussée d'idées révolutionnaires au début du XX^{ème} siècle, le gouvernement français réagit par l'élaboration de **la loi répressive du 31 juillet 1920**. Cette loi punit toute « propagande et commerce anticonceptionnels » et bien sûr l'avortement en lui-même. Les peines encourues vont de 1 mois à 3 ans de prison.

Le but est également politique, dans une optique d'essor démographique. La 1^{ère} guerre mondiale est responsable d'une mortalité importante de jeunes français.

La contraception est enfin légalement autorisée en 1967, après de nombreuses années de débats au sein du gouvernement. En effet, **la loi Neuwirth n°67-1176 du 28 décembre 1967**, du nom de son auteur député, légalise la production, l'importation, l'information et la vente en officine de contraceptifs. La loi de 1920 est donc abrogée.

Elle ne sera réellement mise en application qu'à partir de 1969, après parution des décrets.

Le cadre de sa délivrance est strict. Elle se fait exclusivement en officine, sur présentation d'une ordonnance nominative sécurisée. Le pharmacien doit posséder un carnet à souche où il réfère de cette délivrance.

Les mineurs (jusqu'à 21 ans à l'époque) sont sujets au consentement des parents. La contraception est payante, non remboursée par la sécurité sociale. La publicité concernant les produits contraceptifs, n'est destinée qu'aux professionnels de santé.

Cette loi n'est donc véritablement qu'une ébauche de libéralisation de la contraception. Elle se révèle en réalité, difficilement accessible aux françaises, financièrement et idéologiquement.

L'ordonnance sécurisée, habituellement utilisée pour la délivrance de produits opioïdes afin d'éviter des abus, est source de sentiment de culpabilité et de honte pour ces femmes.

Et que dire du statut des mineures, à une époque où les droits de la femme ne sont même pas encore d'actualité. Leur sexualité est totalement taboue, et donc le plus souvent reniée par les parents.

La loi du 4 décembre 1974 est ainsi une modernisation de la loi Neuwirth. Elle supprime l'accord parental jusqu'alors indispensable aux mineures de 18 à 21 ans. Le carnet à souche est retiré. La Sécurité sociale rembourse désormais la pilule. Les centres de planification assurent une dispensation gratuite et anonyme sur prescription médicale.(3)

Il faudra attendre l'année 1991, et **la loi du 18 janvier 1991**, pour avoir accès librement et légalement à une publicité pro-contraceptive sur le préservatif masculin.

En effet, les années 80 sont la période de découverte de l'épidémie mondiale de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), à transmission sanguine et sexuelle. La seule protection efficace, toujours valable aujourd'hui, repose sur le recours du préservatif lors d'actes sexuels.

A partir de **1999**, la publicité est autorisée pour tout type de produits contraceptifs.

La contraception d'urgence apparaît sur le marché français en **mai 1999**. Le levonorgestrel, commercialisé sous le nom de Norlevo®, est vendu sans ordonnance en officine. Les centres de planification le délivrent gratuitement aux mineures.

La loi du 13 décembre 2000, relative à la contraception d'urgence et les décrets de 2001 et 2002, établissent les règles de dispensation. La prescription médicale devient facultative, le pharmacien est tenu de délivrer la contraception hormonale d'urgence à toute femme en faisant la demande. Elle est gratuite pour les mineures, et remboursée à 65% par la Sécurité Sociale aux majeures possédant une ordonnance.

Afin de permettre un meilleur accès des jeunes filles à la contraception hormonale d'urgence, la loi prévoit une dispensation élargie aux infirmières scolaires, en cas de situations jugées urgentes ou de détresse caractérisée. Celle-ci doit alors programmer un suivi médical et éventuellement psychologique. Les étudiantes mineures et majeures des établissements scolaires sont concernées.

L'accord parental ou du représentant légal est supprimé par **la loi du 4 juillet 2001**, concernant la prescription, la dispensation de produits contraceptifs aux mineures. Les établissements scolaires sont tenus de mettre en place des réunions obligatoires informatives sur la sexualité. La stérilisation dans les 2 sexes est autorisée et reconnue comme méthode contraceptive.

Les pouvoirs publics élargissent le pouvoir de prescription de contraceptifs aux sages-femmes par **l'arrêté du 12 octobre 2005**. Celles-ci ont désormais le droit de prescrire la Pilule de Contraception d'Urgence (PCU) et les spermicides. La prescription de contraception hormonale régulière est limitée aux périodes de post-partum et post-Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

La loi HSPT du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital, et relative à la Santé, aux Patients et au Territoire, supprime cette limite. Les sages-femmes ont alors le droit de prescription de toute contraception hormonale, en dehors de situations pathologiques nécessitant un avis médical. Leur rôle élargi ne s'arrête pas là. Elles peuvent également pratiquer des IVG médicamenteuses, poser des Dispositifs Intra-Utérins (DIU), ou encore prescrire des bilans biologiques.

Le décret du 10 janvier 2012 permet aux infirmières scolaires, libérales, mais aussi aux infirmières des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et des centres de planification, de renouveler selon certaines modalités la prescription de contraception régulière. Le renouvellement doit être écrit sur l'ordonnance médicale d'origine datant de moins d'un an, avec la mention spécifique « renouvellement infirmier ». La date du jour de renouvellement, le cachet et la signature de l'infirmière doivent être visibles. Ce renouvellement est limité à 6 mois au maximum.(4)

Mme Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la Santé, décide, **le 31 mars 2013**, du déremboursement par l'Assurance Maladie des pilules contraceptives de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Cette décision a pour but de réduire les prescriptions de ce type de pilules, accusées d'augmenter le risque thromboembolique. En effet, une polémique naît fin 2012. Une femme dépose plainte contre le laboratoire Bayer, accusant sa pilule de 3^{ème} génération d'être responsable de la survenue de son accident vasculaire cérébral. Les pouvoirs publics décident donc face à la pression médiatique, de suspendre Diane 35® et de dérembourser toutes les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

L'Agence Européenne du Médicament (EMA) évalue, quant à elle, le rapport bénéfices / risques favorable dans l'indication de traitement de 2^{ème} intention de l'acné et de l'hirsutisme, en l'absence de facteurs de risque thromboembolique. L'EMA impose donc, **le 25 juillet 2013**, la remise sur le marché français de Diane 35®.(5-7)

Le décret n°2013-248 du 25 mars 2013 établit la gratuité des contraceptifs inscrits sur une liste de produits remboursables, chez la mineure de 15 ans à 18 ans.

Différents projets locaux avaient anticipé ce décret tardif, devant les difficultés d'accès des mineures à la contraception régulière. Le réseau info Ado en est le précurseur. Il est initié en **2003** dans la région Alsace, et repose sur la coopération entre plusieurs médecins et pharmaciens régionaux s'engageant à prendre en charge gratuitement et anonymement les mineures en demande de contraceptifs.

Le Pass Contraception en est un autre exemple. Il est lancé en novembre 2009, en région Poitou-Charentes. Des coupons sont distribués aux jeunes filles mineures par l'infirmière scolaire, leur permettant de bénéficier en échange de ces coupons, d'une consultation médicale, un examen biologique et d'une contraception régulière gratuite et anonyme. Le conseil régional est en charge du financement intégral.(8)

La région Ile-de-France adopte ce même système le **25 avril 2011**, tout comme de nombreuses régions françaises, afin de tenter d'endiguer le nombre de grossesses non désirées et d'IVG chez les mineures.(9)

Concernant la Haute-Normandie, il faut attendre novembre 2014 pour entendre parler du Pass Région-Santé. La jeune fille doit se connecter au site lacarteregion.com afin d'activer sa carte, gratuitement.

Elle bénéficie ensuite de 3 consultations médicales avec le professionnel de son choix, relatives à la sexualité (informations sur la contraception, les IST), 2 examens biologiques disponibles (dépistage IST, bilan standard) et éventuellement une délivrance de contraceptifs. L'ensemble de cette prise en charge est confidentiel, gratuit, et disponible depuis le 9 mars 2015 pour tous les lycéens, étudiants de 1^{ère} année d'études universitaires, et apprentis de moins de 26 ans de Haute-Normandie.(10)

A compter du **15 avril 2015**, la PCU Ellaone® peut être délivrée sans ordonnance en pharmacie, selon les recommandations de l'Agence Européenne du Médicament. Depuis son autorisation de mise sur le marché le 15 mai 2009, Ellaone® était en effet inscrite sur la liste I et donc soumise à prescription médicale.(11)

2. Concernant l'avortement

a) Les grandes dates (2, 12, 13)

Tout comme la contraception, les mesures concernant l'IVG sont très jeunes au vu de l'histoire de l'humanité.

Pendant longtemps, les femmes doivent faire face à un dilemme. La première option est d'assumer une grossesse non désirée et par là même en subir les lourdes conséquences (reniée de la famille, de l'époux). La seconde est d'opter pour une interruption de grossesse, toute aussi lourde de conséquences psychiques et physiques. Se résoudre à mettre fin à sa propre progéniture est, pour la plupart des femmes, une véritable épreuve psychologique. Outre cet aspect psychique, la femme s'expose également physiquement en risquant sa vie. En effet, les avortements clandestins n'étaient pas toujours médicalisés. Les complications sont donc nombreuses : septicques, hémorragiques, mutilations, stérilité secondaire entre autres. La mortalité maternelle est importante, et ce d'autant plus lors de grossesses à répétition. Au XVIIIème siècle, le taux de mortalité maternelle est de 11,5‰, c'est-à-dire que plus de 11 femmes décédaient pendant l'accouchement ou en post-partum sur 1000 naissances. Ce taux est plus de 100 fois supérieur au taux actuel (0,103‰ en 2009).(14)

L'article 317 du code pénal napoléonien de 1810 condamne l'avortement et le considère comme criminel.

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, **la loi du 31 juillet 1920** punit les femmes recourant à l'IVG de peines d'emprisonnement.

La loi du 29 juillet 1939 va plus loin, en autorisant les médecins à outrepasser le secret médical, par la dénonciation des avortements.

Sous le régime de Vichy, à partir de **1942**, avorter devient passible de la peine capitale, la peine de mort. Cette loi est abrogée en 1945 au moment de la Libération.

La loi Veil du 17 janvier 1975 légalise enfin l'IVG, initialement de manière temporaire pour une durée de 5 ans. **La loi Pelletier du 31 décembre 1979** reprend les dispositions de la loi Veil, mais cette fois ci définitivement, abrogeant ainsi la loi de 1920. L'IVG doit être impérativement réalisée par un médecin. Le délai maximal pour y recourir est de 12 semaines d'aménorrhée. Un délai de réflexion d'une semaine est obligatoire entre 2 consultations médicales. La femme doit se trouver en situation de détresse. La mineure peut en bénéficier à condition d'obtenir l'accord parental.

L'avortement thérapeutique est également autorisé à n'importe quel terme de la grossesse.

La loi Roudy du 31 décembre 1982 permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale.

En 1988, la pilule RU 486 (Mifégyne®) obtient l'AMM dans le cadre de l'IVG médicamenteuse.

La loi Neiertz du 27 janvier 1993 condamne les mesures et agissements anti-IVG, qui se multiplient à cette période.

La loi Aubry du 4 juillet 2001 modernise les modalités de l'IVG. Le délai maximal légal est repoussé à 14 semaines d'aménorrhée.

L'entretien préalable devient facultatif pour les majeures, et reste obligatoire pour les mineures. La jeune fille mineure n'est plus soumise au consentement parental, mais doit tout de même être accompagnée d'une personne majeure de son choix.

L'IVG médicamenteuse n'est plus exclusivement hospitalière, grâce à des conventions entre médecins libéraux et hôpitaux.

Par ailleurs, les frais relatifs à l'IVG sont intégralement pris en charge, à compter du **31 mars 2013**, par la Sécurité Sociale pour toutes les femmes y ayant recours.

La notion de situation de détresse inscrite dans la loi Veil, afin de bénéficier de l'IVG, est remplacée **le 21 janvier 2014** par « le droit de choisir de poursuivre ou non une grossesse ».

Le délai de réflexion de 7 jours entre 2 consultations médicales est actuellement en sursis depuis **le 8 avril 2015**, date d'un amendement de la loi Santé qui vise à le supprimer. Le but est de déculpabiliser les femmes, pour qui la démarche de consulter un médecin pour avoir recours à une IVG sous-entend une réflexion anticipée.

Les sages-femmes sont également désormais habilitées à pratiquer des IVG médicamenteuses. Celles-ci ne sont donc plus uniquement du ressort du médecin.

Il est actuellement à l'étude de mettre en place, d'ici fin 2015, le remboursement intégral de la première consultation médicale et de l'échographie fœtale préalables à l'IVG, pour toutes les femmes quel que soit leur âge.

Depuis 40 ans et la loi Veil de 1975, les pouvoirs publics ont constamment allégé les modalités de recours à l'avortement, que ce soit financièrement ou dans les procédures administratives. En 2015, toute femme française, mineure ou majeure, dispose donc d'une facilité d'accès à l'IVG, solution ultime face à un échec contraceptif.

b) Données statistiques actuelles sur les IVG

Le nombre annuel d'IVG est resté relativement stable à environ 210 000, depuis la moitié des années 2000 jusqu'à 2012, où 207 000 avortements sont réalisés en métropole.

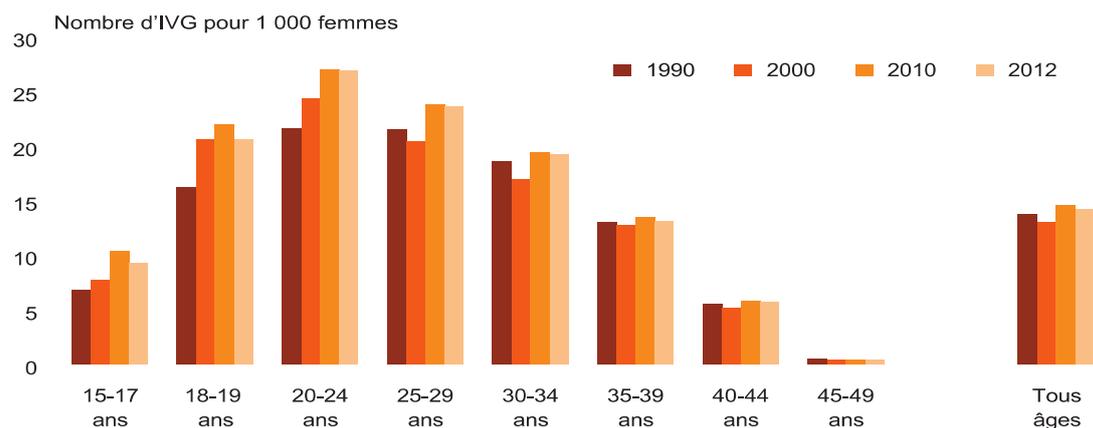
Le taux d'IVG en 2012 est de l'ordre de 14,5 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. L'indice conjoncturel d'IVG est de 0,52. Cela signifie statistiquement que plus d'une française sur 2 a recours à une IVG au cours de sa vie sexuelle. Il faut préciser que le recours multiple à l'avortement chez certaines femmes a tendance à majorer cet indice conjoncturel.

D'après le dernier rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de juillet 2015, la majoration des avortements en 2013 est de l'ordre de +4,7%, soit un total de 217 000 IVG. Deux raisons principales sont évoquées pour expliquer cette hausse. A compter du 31 mars 2013, l'avortement devient entièrement gratuit pour toutes les femmes, comme je l'ai déjà évoqué précédemment. Les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ne sont plus remboursées par la Sécurité Sociale suite à une polémique médiatique, diabolisant la pilule aux yeux des femmes, et chamboulant le paysage contraceptif français (j'y reviendrai ultérieurement). Pour le Professeur Israël Nisand, la majoration des IVG n'est que la conséquence de ces mesures qui banalisent d'une certaine manière l'IVG, et qui renvoient l'image d'une pilule nocive sur la santé.(5)

La tranche d'âge la plus représentée dans le recours à l'IVG est celle des 20-24 ans, avec un taux de 27‰. Celui-ci est de 14‰ chez les 15-19 ans, avec un nombre total de 26 000 IVG en 2012.

Tableau 1 : Évolution du taux de recours à l'IVG entre 1990 et 2012, selon l'âge. (Source DREES-CNAMTS)

Évolution du taux de recours selon l'âge



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES (SAE), CNAM-TS (SNIIRAM : nombre de forfaits médicaments remboursés, au régime général et selon la date de liquidation avant 2010, tous régimes selon la date de soin depuis 2010) ; INSEE (ELP).

Il existe des disparités régionales importantes, avec un taux de recours plus élevé en Ile-De-France, région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (18‰), Corse, Languedoc-Roussillon et dans les Départements d'Outre-Mer (DOM) où le taux atteint 25,3‰.

La Haute-Normandie se situe dans la moyenne nationale, avec un total de 5 401 IVG en 2013, soit un taux de 13,2‰. Chez les mineures haut-normandes, le taux est de 8,5‰ (moyenne nationale : 10,2‰).

81% des IVG sont réalisées en établissements de santé en 2013, et 58% de la totalité des IVG réalisées en France sont de type médicamenteux.(15,16)

D'après l'étude Cocon, étude de cohorte réalisée entre 2000 et 2004, un tiers des grossesses en France, ne serait pas prévu. 62% de celles-ci aboutissent à un avortement. Il est noté que 2 grossesses non désirées sur 3 surviennent chez des femmes sous contraceptifs.

Le taux de grossesse chez la mineure, en 2009, est estimé à 14‰ (16000 grossesses environ), incluant les 4 200 naissances et 11 400 IVG annuelles, soit un ratio de 1 naissance pour 3 IVG. Le nombre de naissances chez les mineures stagne depuis les années 1990, alors que le nombre d'IVG a crû jusqu'en 2005 pour ensuite se stabiliser.

La stagnation du nombre de conceptions des mineures, alors que la tendance actuelle est à la hausse de l'âge de la maternité et que les dispositifs de contraception d'urgence se développent, traduit des failles dans le parcours contraceptif de ces jeunes filles. La majoration du recours à l'IVG jusqu'en 2005, reflète quant à lui, la volonté de repousser la maternité à un âge plus avancé.(17)

3. Concernant le pharmacien : aspects législatifs

a) Les missions du pharmacien

Le pharmacien pâtit de plus en plus, d'une image réductrice de simple commerçant de produits de santé, auprès de la population. Mais celui-ci, en réalité, cumule différentes casquettes.

Effectivement, il doit tenir son rôle de chef d'entreprise en gérant un budget dépenses/bénéfices et une équipe pluridisciplinaire entre autres. Son fonds de commerce repose sur la vente de produits de santé, remboursables ou non par la Sécurité Sociale, et de produits annexes dits de parapharmacie.

Mais le pharmacien est avant tout, un professionnel de santé, possédant un diplôme universitaire de docteur en pharmacie, et est donc soumis à un code de déontologie. Il doit être acteur de santé, et non rabaissé à une simple tâche passive de distribution de médicaments.

Les pouvoirs publics ont donc décidé, par le biais de **l'article 38 de la loi HSPT du 21 juillet 2009**, de placer le pharmacien à sa juste valeur dans le système de soins. Ses missions y sont définies.(18)

Il concourt aux soins de premier recours. Il doit assurer une coopération interprofessionnelle, mais aussi une permanence de soins.

Il doit participer aux programmes de veille et protection sanitaire mis en place par les autorités.

L'éducation thérapeutique du patient rentre désormais dans son champ d'activité.

Il peut être désigné pharmacien référent, ou encore intégrer le réseau de correspondants à la demande du patient.

Son conseil peut être requis pour améliorer la prise en charge globale du patient.

Concernant son rôle « classique » dans la délivrance globale de tout médicament, il est codifié par **l'article R4235-48 du décret du 29 juillet 2004** du code de santé publique. Il se doit d'analyser et contrôler la conformité de l'ordonnance. Il doit être capable de produire une préparation aux doses indiquées sur la prescription. Bien entendu, il délivre une information claire et des conseils adéquats au patient sur le bon usage du traitement. D'autant plus si cette thérapeutique est en vente libre, les recommandations et précautions d'usage sont le plus souvent l'apanage du pharmacien.(19)

b) Contraception et contraception d'urgence

L'article D5134-1 du décret du 29 juillet 2004 établit les conditions de dispensation officinale de la contraception d'urgence, aux patientes mineures.

La prescription médicale est facultative, la délivrance est gratuite sur simple demande.

Celle-ci doit se faire dans des « conditions de **confidentialité** permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers ». Toute officine est donc censée disposer d'un lieu de confidentialité permettant à la mineure de dialoguer ouvertement, sans crainte de jugement extérieur. Le conseil de l'ordre des pharmaciens a ainsi édité un guide complet d'aménagement de l'officine.(20)

Un **entretien** doit précéder la dispensation. Il a plusieurs buts. Premièrement, le pharmacien doit établir si les critères d'urgence et les conditions d'utilisation de la contraception d'urgence sont réunis. La remise d'une information sur la contraception régulière, l'intérêt d'un suivi médical et des renseignements préventifs concernant les IST sont soulignés. Des documents sur tous ces sujets doivent être remis à la patiente (brochures éditées par l'INPES et le Cespharm). Enfin, les coordonnées du centre de planification de proximité sont communiquées.(21)

La patiente mineure n'a pas à justifier de son âge auprès du pharmacien. Sa **seule déclaration orale** fait donc foi.(22)

La facturation de la contraception d'urgence délivrée à une patiente mineure est réglementée afin de garantir son anonymat, Le pharmacien envoie à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) une facture sur une feuille de soins, sans identification de l'assuré ni du bénéficiaire. Il colle sur cette facture, la vignette de la boîte délivrée. L'envoi peut être réalisé par transmission électronique. Le détail de la procédure garantissant anonymat et gratuité à la mineure est développé au paragraphe suivant.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) transmet chaque année, avant le 1^{er} décembre, le nombre de boîtes de contraception d'urgence délivrées à des mineures au ministère en charge de la Sécurité Sociale.(23)

L'article 52 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012, reprend ces différents aspects et en précise certains points.

Les modalités de prescription, délivrance et administration des contraceptifs à des mineures ne requièrent pas l'accord parental ou du représentant légal.

Les personnes mineures bénéficient du secret dans le cadre de la dispensation et de la prise en charge de contraceptifs.

Le pharmacien a une obligation légale de délivrance de contraceptifs. Ses convictions idéologiques, religieuses ne doivent en aucune manière, en empêcher la dispensation. Il doit en outre rappeler les règles d'utilisation au cours de la dispensation, ainsi qu'informer sur les risques sexuels d'IST en cas de rapports sans préservatif. Le pharmacien doit être en mesure de communiquer les coordonnées des centres de planification.

Les DIU et diaphragmes sont soumis à une prescription obligatoire d'un médecin ou d'une sage-femme. La dispensation se fait en pharmacie ou dans les centres de planification.(24)

L'article 89 de la loi HSPT procure au pharmacien la capacité de délivrer des contraceptifs oraux aux femmes, pour une durée non renouvelable de 6 mois maximum. La condition étant la présentation d'une ordonnance de moins d'un an, à validité expirée. La mention « dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux » doit être écrite sur l'original de la prescription, tout comme la quantité exacte délivrée.

c) Facturation des produits contraceptifs aux mineures

Concernant **la délivrance de la contraception d'urgence** à la patiente mineure, il existe 3 possibilités de facturation et transmission à la CPAM : via la télétransmission Sesam-Vitale, la télétransmission en IRIS B2, ou bien via la rédaction d'une feuille de soins papier.

Les règles de rédaction de la feuille de soins sont très importantes. Elles assurent d'une part la gratuité et l'anonymat à la jeune fille, et d'autre part le règlement futur pour le pharmacien. Elle doit donc être correctement remplie.

Le nom, la date de naissance ne doivent donc pas figurer dessus, ni ceux de l'assuré.

Le professionnel doit reporter un numéro d'immatriculation anonyme, dit NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 041 XX. CCC correspond au chiffre de la caisse d'Assurance Maladie dont dépend l'officine. XX est quant à lui la clé inventoriée.

La date de naissance fictive 09/01/2002 est ajoutée. Elle fait référence à la date d'application du décret relatif à la contraception d'urgence.

Le pharmacien s'identifie ensuite comme lors de n'importe quelle délivrance. Au contraire du prescripteur, s'il existe, il lui sera attribué le numéro fictif XX 199 99 Y. XX correspond au numéro du département de l'officine et Y la clé du numéro du prescripteur.

Les cases « exonération du ticket modérateur », « soins en rapport avec une action de prévention », « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire » sont pointées avec précaution. La case « impossibilité de signer » est cochée dans la situation où la mineure désire le secret. Le pharmacien signe quant à lui sa propre case.

Il ne faut pas oublier de mentionner le produit délivré (Norlevo®, Levonorgestrel Biogaran®, Ellaone®) avec son Code Identifiant de Présentation (CIP) et de coller la vignette de la boîte.

En ce qui concerne la transmission Sesam-Vitale, la procédure est toute simple. Il suffit de remplir le NIR anonyme et d'estampiller la vignette informatiquement.

Nul besoin de la carte vitale dans ce cas, tout comme pour la télétransmission en norme IRIS B2. Celle-ci nécessite en plus, de rédiger une feuille de soins papier munie de la vignette du médicament, à envoyer à la CPAM.(25)

La délivrance de contraception régulière peut également faire l'objet d'anonymat et de confidentialité chez la mineure si elle en fait la demande. Il n'en sera donc pas fait mention sur les relevés d'Assurance Maladie, que recevront ses parents.

La jeune fille doit tout de même communiquer sa carte vitale, celle de ses parents, ou bien l'attestation de droit à la Sécurité Sociale pour recevoir du pharmacien le contraceptif.

Une prescription médicale est requise. La mention « contraception mineures » peut être apposée par le prescripteur.

Il existe 2 possibilités de facturation, si la mineure désire le secret.

La première se fait via télétransmission Sesam sans carte vitale. Le pharmacien ajoute le NIR anonyme spécifique « contraception mineures » 2 55 55 55 CCC 042 XX (différent de celui de la contraception d'urgence) garantissant l'anonymat. La date de naissance de la mineure et un code informatique EXO3 permettant l'absence d'avance des frais sont aussi inscrits.

La deuxième méthode relève de la feuille de soins papier classique. Le pharmacien écrit le numéro NIR anonyme spécifique, la date de naissance de la jeune fille, l'identification du prescripteur et la sienne. Il coche les cases « exonération du ticket modérateur », « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et « impossibilité de signer ». Le nom du contraceptif est indiqué, ainsi que son code CIP, et le code exonérant EXO3.(26)

d) Formation pharmaceutique continue

Le pharmacien est tenu de se former continuellement. C'est une obligation légale pour tout pharmacien inscrit au tableau de l'Ordre d'après **l'article L4236-1 de la loi du 4 mars 2002**. Le but est d'assurer un entretien et une amélioration des connaissances, afin que le service rendu aux patients soit le meilleur possible.

L'article R4236-13 du décret du 29 juillet 2004 explique les mesures à prendre par le conseil de l'Ordre des Pharmaciens, en cas de non respect de l'obligation de formation continue. Celui-ci doit s'enquérir des raisons de non formation auprès du pharmacien. Le conseil peut alors instaurer un plan annuel personnalisé de Développement Personnel Continu (DPC) qu'il transmet au professionnel.

L'absence de participation à ce plan personnalisé peut constituer une situation d'insuffisance professionnelle.(27)

Enfin, **l'article R4221-15-4 du décret du 26 mai 2014** prévoit les sanctions encourues, c'est-à-dire les modalités de suspension du droit d'exercer du pharmacien (temporaire, partielle, totale) par un comité d'experts.

Ceux-ci statuent sur une éventuelle insuffisance professionnelle, la dangerosité qui en émane et les solutions pour y remédier (formation théorique et/ou pratique).(28,29)

B. Contraception régulière et d'urgence chez la mineure

Dans ce chapitre, je vais reprendre les différentes options contraceptives à disposition des mineures en 2015. Les dispositifs contraceptifs entièrement remboursés par l'Assurance Maladie depuis le 31 mars 2013, vont être passés en revue. Les autres méthodes non remboursables, hormis le préservatif, ne seront pas évoquées, car elles représentent une proportion anecdotique chez les jeunes filles. Le critère de gratuité est primordial chez la patiente mineure, dont les finances sont soit limitées, soit dépendantes de l'enveloppe familiale.

1. Contraception régulière

Je rappelle tout d'abord que la patiente mineure dispose du tiers payant sur la part obligatoire depuis le 31 mars 2013. Il concerne les consultations médicales se rapportant à la contraception et les examens biologiques qui en découlent. Les contraceptifs auparavant partiellement remboursés par l'Assurance Maladie, sont désormais entièrement pris en charge pour les mineures de plus de 15 ans.

a) Les pilules oestroprogestatives (OP)

Efficacité

Il s'agit d'un moyen contraceptif très efficace en théorie. En effet, l'indice de Pearl (correspondant à la survenue d'une grossesse chez 100 femmes prenant cette molécule de manière optimale, sur une période de 1 an) est inférieur à 1. L'efficacité en pratique est moindre (entre 80% et 92 % d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)), surtout dans ce groupe de population féminine inexpérimentée. L'OMS définit une contraception comme étant très efficace lorsque le taux de survenue de grossesses non prévues est inférieur à 1%, chez des femmes utilisant cette méthode de manière optimale.(30)

Il y a des règles d'administration à respecter, comme pour toute prise de médicament : prise régulière si possible à heure fixe, protocole en cas d'oubli, etc.

Tableau 2: Efficacité comparative (en %) des principales méthodes contraceptives, d'après l'OMS(31)

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
<i>Œstro-progestatifs</i> (pilule)	0,3	8
<i>Progestatifs</i> (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Capot cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Composition

Ce traitement médicamenteux comprend une association de 2 hormones : l'éthinylestradiol à dose variable et un progestatif. Le type de progestatif définit la génération de cette pilule : noréthistérone dans la 1^{ère} génération, norgestrel et levonorgestrel dans la 2^{ème} génération.

Les pilules OP de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont fait l'objet d'un déremboursement de la Sécurité Sociale le 31 mars 2013. Des études prouvent qu'elles n'améliorent pas le service médical rendu. Au contraire, elles multiplieraient par 2 le risque cardiovasculaire par rapport aux pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération (0,04% vs 0,02%).(32)

Les pilules OP peuvent être monophasiques, ou pluriphasiques (bi, tri, quadri) en fonction du dosage stable ou non en hormones dans les différents comprimés. Une pilule OP monophasique comporte 21 ou 28 comprimés qui ont tous la même composition chimique.

Tableau 3 : Contraceptifs OP remboursés en 2013.(33)

DCI	Dosage en estrogène	Spécialité ^{2,3}
C1G : Contraceptifs oraux EP de première génération (remboursables)		
Noréthistérone/éthinyloestradiol	35 µg	TRIELLA
C2G : Contraceptifs oraux EP de deuxième génération (remboursables)		
Lévonorgestrel/éthinyloestradiol	20 µg	LEELOO, LOVAVULO, OPTILOVA
	30 µg	MNIDRIL, LUDEAL Gé, OPTIDRIL, ZK IALE
	30 – 40 µg 30 – 40 – 30 µg	ADEPAL, PACILIA, TRINORDIOL, AMARANCE, EVANECIA, DAILY Gé
Norgestrel/éthinyloestradiol	50 µg	STEDIRL

Mécanisme pharmacologique

Le mécanisme d'action contraceptif de cette pilule bi hormonale est triple. Il y a tout d'abord un blocage de l'ovulation, essentiellement dû à l'effet antigonadotrope du progestatif. Le fait de retrouver une concentration hormonale sanguine stable inhibe l'axe hypothalamo-hypophysaire, en charge de déclencher normalement le pic préovulatoire de gonadotrophines (FSH et LH). Il n'y a donc pas d'ovulation.

Il existe aussi un effet barrière. La glaire cervicale se trouve modifiée sous l'influence hormonale, et devient infranchissable pour les spermatozoïdes.

Enfin, l'implantation de l'œuf dans la cavité utérine est inhibée. En effet, les caractéristiques structurelles de l'endomètre, atrophié sous pilule OP, ne sont pas optimales pour la nidation.

Les saignements survenant à l'arrêt de la pilule OP lors de la 4^{ème} semaine correspondent à une hémorragie de privation. Cette semaine d'arrêt de prise de pilule OP a été instaurée dans le seul but de créer de pseudo-règles et ainsi rassurer les femmes sur l'absence de grossesse. Mais cela induit une faille dans l'efficacité de la contraception OP, notamment dans le cas des pilules minidosées en œstrogène.

Il faut absolument reprendre sa pilule au bout des 7 jours d'arrêt, sous peine de voir les ovaires reprendre leur activité ovulatoire.

Posologie

Dans le cadre d'une prise inaugurale, il est conseillé de débiter le 1^{er} comprimé le 1^{er} jour des règles. Mais la pilule OP peut être débutée à n'importe quel moment du cycle, à condition d'avoir des rapports sexuels protégés à l'aide de préservatifs pendant la 1^{ère} semaine de traitement.

La posologie est de 1 comprimé par jour, si possible à heure fixe. La durée est de 21 jours (si conditionnement de 21 comprimés) puis arrêt de 7 entre 2 plaquettes si le conditionnement est de 28 jours (avec 7 derniers comprimés placebo).jours avant reprise de la plaquette suivante. Ou bien la prise est continue, sans arrêt

Contre-indications

Elles sont à rechercher systématiquement par tout professionnel de santé, dont le pharmacien, avant toute dispensation.

Il s'agit donc d'une association hormonale, métabolisée par le foie, majorant le risque thromboembolique. Les contre-indications listées ci-dessous résultent de ces paramètres pharmacologiques :

- Tout antécédent thromboembolique veineux et artériel.
- Antécédent d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou d'Accident Ischémique Transitoire (AIT).

- Prédisposition génétique hématologique à la thrombose : déficit en protéine C, déficit en protéine S, déficit en antithrombine III, etc.
- Présence de facteurs de risque cardiovasculaire : diabète, hypertension artérielle sévère, dyslipidémie, cardiopathie valvulaire et/ou rythmique.
- Antécédent de néoplasie maligne hormonodépendante (sein, utérus, ovaires)
- Association âge > 35 ans et tabagisme.
- Antécédent d'hépatopathie sévère et de pancréatite.
- Présence de saignements gynécologiques d'origine indéterminée
- Migraine avec aura
- Association avec le millepertuis

Interactions

De nombreux traitements sont à éviter, sous peine de survenue d'une grossesse inopinée. En effet, le millepertuis, ou encore de nombreux médicaments inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants, rifampicine, lamotrigine, griséofulvine, certains antirétroviraux) favorisent le métabolisme hépatique. L'efficacité contraceptive peut donc être fortement altérée.

Procédures en cas d'oubli

La conduite à tenir est expliquée sur plusieurs supports informatiques à disposition des femmes. Tout d'abord, dans la notice d'utilisation du contraceptif. Mais également, sur des cartes éditées par l'INPES, disponibles en officines ou sur le site www.choisirsacontraception.fr. (Annexe n°1 et 2) En cas de doute ou d'incompréhension, le recours à un professionnel de santé est recommandé.(34)

b) La pilule progestative

Efficacité

Elle est une autre solution de contraception orale. Son efficacité théorique est équivalente aux pilules OP, tout comme en pratique. Elle dépend grandement de l'observance, encore plus que pour les pilules OP.

Composition

Il s'agit en l'occurrence de 2 progestatifs microdosés :

- Le levonorgestrel (Microval®), progestatif de 2^{ème} génération.
- Et le desogestrel (Optimizette®), progestatif de 3^{ème} génération.

Les boîtes contiennent 28 comprimés actifs, comprenant un dosage identique.

Mécanisme physiologique

Les progestatifs épaississent la glaire cervicale, ce qui freine la progression des spermatozoïdes. Ils empêchent la nidation, en altérant l'endomètre.

Ils ont un retentissement plus mesuré au niveau central (antigonadotrope), et donc d'inhibition de l'ovulation.

Ils peuvent entraîner des lésions acnéiques, une augmentation de l'appétit avec prise de poids. Les menstruations deviennent très irrégulières, l'aménorrhée est fréquente.

Posologie

L'utilisatrice doit impérativement avaler un comprimé par jour, à heure fixe, à prendre sans aucune interruption entre 2 plaquettes.

Le délai de prise varie en fonction de la molécule. Il ne doit pas excéder 3 heures pour le levonorgestrel, et 12 heures pour le desogestrel.

La compliance et la ponctualité sont donc de rigueur pour ce type de pilule.

Elle est souvent prescrite en cas de contre-indication ou d'intolérance à la pilule OP. C'est la pilule de choix dans la période du post-partum.

Contre-indications

Elles sont moins nombreuses par rapport aux pilules OP :

- Un accident thromboembolique en cours
- Une allergie ou hypersensibilité au produit

- Hépatopathies sévères
- Tumeurs sensibles aux stéroïdes sexuels
- Saignements gynécologiques de nature indéterminée

Interactions

Encore une fois, ce sont les médicaments inducteurs enzymatiques qui diminuent leur efficacité.

En cas d'oubli

La démarche est la même que celle expliquée précédemment pour la pilule OP.

A noter qu'il existe la médroxyprogestérone (DEPO PROVERA®) une molécule progestative remboursée à 65% par l'Assurance Maladie. C'est une contraception de longue durée d'action, car elle se fait par injection intramusculaire tous les 3 mois par un médecin. Elle n'est pas recommandée comme contraception chez les adolescentes, en raison de la diminution de la densité minérale osseuse. L'adolescence est en effet une période importante de constitution du capital osseux.

c) L'implant sous-cutané : NEXPLANON®

Efficacité

C'est l'une des méthodes contraceptives usuelles les plus efficaces, avec un indice de Pearl de 0,05%. C'est-à-dire que 5 femmes sur 10 000 sont susceptibles d'être enceinte sur une durée d'un an. Son efficacité débute dès l'insertion sous-cutanée, elle n'est donc pas corrélée à un impératif de prise. Ceci explique la correspondance entre efficacité théorique et pratique.

Composition

Il s'agit d'un petit cylindre aux dimensions de 4 cm de longueur sur 2 mm de diamètre, imprégné d'un progestatif de 3^{ème} génération, l'étonogestrel.

Mécanisme d'action

L'implant permet de délivrer de manière continue une dose stable de progestatifs, qui va diffuser dans le sang. Son action est donc identique aux pilules progestatives. Il subit donc les mêmes interactions médicamenteuses, les contre-indications et les effets secondaires sont similaires.

Posologie

La pose est réalisée, au moment des règles, par un médecin ou une sage-femme, après anesthésie locale préalable. Il est donc inséré en sous-cutané, au niveau de la face antéro-interne du bras non dominant. Il convient de le changer tous les 3 ans, et bien entendu de l'enlever avant ce délai s'il y a intolérance ou désir de grossesse.

d) Le stérilet hormonal : MIRENA®

Efficacité

On lui préfère aujourd'hui la dénomination de dispositif intra-utérin (DIU). Il est également très efficace, l'indice de Pearl étant de 0,2%. Il est pourtant délaissé, notamment par les jeunes femmes, qui lui préfèrent la pilule et le préservatif.

Pendant longtemps, le DIU était réservé aux femmes multipares et qui ne souhaitent plus de grossesse. Cet état de fait perdure malheureusement dans l'esprit populaire et même chez certains médecins.

Composition

Il s'agit d'un dispositif en forme de T d'une longueur de 32 mm. Il contient un réservoir de levonorgestrel, progestatif de 2^{ème} génération dont nous avons déjà parlé.

Il existe des modèles dits « short » (JAYDESS®), c'est-à-dire de taille moindre à destination des femmes nullipares.

Mécanisme d'action

Le MIRENA®, est inséré par voie gynécologique, par un professionnel de santé, dans des conditions d'asepsie rigoureuse. Celui-ci prend donc place à l'intérieur de la cavité utérine, où le progestatif va diffuser localement. Sa durée d'action est de 5 ans.

Le mécanisme pharmacologique est local. Le levonorgestrel agit sur la muqueuse utérine en la rendant inhospitalière pour la nidation. Et il modifie les caractéristiques de la glaire cervicale, avec un effet barrière sur les gamètes mâles.

L'action étant locale, il n'y a pas d'interactions médicamenteuses. Les effets indésirables les plus fréquents sont des menstruations irrégulières, des spotting, et la survenue de kystes ovariens de type fonctionnel.

Contre-indications

Elles sont liées d'une part au progestatif (déjà évoquées donc non répétées ici), au risque local septique d'autre part, ainsi que :

- Grossesse en cours ou suspectée. En cas de doute, il convient de demander un test sanguin de grossesse avant toute pose.
- Antécédent d'IVG ou fausse couche septique récente.
- Antécédent d'infections génitopelviennes récentes ou actuelles (salpingite, endométrite, cervicite,...)
- Antécédent de dysplasie cervicale, de malformations utérines (fibrome,...)

Afin de limiter ce risque septique, il est recommandé au professionnel de santé en charge de la pose du DIU, de demander au préalable, un prélèvement cytot bactériologique avec recherche notamment de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoea*.

e) Le stérilet au cuivre

Efficacité

Le DIU au cuivre fait également figure de référence contraceptive, avec une efficacité théorique de 99,4 %, tout comme en usage pratique (99,2 %).

Il peut être aussi utilisé comme contraceptif d'urgence. C'est d'ailleurs la méthode de contraception d'urgence la plus efficace, si celui-ci est inséré dans les 5 jours suivant le rapport.

C'est donc une méthode contraceptive de 1^{ère} intention pour toute femme en période d'activité sexuelle. Parmi ses avantages notables, ce DIU n'augmente ni le risque cardiovasculaire, ni le risque néoplasique.

Composition

Son aspect physique est comparable au DIU hormonal, sous la forme d'un T en plastique entouré de fils de cuivre.

Sa durée d'action dépend du modèle choisi, variant entre 5 et 10 ans. Les conditions de pose sont les mêmes que pour le MIRENA®.

Le DIU au cuivre existe aussi en format « short ».

Tableau 4 : DIU au cuivre remboursables en 2013.(33)

Dispositifs intra-utérins remboursables et disponibles en France au 31 janvier 2013 (liste non-exhaustive).

Surface de cuivre	Taille	Nom commercial
375 mm ²	standard	GYNELLE 375
	standard / SL short	MONA LISA Cu 375
	standard / short	MULTI LOAD Cu 375
	standard	ANCORA 375 Cu
380 mm ²	standard	MONA LISA CuT 380A QL
	standard	MONA LISA NT Cu380A
	standard / short	NT 380
	standard / short	TT 380
	standard / short	UT 380
	mini / normal / maxi	NOVAPLUS T380
	standard	COPPER T380A
	standard	SUGANT 380A Cu

Mécanisme d'action

Il est mis en place, comme pour le DIU hormonal, par un médecin ou une sage-femme. Le moment idéal de pose est la période de menstruations. Il doit être correctement inséré dans la cavité utérine, afin d'être pleinement efficace.

Dans le cadre de la contraception d'urgence, bien entendu le délai le plus court possible par rapport au rapport à risque de grossesse, est souhaitable. La limite est, je le rappelle, de 5 jours.

Bénéficier d'une consultation médicale rapide afin d'obtenir une prescription de DIU au cuivre peut s'avérer délicat. Les professionnels de santé sont bien souvent surchargés. D'autant plus que la pose d'un DIU nécessite une 2^{ème} consultation. Les résultats des prélèvements cyto bactériologiques et des IST ne sont disponibles qu'au bout de plusieurs jours, le délai de 5 jours est alors rapidement dépassé.

Concernant son mode d'action, ce DIU repose sur les effets locaux occasionnés par le cuivre. Celui-ci, au contact de l'endomètre, provoque une inflammation de cette muqueuse, incompatible pour la nidation de l'œuf.

Le cuivre est également cytotoxique sur les gamètes.

Effets indésirables

Les effets indésirables rencontrés couramment sont : douleurs pelviennes, règles plus abondantes qu'habituellement.

La grossesse extra-utérine (GEU) et les maladies inflammatoires pelviennes sont des complications rares. Il est établi que le risque de GEU est 10 fois inférieur chez les femmes portant un DIU, par rapport aux femmes ne prenant aucune contraception.(35)

Le professionnel de santé ayant installé le DIU, doit contrôler dans les 3 mois suivants, par un examen gynécologique, l'absence de rejet ou déplacement de celui-ci. Puis le contrôle devient annuel sauf si survenue de complications.

Contre-indications

Elles englobent les mêmes contre-indications que le DIU hormonal, inhérentes à la pose d'un corps étranger dans l'organisme : saignement gynécologique non expliqué, tumeurs et malformations utérines/cervicales, infections gynécopelviennes.

Il faut ajouter les contre-indications inhérentes à la présence de cuivre : allergie, intolérance et antécédent de maladie de Wilson.

Le fait d'avoir recours à de multiples partenaires sexuels est considéré comme une contre-indication relative. Le médecin doit ainsi évaluer le risque infectieux pour chaque femme. Des prélèvements locaux peuvent ainsi être demandés avant toute pose (déjà évoqués précédemment).

f) Le diaphragme

Il correspond à un anneau métallique recouvert d'une membrane de latex ou silicone, réutilisable, à insérer autour du col cervical. Une prescription médicale est nécessaire pour la délivrance et le remboursement. Un professionnel de santé doit procéder à un examen gynécologique avant tout, afin de déterminer la taille adéquate du diaphragme. Une formation doit être prodiguée sur les modalités de pose de ce dispositif.

Celui-ci peut être mis en place jusqu'à 2 heures avant le rapport sexuel. Son retrait doit être fait entre la 8^{ème} et la 24^{ème} heure après le rapport.

Son efficacité est étroitement liée à la qualité de la pose. Elle est ainsi de 84 % en pratique (indice de Pearl : 6 %), en association avec des spermicides. Ce sont des produits cytotoxiques sur les spermatozoïdes, non remboursés par la Sécurité Sociale.

Cette méthode « barrière » est donc moins efficace que les précédentes. Elle exige de son utilisatrice, une parfaite rigueur dans son emploi. Les erreurs de manipulation ne sont pas rares, surtout chez les jeunes femmes inexpérimentées.

g) Le préservatif

Il s'agit de la méthode barrière de référence, permettant une protection efficace contre la transmission sexuelle des IST et du VIH. Son usage régulier permet de réduire de 85% le risque de contamination par le virus du VIH (jusqu'à 86% d'après la revue Cochrane).(36)

En termes d'efficacité contraceptive, l'indice de Pearl est de 2, soit une efficacité théorique de 98%. Mais les accidents et mauvais usages du préservatif sont fréquents, expliquant les estimations de son efficacité pratique à 85%.

Le préservatif, masculin et féminin, peut uniquement être délivré gratuitement en centres de planification, en PMI, dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et les Centres d'Information, de Dépistage, de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST). Il est donc payant en officine.

Le préservatif féminin, FEMIDOM®, existe depuis 1998. Il protège aussi des IST et du VIH, mais son recours est anecdotique, notamment chez les mineures.

Il exige une installation intra-vaginale adéquate, et il coûte plus cher que le préservatif masculin classique.

h) Couverture contraceptive

On dénomme « paradoxe français », le schéma contraceptif de notre pays qui perdure depuis des décennies.

En effet, contrairement aux autres pays européens et dans le monde, la France cultive une représentation précise de la contraception en fonction de l'âge des femmes. A savoir que le préservatif est la méthode de protection des premiers rapports sexuels (90% des 15-24 ans déclarent l'utiliser au 1^{er} rapport en 2010), avant un relais pour la pilule pour les adolescentes et jeunes adultes (78,9% des 15-19 ans sont sous pilule). L'évolution se fait ensuite vers le DIU chez les femmes plus âgées et les femmes multipares.

La stérilisation, pourtant 1^{ère} méthode contraceptive mondiale concernant près de la moitié des femmes sexuellement actives dans certains pays, comme au Canada, Brésil, États-Unis, n'est qu'anecdotique en France (2,2% des 15-49 ans en 2010).

Les autres moyens récents de contraception régulière, tels que l'implant, l'anneau vaginal hormonal Nuvaring® et le patch hormonal Evra® (non remboursés tous les deux) sont choisis par seulement 4,7% des françaises.

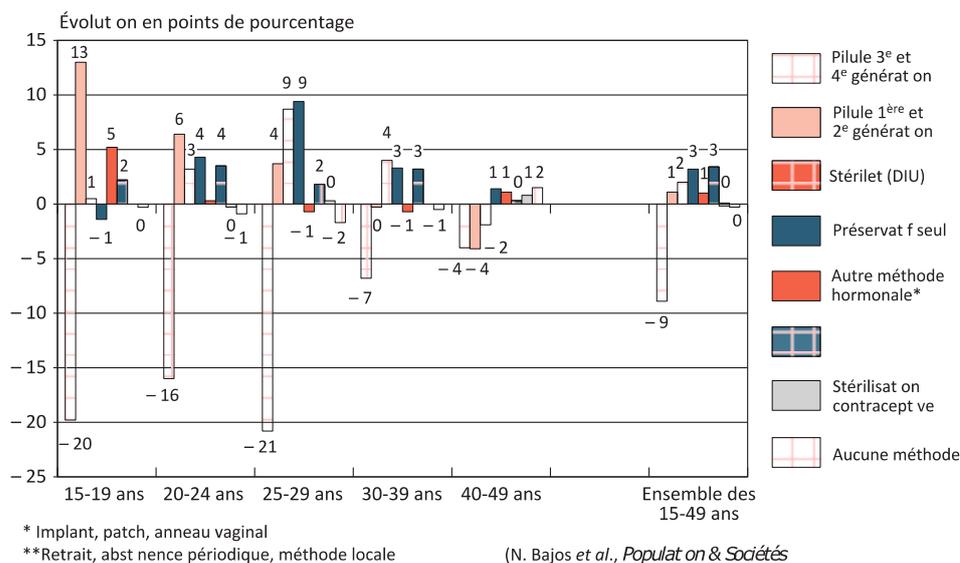
Néanmoins, ces nouvelles méthodes contraceptives sont en plein essor. 0,8% des 15-19 ans y recouraient en 2005, pour un taux de 2,8% en 2010.(37)

Ces chiffres sont d'autant plus en hausse, depuis la polémique de 2013 sur les pilules OP de 3^{ème} et 4^{ème} génération. En effet, d'après l'enquête Fécond de 2013, 20% des femmes déclarent avoir opté pour un autre type de contraception suite à cette polémique.(6)

Tableau 5 : Répartition (en %) des femmes de 5 pays selon leur âge et leur moyen de contraception. (Source INPES 2010)

	Âge	Préservatif	Pilule	Stérilet	Stérilisation	Autre	Méthode naturelle
France	15-19	18,3	78,9	0	0	2,8	0
	20-24	7,2	83,4	3,7	0	5,4	0,3
	15-49	10,3	55,5	26,0	2,2	4,7	1,2
Espagne	15-19	74,2	18,9	1,4	0	4,9	2,2
	20-24	57,3	32,3	1,2	0,4	7,9	5,1
	15-49	49,1	24,2	6,2	11,3	7,2	3,5
Pays-Bas	18-20	6,6	89,3	2,7	0	1,4	ND
	20-24	7,7	85,9	5,1	0	1,3	ND
	18-49	13	58	11,6	14,5	2,9	ND
RU	16-19	65	54	0	0	13	6
	20-24	50	54	4	4	13	7
	16-49	34	33	7	22	11	9
États-Unis	15-19	22,8	54,1	3,6	0	19,5	ND
	20-24	24,5	48	5,9	3,1	18,5	ND
	15-44	16,1	28	5,5	37	13,4	ND

Tableau 6 : Évolution des moyens contraceptifs des françaises entre 2010 et 2013, en fonction de leur âge. (Source Enquête Fécond 2013, INSERM INED)



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

Lecture : la proportion de femmes de 25-29 ans ut lisant une pilule de 3^e ou 4^e génération a baissé de 21 points entre 2010 et 2013 (28 % en 2010 et 7 % en 2013).

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports

Ainsi, entre 2010 et 2013, les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont perdu 20 points chez les 15-19 ans, au profit avant tout de celles de 2^{ème} génération (+13 points) et des autres méthodes hormonales (implant, anneau, patch : +5 points, soit 7,8% en 2013).

Les méthodes dites naturelles (retrait, méthode Ogino, etc.) ont gagné 2 points dans ce groupe d'âge. Ces méthodes exposent à un risque accru de grossesse, notamment chez la jeune femme, dont le pouvoir fécondant est élevé.

Le DIU est toujours très peu utilisé chez la jeune fille, ce sont les femmes de 25-29 ans (+9 points) et celles de 30-39 ans (+4 points) qui ont récemment opté pour ce dispositif.

Le paysage contraceptif français commence à s'élargir progressivement. Il est important, pour tout prescripteur, d'impliquer chaque femme dans un choix réfléchi de contraception, qui lui sera adapté. Une méthode imposée, dont l'adhésion de l'utilisatrice n'est pas totale, est susceptible de favoriser un échec contraceptif (rejet, mauvais usage, grossesse non désirée).

2. La contraception d'urgence disponible en France

Tout professionnel de santé doit avant tout rappeler au moment de prescrire ou délivrer une contraception d'urgence, que ce dispositif ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles.

Le VIH est toujours très actif, le préservatif demeure aujourd'hui la seule protection efficace. Il est prouvé d'après les différentes études sur le sujet, que l'usage régulier du préservatif réduit de 85 % le risque de contamination sexuelle du VIH. Le risque de contracter une IST, telle qu'une infection à Human Papilloma Virus (HPV), une syphilis, une hépatite B ou C, des condylomes, une gonococcie, des mycoplasmes, etc., s'en trouve réduit aussi.(36)

Cette information cruciale doit être évoquée par le pharmacien, tout comme les différentes méthodes et informations suivantes sur la contraception d'urgence.

a) Le DIU au cuivre

Points forts

Il présente l'avantage d'être la méthode de contraception d'urgence la plus efficace, avec une efficacité estimée entre 99,8 % et 99,9 %.(38)

Il peut être inséré jusqu'à 5 jours après le rapport à risque, délai assez long pour permettre à la jeune femme de prendre contact avec le corps médical.

Une fois mis en place, le DIU au cuivre constitue une contraception régulière très efficace sur le long terme, non soumis aux contraintes d'observance de la contraception orale.

Points faibles

Il n'est délivré en officine que sur ordonnance. Un minimum de 2 consultations médicales est donc nécessaire. L'obstacle temporel est réel aujourd'hui, avec la difficulté d'obtention de rendez-vous médicaux. Le coût financier de ces consultations peut freiner les jeunes filles, même si le professionnel applique le tiers payant.

Les centres de planification sont une solution à ces problèmes temporels et financiers. La pose gratuite peut y avoir lieu.

L'évaluation du risque infectieux peut s'avérer délicate en situation d'urgence, devant une jeune fille inconnue, ne désirant pas s'épancher sur sa vie sentimentale. Ce risque conduit certains professionnels, à refuser la pose du DIU en urgence.

Je précise que les complications infectieuses sur DIU chez la jeune femme, peuvent être sévères, aussi bien à court terme qu'à long terme (risque de stérilité séquellaire).

b) Le Levonorgestrel

Rappel historique

Il apparaît sur le marché français à partir de mai 1999. La France est d'ailleurs le 1^{er} pays européen à autoriser sa commercialisation.

Le levonorgestrel est alors vendu sans ordonnance en pharmacie. Les centres de planification le délivrent gratuitement aux patientes mineures.

La loi du 13 décembre 2000 établit les règles de dispensation de la contraception d'urgence. La dispensation devient gratuite en officine pour les mineures, et remboursée à 65 % par la Sécurité Sociale pour les femmes majeures présentant une ordonnance. L'ordonnance est facultative, elle garantit uniquement le remboursement aux majeures.

Cette molécule progestative est initialement uniquement commercialisée sous le nom de Norlevo®, produite par le laboratoire HRA Pharma. Le laboratoire Biogaran produit à partir de 2007 un médicament générique : le Levonorgestrel Biogaran®.(39)

Dénomination et efficacité

Depuis son lancement en 2009, la Norlevo® est couramment dénommée, à tort, « pilule du lendemain ».

Il s'agit d'un abus de langage (tout comme la « pilule du surlendemain » que nous verrons par la suite). En effet, cette qualification peut induire erreur et confusion dans l'esprit de la population et des jeunes filles en particulier.

Elle peut sous-entendre une prise impérative le lendemain du rapport (donc retarder le délai de prise) et une durée d'action maximale limitée au lendemain.

Or, l'efficacité du levonorgestrel est étroitement corrélée à la précocité de sa prise par rapport au rapport incriminé. Selon les différentes études, le taux serait maximal dans les 24 premières heures avec une efficacité de 95 %. Le taux chute à 85 % entre la 25^{ème} et la 48^{ème} heure et enfin à 75 % à partir de la 49^{ème} heure.(38,39)

Son champ d'action et d'efficacité va donc bien au-delà de 24 heures.

On comprend donc ainsi que de nombreuses jeunes filles, par méconnaissance des modalités de prise de la PCU (mais aussi des lieux de délivrance), n'ont jamais fait la démarche de s'en procurer.

Posologie et mécanisme pharmacologique

Une prise unique d'un comprimé de levonorgestrel dosé à 1,5 mg est recommandée, le plus tôt possible (jusqu'à 72 heures au plus tard) par rapport à la relation sexuelle à risque.

Celle-ci comprend les relations sexuelles non protégées (sans préservatif et sans couverture contraceptive), « les accidents » tels que rupture de préservatifs, oubli de pilule dans les 5 jours précédant le rapport sexuel, usage erroné de contraceptifs etc.

Un nouveau comprimé doit être ingéré, si la femme vomit dans les 3 heures suivant la prise inaugurale.

Le pharmacien doit insister sur la nécessité de poursuivre la contraception régulière si elle existe, associée à l'usage de préservatifs jusqu'à la survenue des prochaines menstruations. En effet, la PCU actuelle n'est pas efficace sur les prochains rapports sexuels potentiellement féconds. En cas de règles inhabituelles ou de retard de celles-ci, un test de grossesse est fortement conseillé. L'efficacité, je le rappelle, n'est pas de 100 %.

Le poids de la femme, notamment lorsque celui-ci est supérieur à 75 kg, semble influencer négativement sur l'efficacité de la molécule, d'après de rares études cliniques. 3 autres méta-analyses OMS ne retrouvent pas cette baisse d'efficacité liée au poids corporel.(40)

La PCU est une méthode exceptionnelle, dite de rattrapage. Elle ne doit aucunement faire l'objet d'une utilisation itérative. Elle n'a donc pas vocation à se substituer à la contraception régulière.

Le risque d'échecs et donc de survenue de grossesse, est plus élevé avec la PCU qu'avec une utilisation classique de contraception régulière. La répétition de prises de PCU au cours d'un cycle menstruel provoque des perturbations de celui-ci et n'est donc pas recommandée. Il est important de souligner qu'une prise itérative de PCU au cours d'un cycle n'est pas nocive sur la santé à court et long terme. (39,41)

La prise unique de levonorgestrel à haute dose a pour effet de retarder l'ovulation (de 5 à 7 jours), voire de la bloquer, pour ainsi éviter la fécondation de l'ovocyte par les spermatozoïdes. La nidation de l'œuf est l'étape irréversible sur laquelle la PCU ne peut plus agir. La PCU n'est donc pas abortive.

Contre-indications et interactions

L'allergie au levonorgestrel et la grossesse avérée sont les seules contre-indications à ce jour.

Les contre-indications habituelles des progestatifs ne s'appliquent pas dans ce cas de prise ponctuelle. Les taux sériques hormonaux demeurent très faibles.

Les médicaments inducteurs enzymatiques, déjà cités précédemment, augmentent son métabolisme hépatique et donc diminuent sa durée d'efficacité.

Effets indésirables

Ils varient selon les femmes. Leur durée est brève, en général, et ne dépasse pas les 2 jours.

La symptomatologie digestive est souvent au premier plan, avec des douleurs abdominopelviennes, des nausées et vomissements, et des diarrhées.

D'autres signes généraux aspécifiques sont possibles : syndrome vertigineux, céphalées, asthénie, etc.

Le cycle menstruel se trouve altéré, avec possibles saignements gynécologiques post-prise, règles de survenue précoce ou retardée.

Le levonorgestrel n'entraîne pas de séquelles, notamment de stérilité, de grossesse extra-utérine ou encore de malformations fœtales.

Coût

Pour la femme majeure, en l'absence de prescription médicale, le Levonorgestrel Biogaran® coute 5,30 € et la Norlevo® 6,63 €.

La patiente mineure l'obtient gratuitement, sans ordonnance, sur simple déclaration orale de minorité.

c) L'ulipristal acétate : Ellaone®

Rappel historique

Son autorisation de mise sur le marché français date du 5 mai 2009. La présentation d'une ordonnance est obligatoire pour en bénéficier en officine.

Son remboursement de 65 % prend effet en septembre 2010, pour les majeures. La dispensation est gratuite pour les mineures, à condition d'être en possession d'une prescription.

A compter du 15 avril 2015, la délivrance d'Ellaone® n'est plus soumise à prescription obligatoire, tout comme le levonorgestrel.

Dénomination et efficacité

L'Ellaone® est donc le nom commercial de l'ulipristal acétate dosé à 30 mg, propriété du laboratoire HRA Pharma. Il s'est vu attribué le surnom de « pilule du surlendemain », en référence à son délai d'efficacité plus grand que pour le levonorgestrel.

En effet, différentes études montrent une efficacité significative sur la diminution du nombre de grossesses sous Ellaone® sur un laps de temps élargi jusqu'à 5 jours compris. Le taux de grossesse est inférieur à 4 %, celui-ci correspondant à une valeur seuil, à partir de laquelle la contraception d'urgence est jugée pertinente.(42)

Posologie et mécanismes pharmacologiques

Les modalités de prise sont les mêmes que pour le levonorgestrel, à savoir un comprimé unique à avaler le plus précocement possible (jusqu'à 5 jours au plus tard). Seul le délai de prise est allongé.

Ellaone® est un modulateur sélectif du récepteur de la progestérone. Il va donc se fixer avec une grande affinité sur les récepteurs de la progestérone et avoir un effet antagoniste sur ceux-ci. L'ovulation est ainsi retardée, voire inhibée, même si le pic préovulatoire de LH a déjà eu lieu (contrairement au levonorgestrel). Ce n'est aucunement une méthode abortive.

Comme pour le levonorgestrel, l'ulipristal acétate semble perdre en efficacité chez les femmes ayant un IMC > 30, d'après de rares études qui se révèlent finalement non concluantes.(43)

Contre-indications et interactions

L'allergie à la molécule et une grossesse en cours contre-indiquent son emploi. Les interactions à éviter, concernent son usage simultané avec des inducteurs enzymatiques du cytochrome CYP3A4, qui diminuent sa demi-vie plasmatique. Les inhibiteurs de la pompe à protons diminuent quant à eux, sa concentration plasmatique.

Ellaone® peut enfin modifier, de par son activité antagoniste sur les récepteurs à la progestérone, l'efficacité d'un contraceptif régulier progestatif.(43)

Effets indésirables

Ils sont globalement identiques à ceux rencontrés sous levonorgestrel.

Coût

Son prix est de 18,88 € en avril 2015, en l'absence d'ordonnance pour les patientes majeures. La Sécurité Sociale rembourse toujours 65 % sur présentation d'une ordonnance.

Elle est donc gratuite et désormais en libre accès pour les mineures.

d) Quelques données statistiques sur la CU

D'après le Baromètre Santé 2004, 30% des jeunes femmes âgées de moins de 20 ans, ont déjà utilisé une PCU.

Le nombre de boîtes de PCU vendues en pharmacie a quasiment décuplé entre 1999 (165 719 boîtes) et 2010 (1 268 108 boîtes), selon les données du Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation Statistique (GERS).

Les boîtes d'Ellaone® ont également plus que décuplé entre sa mise sur le marché en 2009 (3 500 boîtes) et 2013 (46 000 boîtes). Son chiffre de vente devrait encore augmenter en 2015, avec son accès devenu gratuit et libre, sans ordonnance, aux mineures.

Tableau 7 : Évolution du nombre de boîtes de PCU vendues annuellement dans les pharmacies françaises entre 1999 et 2010. (Source GERS)

Année	Norlevo®	Lévonorgestrel	Ellaone®	Total
1999	165 719	-	-	165 719
2000	569 104	-	-	569 104
2001	623 954	-	-	623 954
2002	725 753	-	-	725 753
2003	811 433	-	-	811 433
2004	918 304	-	-	918 304
2005	1 033 303	-	-	1 033 303
2006	1 100 053	-	-	1 100 053
2007	1 068 031	110 481	-	1 178 512
2008	883 144	326 138	-	1 209 282
2009	836 813	419 159	3 500	1 259 472
2010	751 956	502 092	14 060	1 268 108

* 1 boîte correspond à 1 traitement

85% des femmes s'étant procurées une PCU en 2004, l'ont obtenue en pharmacie sans prescription médicale. Les mineures vont également principalement en officine chercher la PCU, la délivrance par l'infirmière scolaire ne représente que 3,4% du total des PCU délivrées.

Les données de l'Assurance Maladie nous éclairent sur le nombre de boîtes remboursées. En 2009, 346 960 boîtes de PCU ont fait l'objet d'un remboursement sur les 1 259 472 délivrées (soit seulement 28% de PCU remboursées). Parmi ces 346 960 boîtes, 88% ont été remboursées intégralement, correspondant à des demandes de jeunes filles mineures et/ou étudiantes.

Le coût engendré par le remboursement de l'Assurance Maladie est de l'ordre de 2 437 661€ pour l'année 2009. En comparaison, le coût engendré en 2013 pour la prise en charge des IVG est de l'ordre de 31 millions d'euros. Le prix forfaitaire d'une IVG médicamenteuse varie entre 190€ et 270€, et entre 437,03€ et 644,71€ pour une IVG chirurgicale, selon l'établissement de réalisation.(15,44,45)

Le recours à la PCU n'a pas eu d'effet néfaste sur le recours à la contraception régulière, au contraire le taux de couverture contraceptive ne cesse d'augmenter chez les françaises. Le développement de la PCU n'a malheureusement pas infléchi le nombre de grossesses non désirées et par conséquent le nombre d'IVG.

Les études ne montrent également pas de retentissement sur le nombre de grossesses non désirées, en cas de délivrance systématique à l'avance de cette PCU.(17,38)

III. Matériel et méthodes

A. Objectif de l'étude

Le but de cette étude est de définir et comprendre les difficultés rencontrées par les pharmaciens, au quotidien, vis-à-vis de la délivrance de la contraception régulière et d'urgence aux patientes mineures. Il s'agit aussi de déterminer si les conditions de dispensation prévues par la loi sont applicables en pratique.

Les entretiens vont ainsi nous amener à aborder différents thèmes :

- Le ressenti du pharmacien concernant son rôle général de prévention
- Les conditions de délivrance des produits contraceptifs
- Les différents freins rencontrés
- Les solutions éventuelles à mettre en place pour améliorer ces conditions
- Le pharmacien et la formation pharmaceutique continue

B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de plusieurs pharmacies de l'agglomération havraise, tirées au sort préalablement.

1. La méthode qualitative : une approche socio-représentative

J'ai décidé d'aborder la méthodologie qualitative dans cette thèse pour plusieurs raisons.

C'est une méthodologie basée sur le recueil de données verbales libres mais aussi non verbales, empruntée aux sciences socio-anthropologiques.

Cet aspect n'est pas pris en compte dans les études quantitatives, qui ont pour but de cataloguer, établir des statistiques dont l'outil de base est bien souvent un questionnaire directif. Celui-ci ne permet pas le développement d'idées spontanées du répondant, tout comme l'importance du non verbal : attitudes, gestes, mimiques, etc.

Ces éléments sont justement la force des études qualitatives. Elles ont tout autant de valeur scientifique qu'une étude quantitative.(46)

Ce recueil de données verbales et non verbales, constitue le corpus. Celui-ci est ensuite méticuleusement analysé. Cette analyse d'informations permet de définir des hypothèses sur les différents thèmes.

2. L'option des entretiens semi-dirigés

Les techniques de recueil du corpus sont multiples. Les principales sont : les données observationnelles (descriptives pures), les focus groups et les entretiens semi-dirigés.

Les focus groups sont des entretiens de groupe, avec un animateur/ interviewer et de multiples intervenants. On les retrouve dans le cadre de concertation professionnelle et de mise au point de stratégies. Cette technique exige de l'animateur une habileté à répartir de manière homogène, la parole à tous les membres du groupe.

Le point négatif principal des focus groups est l'influence potentielle du groupe sur l'individu et sur ses opinions réelles personnelles qui peuvent être passées sous silence.(46)

J'ai donc plutôt axé mon choix sur la technique des entretiens semi-dirigés. Ceux-ci garantissent à la personne interviewée, une liberté de parole et d'opinion et bien entendu le confort de l'anonymat.

Ils permettent à l'interviewer, disposant d'une grille d'entretien, d'orienter le dialogue dans la direction souhaitée et d'éviter les hors sujets.

C'est également la méthode de choix pour déterminer les représentations et les aspects socio-comportementaux des individus étudiés.

Les entretiens sont stoppés lorsque les données recueillies se réitèrent, et n'apportent plus aucun élément nouveau. Il s'agit de ce qu'on appelle la saturation des données.

3. Population de l'étude

Je me suis intéressé aux pharmaciens, titulaires ou employés, exerçant en officine sur l'agglomération havraise. Ce sont mes 2 critères d'inclusion.

La Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH), pour information, regroupe donc Le Havre et 16 autres communes périphériques. Elle comprend 72 officines, à répartition urbaine, semi-rurale et rurale.

Le conseil de l'Ordre des Pharmaciens de Haute-Normandie m'ayant fourni une liste exhaustive des pharmacies en activité sur l'agglomération havraise, j'ai réalisé un tirage au sort des officines qui rentrent alors dans mon échantillon d'étude.

Je me suis alors rendu directement sur place, afin de solliciter un entretien immédiat ou sur rendez-vous.

4. La grille d'entretien : support de l'interviewer

La rédaction de cette grille est une étape primordiale. Elle doit servir de guide au dialogue, sans influencer la personne interviewée.

Les questions sont volontairement ouvertes, permettant au pharmacien d'explicitier ses réponses. Il faut donc éviter autant que possible le recours aux questions fermées.

L'interviewer a un rôle important. Il doit mettre en confiance la personne interviewée, afin d'établir un dialogue facile et libre. Ses propos et son comportement doivent être neutres et empathiques. Il doit faire preuve d'adaptation, en fonction du comportement du sujet interviewé. Enfin, la grille ne doit pas être un support contre-productif, dans le sens où son recours compulsif artificialise la relation établie avec l'interviewé.(46)

J'ai créé cette grille, selon ces recommandations, en collaboration avec ma directrice de thèse, le Docteur Elsa Fagot-Griffin. Celle-ci a été testée au préalable, sur une étudiante en Pharmacie de l'Université de Rouen.

Nous avons ainsi opté pour une grille d'entretien simple, comportant 4 thèmes, basée essentiellement sur des questions ouvertes peu nombreuses. Le but de cette démarche était de réaliser des entretiens fluides, favorisant la confiance. Nous ne voulions pas « agresser » ni lasser le pharmacien, avec un entretien de type interrogatoire.

Des questions de relance étaient prévues pour chaque question principale, si la réponse reçue nécessitait une précision, ou l'abord d'autres points.

Les 4 thèmes inclus sont les suivants :

- Le ressenti du pharmacien sur son rôle général de prévention
- La délivrance de la contraception régulière aux mineures : modalités, difficultés, solutions
- La délivrance de la contraception d'urgence aux mineures : modalités, difficultés, solutions
- La formation pharmaceutique continue : avis des principaux concernés

Cette grille est disponible en annexe (Annexe n°5).

C. Déroulement de l'interview

Je me suis donc déplacé systématiquement dans chaque officine sélectionnée par tirage au sort. Je suis l'unique interviewer dans cette étude.

La phase initiale est celle de la présentation de l'interviewer, à savoir mon identité et ma fonction de médecin généraliste remplaçant. Puis vient celle du sujet de la thèse.

Il est précisé au pharmacien que l'interview est enregistrée, avec son accord, à l'aide d'un dictaphone numérique, pour être ensuite retranscrite informatiquement.

Un anonymat complet lui est assuré, tout comme l'absence de jugement de valeur sur ses idées et pratiques professionnelles.

La durée moyenne de l'interview (une quinzaine de minutes) est indiquée.

Avant de débiter l'entretien, une phrase de remerciement est systématiquement prononcée. Puis, dans le but de mettre, dès le départ, le pharmacien en confiance, les premières questions portent sur lui, sa pharmacie, sa clientèle, etc. Il est alors temps de rentrer dans le vif du sujet.

Je clôture l'entretien par des remerciements et par la prise de coordonnées du professionnel, pour lui transmettre mon travail de thèse abouti.

D. L'analyse des données

Les enregistrements audio ont été systématiquement retranscrits informatiquement, à l'aide du logiciel Microsoft Word 2007. Cette retranscription était immédiate, dès la sortie de l'officine, afin de préciser « à chaud » les éléments du langage non verbal. L'ensemble des entretiens audio et retranscrits est collecté sur un DVD. (Annexe n°6).

L'initiale D correspond à l'interviewer. L'initiale P suivie d'un numéro concerne les propos des pharmaciens.

Les éléments retranscrits sont alors analysés scrupuleusement, par une méthode d'encodage du corpus. Chaque fragment de phrase est donc encodé, et désigné par un ou des mots-clés le qualifiant. Les mots-clés de signification similaire des différents entretiens sont regroupés ensemble pour définir des sous-thèmes ou des points d'argumentation, sur un document à part. Sous chaque rubrique correspondant à un ensemble de mots-clés similaires, se trouvent citées les phrases du corpus y faisant référence.

Le principe de triangulation des données, garantissant la validité interne de l'étude, est appliqué. Ma directrice de thèse opère une 2^{ème} lecture du corpus et de l'encodage (après moi). La 3^{ème} analyse indépendante est l'œuvre d'un logiciel informatique spécialisé dans l'analyse de données, NVivo 10®.

Cette analyse permet donc de classer les différentes informations recueillies et permettre de constituer le plan de la partie Résultats.

IV. Résultats

A. Caractéristiques des professionnels interviewés

J'ai réalisé les interviews sur la période du 08 février 2015 au 18 février 2015.

13 personnes ont été incluses dans l'étude. Sur ces 13 personnes, 12 sont pharmaciens et une est préparatrice en pharmacie. En effet, après plusieurs passages dans la pharmacie tirée au sort, je n'ai pu être reçu que par une préparatrice, pour des raisons de forte affluence et de non disponibilité des pharmaciens. J'ai décidé de conserver cet échange, qui est riche en enseignement sur les pratiques de l'officine.

Je n'ai essuyé aucun refus de participation de la part des participants à l'étude, malgré parfois une réticence initiale concernant l'enregistrement par dictaphone (notamment P3).

La durée moyenne des entretiens est de 15 à 20 minutes. Le plus bref a duré 8 minutes 56 secondes, et le plus long, 51 minutes 16 secondes.

Tableau 8 : Critères sociodémographiques des interviewés

Pharmaciens	Sexe	Age	Qualité	Type d'officine	Patientèle
P1	H	50-60 ans	Pharmacien titulaire	Rurale	De quartier
P2	F	25-30 ans	Pharmacien assistant	Semi-rurale	Mixte
P3	F	40-50 ans	Pharmacien assistant	Urbaine : quartier huppé	De quartier
P4	H	50-60 ans	Pharmacien titulaire	Urbaine : quartier populaire	Mixte
P5	H	40-50 ans	Pharmacien assistant	Urbaine : quartier populaire	De quartier
P6	F	40-50 ans	Pharmacien titulaire	Urbaine : zone pavillonnaire	De quartier
P7	H	30-40 ans	Pharmacien titulaire	Urbaine : zone pavillonnaire	De quartier
P8	H	40-50 ans	Pharmacien titulaire	Urbaine : centre ville	Mixte
P9	F	30-40 ans	Pharmacien assistant	Urbaine : centre ville	Mixte
P10	F	40-50 ans	Pharmacien titulaire	Urbaine : zone pavillonnaire	De quartier
P11	F	30-40 ans	Pharmacien titulaire	Urbaine : quartier huppé	De quartier
P12	F	30-40 ans	Préparatrice	Urbaine : quartier populaire	De quartier
P13	F	25-30 ans	Pharmacien assistant	Semi-rurale	De quartier

L'échantillon comprend ainsi 8 femmes et 5 hommes.

2 personnes répondantes ont entre 25 et 30 ans, 4 entre 30 et 40 ans, 5 entre 40 et 50 ans, et enfin 2 entre 50 et 60 ans.

On retrouve 7 pharmaciens titulaires, 5 assistants, et une préparatrice.

Une pharmacie se situe en milieu rural, 2 sont en zone semi-rurale, et 10 se trouvent en zone urbaine.

La patientèle fréquentant la pharmacie est dite de quartier pour 9 d'entre elles. La fréquentation est ainsi majoritairement composée de riverains.

Pour 4 d'entre elles, la fréquentation est mixte, avec une part non négligeable de personnes de passage.

B. Analyse des entretiens

1. Le pharmacien dans son rôle de prévention

a) *Représentation et perception de ce rôle*

- Le pharmacien se perçoit, avant tout comme **un professionnel de santé de proximité** (P1, P2, P9, P12).

P1 : « Jusqu'alors les pharmacies sont des endroits de santé de proximité, beaucoup plus que les hôpitaux, ou les cliniques qui sont des centres de soins particuliers. »

P1 : « C'est important puisqu'on est, on est acteur de santé de proximité, facilement accessible... »

P9 : « C'est nous leur premier interlocuteur, c'est avec les pharmaciens. »

- Cette proximité leur permet, pour P1 notamment, de **bien connaître leurs patients**, et d'adapter leur discours.

P1 : « Donc c'est bien qu'on ait ce rôle là, parce qu'on connaît bien les gens, on peut plus cibler les...le discours ».

- **Leur disponibilité** est évoquée chez 6 d'entre eux (P1, P5, P9, P11, P12, P13).

P1 : « On trouve toujours le temps si on en a envie de le faire ».

P5 : « *En général, même si y a du monde, on prend le temps surtout dans des cas comme ça* ».

P12 : « *On prend le temps de le faire, et c'est important* ».

La notion de disponibilité gratuite, contrairement à une consultation médicale, est évoquée par P9 : « *C'est en plus des conseils gratuits qu'on va donner donc euh...* »

- Pour le pharmacien, la prévention c'est **l'importance du dialogue**, qui prévaut sur tout type de support (P1, P3, P5, P6).

P1 : « *Je ne suis pas certain que les affiches qu'on reçoit de la sécu soient très lues, mais en discutant ça passe toujours mieux quoi.* »

P3 : « *Euh je dirais qu'à chaque fois qu'on peut...on donne des conseils, on fait des rappels.* »

P5 : « *Mais les gens recherchent ça aujourd'hui, ils vont avoir besoin de ces conseils.* »

- **Un rôle éducatif** est souligné par 3 pharmaciens (P5, P11, P13).

L'éducation passe ainsi par la transmission du savoir aux patients, concernant leurs pathologies, les traitements, etc. Le but est d'améliorer leur adhésion aux différentes thérapeutiques.

P5 : « *Je crois qu'aujourd'hui les médecins veulent aussi que les gens se prennent en charge, sur des pathologies. Nous aussi, on a un petit peu ce rôle là aussi en fait au quotidien.* »

P5 : « *Ils mélangent tout quoi...donc on leur explique avec des mots simples* »

P13 : « *Il faut qu'ils adhèrent au traitement et que c'est le seul moyen donc...* »

- Ainsi, le pharmacien occupe **une place de relais du médecin traitant**, au niveau informationnel et éducatif. (P5, P9, P10, P12).

P5 : « *C'est vrai qu'ils nous disent que les médecins n'ont pas toujours le temps matériel de tout leur expliquer....on est donc là pour expliquer. Donc c'est un peu un relais...* »

P9 : « *parce que souvent les personnes quand elles ont des questionnements, et puis qu'il faut qu'elles prennent rendez-vous avec le médecin pour pouvoir exprimer leur problème.* »

P12 : « *souvent ils ne comprennent pas forcément ce que le médecin dit, donc ils nous reposent les questions ici.* »

- En tant que véritable plaque tournante dans le système de soins, le pharmacien dispose d'**un rôle d'orientation** du patient. (P2, P5, P7, P9)

P5 : « *mais on les incite quand même à se prendre en charge et à les orienter vers les structures nécessaires quoi.* »

P7 : « *on est là pour y répondre, pour informer, pour orienter les gens, et notamment la, les adolescents aussi.* »

P9 : « *On n'a pas forcément les réponses mais on peut orienter les personnes.* »

- Cette orientation résulte au préalable d'un **tri et d'une évaluation du degré d'urgence**. (P5, P8, P9)

P5 : « *Mais on sait faire la part entre ce qui est urgent, ce qui doit être expliqué et ce qui doit être redirigé quoi.* »

P8 : « *Si on a des conseils...avant que ça dégénère.* »

P9 : « *Euh des fois on vient pour des prises de sang, analyser voir s'il y a besoin de voir le médecin ou pas, des infections urinaires, des choses comme ça.* »

- Enfin, 3 pharmaciens évoquent une **diversification de leurs taches** quand je leur parle de prévention. (P5, P7, P11)

P5 : « *Et là on s'est diversifié ici, par exemple sur toutes les pathologies un peu périphériques.....moi je m'occupe de tout ce qui est phlébologie, tout ce qui est les manchons, les ceintures...* »

P7 : « *Et puis ça peut être de la prévention sur des MST comme sur en fait des pathologies type diabète, cholestérol et autres quoi.* »

P11 : « *On va rechercher pour eux. Voyez par exemple des teneurs enfin voilà des aliments riches en fer ou autre. Ca nous arrive de faire de la recherche.* »

b) Les obstacles à ce rôle préventif

(1) Relatifs aux patients

- Certains patients se révèlent **méfiant** ou **non réceptif** à l'égard des propos du pharmacien. Certains font fi de leurs conseils, d'autres privilégient l'avis de leur médecin. D'autres patients, parfaitement conscients du message délivré, pratiquent le mésusage thérapeutique. (P3, P5, P6, P9, P13)

P3 : « C'est vrai qu'en face de nous ici, on a quand même une clientèle qui sait tout (ton ironique). »

P5 : « Parce que les gens sont très en demande, ils ont un peu peur maintenant des médicaments. Le générique etc. vous voyez hein...tous les jours, on leur explique, ils n'ont pas confiance, enfin c'est du boulot je vous le dis. (Soupir puis rire) »

P5 : « Voilà, ils ont confiance en le médecin, le pharmacien lui y a un intérêt financier derrière. »

P6 : « Parce qu'ils ont l'impression de tout savoir... »

P9 : « Les patients qui étaient rattachés à leur médecin, craignaient qu'on prenne la place de leur médecin dans ce rôle là quoi. »

P13 : « Et puis ça dépend aussi de la personne donc euh....On voit tout de suite s'ils sont réceptifs. »

P3 : « Par rapport à la délivrance plus fréquente de produits qui contiennent des dérivés opiacés, euh c'est vrai que....il y a moins d'impact, c'est compliqué. Parce qu'ils savent, y en a même qui ont déjà déclaré des problèmes. »

- D'autres patients font preuve **d'impatience et de susceptibilité**. (P3, P6, P11)

P3 : « Ici, c'est très rare d'écrire sur les boîtes, on a l'impression qu'on les injurie, qu'on est en train de leur dire qu'ils ne savent pas lire. »

P3 : « Donc voilà, faut s'adapter quand même, y a des gens qui démarrent au quart de tour... »

P6 : « Donc euh...on est un peu des rabat-joie. (Soupir) »

P11 : « Et comme les gens sont de moins en moins patients (rire), donc j'ai pas envie de les faire attendre non plus. »

- Enfin, il existe aussi **un frein financier**. (P5, P7)

P5 : « *mais eux ce qu'ils veulent surtout, c'est qu'ils aient accès aux soins et surtout qu'ils aient pas à déboursier.* »

P7 : « *après les obstacles, ça peut être d'ordre financier. Des fois des gens peuvent même pas acheter tout ce qui est sur l'ordonnance, alors proposer des choses en prévention c'est compliqué.* »

(2) Relatifs aux pharmaciens

- 2 pharmaciens pensent **manquer de formation pratique** sur la prévention. (P2, P9)

P2 : « *Après on n'est peut-être pas très bien formé et euh, en cas d'urgence vitale par exemple...* »

P2 : « *Au niveau de la fac, je trouve qu'on n'est pas assez formé.* »

P9 : « *D'ailleurs, nous on n'était pas forcément préparé au départ, à jouer ce rôle là.* » (Concernant les entretiens pharmaceutiques relatifs aux anti-vitamines K (AVK))

- P11 avoue un **manque de temps** disponible à consacrer à la prévention.

P11 : « *C'est surtout le manque de temps. Parce qu'effectivement quand il y a du monde, je ne vais pas prendre autant de temps à expliquer le traitement à une personne, ou prendre mon temps...* »

- Un autre obstacle est **la place accordée à la fonction commerciale** dans l'officine, au détriment parfois d'actions sanitaires. (P4, P5, P11)

P4 : « *Ben disons qu'on nous a obligés à effectuer un rôle commerçant, donc moi je...vu mon âge, je ne fais plus que ça pratiquement.* »

P5 : « *parce que la pharmacie aujourd'hui prend des biais euh...y a le côté professionnel et puis y a le côté gestion qui prend une grande partie du temps.* »

P11 : « *je pense qu'on le fait plus qu'une pharmacie du centre ou autre où à mon avis, c'est plus la chaine quoi.* »

- Enfin, le dernier obstacle inhérent au pharmacien, pour P5, est **le manque de reconnaissance de la Sécurité Sociale** concernant les actes préventifs de celui-ci.

P5 : « *C'est un sacré travail de fond et la Sécu ne se rend pas compte du travail que c'est.* »

2. Concernant la délivrance de la contraception régulière aux mineures

a) *Les conseils apportés*

- Ils reposent tout d'abord sur la **recherche de dialogue** avec la mineure, et émettre **des recommandations générales** d'usage. (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P12, P13)

P1 : « *On essaie de discuter un petit peu, et puis lui expliquer bien comment ça se passe.* »

P2 : « *Moi j'essaie à chaque fois de rappeler l'observance des délais de moins de 12 heures...* »

P3 : « *Après nous, on va intervenir sur l'importance de la prise à heure fixe quand c'est des microdosées, sur le fait qu'il faut pas les oublier, voilà...enfin...que faire en cas d'oubli.* »

P5 : « *C'est ce qui se passe dans le cas de l'oubli d'une pilule, ça elles savent pas.* »

P5 : « *C'est au début des prises de pilule qu'elles sont parfois un peu perdues...* »

P6 : « *Bah on donne des informations à la 1ère délivrance...* »

P7 : « *Nous on redonne en fait les explications par rapport aux 1ères prises de comprimé, par rapport aux jours du cycle et autres quoi, voilà.* »

P8 : « *Oui en cas d'oubli, comment réagir, si on est couverte, pas couverte, si faut prendre la contraception d'urgence...* »

P9 : « *Sur le début de la contraception, le 1er jour des règles, on a des petits rappels comme ça.* »

P11 : « *C'est sur l'utilisation de leur pilule, si c'est en continu, si c'est en arrêt d'une semaine...* »

P12 : « *Euh il vaut mieux la prendre à heure fixe, euh enfin toutes les règles hygiéno-diététiques je dirais.* »

P13 : « Ah bah là on explique bien comment le prendre, comment faire s'il y a un oubli voilà tout ça oui la 1ère fois. »

- Le pharmacien est présent pour **répondre aux problèmes** que les jeunes filles se posent. (P1, P3, P6, P8)

P1 : « Et si il y a le moindre problème, qu'elle vienne nous en parler... »

P3 : « Ne pas hésiter à nous appeler. »

P6 : « On donne les informations quand y a un souci et puis voilà... »

P8 : « Il peut y avoir parfois des questions un peu pointues...Et c'est souvent les jeunes qui ont ce genre de problèmes, les femmes plus âgées sont plutôt rodées... »

- Il **oriente** également si besoin vers d'autres professionnels. (P1, P6, P10, P13)

P1 : « Si ça devait continuer...d'aller en parler au médecin, en gros. »

P6 : « Après c'est vrai qu'autrement, elles vont voir le médecin, elles en parlent à leurs parents... »

P10 : « J'ai vu la fille d'un médecin, elle ne pouvait pas en parler avec son papa...alors je lui ai donné l'adresse du...comment ça s'appelle déjà, du planning familial. »

P13 : « Quand on voit qu'elle se demande si elle n'a plus d'ordonnance, là on la réaiguille vers un médecin ou euh... »

- Il **réitère les messages** du prescripteur. (P5, P6, P7)

P5 : « Parce que voilà le médecin ou le gynéco ne leur explique pas à quel moment faut le commencer euh..., ça parfois c'est toujours un peu délicat. »

P6 : « Et puis y a le médecin avant, elles passent par le gynéco, le médecin traitant. »

P7 : « Je pense que y a aussi les informations qui passent aussi par les infirmières de collège et lycée, et les médecins, généralistes spécialistes gynéco et nous derrière. »

- 2 pharmaciens profitent de la délivrance de contraception régulière pour **aborder les IST**. (P5, P7)

P5 : « Aujourd'hui on a un relâchement par rapport à tout ça, alors je pense qu'il faut réinsister sur le fait d'être enceinte, mais il y a aussi le risque des maladies transmissibles et des maladies graves comme le sida etc. »

P7 : « On leur réexplique bien évidemment que la contraception ne protège pas en fait d'une maladie, voilà. »

- Les conseils peuvent être accompagnés de **supports informatifs**. (P5, P11)

P5 : « On a même des petites brochures spécifiques, pour donner aux clients pour leur expliquer... »

P7 : « On a les petites cartes à donner en cas d'oubli de pilule, la conduite à tenir, voilà en gros. »

- Le but de tous ces conseils est bien entendu de **ne pas apeurer** la jeune fille. P2 notamment, opte pour la mise sous silence des effets secondaires.

P2 : « Après les effets indésirables, je n'insiste pas trop pour ne pas les décourager...voilà. »

b) Les difficultés rencontrées

(1) Relatives à la jeune fille

- **Des difficultés financières** d'accès à la contraception régulière sont évoquées par P1.

P1 : « La grosse difficulté avec la contraception pour les jeunes en fait, c'est le déremboursement de la pilule...il y a quand même beaucoup de pilules minidosées qui ne sont pas remboursées. »

- **Le manque de communication avec leurs parents** peut générer un frein à son accès. (P1, P10)

P1 : « Pour certaines jeunes filles, qui n'ont pas forcément un dialogue important avec leurs parents, c'est toujours un peu compliqué... »

P10 : « C'est plus simple quand c'est avec leurs parents, mais bon elles ont pas forcément envie d'avoir leurs parents, en tout cas ma fille elle ne veut pas me voir. (Rire) »

- **Les méconnaissances profondes des jeunes filles** sur ces sujets de sexualité et contraception, constituent le 3^{ème} obstacle. (P5, P9)

P5 : « *Qu'est-ce que c'est que les règles ? C'est triste à dire mais y en a qui savent pas. Les règles c'est quoi, un cycle c'est quoi ?* »

P5 : « *La transmission du sida, on voit une méconnaissance totale.* »

P5 : « *J'ai des jeunes filles qui prennent la pilule et puis tout à coup, elles ont un rapport, et hop elles se disent il faut que je prenne la contraception d'urgence. Donc en fait, elles en prennent 2.* »

P9 : « *Par exemple j'ai eu le cas la semaine dernière d'une personne, qui pendant les 7 jours d'interruption de sa pilule, elle pensait qu'elle ne pouvait pas avoir de rapports, et que si elle avait un rapport il fallait prendre la Norlevo®.* »

- **Le dépannage de dernière minute** des jeunes filles en officine est fréquent d'après P10, signe avant-coureur d'une mauvaise compliance au contraceptif.

P10 : « *c'est souvent à la dernière minute (rire) mais c'est les jeunes.* »

(2) Relatives au pharmacien

- 11 répondants déclarent spontanément **l'absence de difficultés** lors de la délivrance de contraception régulière. (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P10, P11, P12, P13)

P2 : « *Euh les obstacles, y en a pas, ça se passe plutôt bien ici, enfin souvent c'est pas tabou, souvent les jeunes filles viennent avec leurs mères...* »

P3 : « *Elles sont souvent accompagnées de leurs parents, elles font les visites chez le gynécologue, elles sont suivies...* »

P4 : « *Si on leur fait pas de complications nous, y a pas de complications (rire sarcastique).* »

P5 : « *Alors en général, elles sont plutôt bien informées.* »

P6 : « *Mais bon, généralement elles sont relativement bien informées.* »

P7 : « *Bah en fait y a pas de difficultés au quotidien. Elle a vu son médecin, les explications ont été données...* »

P9 : « *On n'a pas d'opposition, pas de difficultés non.* »

P10 : « *C'est oui je pense des filles qui sont souvent bien informées.* »

P11 : « *Alors on n'en a pas beaucoup...c'est très rare.* »

P12 : « *En général de toute façon, elles ont une ordonnance donc...non on n'a pas de souci. »* »

- **La multitude de marques** de pilule rend compliquée la tâche du pharmacien.

P5 : « *J'avoue alors honnêtement, nous les pharmaciens, on connaît pas toutes les formes de pilules...y a tellement de marques... »* »

(3) Relatives à la molécule

- **Les effets secondaires**, notamment la prise de poids et les lésions acnéiques, peuvent constituer un frein. En effet, ces jeunes filles sont susceptibles de stopper brutalement leur pilule, sans avis médical, devant ces effets disgracieux. Le risque de grossesse se trouve ainsi majoré. (P5, P9)

P5 : « *Ils nous demandent si y a prise de poids, très important...Pour eux, le résultat c'est que leurs boutons c'est que forcément ouais...elles se disent tiens c'est bizarre, qu'est-ce qui m'arrive je suis enceinte alors que je prenais la pilule. »* »

P9 : « *Sur la survenue d'effets secondaires potentiels aussi, euh comme avec la Cerazette® et l'absence de règles éventuellement. »* »

c) Les méthodes de contraception régulière autres que la pilule

- **Elles ne sont pas évoquées**, ou bien uniquement sur demande de la patiente. (P1, P2, P4, P6, P8, P9, P10, P11, P13)

P1 : « *En fait, non les implants j'en parle pas. »* »

P2 : « *moi j'en parle pas trop ouais. »* »

P6 : « *oui, quand elles le demandent... »* »

P8 : « *Mmmhhh non. On propose pas les autres méthodes. »* »

P9 : « *Que ce soit les collègues ou moi, ce qu'on fait quand on a une prescription de pilule, on va pas leur dire savez vous qu'il existe autre chose, non. »* »

P10 : « *Je ne vais pas non plus leur parler de spermicides, ni leur parler des anneaux parce que ça elles le feront pas. Déjà ça coûte cher, c'est pas la peine. »* »

P11 : « *Si on me le demande, mais euh si on me le demande. »* »

P13 : « *Après ça dépend si on a une demande ou pas. »* »

- Pour 3 répondants, c'est avant tout **le rôle du médecin** de discuter de l'offre contraceptive. (P2, P8, P9)

P2 : « *donc on réoriente vers le médecin traitant quoi... »*

P8 : « *Je crois que ça c'est plus le rôle du médecin d'orienter vers le type de contraception. »*

P9 : « *On va suivre la prescription, on va leur donner la prescription. On va pas leur dire y a autre chose, non. »*

- **L'implant** ne rencontre pas le succès initialement espéré. (P5, P12)

P5 : « *Ca n'a pas été un franc succès l'implant je trouve hein. »*

P5 : « *Mais en fait on se rend compte qu'il y a pas tant d'implants que ça, ça n'a pas eu l'espèce de changement radical chez les gens. »*

P12 : « *L'implant pas de trop, on n'en fait pas beaucoup de délivrance d'implants... »*

- **Le stérilet**, quant à lui, reste dans l'esprit des professionnels interrogés, une méthode contraceptive de 2^{ème} intention. La cible de ce dispositif n'est pas la jeune fille. (P5, P7, P10, P12)

P5 : « *Le stérilet reste dans l'esprit des femmes assez présent, même si ça paraît un peu barbare (Rire). »*

P7 : « *Ca va plutôt être après des enfants, après plusieurs grossesses, où les implants ou les stérilets vont avoir en fait une utilité. »*

P10 : « *Bah comme c'est souvent des jeunes filles, je ne vais pas parler de stérilet. Le stérilet, ça c'est pour les femmes d'un certain âge. »*

P12 : « *Le stérilet, oui ça oui, quand les femmes ont du mal à supporter la pilule... »*

- **La pilule** demeure la contraception des jeunes filles pour 2 répondants. (P3, P7)

P3 : « *Oui, oui c'est ça essentiellement pour les jeunes,...euh oui c'est essentiellement la pilule. »*

P7 : « *A l'adolescence, la contraception pour les jeunes ça va être la pilule. »*

- **Le préservatif** peut être conseillé comme contraception. (P5, P10)

P5 : « S'ils veulent avoir des rapports, y a bien sûr le préservatif, etc., la contraception masculine, féminine qui est moins connue, les Femidom® et tout ça. »

P10 : « Euh non, en dehors du préservatif qui est lui une protection... »

- Enfin concernant ces autres méthodes contraceptives, les pharmaciens rencontrent **des difficultés temporelles et d'espace**, pour en parler ouvertement aux jeunes filles. (P2, P11)

P2 : « Et puis au comptoir c'est pas toujours évident. »

P11 : « Sinon c'est pareil, je ne vais pas à chaque délivrance parler de...(Rire). Je ne vais pas avoir le temps (Rire). »

d) *Le renouvellement pharmaceutique de contraceptifs*

Il est demandé aux répondants, de quelle manière ils procèdent en cas de présentation d'ordonnance expirée.

- Cette mesure de renouvellement pharmaceutique est **connue et appliquée** par 6 des 13 professionnels interviewés. (P4, P8, P9, P10, P12, P13)

P4 : « Maintenant on a l'autorisation de renouvellement donc... »

P8 : « Bah y a une nouvelle loi qui nous autorise à renouveler sans ordonnance, jusqu'à un an. C'est-à-dire une ordonnance que le médecin a fait à hauteur de 3 à 6 mois, on a quand même l'autorisation de délivrer jusqu'à un an. »

P9 : « La législation nous autorise quand on a une ordonnance valable 6 mois, de renouveler 2 fois 3 mois. »

P10 : « Mais renouvellement de pharmacien oui. Bah en fait, quand elles arrivent à la fin et que le médecin n'a pas eu le temps oui ça euh... »

P12 : « Euh on renouvelle sur l'ancienne ordonnance en fait, voilà. »

P13 : « Alors déjà on regarde si elle a une ordonnance sur elle qui a moins d'un an, là on peut compléter pour aller jusqu'au bout du traitement. »

- Celle-ci n'est **pas évoquée ou non réalisée** par les répondants. (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P11)

P1, P7, P11 ne l'évoquent à aucun moment durant l'interview.

P2 : « *Nous on le fait pas trop le renouvellement exceptionnel. Pour éviter un peu les abus quoi, on est déjà assez souple donc euh. »* »

P3 : « *Jamais, j'ai jamais fait de dépannage...ça peut arriver mais sous réserve que je sache si la personne en face de moi est surveillée, sinon je le fais pas. »* »

P5 : « *Si on voit qu'y a quand même une ordonnance qui est dépassée mais qu'il y a un suivi, on va la dépanner d'1 mois... »* »

P6 : « *Oh non, moi non...pas quand ça dépasse moins d'1 an. Moins d'1 an c'est quand même énorme... »* »

P6 est pourtant au courant de cette possibilité offerte au pharmacien, mais ne l'applique pas.

P6 : « *C'est vrai que ...quand une ordonnance arrive à terme, on peut encore arriver à renouveler, d'ailleurs on a le droit. »* »

- Cette mesure est également **méconnue des femmes**, comme le remarque P9.

P9 : « *Souvent d'ailleurs les dames, elles ne sont pas au courant qu'elles ont droit. Elles disent ah j'ai mon ordonnance qui est finie est-ce que vous pouvez me dépanner ? »* »

- **Le dépannage exceptionnel** est par contre, une pratique courante. Il a pour but de dépanner les femmes, à court terme (souvent 1 seule plaquette), tout en évitant les abus et le nomadisme pharmaceutique. (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P11, P13)

P1 : « *Alors généralement on dépanne d'une boîte, d'une plaquette, en lui disant attention nous dans l'ordinateur c'est noté. »* »

P2 : « *Quand l'ordonnance n'est plus valide et qu'on dépanne et qu'elles ne peuvent pas voir leur médecin tout de suite, on dépanne et on fait régler une boîte d'un mois quoi. »* »

P3 : « *Alors on a aujourd'hui des jeunes filles qui nous font un peu le numéro de, ah je veux du dépannage...moi en tout cas je suis très pointilleuse, alors là moi j'explique...je dépanne la 1ère fois mais tout est enregistré. »* »

P3 : « Elle revient, elle me refait le même baratin, et là je vois bien que c'est pas du dépannage. Et après c'est des gens qui vont ailleurs, dans d'autres pharmacies pour avoir un contraceptif sans jamais aller voir un médecin. »

P5 : « Comme y a des gens qui vont d'une pharmacie à l'autre, qui n'ont pas de suivi, on ne dépanne pas sauf vraiment exception. Donc on est vigilant sur pas de dépannage systématique, et pas non plus laisser les gens à l'abandon sans rien non... »

P6 : « Généralement bon, c'est une cliente qu'on connaît, bon bah évidemment qu'on dépanne quand on voit qu'on a l'ordonnance... »

P7 : « Après s'il y a de l'errance pharmaceutique, qu'on va récupérer à droite à gauche, ça peut être pour soi, ça pourrait être pour d'autres... On va se retrouver avec des situations de prise de contraceptifs sans qu'il y ait eu à un moment en fait de consultation par un médecin. »

P11 : « Je redépanne d'1 mois ou 3 mois après suivant ce que je vais avoir dans mon stock...les médecins c'est déjà galère d'en trouver un. »

P13 : « Et si elle n'a plus d'ordonnance, c'est qu'elle en a besoin donc oui je fais régler une plaquette parce que on ne va pas la laisser sans (Rire). »

e) Le renouvellement infirmier de contraceptifs

- 7 répondants **ignorent** que les infirmières libérales et scolaires ont le droit de prescrire sous certaines conditions, des contraceptifs. (P1, P5, P6, P8, P10, P12, P13)

P1 : « Non j'en ai jamais vu. Je crois qu'il y a que les sages-femmes qui peuvent faire le renouvellement. »

P5 : « Non, non, c'est-à-dire que l'infirmier peut renouveler ? Alors ça, je ne connais pas. »

P8 : « Euh non je ne savais pas que c'était possible. »

- Les 6 autres en ont une **connaissance vague**. (P2, P3, P4, P7, P9, P11)

P2 : « Parce que euh oui j'en ai entendu parler que les infirmiers pouvaient renouveler pareil une ordonnance plus valide. Mais c'est vrai que j'ai encore jamais vu non plus. »

P3 : « Oui, j'en ai entendu parler... »

P4 : « Oui il me semble que j'en ai entendu parler oui. Mais moi j'en vois pas non. »

P7 : « Alors on en a entendu parler oui. Mais j'ai pas eu de détails depuis très longtemps donc euh. »

P9 : « *Pas vraiment, c'est possible oui peut-être dans les infirmeries scolaires. Je connais pas vraiment la réglementation dessus... »*

P11 : « *J'ai pas vu ça encore mais euh j'en ai entendu parler. »*

- Cette mesure n'a **pas vraiment d'intérêt** pour P8, étant donné que le pharmacien peut lui-même faire ce renouvellement.

P8 : « *Mais à partir du moment où nous, on a droit de le faire, on n'a pas besoin de ça. Si c'est pas une nouvelle prescription... »*

f) Le Pass Région-Santé

- **Les 13 répondants ignorent totalement** la mise en place de ce système. Celui-ci est censé améliorer l'accès anonyme et gratuit à la contraception pour les mineures de Haute-Normandie.

P1 : « *Mais non, je n'en ai jamais entendu parler. Il y en a beaucoup qui en ont entendu parler ? »*

P7 : « *Pas du tout. »*

P8 : « *Qu'est-ce que c'est que ça ? »*

P9 : « *Non, dites-moi ce que c'est. »*

- Les professionnels regrettent **l'absence de concertation et d'information** de la part des pouvoirs publics. (P6, P7)

P6 : « *Vous savez des fois, les informations nous reviennent très tardivement, on n'est jamais vraiment informé, toujours informé par les médias. »*

P7 : « *Et puis la Sécu nous a pas forcément informé derrière sur les modalités. Voilà, un manque d'information. »*

g) La facturation anonyme de la contraception régulière

- Cette **situation** de demande d'anonymat pour la contraception régulière est **inédite** pour 7 répondants. (P2, P3, P5, P6, P9, P10, P13)

P2 : « *Mais y a jamais personne qui a demandé le secret pour l'instant. »*

P5 : « *En général quand elles consultent, la carte vitale ils l'ont pas ou ils la demandent aux parents, donc en général les parents sont au courant. »*

P6 : « *On n'en a jamais trop eu le cas... »*

P10 : « *En dehors de la contraception d'urgence, je n'ai pas encore eu le cas d'une jeune fille qui souhaitait garder l'anonymat. »*

- Ce type de facturation est totalement **inconnu** pour 6 d'entre eux. (P1, P3, P5, P7, P8, P12)

P1 : « *Bah en fait, nous on n'a pas 36 possibilités...bah les pilules classiques, généralement on fait des dossiers. »*

P1 : « *Auquel cas on fait une facturation payante en disant je ne sais pas comment tu vas te faire rembourser. Ca va forcément paraître sur le bordereau de Sécu de tes parents...Voilà on explique ça, après c'est le choix de la jeune fille quoi. »*

P3 : « *Alors là, je ne connais pas du tout (petit rire gêné), je ne connais pas. »*

P7 : « *Bah on va facturer normalement, de toute façon le secret il tient en fait aussi bien entre les enfants et les parents... »*

P7 : « *De toute manière, on est sur un même numéro de Sécu. Donc même si on reste dans l'anonymat, il y a ses limites de voilà. »*

P8 : « *Bah euh c'est pas possible. A partir du moment où on prend la carte vitale, y a pas possibilité d'avoir l'anonymat. »*

P8 : « *Je ne sais pas si les parents reçoivent quand même les décomptes de Sécu. Et même s'ils reçoivent le décompte, la spécialité n'est pas précisée... Y a une confidentialité de fait. »*

P12 : « *Non, on peut pas, c'est pas possible, c'est juste pour les contraceptions d'urgence qu'on le fait. Mais la contraception régulière non, elles ont une ordonnance donc on est obligé de facturer à la Sécu. »*

- A défaut d'être totalement inconnue, pour 4 d'entre eux, la procédure d'anonymat est simplement **méconnue**. (P2, P6, P10, P11)

P2 : « *Oui je crois qu'on a une procédure à faire, mais je ne sais même pas comment la faire pour pas que ça apparaisse sur les relevés des parents. »*

P6 : « *Je crois qu'on utilise la procédure de la contraception du lendemain. »*

P10 : « *C'est un peu compliqué ça, non j'ai jamais eu. »*

P11 : « *Oui y a une procédure mais j'ai jamais fait. Je dois l'avoir quelque part mais... »*

- La procédure est **connue** de 2 professionnels sur les 13. (P4, P9)

P4 : « *Bah non on a un système de...non aucune difficulté. On a un système de codes avec la Sécu. »*

P9 : « Alors notre logiciel est prévu pour ça...Donc nous, tout est déjà paramétré on va dire. »

- Il s'agit d'une procédure **bénéfique** pour P3.

P3 : « Je suis pas confrontée, mais ça ne me gênerait pas en fait...c'est proposé, c'est très bien...ça ne serait pas un frein pour moi, pas du tout... »

- Pour P5 qui ignore la procédure, il a pour attitude d'**inciter la jeune fille à dialoguer** avec ses parents.

P5 : « Soit effectivement tu abordes le sujet avec tes parents parce que aussitôt elle se dit on va me juger... »

P5 : « Y en a quand même, malgré tout chez les parents d'aujourd'hui, une proximité... »

- L'autre solution est d'**orienter vers le centre de planification** pour bénéficier de l'anonymat. (P5, P12)

P5 : « Si tu veux pas en parler à tes parents, t'as des organismes où tu peux te renseigner, t'informer... »

P12 : « Il faut aller au planning familial sinon. »

h) Les solutions à apporter

- P1 propose de **développer un système de facturation anonyme**. Celui-ci existe déjà comme nous l'avons vu précédemment.

P1 : « Ca serait bien qu'on ait un système, pas forcément un système de patients anonymes, mais un truc où on puisse faire une facturation de contraceptifs remboursés bien sûr. »

- P1 souhaite également **favoriser la relation parents-enfants**.

P1 : « Parce que la plupart du temps, on essaie de dire tu sais c'est pas mal de pouvoir dialoguer avec ses parents là-dessus... »

- **Décomplexer et motiver** les jeunes filles à se renseigner sur la contraception est une tâche du pharmacien. (P1, P13)

P1 : « *Ca pourrait être à la limite une amélioration...qui décomplexerait certaines filles par rapport à ça. »*

P13 : « *Bah le planning familial ça leur fait quand même peur...enfin en les motivant un peu, on y arrive (Rire). »*

- La mise en place de **formations universitaires** sur le sujet est souhaitée par P2.

P2 : « *Bah plus de cours, plus de cours à la fac oui. »*

- **Une délivrance en officine de contraceptifs sans ordonnance** pourrait être une solution à envisager. P11 insinue cette notion, devant l'impossibilité légale actuelle du pharmacien de réaliser cet acte, alors qu'il est directement confronté à la détresse des jeunes femmes.

P11 : « *Bah après nous, de toute façon, on n'est pas...on ne peut pas délivrer une contraception à une mineure qui n'a jamais eu de...donc à part la contraception d'urgence... »*

- Enfin, les pistes d'amélioration concernant la contraception régulière, ne sont **pas** forcément à trouver **à l'échelle du pharmacien**.

P11 : « *Faut qu'elle aille voir un médecin. Voilà, je ne sais pas si ça passe par nous en fait... »*

3. Concernant la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures

a) Les informations délivrées

- 4 répondants précisent, avant toute chose, être **peu confrontés** à la contraception d'urgence. (P1, P3, P7, P10)

P1 : « Si on parle de la contraception d'urgence, on en voit peu mais on en voit. »

P3 : « Et je crois qu'on a très rarement, on voit effectivement pas beaucoup de jeunes filles qui viennent acheter la pilule du lendemain... »

P10 : « Parce que c'est rare qu'elles reviennent, elles ne reviennent pas souvent. »

P7 : « Alors je dirais non. C'est jamais des patientes habituelles...ils vont plutôt facilement aller dans une autre officine où ils sont pas connus. »

P7 affirme donc avoir affaire surtout à une clientèle de passage concernant la contraception d'urgence. La jeune fille cherche à passer incognito dans l'officine, et ainsi éviter la transmission involontaire d'informations du pharmacien à ses proches.

P7 : « Je sais pas si c'est la honte, c'est peut être aussi pour, alors pas vis-à-vis du professionnel mais vis-à-vis de l'information qui pourrait être transmise. Tiens on a vu votre fille, bah rien que ça déjà ça peut..., tiens qu'est-ce que t'es allée faire à l'officine ? »

- Au contraire, **la fréquence de demande de CU est importante** pour 2 répondants. (P2, P12)

P2 : « Oui c'est pas tous les jours mais quand même, assez régulièrement oui. »

P12 : « On en fait quand même régulièrement je trouve... »

- La plupart des professionnels rappellent que **la PCU n'est pas une méthode contraceptive régulière**. (P1, P3, P6, P8, P9, P10, P11, P12)

P1 : « La pilule du lendemain, c'est quand même pas satisfaisant comme méthode contraceptive....parce que euh...ça n'est pas une bonne solution... »

P3 : « C'est de rappeler que c'est toujours des hormones de charge, ça doit rester exceptionnel. »

P6 : « On a beau leur dire que c'est qu'occasionnel et qu'il faut quelque chose après... »

P8 : « On insiste sur le fait que c'est pas une méthode de contraception... »

P9 : « On leur rappelle que c'est une contraception d'urgence, et qu'elles ne doivent pas l'utiliser de manière systématique. »

P10 : « Et ce n'est pas une contraception...je lui fais comprendre qu'il faut pas que ça devienne une pratique courante. »

P11 : « Leur dire que c'est quand même pas un moyen de contraception... »

P12 : « Beaucoup de jeunes pensent que c'est un moyen contraceptif normal. »

- Il ne faut donc **aucunement banaliser sa prise**. (P1, P3, P5, P6, P10)

P1 : « C'est pas anodin, que si elles fument...enfin le discours classique. Il faut insister pour mettre dans la tête de ces filles-là, enfin ces jeunes-là, qu'on prend pas du paracétamol quoi. »

P3 : « Après c'est aussi très important d'arriver à leur faire comprendre, à ces jeunes filles, que faut pas que ce soit régulier et qu'il faut qu'elles se prennent en charge. »

P5 : « Faut pas que ça reste anodin, c'est pas bonjour une boîte de Norlevo®, merci au revoir. »

P6 : « Je pense qu'il faut mettre un frein, et de leur montrer qu'on avale pas ça comme des Smarties. »

P10 : « Mais faut quand même comprendre que c'est des hormones qu'elle absorbe, donc malgré tout c'est pas anodin. »

- Le pharmacien se doit d'**informer au mieux** les jeunes filles en demande de CU. (P1, P3, P6, P7, P8, P12, P13)

P1 : « C'est l'information qu'on peut donner qui est importante...c'est l'information qui prévaut. »

P1 renforce cette information en cas de recours itératif à la PCU.

P1 : « Ca m'est arrivé 2/3 fois d'avoir la même personne qui vienne renouveler la contraception d'urgence, où là je suis un peu plus ferme dans mes infos quoi... »

P3 : « C'est vraiment prendre du temps, de discuter et au contraire ça permet d'éviter des soucis. »

P6 : « On s'adapte, on s'adapte en fonction du cas. Et puis c'est sûr, la jeune qui est un peu perdue, bien sûr qu'elle aura toutes les informations, tous les conseils...»

P7 : « Le taux d'efficacité va décroître si on s'éloigne en nombre d'heures du dernier rapport voilà. C'est pas garanti à 100%. »

P13 : « Je préfère les prévenir plutôt qu'elles soient étonnées à la maison et que ça leur fasse peur donc... » (Concernant les effets secondaires)

Parfois, **des informations erronées** peuvent être données. (P5, P8, P12)

P5 : « *On leur dit si vous prenez le comprimé dans les 48 heures c'est très important, si c'est après ça sert à rien.* »

P8 : « *C'est pas plus d'une par cycle. Sinon...il pourrait y avoir des soucis dans l'avenir.* »

P8 : « *De toute façon, y a une forme d'avortement et vaut mieux intervenir avant que ça prenne une forme, là on tue que quelques cellules...c'est moins traumatisant pour elles.* »

P12 : « *Et on répète régulièrement, on essaie de leur dire qu'il y a des risques de devenir stérile quoi.* »

- **Les modalités de prise** de la molécule sont globalement expliquées. (P2, P7, P8, P9, P11, P12, P13)

P2 : « *Bah déjà le délai de prise, donc euh dans les 3...* »

P2 : « *Après j'essaie de demander s'il y a déjà une contraception qui est mise en place ou pas...et bah leur dire de bien continuer à la prendre...* »

P7 : « *Après on explique bien en fait, qu'il faut faire la prise le plus rapidement possible, on demande aussi si le rapport non protégé ou accidentel, si rupture de préservatif, est pas trop ancien...*»

P8 : « *On demande si elle l'a déjà utilisée, de quand date le rapport non protégé...* »

P9 : « *Je leur rappelle que c'est dans les 3 jours qui suivent...on leur rappelle qu'il faut surveiller la survenue des règles...* »

P11 : « *La pilule du lendemain, bah déjà ça va être le dernier rapport...si c'est un oubli de pilule si c'est un préservatif voilà.* »

P12 : « *On leur explique comment la prendre, les règles en fait...* »

P13 : « *Bah déjà on s'assure qu'il y a eu un rapport non protégé dans les 72 heures...savoir si c'est un oubli de pilule ou s'il n'y a pas de contraception du tout.* »

P13 : « *Après s'il y a des vomissements, je leur dis d'en reprendre une dans les 3 heures et puis tout effet indésirable qu'elles pourraient rencontrer comme des pertes...* »

- Le risque d'attraper une **infection sexuellement transmissible** est suggéré. La PCU ne protège pas de ce risque. (P3, P5, P6, P9, P13)

P3 : « *Le risque de bébé c'est un risque, mais après le risque par rapport aux maladies transmissibles par voie sexuelle.* »

P6 : « On ne parle plus du préservatif, c'est ça qui est dangereux. (Concernant la CU) A chaque fois je leur dis attention ça ne protège pas contre tout ce qui est sida, contre toutes les autres mst. »

P9 : « Et en plus, elles n'imaginent pas aussi la protection par rapport aux MST. »

P13 : « On leur dit de bien se protéger après avec protection mécanique forcément... »

- La majorité des répondants déclarent encourager ces jeunes filles à **débuter une contraception régulière.** (P1, P2, P5, P9, P10, P11, P13)

P1 : « Donc là j'essaie de parler, donc euh de la contraception classique, ou éventuellement du préservatif. Enfin des choses comme ça... »

P2 : « Après j'essaie de demander si il y a déjà une contraception qui est mise en place ou pas. Si c'est pas le cas, je dis que ce serait bien de prendre rendez vous pour voir voilà... »

P5 : « Le corps réagit etc. et il faut que vous preniez conscience que c'est à vous de prendre les dispositions en amont pour pas que ça se reproduise. »

P5 : « En incitant pas non plus des gens de 13/14 ans à prendre la pilule, on n'est pas là non plus pour inciter mais pour leur faire comprendre qu'il faut qu'elles se prennent en charge quoi. »

P9 : « Et troisièmement, on les incite à avoir une contraception régulière si elles ont d'autres rapports par la suite. »

P10 : « Si elle n'a pas de contraception, je vais lui demander pourquoi. »

P11 : « Et après voir avec elles s'il y a moyen de se mettre sous contraception... »

P13 : « Et puis celles qui ne prennent pas de contraception, bah vite voir pour que ce soit prescrit pour avoir moins de problèmes. »

- Certains encouragent les jeunes filles à en **discuter avec leurs parents.** (P1, P5, P6)

P1 : « Ce n'est pas une bonne solution, donc j'essaie d'orienter ou d'avoir un dialogue avec sa mère enfin des choses comme ça. »

P5 : « Maintenant ça serait peut-être bien d'en parler à tes parents... »

P6 : « Et puis c'est qu'occasionnel, et parles-en à tes parents, et puis voilà. »

- D'autres adressent les jeunes filles aux **centres de planification** pour une information complète sur la contraception d'urgence. (P5, P10)

P5 : « *Ou bien t'envoyer vers le planning familial pour voir quelqu'un qui va t'informer, t'expliquer comment passer sous contraception et ne plus avoir ce genre de problème. »*

P10 : « *Si c'est parce qu'elle a peur que...pour les parents, je vais l'envoyer vers le planning familial, c'est anonyme et elle aura la contraception. »*

- **Ellaone®** est évoquée par 3 professionnels. (P5, P11, P13)

P5 : « *Ou l'autre la, le...Ellaone®, qui maintenant, était sur prescription, et qui va passer aussi en conseil à partir de mars avril normalement, sans passer par le médecin. »*

P5 : « *Bon faut pas non plus quand on parle de contraception d'urgence, pas beaucoup inciter les gens en parlant de celle-là. Ils vont avoir l'impression que c'est la panacée... »*

P11 : « *Il y a Ellaone® qui va être distribuée facilement à partir du mois prochain. »*

P13 : « *Comme l'autre jour, j'ai conseillé d'aller voir le médecin pour avoir une Ellaone®, parce que bah sinon c'est pas la peine. »* (Dans le cas d'un rapport à risque datant de plus de 72 heures)

- Il est important de **ne pas porter de jugement de valeur** sur les utilisatrices de PCU pour P1 et P6.

P1 : « *Mais en aucun cas, je ne juge hein... »*

P6 : « *Je ne vais pas non plus faire la morale...mais j'aime autant qu'elles prennent la pilule du lendemain qu'elles deviennent filles-mères (Rire), c'est tout. »*

- A noter que P6 ne donne **pas d'information** lors de la délivrance de PCU, quand le comportement de la jeune fille l'exaspère.

P6 : « *Bah vous savez, je vais vous dire franchement, y en a certaines qui nous énervent tellement que vous avez même pas envie de donner quoi que ce soit. »*

P6 : « *Mais c'est sûr qu'il y en a certaines, honnêtement on leur file leur boîte et puis basta. »*

- Le conseil de recourir à un **test de grossesse** chez les mineures n'est pas ou peu évoqué par 10 professionnels. Elles ne semblent pas en être une cible.

P1, P3, P4, P5, P6, P8, P11, P12 n'en parlent pas.

P10 : « *C'est beaucoup plus pour les parents ça, les tests de grossesse. Enfin, pour les jeunes femmes qui veulent avoir des enfants, moins les ados non.* »

P13 : « *Moins.* »

Les 3 professionnels restants délivrent une information sur ces dispositifs. (P2, P7, P9)

P2 : « *Euh bah oui, parfois je lui dis de pas hésiter à en faire si elles ont un doute en plus...* »

P7 : « *Ou y a des tests de grossesse...donc faudra forcément contrôler, à se retrouver à faire un contrôle dans 6/8 semaines...* »

b) Les difficultés rencontrées

(1) Relatives aux jeunes filles

- Certains répondants mettent en lumière des **problèmes de compréhension et de connaissance** des jeunes filles. (P1, P5, P8)

P1 : « *Après euh, on n'a pas toujours affaire à des gens qui tiltent en face de nous alors...* »

P5 : « *Ils savent on prend une pilule et terminé. Mais qu'est-ce qui se passe dans leurs corps ?...et puis aussi le problème, si un jour je veux des enfants, qu'est-ce que je fais ?...On est obligé de leur expliquer tout ça, c'est fou hein, pourtant on vit à l'époque d'internet...* »

P8 : « *Non mais des fois, on voit que les personnes ne sont pas très bien informées.* »

- Parfois, ce sont leurs **comportements, à type d'inattention, de désintérêt ou d'absence de retenue**, qui dérangent les pharmaciens. (P2, P4, P6, P8, P11)

P2 : « *Parce que des fois elles arrivent, un peu...soit accompagnées, soit leur portable et que c'est pas évident de leur donner toutes les informations qu'il faudrait leur donner.* »

P2 : « *Non elles ne sont pas réceptives...* »

P4 : « *Mais quelle que soit l'information que vous voulez faire passer, ils s'en foutent.* »

P6 : « *Mais ça oui oui on sait, on sait, on sait mais elles en ont strictement rien à faire, on passe vraiment pour des rabat-joie et puis voilà.* »

P6 : « *Et puis c'est vrai que ça fait des fois mal de voir des petites jeunes de 12/13 ans et hop oh je veux la pilule du lendemain (Mime). Elles viennent avec la copine, toute souriante, la banane...sachant ce qu'elles vont faire après.* »

P8 : « *Est-ce qu'elle a bien écouté ou pas...* »

P11 : « *Après peut-être qu'elles écoutent que d'une oreille, peut-être qu'elles n'iront jamais voir un médecin...* »

A l'inverse, P3 estime que les jeunes filles font preuve d'attention à ses conseils.

P3 : « *Souvent elles disent rien, mais elles sont très attentives, très à l'écoute.* »

- 6 répondants ont observé chez ces jeunes, un comportement de **peur** et de **fuite**. (P2, P5, P6, P7, P9, P11)

P2 : « *Elles veulent prendre rapidement et puis partir. Pas toutes, y en a qui demandent mais surtout les mineures, ouais...le contact n'est pas toujours facile.* »

P5 : « *Les mineures c'est souvent un peu la panique hein...* »

P6 : « *Parce que c'est vrai bon des fois l'ado, voilà c'est un accident elles sont gênées...* »

P7 : « *Et on a aussi des fois voilà je veux ma boîte, déjà ça a été compliqué de franchir le pas de la porte, donc je veux partir le plus vite possible.* »

P9 : « *Souvent on me dit oui, oui je sais bien etc.* »

P11 : « *Après bien souvent elles n'ont pas envie de rester trop longtemps pour parler de ça.* »

- Plusieurs pharmaciens me font part des **abus** auxquels ils sont confrontés et des **risques sanitaires secondaires à long terme**. (P4, P5, P6, P9)

P4 : « Maintenant après, ils commencent à pinailler sur les prix parce qu'il doit y avoir des génériques. Donc ça veut dire que ce sont des gens qui viennent régulièrement. »

P4 : « Bah vu la façon qu'ils le demandent, ça veut dire qu'ils ont l'habitude. Non et puis là je veux pas cette boîte, je veux celle avec la petite fleur rose... »

P5 : « Donc elles sont sous pilule, et elles viennent demander la pilule alors que là non...donc je pense que pour l'organisme ça doit être terrible, entre la pilule et puis la forte dose qu'on administre. »

P6 : « Mais moi ce que je reproche elles viennent trop facilement....bah y en a certaines qui doivent prendre ça toutes les semaines, donc ça c'est vraiment à long terme c'est pas bon. »

P6 : « Elles savent parfaitement que c'est gratuit, elles savent parfaitement. Et on a vraiment l'impression qu'elles prennent ça presque en préventif. »

P6 : « A la longue je sais pas ce que ça va donner hein...des jeunes qui s'avalent des pilules comme ça, sans qu'il y ait aucun contrôle ni rien, aussi fréquemment, je ne sais pas...dans 10 ans on va se réveiller et on va se dire bah tiens comment se fait-il qu'il y a tant de recrudescence chez les jeunes de problèmes comme ça. »

P6 : « Mais là on voit vraiment les petites jeunes faire toutes les pharmacies et puis qu'elles doivent faire ça toutes les semaines. »

P9 : « Parce qu'on a l'impression qu'il y a de l'abus par rapport à ça, qu'elles prennent ça en se disant ah bah c'est pas grave, j'ai la contraception d'urgence. »

- Enfin, se pose **le problème du tiers** qui se présente au pharmacien, à la place de la mineure. L'information directe est donc impossible. (P3, P4, P5, P7, P9)

P3 : « D'ailleurs souvent elles ne viennent pas, c'est le copain en question qui vient pour elle. »

P3 : « Euh c'est vrai quand c'est l'ami qui vient, je fais passer quand même des messages même si je n'ai pas la même écoute. »

P5 : « C'est souvent pas elle qui vient, mais le conjoint. Y a un peu de honte dans tout ça, et ça c'est un peu dommage quoi. Je préfère qu'elle vienne me voir en me disant voilà comment c'est arrivé... »

P7 : « Ou leur petit ami, parce que des fois c'est pas la personne qui est concernée par la prise... on n'a pas la personne devant nous, est-ce qu'elle est mineure, pas mineure ? »

P9 : « Ce qui nous pose problème, c'est quand c'est le petit copain qui vient chercher la contraception d'urgence...on est un peu embêté, on ne peut pas délivrer l'information... »

P4 : « Bah aucune, puisque je leur dis c'est pas à vous que je dois le donner. »
(Concernant les informations relatives à la PCU)

P4 délivre la PCU au tiers sans opposition afin d'éviter de provoquer l'agressivité de celui-ci et d'éventuelles représailles.

P4 : « Quand vous avez un grand black qui vient vous voir, qui vous demande une pilule du lendemain, vous lui donnez et puis c'est tout...maintenant si vous refusez à quelqu'un, vous vous faites traiter. »

(2) Relatives au pharmacien

- 8 répondants déclarent spontanément **ne pas rencontrer de difficultés** lors de délivrance de PCU. (P3, P4, P7, P9, P10, P11, P12, P13)

P3 : « Pas de difficultés...non non euh, c'est une chance que ça existe. Franchement c'est tellement précieux... »

P4 : « Bah y a aucune difficulté, si vous mettez pas de barrière. Apparemment ailleurs, ça se fait comme ça. C'est devenu un bien de consommation courante. »

P10 : « Non, je les prends que ce soit elle ou le petit ami donc non. »

P11 : « Non, non, c'est vrai qu'avant on était un peu plus embêté...j'ai eu une formation y a pas longtemps là-dessus, y avait pas de souci à répéter la pilule du lendemain plusieurs fois dans l'année. »

- P3 souligne sa **méconnaissance des adresses** des centres de planification.

P3 : « Et après moi le seul reproche peut-être que je pourrais me faire, c'est que moi je ne connais pas ici, je ne peux pas leur délivrer les adresses où les envoyer. »

- P6 révèle son **sentiment d'impuissance** face à cette délivrance non contrôlée du pharmacien.

P6 : « Et puis voilà, quand nous on est là qu'à délivrer notre boîte parce qu'on ne peut pas faire autrement...Donc voilà, c'est comme ça, c'est la loi qui est comme ça. »

- Il existe, d'après P8, des **freins idéologiques et religieux** de la part de certains de ses confrères haurais à délivrer la CU.

P8 : « *Je sais qu'il y a des pharmaciens qui ont des convictions religieuses, que la chose dérange. Moi je sais que ça existe, j'en ai entendu parler... »*

- P4 sous-entend **un laxisme de certains pharmaciens** qui délivrent les médicaments sans contrôle, parfois même de manière illégale.

P4 : « *Ca a été toujours comme ça. Y a un pharmacien qui délivre sans ordonnance et puis voilà...et comme le conseil de l'Ordre ne fait rien. »*

P4 : « *Oh bah moi j'ai toujours connu ça. Quand j'étais à Pont-Audemer, c'était le pharmacien **** qui délivrait tout sans ordonnance. »*

(3) Relatives à la société d'aujourd'hui

- P5 et P6 remarquent que **le rapport à la sexualité** au XXIème siècle n'est plus du tout le même que celui des générations précédentes.

P5 : « *Parce que les générations d'autrefois, moi je prends l'exemple de mes parents par exemple, ils ne prenaient pas la pilule. J'ai toujours entendu parler de la méthode Ogino avec les températures...ils avaient un rapport à la sexualité qui était différent, donc ils savaient à quel moment etc. maintenant ils ne sont plus comme ça... »*

P6 : « *On a l'impression que chez les jeunes y a plus cette peur du Sida qu'on pouvait avoir, nous y a...dans les années 80...j'avais 20 ans, c'est sûr c'était la pleine période où on faisait attention... »*

- **Internet** est une source riche en informations diverses, parfois erronées. Pour P5, il représente **un danger** quand il devient la référence de la jeune fille au détriment de l'avis professionnel.

P5 : « *Donc effectivement elles vont consulter internet. Pour beaucoup, c'est la Bible. Alors je leur dis attention, faites attention tout n'est pas bon sur internet, venez plutôt nous voir... »*

P5 : « *Ca c'est dramatique, pour tout. Même pour toute sorte de pathologies. J'ai tel symptôme, ça y est j'ai la maladie de truc...oh arrêtez quoi... »*

c) La réalisation de l'entretien préalable

- Il est **systematique** pour 4 répondants sur 13. (P5, P8, P11, P13)

P5 : « *En général oui. C'est pas...elle demande je lui donne. »* »

P8 : « *Bah c'est ça l'examen préalable, on demande quand est-ce qu'elle a pris la dernière fois, dans le cas exact pourquoi elle la prend. »* »

P11 : « *Oui ça va être ça à peu près, ça prend pas longtemps, en bien 5 minutes. »* »

P13 : « *Bah c'est ce que je vous ai expliqué, voilà c'est ça je le fais à chaque fois. »* »

- C'est l'occasion de **dialoguer naturellement** avec la mineure, sans formaliser l'échange. (P1, P3, P9)

P1 : « *Euh non ça serait exagéré de dire ça. »* (Concernant l'entretien préalable)

P1 : « *On discute je dirais à bâtons rompus comme ça, mais je formalise pas la chose de façon officielle disons. J'essaie de rester dans le dialogue le plus facile. »* »

P3 : « *On a la possibilité de discuter. »* »

P9 : « *Euh non pas systématiquement...alors les infos on les délivre plutôt quand on apporte...à ce moment là, je délivre les informations complémentaires en même temps que la délivrance... »* »

- Il est important pour P5 de **déterminer la source d'information** de la jeune fille faisant cette démarche.

P5 : « *Je ne demande pas les détails bien évidemment mais qu'est-ce qui l'a incitée, qui lui a conseillé de venir pour une contraception d'urgence, savoir sa source d'information... »* »

- 6 professionnels avouent ne **pas toujours** conduire d'entretien préalable. (P2, P3, P4, P6, P7, P10, P12)

P2 : « *Non, juste...parfois c'est difficile. »* »

P3 : « *Donc là non y a pas d'entretien préalable dans ce cas-là, et jamais d'entretien préalable. »* (Dans le cas d'un tiers)

P6 : « *Je vais vous dire franchement, y en a certaines qui nous énervent tellement que vous avez même pas envie de donner quoi que ce soit...enfin donner un conseil ou pas... »* »

P7 : « Non, parce qu'on...ça va être l'aspect un peu matériel des choses, c'est quand on vient nous solliciter, généralement c'est tôt le matin...l'équipe est pas forcément au complet, donc si on a 4/5/6 personnes dans l'officine, on va faire une dispensation sans forcément faire d'entretien. »

P10 : « Ca dépend de qui vient. Si elle est réceptive, elle va m'écouter sinon je lui dis d'aller au planning et ça s'arrête là. Si elle n'est pas réceptive, ça sert à rien. »

P12 : « Non pas trop, on leur explique oui mais voilà...souvent elles sont gênées. »

d) *Le respect de la confidentialité*

- **Trois pharmacies sur les 13** visitées, disposent réellement d'un espace confidentiel dédié à des entretiens. La mineure peut ainsi parler librement et se sentir valorisée par cette intimité. Dans les 3 cas, son recours n'est pas systématique. (P5, P7, P10)

P5 : « Je préfère isoler la personne, et puis elles aiment bien aussi, bah tiens on prend mon cas en compte, je ne suis pas un banal client, on vient m'expliquer. Ils ont besoin de ça. Et ils repartent rassurés déjà. »

- **Le comportement de la jeune fille** conditionne la prise de décision du répondant, de l'orienter vers une zone plus intime. (P1, P5, P10)

P1 : « Et puis ça dépend qui j'ai en face de moi...et elle est déjà écarlate, je vais essayer de parler avec elle dans un endroit plus tranquille. »

P5 : « En fait ça dépend...si on voit qu'il y a un certain embarras, bon on va dire bah viens avec moi je vais t'expliquer...quand il y a une panique et puis qu'elle est mal à l'aise avec les gens autour qui peuvent entendre ce qu'elle dit, il y a un sentiment de honte, de gêne, on la prend à part... »

- La plupart des professionnels opte pour un **dialogue discret au comptoir**. (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9, P12, P13)

P1 : « Si elle est très à l'aise par rapport à ça, on discute comme là on discute. »

P2 : « Non, au comptoir. On s'isole jamais. »

P3 : « On a la chance d'avoir des comptoirs spacieux, on a la possibilité de discuter. »

P4 : « Bah non, à part mon bureau et puis la salle d'orthopédie, on n'a pas la place de faire un confessionnal. »

P6 : « Bah on a quand même des comptoirs qui sont séparés...donc quelque part, on se met dans un petit coin et puis on discute tout doucement... »

P6 : « Mais généralement quand elles viennent, après ça dépend des cas, elles se gênent pas pour venir chercher une pilule du lendemain. »

P7 : « Oui, mais si on doit faire un entretien, on le fait éloigné du comptoir oui. »

P8 : « Non, non on essaie d'être discret. »

P9 : « Non on n'a pas forcément d'endroit où isoler la personne... »

P11 : « Non c'est vrai qu'on n'a pas trop la place. Non euh c'est vrai qu'on fait ça au comptoir oui. »

P12 et P13 : « Au comptoir. »

- **L'affluence dans l'officine** est également un facteur pris en compte par les pharmaciens. (P1, P10, P13)

P1 : « Je dirais, ça dépend s'il y a du monde ou pas. »

P10 : « Après s'il n'y a pas de monde, on fait au comptoir. »

P13 : « Je m'assure qu'il n'y ait pas trop de monde autour. Si je vois que...je décale...je l'isole pas complètement mais j'évite qu'il y ait du monde juste à côté. »

- Pour P4, le pharmacien **manque de temps** pour écouter une patientèle toujours plus demandeuse.

P4 : « Mais après en formation, on nous a conseillé de les limiter à 15/20 minutes mais les gens ils sont bavards. » (Concernant les entretiens pharmaceutiques)

P4 : « Ils partent et ça peut durer 2 heures. Y a plus de curés, plus personne pour vous écouter donc euh...Je suis obligé de me fâcher parce que les gens racontent leur vie donc...c'est toujours la même chose, faut écouter, faut écouter et pendant ce temps-là, c'est toute l'équipe qui fait le travail et qui, et qui travaille dans l'urgence donc c'est pas bon. »

- 3 répondants pensent qu'isoler la jeune fille n'est **pas une bonne solution** pour elles. (P4, P10, P13)

P4 : « Un confessionnal, ça va servir aux grands-mères surtout. »

P10 : « Si c'est trop sérieux, elle va pas écouter...J'ai toujours l'impression qu'au comptoir ça passe mieux. »

P13 : « La prendre à part complètement, je pense que ça lui ferait peur...bah oui parce que les gens vont se dire ah bah tiens elle a un souci, et ça la stigmatiserait plus que si elle reste au comptoir. »

- Enfin, l'absence de confidentialité n'est **pas un problème** dans leur exercice quotidien d'après 3 d'entre eux. (P3, P6, P9)

P3 : « Non, mais ça ne m'a jamais posé trop de problème. »

P6 : « On a quand même moyen de s'isoler, voilà. »

P9 : « D'ailleurs, elle ne cherche pas forcément elle-même à parler à une femme ou à un homme, à s'isoler particulièrement. Je pense qu'elles sont décomplexées par rapport à ça. Elles viennent parfois à plusieurs, à 2/3 avec les copines et puis voilà. »

e) Le respect de l'anonymat

- 6 répondants y sont **favorables**. (P1, P5, P9, P11, P12, P13)

P1 comprend bien, de par son expérience personnelle, les erreurs de jeunesse concernant la sexualité et la contraception.

P1 : « Le côté anonyme de la contraception d'urgence ne me gêne absolument pas, parce que euh moi-même j'ai des filles, on discute beaucoup et euh...je ne suis pas derrière tout le temps... »

P1 : « Le côté anonyme, je veux dire...vous, vous êtes encore jeune, moi je l'ai été, on sait ce qui peut se passer, euh les risques voilà. »

P5 : « D'ailleurs y a la réaction systématique quand on va faire une feuille pour facturer, alors non moi je ne veux pas donner mon nom, je veux pas que mes parents sachent...on sent qu'il y a une sorte de fichage et ça ils aiment pas. »

P5 : « Je pense que ça reste quand même une bonne chose l'anonymat, à condition que le pharmacien, effectivement reste pas anonyme lui. C'est-à-dire qu'il explique les choses. »

P9 : « Je pense qu'il y a des situations où ça peut poser problème si on ne garde pas l'anonymat. »

P11 : « Ca peut être bien si des parents sont vraiment réfractaires à la contraception de leurs jeunes filles, je peux comprendre aussi. »

P13 : « Ah oui ça c'est super important par contre. Parce qu'au moins elles hésitent pas, elles nous parlent parce que sinon ça serait pas du tout la même chose. »

- **L'anonymat est respecté** par 7 professionnels sur les 13 interrogés. Ceux-ci ne réclament donc pas de papiers d'identité. (P1, P3, P5, P6, P9, P10, P13)

P1 : « *Parce que c'est anonyme, donc je ne vais pas demander sa carte d'identité pour savoir si elle est mineure ou majeure. »*

P3 : « *J'ai jamais eu le cas où je me disais la personne se moque de moi...c'est pas très fréquent. »*

P5 : « *Non, parce qu'on va leur demander systématiquement vous êtes mineure ?...Poser les bonnes questions sans être introspectif... »*

P5 : « *Non, ça je pense que ça serait un frein et elles partiraient. Et là ça serait une erreur, parce qu'on risquerait de laisser à l'abandon quelqu'un qui est un peu en panique quoi. »*

P9 : « *Non, pas du tout. D'ailleurs je pense que c'est interdit...oui je sais qu'y en a qui font mais nous on fait pas ça ici. On pose la question par principe, parce ce que juste pour savoir. Elles sont en général assez honnêtes je pense... »*

P13 : « *Non, on fait confiance. Non, non, on les embête pas, ça sert à rien. »*

P10 pense que la jeune fille doit justifier sa minorité, mais il respecte tout de même la loi.

P10 : « *Oui je pense qu'on doit demander un justificatif, mais moi je le demande jamais parce que de toute façon elles ne l'ont jamais sur elles. »*

- A l'inverse, 5 professionnels demandent **un justificatif d'identité**, afin de s'assurer de la minorité de la jeune fille. (P2, P4, P8, P11, P12)

P2 : « *Par contre on leur demande à chaque fois, si elles sont mineures, leur carte d'identité quand même, pour vérifier. Oui parce que sinon, on fait régler oui. »*

P4 : « *Ca a dû m'arriver ouais...mais en général, ils sont au courant de tout. »*
(Paiement demandé en l'absence de justificatifs)

P8 : « *Ah non, moi je demande un justificatif justement. Ah oui bien sûr. Je demande une pièce d'identité parce que, si elle a plus de 18 ans, y a pas de raison qu'elle l'ait gratuitement...c'est pour éviter un surcoût à la Sécu. »*

P8 : « *A partir du moment où elle est mineure, je m'en fous, je regarde pas le reste. »*

P11 : « *Pour la pilule du lendemain, on demande oui. Ah oui si j'ai un doute, je demande oui...après y a pas de raison pour que ce soit gratuit non plus, voilà c'est déjà facile de se procurer une contraception remboursée et tout... »*

P11 : « Si elles ne font pas un minimum de démarches...pour moi elles règlent. C'est pas des prix exorbitants. »

P12 : « On demande un règlement ou alors elles reviennent avec une carte d'identité. Voilà enfin, c'est vraiment quand on a un doute. »

P7 n'aborde pas la question de l'anonymat lors de la délivrance de la PCU aux mineures.

- Les professionnels reprochent à ce système **l'absence de contrôle**, qui aboutit à des abus. (P1, P6, P10)

P1 : « Ce qui me gêne moi, c'est le fait qu'on ne peut absolument rien contrôler... »

P6 : « Bah là j'en reviens un petit peu à ce que j'ai dit la dernière fois, je trouve que c'est trop facile et puis y a trop d'abus. »

P10 : « Je pense que c'est pas une bonne chose. Je ne suis pas contre l'anonymat mais on doit quand même justifier l'âge...Une fille peut avoir une copine moins âgée, et puis ça arrive on envoie la copine moins âgée... »

- Certains utilisent des **subterfuges** afin de déterminer l'âge de la jeune fille. (P5, P10)

P5 : « Je dis vous me donnez votre date de naissance simplement. En général, ils le disent spontanément ou pas, s'il faut qu'ils réfléchissent en se disant faut que je sois mineure...alors je dis non c'est simplement pour savoir etc. »

P10 : « Parce que je vais d'abord lui demander c'est très simple, de vérifier où elle va à l'école, dans quelle classe elle est, pour savoir à peu près quel âge elles ont. Parce que ça elles répondent spontanément. »

f) Facturation et gratuité de la CU

- La grande majorité des répondants y est **favorable**. Les avantages sont multiples : psychologiques pour la mineure par rapport à une IVG et économiques. (P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P12, P13)

P1 : « Oui euh, ça ne pose pas de problème la gratuité. J'y suis favorable dans la mesure qu'on ne délivre pas ça comme on délivre une boîte de cachous. »

P2 : « Bah c'est quelque chose de bien que ce soit pris en charge. »

P3 : « Je considère que c'est rien à côté du coût psychologique, même financier. »

P5 : « Déjà faire payer, souvent ils ont pas trop de sous. Ils ont pas d'argent, ils ont besoin de conseils, ça implique alors de demander aux parents qui vont demander une explication... »

P5 : « Pour eux, le but c'est pas d'avoir un truc gratuit. C'est quelque chose qui leur reste personnel, qui ne nécessite pas d'aller demander quelque chose aux parents etc. »

P7 : « Ouais c'est une bonne chose...en fait si la pilule du lendemain devait être payante, chez les mineures, je pense que ça pourrait compliquer l'accès. »

P8 : « Je trouve que c'est bien parce que ça évite un surcoût à la Sécu...si on laisse aller la grossesse aller jusqu'à un certain terme, elle va se retrouver à faire un avortement qui va coûter beaucoup plus cher, donc autant arrêter la chose. »

P9 : « Non, aucun problème...Tout est paramétré avec le logiciel, y a pas de soucis. »

P9 : « Et la gratuité, je pense qu'elles ont toujours un peu...qu'elles ont toujours les moyens de s'acheter la pilule mais bon, que après tout, ça peut favoriser une contraception et une bonne protection des jeunes filles. »

P13 : « Ah oui ça c'est super important par contre. »

- P6 n'est **pas favorable** à ce principe de gratuité.

P6 : « C'est les mineures, en plus qui savent très bien que c'est gratuit et puis voilà on y va à gogo ...à gogo. Là je pense qu'il y a quand même un souci. »

- Comme je l'ai déjà évoqué au paragraphe Anonymat, 6 répondants affirment **exiger un paiement** en l'absence de justificatif de minorité. (P2, P8, P4, P10, P11, P12)

P10 : « Si je la trouve assez mûre, je vais lui demander de régler. Si elle est d'accord, c'est qu'elle est majeure... »

g) L'orientation de la mineure

- Pour 9 répondants sur 13, ils orientent **en priorité vers le médecin traitant**. Les raisons évoquées sont sa connaissance de la jeune fille et de ses antécédents et sa facilité d'accès. (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P10, P11, P13)

P1 : « Bah euh chez le médecin...chez le généraliste... »

P5 : « Y a combien de temps que vous avez vu le médecin, attention il faut au moins consulter une fois par an. Et de temps en temps, faire un contrôle, un frottis etc. »

P6 : « Le médecin traitant oui...donc aller voir le médecin généraliste en 1ère ligne. »

P7 : « Le médecin généraliste. L'accès aux autres praticiens spécialistes est trop compliqué en termes de délai. »

P7 : « Euh je pense que l'historique du médecin traitant de famille a aussi beaucoup d'importance...il peut y avoir des facteurs de risque, je préfère que ça soit le médecin traitant. Il connaît bien la jeune fille, sa mère, s'il y a des problèmes vasculaires ou autres voilà. »

P8 : « Pour moi, c'est le médecin en premier. »

P10 : « Si elle ne le cache pas à ses parents, je pense que c'est le médecin traitant...Le médecin de famille est plus à même de cerner le problème des jeunes filles. »

P11 : « Bah ça va être un médecin, généraliste je dirais parce que gynéco c'est encore plus compliqué d'en trouver. »

P13 : « En 2ème le médecin, enfin s'il y a un bon contact avec la famille, le médecin en priorité... »

P9 conseille le médecin en 2^{ème} intention, après les centres de planification.

P9 : « Après, leur médecin bien sûr. »

- Ils sont 4 à conseiller de **consulter un gynécologue**, afin d'avoir un avis spécialisé. (P1, P3, P6, P10)

P1 : « Je leur dis essayez, pensez quand même une fois par an d'aller voir un gynéco... »

P1 : « Alors, je dis toujours, le médecin généraliste il connaît son boulot y a pas de problème, mais c'est bien d'avoir un spécialiste... »

P3 : « Et je leur demande si elles ont un suivi gynéco, je leur dis que c'est important... »

P6 : « Généralement elles n'ont pas de gynéco... »

P10 : « Et puis le gynécologue, à un moment donné elles auront un gynéco. »

- **Les centres de planification** sont recommandés **préférentiellement** par 3 répondants. (P9, P12, P13)

P9 : « Alors, si elles veulent rester dans l'anonymat, vers le planning familial. Et en priorité, le planning familial oui oui. »

P12 : « Souvent on les envoie au planning familial. »

P13 : « Et puis si c'est compliqué, plutôt le planning familial. »

A noter qu'il n'existe pas, au Havre, de planning familial mais des centres de planification. Les plannings familiaux sont des associations non médicalisées, informant sur la contraception et les IST. Les centres de planification, ont une activité plus élargie, avec prise en charge des IVG, conseils et délivrance de contraceptifs, et sont financés par le Conseil Général. Les employés de ces centres sont des professionnels de santé (médecins, infirmières, etc.)

- Ces centres demeurent **méconnus** et sont ainsi peu indiqués aux jeunes filles. (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P10, P11)

P1 : « Assez peu mais en fait, c'est quelque chose qui vient assez peu à l'esprit. »

P2 : « Après oui, les PMI si elles n'ont pas envie de voir leur médecin de famille, mais c'est plutôt leur médecin traitant quand même. »

P2 : « Mais c'est un peu vague, parce que même moi je ne sais pas où ils sont. »

P3 : « C'est que moi, je ne connais pas ici, je ne peux pas leur délivrer les adresses où les envoyer...mais je devrais à la limite pouvoir être en mesure de leur dire vous savez...je vais me renseigner. »

P5 : « Pour qu'on sache où les envoyer, moi le seul centre que je connaissais, c'est au Centre Hospitalier du Havre, à Flaubert. »

P7 : « Et qui ne sont pas des informations qui pourraient forcément être transmises dans un planning familial... » (Le centre n'a pas accès au dossier médical du médecin traitant)

P8 : « Non franchement. Après, si on veut avoir un avis pointu, le gars qui va lui prescrire des analyses c'est le médecin, c'est pas l'assistante sociale. »

P10 : « *Sinon c'est le planning familial, mais je pense que le médecin de famille est quand même beaucoup plus à même de...en général, quand il suit bien ses patientes, il peut savoir comment est la famille. »*

P11 : « *Non et puis je sais même pas trop où il y en a là. Non c'est vrai j'envoie plutôt au médecin. »*

- P4 n'oriente la jeune fille **vers aucun professionnel**. Il estime que ce n'est pas nécessaire.

P4 : « *Personnellement, je peux pas vous répondre, moi j'oriente vers personne. »*

P4 : « *Je pense qu'il faut pas grand chose de plus...Vu comment on est considéré maintenant, on n'est plus que commerçant... »*

h) Les supports informatifs délivrés

- Ceux-ci **récapitulent les informations** orales déjà expliquées. (P1, P6, P13)

P1 : « *En gros, ça reprend ce qu'on a expliqué quoi... »*

P6 : « *C'est vrai qu'on leur explique le plus possible sur ce qui est sur les bifflettes... »*

P13 : « *C'est pratique, et ça permet d'avoir quelque chose de complet pour leur expliquer. »*

- 4 pharmaciens les délivrent **systématiquement**. (P1, P2, P8, P9)

P1 : « *Donc quand on délivre le Norlevo®, on a une petite brochure qu'on donne... »*

P2 : « *C'est vrai qu'on donne à chaque fois. »*

P8 : « *Il (le laboratoire HRA Pharma) m'envoie des kits que je donne gratuitement avec chaque boîte. Ce qui est bien. »*

P9 : « *Déjà on a la brochure Norlevo®, on leur propose systématiquement. »*

- 5 autres avouent **ne pas en avoir à disposition** dans l'officine. (P3, P4, P6, P11, P12)

P3 : « *On n'en a pas, non c'est vrai qu'on n'en a pas... »*

P4 : « *Je ne sais plus s'il nous en reste... »*

P6 : « *De supports...euh non c'est vrai que ça, on n'a pas... »*

P11 : « J'avais des pochettes mais je crois que je n'en ai plus, qu'on délivrait avec le Norlevo®. »

P12 : « Euh oui je connais mais je crois pas qu'on ait ça. »

- Les principaux types de support rapportés sont la brochure **Norlevokit®** et **les brochures du Cespharm**. (P1, P2, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13)

P2 : « Nous, on imprime sur Cespharm, le site, les petites brochures. Enfin non on les commande et on les reçoit après... »

P4 : « Y avait Norlevo® qu'on donnait de temps en temps. »

P5 : « Voilà on a des brochures sur le VIH, sur la contraception, contraception d'urgence, on a des petits kits qu'on donne où y a des explications avec même le préservatif dedans...consulte le site si t'as besoin d'informations, viens nous voir. »

L'officine de P5 dispose d'un site internet, avec une rubrique contraception et un lien web vers le site choisirsacontraception.fr.

P7 : « On a des brochures qui sont fournies en fait par les labos qui commercialisent... »

P9 : « Du coup, la brochure du Norlevo®, elle est intéressante parce qu'il y a toujours un préservatif dedans. »

P11 : « En cas d'oubli de pilule, on a les petites cartes. »

P13 : « Euh bah on a une petite plaquette justement avec les effets indésirables. »

- La majorité des pharmacies visitées n'ont **pas en leur possession** de supports concernant les **IST**. Seul P5, dispose de dépliants sur ce sujet. (P1, P2, P7, P10, P11)

P1 : « Non, non, non, enfin...faut aussi dédramatiser la chose...et puis parler de MST et de trucs euh (Soupir). »

P2 : « Euh c'est vrai, pas trop les IST...enfin moi personnellement, j'en parle pas trop. »

P7 : « Non on n'en a pas forcément. »

P10 : « Oui de temps en temps on en reçoit. Mais quand on en reçoit, bah je les distribue pas forcément, je les laisse devant. Et c'est pas forcément les jeunes qui les prennent... »

P11 : « Je ne crois pas non...mais euh non on communique pas du tout là-dessus. »

- Certains répondants distribuent ces supports à **défaut d'information orale**. (P2, P5, P13)

P2 : « *Parce que du coup quand on peut pas trop leur parler ou qu'elles ne sont pas réceptives, au moins elles ont un support écrit avec toutes les démarches à suivre.* »

P5 : « *Sur le coup, ils comprennent pas toujours tout, donc ils ont le document pour s'informer...* »

P13 : « *Et elles repartent avec, donc au moins comme ça, si à la maison elles ont un doute...* »

- Ce type de support peut permettre de **crédibiliser la PCU comme véritable médicament** aux yeux de ses utilisatrices.

P1 : « *Ca permet de montrer que ce n'est pas une délivrance comme une boîte de Paracétamol...ça montre que dans la boîte, y a une information, c'est que si y a une information c'est que le truc n'est pas anodin.* »

- Ces supports ne doivent pas effrayer la jeune fille. Il est important de **dédramatiser la situation** pour P1 et P5.

P1 : « *Faut aussi dédramatiser...déjà qu'elle a suffisamment la trouille comme ça.* »

P5 : « *Voilà et le but c'est de créer cette confiance...moi j'essaie de dédramatiser, même par rapport aux préservatifs et tout ça, ce sont des choses naturelles.* »

- Des **campagnes d'information**, notamment en milieu scolaire, sont souhaitées. (P6, P8)

P6 : « *Ou au moins qu'on les délivre au moins au niveau de l'école, en amont...* »

P8 : « *Le Sida ne fait plus peur aujourd'hui...peut-être qu'il faudrait refaire des campagnes, un peu plus musclées.* »

- Enfin, certains pharmaciens ne semblent **pas convaincus** de la portée de ces supports. (P1, P4, P9)

P1 : « *J'en suis pas certain qu'elles lisent la brochure, la plupart du temps à mon avis, ça va à la poubelle directement...* »

P4 : « C'est un peu décevant. C'est comme les personnes qui cherchent à maigrir qui, et que vous retrouvez à la boulangerie pâtisserie un quart d'heure après quoi (petit rire sarcastique). »

P9 : « Bon après on l'a lue la brochure, et y a quelquefois des trucs qui paraissent un peu bébêtes par rapport à ce qu'elles savent déjà. »

i) Les solutions à apporter

- **Le dialogue et la qualité des informations délivrées** sont primordiaux. (P1, P8, P9)

P1 : « C'est l'information qu'on peut donner qui est importante. »

P8 : « La facilité d'accès, une meilleure information... »

P9 : « Sur la contraception d'urgence, je pense vraiment qu'il faudrait mieux informer les jeunes filles. »

- Ces informations doivent être relayées par **une éducation sexuelle efficace en milieu scolaire.** (P6, P8, P10)

P6 : « il faudrait leur refaire une piqûre de de...bien leur expliquer au niveau des collègues...mais peut-être qu'au niveau des collègues, y a peut-être des choses à faire. »

P8 : « Et je sais pas si elles sont suffisamment...si elles ont des cours en classe. Ca prend 15 minutes de bien expliquer les choses. »

P10 : « L'école ne les aide pas, les parents travaillent donc ils ne sont pas toujours là... »

- **Améliorer la confidentialité** est un objectif pour P2.

P2 : « C'est à nous d'avoir une délivrance un peu plus discrète au comptoir, mais c'est pas... »

- Disposer de **plus de supports informatifs** pour les jeunes en est un également pour P3 et P6.

P3 : « Enfin je sais que chez notre médecin généraliste, y a des feuillets partout, enfin c'est facile de prendre de façon discrète...Enfin c'est vrai qu'on pourrait en avoir à la pharmacie d'ailleurs. »

P6 : « Mais ça serait bien à la limite que les labos puissent en donner un peu plus, avoir plus d'informations, ou au moins qu'on les délivre au moins au niveau de l'école... »

- P7 pense que **le Pass Santé** peut être une solution intéressante pour garantir un anonymat complet aux mineures.

P7 : « Bah là en fait vous m'avez parlé du Pass Santé, donc ça peut être forcément une très bonne chose, la façon dont ça peut être mis en place. Voilà que ce soit complètement anonyme...qui ait pas en fait forcément la possibilité de remonter à l'information, ni au niveau administratif, ni pécunier. »

- Pour d'autres, il n'y a **pas de solutions**, l'accès à la PCU étant déjà facilité. (P11, P12)

P11 : « Voilà, après je vais pas être derrière chaque jeune fille. Non je trouve que c'est facile, je ne vois pas ce qu'on peut faire de plus, c'est gratuit, c'est accessible, non...je pense que c'est déjà pas mal (Rire). »

P12 : « Y a une évolution déjà par rapport à ça, avant y avait besoin d'ordonnance pour délivrer. »

- Les solutions ne seraient pas à trouver à l'échelle du pharmacien pour 3 répondants, mais à **l'échelle de la société**. (P3, P6, P10)

P3 : « Je sais pas si c'est à l'échelle de la pharmacie où il y a un manque...la réponse doit être apportée... »

P6 : « M'enfin après tout, c'est de remettre en question, de savoir pourquoi on a délivré des rapports sexuels à 12 ou 13 ans et puis voilà, après c'est tout une éducation. »

P6 : « Mais bon, est-ce qu'on peut revenir en arrière, vu au stade où on en est maintenant... »

P10 : « Vu l'émancipation des jeunes...je ne vois pas comment on pourrait régler le problème. Ils sont beaucoup trop émancipés, beaucoup trop tôt. »

4. La Formation Pharmaceutique Continue

- La quasi-totalité des répondants est **favorable** à la Formation Pharmaceutique continue (FPC). (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P10, P11, P12, P13)

P2 : « *Et c'est vrai qu'elles sont bien faites en plus et intéressantes.* »

P3 : « *Donc moi je suis vraiment en demande de formation.* »

P4 : « *Mon avis est positif, ça fait des années que je la réclame.* »

P5 : « *Enfin nous, on l'a toujours fait de manière régulière avec différents labos, avant que ce soit dit obligatoire...* »

P10 : « *Chacun fait ce qu'il veut. Je pense qu'elle est nécessaire.* »

P12 : « *Bah je pense que c'est bien. Il faut de toute façon, c'est important.* »

- P8 est le seul à estimer cette FPC **sans intérêt**.

P8 : « *Euh c'est pas très utile...ça ne m'a pas appris grand-chose.* »

P8 : « *Nous avons déjà une obligation tacite de se former, de se tenir au courant de toutes les nouveautés. Alors je ne vois pas pourquoi on nous impose une formation comme ça.* »

- La FPC permet d'**entretenir les connaissances et de les actualiser** pour 5 d'entre eux. (P1, P5, P6, P9, P13)

P1 : « *Ca fait du bien d'avoir des piqûres de rappel, dans pas mal de domaines parce qu'en plus y a des nouvelles molécules qui sortent...et on voit qu'on a des lacunes au bout d'un certain temps (Rire).* »

P5 : « *Mais c'est important car il y a une telle évolution dans tous les domaines que...* »

P6 : « *C'est vrai que ça permet de voir, de se remettre en question...parce qu'on se rend compte que ça bouge aussi, et qu'il faut se tenir au courant et puis voilà. Comme dans tous les métiers.* »

P9 : « *Parce qu'après on est décalé par rapport au monde universitaire, on perd les repères sur les différentes classes de médicaments.* »

P13 : « *Ca permet de faire une piqûre de rappel quand même. Non, non, c'est bien.* »

- Il y a essentiellement **deux types de formation** pour valider des modules de FPC : la formation par internet dite e-learning, et la formation classique avec intervention de spécialistes du sujet. (P1, P2, P5, P6, P9, P11, P13)

P1 : « Avec le groupement (de pharmaciens), on a des formations, par le logiciel, on a des visioformations...y a des formations avec... là on se déplace on va passer 5heures ou 4heures... »

P1 : « Par notre grossiste, il nous propose le e-learning, donc euh en visioconférence, en qcm, des machins comme ça. »

P2 : « C'était via atoupharm le moniteur. Non c'était par un grossiste ...c'était un truc qui fait des journaux, hebdos, enfin... »

P5 : « C'est bien surtout quand c'est fait plus par des professionnels que des labos, parce que les labos y a un peu un côté marketing. »

P5 : « On reçoit des listings de formation, qui sont validées ou pas pour rentrer dans le cadre de la FPC et puis on choisit en fonction. »

P6 : « On a 2 types de formation, soit on se déplace c'est des formations à la journée. Et ça peut se faire par informatique également, le e-learning, c'est pas mal fait. »

P6 : « En fait, le grossiste est reconnu comme organisme de formation, et donc voilà y a des dates qui sont proposées dans l'année... »

P9 : « C'est donc euh un organisme agréé parce que...reconnu par le conseil de l'Ordre des pharmaciens. »

P11 : « Par les grossistes, on passe par la CERP ou l'OCP qui organisent les formations. C'est agréé... »

P13 : « C'était par l'OCP, par le grossiste. »

- Le e-learning recueille des **avis partagés**. P1, P4, P6, P8, P10 le pratiquent couramment et en sont satisfaits.

P1 : « On a des formations par internet. C'est interactif... »

P4 : « Moi je fais e-learning, c'est entre midi et deux, donc c'est parfait. »

P6 : « Et quand on fait ça chez soi, tranquille, on s'arrête quand on veut c'est très ludique, c'est très très bien fait. »

P8 : « Mais la seule formation que je suis, c'est sur internet. Le e-learning. C'est bien parce que je le fais à mon rythme. »

P10 : « Donc moi je le fais quand j'ai 5 minutes...c'est du e-learning parce que c'est par informatique mais...c'est 'ma formation officielle'. »

- Au contraire, 4 professionnels n'ont **peu ou pas recours** à ce type de formation. (P3, P5, P9, P11)

P3 : « *On me dit il faut faire du e-learning mais je déteste le e-learning. »*

P5 : « *Le e-learning, un petit peu... »*

P9 : « *Non pas vraiment...bon d'abord il faut du temps devant l'ordinateur, et puis c'est pas aussi interactif que quand on a une personne en face de soi...Le e-learning, en tout cas à la pharmacie, on ne le pratique pas. »*

P11 : « *Je trouve ça barbant...Et puis, moi franchement au bout d'une demi-heure, oh ça me...(Rire). Je préfère à la limite lire des, voilà des magazines... »*

- 3 professionnels se forment en plus avec **d'autres supports**, non agréés. (P5, P9, P13)

P5 : « *Alors moi, je reçois aussi des lettres, que je m'étais abonné, que je reçois chez moi...Ca c'est pas mal, on l'a chez soi, on n'a pas toujours le temps en journée, on peut le faire chez soi tranquillement. »*

P9 : « *Après on a les revues professionnelles aussi, donc le Moniteur des Pharmacies, etc. Et puis il y a le conseil de l'Ordre qui fait des fiches aussi. »*

P13 : « *Je lis le Moniteur toutes les semaines. Donc déjà avec ça, on a toutes les infos. »*

- Concernant le suivi d'une **formation spécifique sur la contraception et contraception d'urgence**, seuls 3 professionnels en ont bénéficié. (P2, P5, P11)

P5 : « *On a eu quand même une formation sur la contraception l'année dernière. »*

P11 : « *J'ai fait justement sur la contraception l'année dernière... »*

Ce n'est donc pas le cas pour les autres. (P1, P3, P4, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13)

P1 : « *Je n'ai pas eu de vraie formation non. Bah j'ai potassé un peu quand c'est sorti quoi. »*

P10 : « *Mais après moi, sur ce thème là, je suis pas encore formée dessus. »*

P13 : « *C'est pas un thème qu'on voit d'accès comme ça là. »*

- La FPC, quel que soit le thème, n'est **pas du tout suivie** dans 3 officines visitées. (P2, P3, P12)

P2 : « Bah là euh là ça se met en place là...ça fait 2 ans qu'il faut qu'on valide des trucs. »

P3 : « Donc là en fait moi je ne rentre pas dans l'obligation de formation continue, donc ça pose problème...Finalement, on n'a pas grand-chose et c'est bien dommage. »

- La pratique de la FPC n'est **pas systématique pour toute l'équipe officinale**. (P1, P2, P4, P5, P6, P10, P12, P13)

P1 : « Quand elles ont pas de formation, je répercute ce que j'ai appris... »

P2 : « Et les préparatrices, elles en ont fait un petit peu mais pas... »

P4 : « On devait le mettre en place l'année dernière mais j'en ai une qui était enceinte donc ça fait pas mal d'absence...tout revient à la question économique. »

P5 : « Faut l'organiser avec toute l'équipe, que tout le monde puisse y aller. »

P10 : « Mais elle (la préparatrice) a du mal...(Rire). Bah oui, parce qu'elle est obligée maintenant pour être qualifiée donc oui elle le fait. »

P12 : « On n'en a pas entendu parler, donc je ne pense pas. »

P13 : « Euh enfin, ma titulaire et moi on a eu. »

- Les **difficultés** de mise en place peuvent ainsi être **organisationnelles**. (P2, P4, P6, P11)

P2 : « Au niveau logistique, c'est pas très bien mis en place au final, parce qu'y a des formations qui ne sont pas agréées donc finalement qui ne sont reconnues pour valider ça. »

P4 : « Bah en fait les formations, faut les programmer, c'est ça le problème. »

P6 : « Rarement sur Le Havre donc c'est pas très facile. »

P11 : « Après pour nous, c'est pas facile à mettre en place. Comme on est super réduit, s'il en manque une, c'est galère, il faut qu'une autre vienne la remplacer, donc dans une petite pharmacie c'est pas évident. »

- Les difficultés sont aussi **temporelles**. (P2, P3, P5, P8, P10, P11)

P2 : « Donc ça prenait beaucoup de temps, donc on les a pas faites...C'était trop long quoi. En plus c'était sur le temps personnel alors euh... »

P3 : « On me laisse pas le temps de me former, on me propose pas de temps de formation, et si je dois le faire sur mon temps personnel c'est compliqué. »

P5 : « Mais bon, c'est vrai il faut le temps et ici on n'a pas trop le temps en journée. »

P8 : « C'est du gaspillage, une perte de temps, y en a pas besoin aujourd'hui...Franchement vous savez combien de temps ça dure une formation. Une journée. »

P10 : « On n'a pas forcément le temps de les lire...Quand vous allez sur votre messagerie, c'est actipharm, c'est ceci et cela... »

P11 : « Et c'est pas évident, entre les vacances et tout ça, c'est un peu dur (Rire). »

- Les difficultés sont également d'ordre **financier** pour P4 et P8.

P4 : « C'est que maintenant que la situation économique se dégrade qu'on nous impose la formation...C'est le législateur qui a créé la pharmacie avec une marge de fonctionnement...Donc si on nous baisse notre marge, on ne peut plus rien faire. C'est aussi simple que cela. »

P8 : « On nous a imposé une connerie. Enfin ça fait travailler des gens, je vois que ça...C'est tout un business, y a tout un business à coté pour ces formations... »

- Enfin, P5 et P13 déplorent le **peu de formations proposées**.

P5 : « Bon c'est vrai que pour l'instant, on n'a pas énormément de propositions de FPC, hein c'est un petit peu dommage. »

P13 : « J'ai été thésée qu'en mai dernier donc j'ai pas encore eu beaucoup de formation continue. »

V. Discussion

A. Critiques et biais de l'étude (46)

1. Concernant la méthodologie

Mon travail de recherche est basé essentiellement sur les pratiques professionnelles en officine concernant ce sujet de contraception régulière et contraception d'urgence. L'étude qualitative est parfaitement adaptée dans ce cadre. Elle permet d'appréhender le ressenti, les comportements, les expériences et les pratiques de professionnels de santé.

J'ai modifié plusieurs fois la grille d'entretien, après concertation avec ma directrice de thèse. J'ai enfin procédé à des ajustements après l'avoir testée en pratique sur une étudiante en Pharmacie.

La répétition d'informations déjà évoquées a motivé l'arrêt des interviews, à l'issue du 13^{ème} entretien, selon le principe de saturation des données.

2. Concernant l'échantillon

Je me suis donc focalisé sur les acteurs principaux en officine : les pharmaciens, à l'exception d'une préparatrice en pharmacie (P12). Il aurait été intéressant d'obtenir l'avis des préparateurs des pharmacies visitées.

Le discours délivré aux mineures est-il homogène dans l'équipe officinale ? Les préparateurs bénéficient-ils réellement d'un minimum de formation ? Telles sont les questions sur lesquelles on peut s'interroger. Les dires d'un professionnel de pharmacie ne peuvent pas garantir totalement la réalité des pratiques de ses collègues.

Je me suis limité, dans mon étude, exclusivement aux pharmacies de la Communauté d'Agglomération Havraise (CODAH). Ceci peut constituer un **biais de sélection**. Il est relatif dans le cadre d'études qualitatives qui permettent la constitution d'un échantillon choisi et donc pas forcément représentatif de l'ensemble des pharmaciens havrais.

Une étude de plus grande ampleur géographique, me semblait difficilement réalisable, à mon échelle individuelle.

3. Concernant l'interviewer

J'ai moi-même réalisé l'intégralité des entretiens. Cela permet ainsi de limiter le **biais de recueil**, inhérent lorsque plusieurs interviewers interviennent.

A contrario, certaines idées ou nuances ont pu être mal interprétées de ma part, d'autant plus que je suis le seul interviewer. Il s'agit du **biais d'interprétation**, limité par l'enregistrement et les multiples écoutes pratiquées secondairement. Il inclut les raccourcis du raisonnement préconçu de l'analyste (moi-même), à mettre en lumière certaines informations et à occulter ou minimiser d'autres éléments allant à l'encontre de ses hypothèses.

Les professionnels interrogés m'ont tous très bien accueilli et ont tous facilement accepté de participer à l'étude. Je n'ai jamais ressenti d'hostilité à mon égard, tout juste de la gêne vis-à-vis de l'enregistrement par dictaphone (P3 notamment).

La gestion de l'entretien en lui-même s'est révélée délicate, certains répondants étant peu prolixes (comme P12) ou parfois très bavards (P5). L'échange s'en ressent avec des interviews plus directives que d'autres.

J'ai pu aussi inconsciemment, laisser transparaître mes sentiments, par mon comportement verbal et non-verbal. Cela a pu influencer les répondants.

Enfin, le fait d'être médecin et d'enquêter sur les pratiques professionnelles de pharmaciens constitue un **biais de position**. La relation interviewer/répondant peut ainsi être altérée, le répondant adoptant un comportement de défense.

4. Concernant le répondant

Il existe un biais de mesure, intrinsèque aux études qualitatives par entretien : le **biais de désirabilité sociale**. Il se caractérise pour le répondant, au fait de chercher, consciemment ou inconsciemment, à paraître irréprochable et donc de plaire à l'interviewer. Ses réponses peuvent ainsi être en décalage avec la réalité.

5. Validité interne

Celle-ci correspond à la véracité des données recueillies par rapport à la réalité. Pour cela, une triangulation est réalisée afin de garantir la cohérence de l'encodage créé. Les interviews et encodages ont été scrupuleusement relus par ma directrice de thèse. La 3^{ème} source est informatique, l'encodage étant réalisé par le logiciel d'analyse NVivo 10®.

6. Validité externe

Il s'agit d'identifier si les observations et résultats obtenus peuvent être généralisés à d'autres contextes.

Il est important que l'échantillon soit représentatif de la population étudiée et de sa problématique. Mon échantillon comporte des femmes et hommes d'âge et de fonction variables dans l'officine.

Certes, ces officines sont limitées géographiquement à l'agglomération havraise mais leur implantation est aussi variable, non exclusivement urbaine.

La notion de saturation des données est appliquée dans cette étude, motivant l'arrêt des entretiens.

B. Discussion des résultats

1. Le pharmacien dans son rôle de prévention

La majorité des professionnels rencontrés loue cette implication qui leur est octroyée dans l'éducation et la prévention sanitaire du public. 98,9% des pharmaciens affirment ainsi, dans l'enquête Baromètre Santé Médecins-Pharmaciens 2003 réalisée par l'INPES, que la prévention fait partie intégrante de leur fonction de pharmacien. Ils ne sont que 0,1% à estimer celle-ci comme une activité non valorisante.

L'évolution internationale de leur rôle vers l'activité de « pharmaceutical care » date du milieu des années 1990, et a vocation à placer, non pas le médicament, mais le patient au centre des préoccupations de l'officine.(47)

Plus précisément concernant la prévention des IST et des risques de transmission du VIH, ils sont 53,4% à juger leur rôle important. Pour 97,7% des pharmaciens, l'importance de leur fonction préventive réside dans les conseils de bon usage des traitements médicamenteux.(48)

Concernant les freins à la prévention évoqués par les répondants de mon étude, 5 d'entre eux déclarent subir la méfiance des patients, 4 évoquent la susceptibilité et l'opposition du public, 2 le frein financier. 2 autres répondants estiment manquer de formation, et un professionnel dit manquer de temps disponible.

D'après les données du Baromètre Santé Médecins-Pharmaciens de 2003, le manque de temps est le frein principal déclaré (pour la moitié des pharmaciens), devant l'opposition et la résistance des patients (près de 25% d'entre eux) et le manque de formation (12,5%). L'absence de rémunération recueille 1,9% de suffrage.(48)

Ces chiffres sont riches en enseignement. Les freins rencontrés dans mon étude sont donc les mêmes qu'en 2003.

Une partie de la population est encore méfiante vis-à-vis des nouvelles tâches pharmaceutiques développées depuis la loi HSPT. C'est donc aux pouvoirs publics mais aussi aux autres professionnels de santé (notamment les médecins généralistes) de promouvoir ces tâches d'éducation pharmaceutique. L'idée n'étant pas de substituer l'expertise médicale mais bien de renforcer la prise en charge globale du patient. Le but des entretiens pharmaceutiques est ainsi de répondre au mieux aux patients, atteints de pathologies chroniques, comme le diabète, l'asthme, ou sous traitement anticoagulant oral ou sous traitement substitutif aux opioïdes (Buprénorphine®, Méthadone®) afin de renforcer leur adhésion et observance au traitement.

Les entretiens et les actes pharmaceutiques sont amenés à se développer de plus en plus, avec la possibilité actuelle, par exemple, de réaliser des tests de dépistage rapide du streptocoque bêta hémolytique du groupe A dans le cadre des angines.

Ce nouveau champ d'activité permet aussi une modification de la rémunération du pharmacien. Cette rémunération était basée jusqu'en 2012 sur deux critères. Le premier était un forfait sur chaque boîte délivrée (0,53 euros par boîte).

Le second étant une marge commerciale en fonction du prix du médicament (correspondant à environ 75% des revenus d'une officine).

La crise économique actuelle en France, n'épargne malheureusement pas l'officine, avec une diminution d'achats de produits pharmaceutiques. Par ailleurs, l'Assurance Maladie diminuant chaque année le prix des médicaments remboursés (et donc de leur marge), il en résulte inévitablement une chute du chiffre d'affaire des officines françaises.

Un accord a donc été trouvé et signé en janvier 2014, entre l'assurance Maladie et les syndicats pharmaceutiques pour une évolution de leur rémunération. Le forfait à la boîte délivrée est revalorisé à 0,80€ en 2015 et passera à 1€ en 2016. Le système de marge est pour sa part progressivement modifié. L'honoraire de dispensation apparaît et correspond à une rémunération de 0,50€ pour la délivrance d'une ordonnance comportant au moins 5 lignes. Enfin, s'ajoutent les forfaits annuels liés aux entretiens pharmaceutiques, par exemple actuellement de 40€ par patient asthmatique et par an.(49–51)

En clôture de cette première partie, revenons sur une étude IPSOS de 2008 qui démontre que le pharmacien est globalement estimé par le public. 87% des personnes interrogées estiment le pharmacien comme un authentique professionnel de santé, non réduit à un rôle commercial. 92% sont sensibles à leurs conseils et 45% s'y rendent parfois juste à visée informative.(47)

2. La délivrance de la contraception régulière

La grande majorité des professionnels interrogés (11 sur 13) disent n'éprouver spontanément aucune difficulté quant à la délivrance de contraceptifs. Les recommandations d'usage sur le contraceptif, de type Vidal, sont expliquées par 11 d'entre eux. Il ne semble donc pas y avoir de problème.

Mon étude montre pourtant, des difficultés à différents étages.

a) Une méconnaissance de l'offre contraceptive

En effet, au cours de mes interviews, 9 pharmaciens sur 13 n'évoquent pas les méthodes, autres que la pilule, aux jeunes filles sauf demande de leur part. Le DIU est évoqué seulement en 2^{ème} intention pour les 4 autres, et pour la moitié de ceux-ci le DIU n'est pas indiqué à la jeune fille nullipare mais uniquement pour les femmes multipares. Le paradoxe contraceptif français a donc bel et bien la vie dure, y compris chez les pharmaciens, qui privilégient donc la pilule comme contraceptif de référence pour les mineures.

Cela est bien dommage, car le pharmacien, tout comme le médecin traitant, est l'interlocuteur de proximité auprès duquel la mineure peut prendre des informations. D'autant plus que les autres méthodes contraceptives sont souvent méconnues de ces jeunes filles. Je rappelle également que la meilleure contraception à adopter, est celle que la femme choisit et non pas celle qu'on lui impose.

Selon un rapport de l'INPES, en 2009, 48% des français ignorent l'existence du patch et 44% celle de l'implant sous-cutané et de l'anneau vaginal hormonal.

La prescription médicale de ces dispositifs est également relativement faible, laissant supposer une certaine méconnaissance des médecins prescripteurs, favorisant historiquement la pilule.(38)

La pilule, victime de son succès, peut être perçue comme un poids pour certaines femmes et jeunes filles, avec un phénomène de lassitude dans le temps. Tout au long de sa vie sexuelle, une femme devra ingérer plus de 8000 comprimés, et ce, selon des règles strictes et contraignantes de prise. L'observance s'en trouve altérée. L'étude de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS), en 2004 révèle que 92% des femmes ayant eu recours à une IVG et qui étaient sous pilule, oubliaient régulièrement leur contraception (entre 1 et 5 fois dans les 6 mois écoulés).(38)

b) Développer l'éducation sexuelle en milieu scolaire

Les méconnaissances de la population française sont nombreuses sur le thème de la contraception. En effet, 22% des personnes interrogées au cours de l'enquête téléphonique de l'INPES « Les français et la contraception » sont persuadées que la pilule peut rendre stérile. Plus inquiétant encore, un rapport du Haut Comité de la Population et de la Famille met en lumière des croyances fausses qui perdurent dans l'esprit des jeunes filles notamment. Ainsi près de 2 tiers des collégiennes sont persuadées que la survenue d'une grossesse est impossible lors des premiers rapports sexuels, et 75% pensent que les rapports sexuels pendant la période de menstruations ne peuvent pas être féconds.(38)

Dans mon étude, de nombreux pharmaciens m'ont effectivement alerté sur ces lacunes concernant la physiologie féminine.

Le Baromètre Santé 2010, consacré à la santé des jeunes, établit les facteurs favorisant l'absence de prise de contraceptifs chez les jeunes filles. Celles se trouvant en difficultés financières sont plus nombreuses à ne rien faire face à un risque de grossesse (16% vs 8% pour celles n'ayant pas de problème économique, $p < 0,01$). Les jeunes les moins diplômées ont également moins recours à la contraception régulière (12,7% vs 6,3%, $p < 0,001$).

Les croyances religieuses de la jeune et/ou de sa famille rentrent en compte sur cette absence de prise (13,1% vs 6,2%, $p < 0,001$), tout comme le lieu de résidence. Le fait d'habiter dans une ville de plus de 100 000 habitants s'accompagne d'une proportion plus forte d'absence de contraception (10,9% vs 6,6%, $p < 0,05$).

Ainsi, au niveau scolaire, il convient d'améliorer et renforcer l'éducation à la sexualité. Dans de nombreux rapports, Nathalie Bajos, directrice de recherche à l'INSERM et Michel Bozon, directeur de recherche à l'INED, mettent en exergue les carences actuelles de l'Education nationale sur le sujet de la sexualité.(37,52)

Les cours et supports ne sont plus adaptés à la sexualité des jeunes en 2015. Ceux-ci reposent, pour la plupart sur des préjugés, à savoir une norme sexuelle, basée sur une seule interaction stable homme-femme. Les relations amoureuses des jeunes, aujourd'hui, sont bien plus complexes, avec de plus en plus souvent multiplication des partenaires sexuels.

Les professeurs de SVT sont également insuffisamment formés et aidés pour dialoguer avec les jeunes. Cela nécessiterait de faire intervenir des formateurs spécialisés sur ce thème difficile à appréhender. Les sociétés française et anglo-saxonne sont en effet en retard sur cette approche de la sexualité des mineures, avec pendant longtemps un déni sociétal de celle-ci.

Ainsi, la mise en place de cours d'éducation sexuelle avant la 4^{ème} est souvent mal perçue par les parents eux-mêmes. Soumis à ce tabou sociétal, ils ne reconnaissent pas que leur enfant puisse grandir et qu'il soit potentiellement à un âge de découverte sexuelle. Il est donc important de développer des cours adaptés sur ce thème, dès l'école primaire, en prenant exemple sur les pays d'Europe du Nord, véritables modèles sur l'éducation de la sexualité adolescente. En effet, ce sont les pays dans lesquels les taux de grossesse chez les mineures sont les plus faibles. Les informations relatives à la contraception, les IST, etc. sont données à un âge précoce aux élèves mais aussi aux parents afin d'obtenir leur adhésion, par le biais d'intervenants ayant reçu une formation spécifique.

La double protection mécanique et hormonale appelée aussi « Double Dutch » est depuis de nombreuses années très répandue dans les pays d'Europe du Nord, et adoptée notamment par près de 75% des néerlandais de moins de 19 ans. Les jeunes français du même âge ne sont en comparaison qu'un tiers à l'adopter.

Les dernières campagnes menées par les autorités sanitaires françaises insistent enfin sur cette double protection complémentaire.(37,52)

c) Le frein financier

Le premier obstacle, selon le rapport de l'IGAS, est financier, avec en 2009 un certain nombre de pilules non remboursables par l'Assurance Maladie. Depuis le 25 mars 2013, les pilules OP sont donc devenues entièrement gratuites pour les mineures, tout comme le DIU et le Nexplanon®. Mais d'autres méthodes contraceptives efficaces, qui pourraient tout à fait correspondre à certaines mineures, ne sont pas remboursées (anneau Nuvaring®, patch Evra®). Cela correspond au slogan de la dernière campagne de l'INPES « La meilleure contraception c'est celle qu'on choisit » (Annexe n°1). De nombreuses jeunes filles sont ainsi, dans ce sens, réfractaires à la pose de DIU ou d'implant.

Ces nouvelles méthodes, si elles étaient remboursées, permettraient à n'en pas douter, d'offrir d'autres solutions efficaces à ces jeunes.

Le coût de la consultation médicale peut aussi freiner les jeunes filles. Le passage jusqu'ici obligatoire chez un médecin ou une sage-femme pour obtenir une ordonnance de contraceptifs, est payant. L'application du tiers payant sur la part obligatoire permet, certes, d'alléger la note à 6,90€ mais elle peut encore être un frein chez les plus démunies. L'absence d'anonymat en est également un, les parents auront la trace du passage de leur fille chez le médecin, sur leur relevé de Sécurité Sociale.

La démedicalisation progressive de la contraception peut être une solution à envisager, afin de permettre un accès facilité pour les jeunes filles, directement en officine. Le pharmacien serait alors le seul interlocuteur.

Les autres axes de réflexion seraient de :

- Promouvoir les méthodes contraceptives efficaces non assujetties à l'observance chez les jeunes filles (Nexplanon®, DIU), et la stérilisation chez les femmes plus âgées.
- Étendre le remboursement des méthodes contraceptives, non plus exclusivement aux mineures, mais également aux femmes jusqu'à 25 ans, ne disposant pas de couverture sociale.
- Développer de manière homogène sur l'ensemble du territoire français le Pass Région-Santé. Il garantit à la fois l'anonymat et la gratuité aux jeunes, aussi bien chez le médecin, au laboratoire d'analyses que lors de la dispensation à l'officine.

d) Une méconnaissance des dispositifs sanitaires disponibles

Je me suis aperçu, à ma grande surprise, que la totalité des professionnels rencontrés ne connaissait pas le Pass Région-Santé, pourtant valable depuis le 9 mars 2015.

Chaque officine est censée avoir été prévenue par le Conseil Régional de son application. Il ne s'agit donc pas d'un problème isolé, la transmission des informations est à réitérer de la part de la région Haute-Normandie. Il est bien dommage que cette démarche, précieuse pour les jeunes haut-normands, soit ignorée ou sous-utilisée par défaut d'information.

De même, j'ai été surpris de constater que seulement 2 pharmaciens de mon étude connaissaient la manipulation garantissant l'anonymat complet lors de la facturation de la contraception régulière. Pour 6 d'entre eux, ils l'ignoraient totalement.

P5 déclare même encourager les mineures à en parler à leurs parents, alors que la volonté de la mineure peut être à l'exact opposé. Alors bien entendu, la situation est rare ou ne s'est jamais présentée d'après les dires des professionnels, mais cela peut être la conséquence directe de l'ignorance des mineures sur cette possibilité d'anonymat. Si les professionnels prescripteurs et les pharmaciens ignorent ou méconnaissent cette possibilité, on imagine aisément l'ignorance des jeunes filles.

L'information sur cette manipulation est pourtant facilement accessible sur le site Ameli.fr. Il serait intéressant d'établir, de la part de la Sécurité Sociale, des fiches mémo récapitulant l'ensemble de la procédure, à envoyer à l'ensemble des officines. Cela pourrait aider facilement, les jeunes filles désirant l'anonymat, sans avoir recours aux centres de planification.

J'ai pu observer, chez les professionnels rencontrés, un manque de connaissances sur les renouvellements infirmiers de contraception régulière. 7 d'entre eux en ignoraient les modalités et 6 en avaient vaguement entendu parler.

Mais, le plus étonnant, c'est qu'ils ne sont que 6 sur 13 à connaître et appliquer le renouvellement pharmaceutique de contraceptifs, pourtant autorisé depuis la loi HSPT de 2009.

Toutes ces lacunes desservent malheureusement les femmes et jeunes filles en détresse, souhaitant soit bénéficier d'une contraception anonyme et gratuite, soit d'un simple renouvellement de contraceptifs.

Une formation spécifique sur la contraception régulière et ses modalités de délivrance par rapport aux dernières lois notamment, au sein d'un module de FPC, serait sans doute bénéfique pour de nombreux pharmaciens.

3. La délivrance de la contraception d'urgence

a) Une méconnaissance de la PCU

Comme pour la contraception régulière, les françaises semblent ne pas être au point sur la PCU. 3 pharmaciens de l'étude évoquent ces problèmes de connaissance et de compréhension sur le sujet.

Une enquête de l'INSERM en 1999, consacrée aux caractéristiques des utilisatrices de PCU, met en lumière les lacunes des françaises sur ce sujet. Ainsi, 29% des femmes interrogées ne connaissent pas la PCU. 74% déclarent connaître le délai maximal de prise de celle-ci mais il est en fait sous-estimé chez 76% des répondantes.(48,53)

Cette discordance entre niveau de connaissance déclarée et réelle est retrouvée dans l'étude de Gainer, en 2003, à travers des focus discussions avec les utilisatrices de PCU de 4 pays, dont la France. Les françaises ignorent pour la plupart le délai maximal de prise, contrairement aux suédoises.(54)

Ainsi d'après l'étude de Moreau et al, seulement 23,4% des femmes connaissent les délais corrects d'utilisation et où se procurer la PCU.(39)

De nombreuses études, notamment anglo-saxonnes, montrent aussi une forte proportion de non perception du risque de grossesse. Une enquête française en 2002, auprès de 1365 femmes ayant avorté, rapporte que 90,3% d'entre elles n'ont pas utilisé la PCU pour éviter cette grossesse. Et 32,2% ignoraient totalement le risque de grossesse au moment du rapport.(39)

Les pharmaciens m'ont également alerté sur les fréquents abus de recours à la PCU. Certaines jeunes l'utiliseraient comme méthode contraceptive à part entière.

Une enquête réalisée en Alsace, par l'Inspection régionale de la pharmacie de la DRASS auprès de 462 officines de la région, met en évidence les différentes difficultés rencontrées par les professionnels. 21% s'inquiètent notamment de l'usage de la PCU comme moyen contraceptif.(38)

Il faut donc continuer à informer les patientes, de manière plus régulière, notamment lors des renouvellements de contraceptifs, sur les modalités de recours à la PCU. Celle-ci ne peut se substituer à une méthode contraceptive classique. Les supports édités par le Cespharm et l'Assurance Maladie doivent être mis à disposition dans les salles d'attente et dans les pharmacies (Annexe n°3)

b) Anonymat et gratuité : des progrès à faire

Ces deux importants critères ne sont pas respectés par certains pharmaciens de mon étude (5 sur 13). Plusieurs études corroborent cet aspect préjudiciable sur la prise en charge des mineures.

Une étude de type « mineures tests » a été réalisée en 2006, afin de tester les modalités de dispensation de la PCU de 53 officines niçoises. 37,7% de celles-ci n'ont pas accepté de délivrer la PCU aux mineures simulées. Le motif allégué, dans 85% des cas, était une sommation de règlement. Parmi les pharmacies délivrant la PCU, 33% ont réclamé la carte d'identité et presque la moitié d'entre elles (45,5%) demandent initialement un règlement avant que la mineure ne rappelle de nouveau sa minorité. 51,5% des officines acceptant de délivrer la PCU, ne donnent aucune information sur les modalités de prise.(55)

D'autres études vont dans le même sens. Les thèses d'Alexandra Panagopoulos et d'Aurore Vallat-Bertrand en 2014 retrouvent une demande de justificatifs d'identité dans 18% des cas. Ce chiffre atteint 46,2% dans la thèse d'Aziza Bouzit-Ghindrit en 2004, 33% en 2007 dans la thèse de Catherine Molimard et 27% dans celle de Florence Adeline en 2011.

30% refusent même la délivrance à la mineure en l'absence de justificatifs ou si celle-ci refuse de payer. Au final, la délivrance est réellement gratuite dans uniquement 55% des cas, dans l'étude d'Aurore Vallat-Bertrand, et 62,3% dans celle de Catherine Molimard.(56–58)

Une autre enquête réalisée en 2010 dans les lycées de Caen, auprès de 353 mineures, révèle un taux de recours à la PCU de 42%. 9% de celles-ci ont essuyé un refus de dispensation du pharmacien, et 11% affirment qu'on leur a exigé un règlement.(59)

Mon étude et l'ensemble de ces travaux démontrent qu'aujourd'hui, la dispensation gratuite et anonyme de la PCU n'est toujours pas respectée.

La demande de justificatifs d'identité a pour but le plus souvent de s'assurer de la minorité, le pharmacien ne se préoccupant pas du nom. Mais dans l'esprit de la jeune fille, cela peut suffire pour la bloquer définitivement dans sa démarche et la faire fuir. La conséquence est ainsi de relâcher dans la nature une jeune fille à risque de grossesse et retarder sa prise en charge.

Concernant la demande de règlement, elle peut être systématique par certains pharmaciens, ou bien au faciès, s'ils jugent physiquement que la jeune fille est potentiellement majeure, ou bien encore en l'absence de justificatifs d'identité.

Leur argument principal est d'éviter les abus, la Sécurité Sociale étant en important déficit, en empêchant les fraudes qui, d'après leurs dires, seraient fréquentes.

Une solution serait d'étendre la gratuité de la PCU aux étudiantes et apprenties de moins de 25 ans, et aux jeunes femmes, en difficultés sociales (CMU, AME), afin d'éviter de mettre le pharmacien dans une situation embarrassante de contrôle de l'âge.

c) Frein religieux et/ou idéologique.

Il est souligné par un pharmacien de mon étude. Une étude anglaise semi-qualitative retrouve ce frein, avec une catégorie de pharmaciens qui refusent de délivrer la PCU pour des raisons idéologiques.

Les sous-entendus et croyances religieuses de ces professionnels peuvent donc influencer négativement les femmes en demande et les faire culpabiliser.(60)

L'étude de Gainer en 2003, rapporte que certaines françaises ont subi lors de leur demande de PCU, un pharmacien moralisateur et qui les jugeait.

Elles ajoutent, pour certaines, avoir été alertées sur les prises répétées de PCU à l'origine de conséquences soi-disant néfastes sur la santé.(54)

Le pharmacien, comme le médecin, doit faire preuve d'empathie envers ces jeunes filles et mettre de côté tout jugement de valeur. Ses convictions idéologiques n'ont pas à interférer dans sa pratique professionnelle.

d) Entretien préalable insuffisant

Il est loin d'être systématique dans mon étude (seulement 4 sur 13).

Dans le Baromètre Santé Médecins-Pharmaciens de 2003, 71,4% des pharmaciens affirment réaliser un entretien avant toute délivrance de PCU, et 25,1% ne le font pas.

Les motifs de non réalisation des entretiens sont multiples : dans plus de 30% des cas, le pharmacien évoque une bonne connaissance de la personne en demande de PCU sur cette pilule, 17,8% affirment faire face à un refus de dialogue, 13,4% soulignent un obstacle lié à l'absence de confidentialité. Pour 8,7% d'entre eux, la personne est pressée et manque de temps.

Ces freins sont retrouvés dans mon travail. Les professionnels rencontrés déplorent principalement :

- Des problèmes de communication avec les jeunes, qui se révèlent parfois désintéressées, ou bien adoptant un comportement d'évitement.
- La situation de présentation d'un tiers à la place de la mineure, compromettant la tenue de l'entretien préalable et l'ensemble des renseignements indispensables à expliquer.

L'entretien préalable est primordial dans cette situation d'échec contraceptif. Il ne peut se résumer à la simple délivrance d'une boîte de PCU. Il est important de mettre la jeune fille dans les meilleures dispositions, même si celle-ci se montre hostile au dialogue, de prime abord. L'entretien préalable est étroitement lié à la confidentialité, à une discussion dans un lieu à l'abri des regards et des oreilles. Enfin, le pharmacien n'est pas tenu légalement de remettre la PCU à un tiers.

e) Trop peu de confidentialité

La mineure test s'est vue proposer un entretien dans un lieu confidentiel dans seulement 7,5% des délivrances (dans le travail de Delotte et al), dans 9% des cas (dans celui d'Aurore Vallat-Bertrand) et 13,2% des cas dans la thèse de Catherine Molimard. Marjorie Ganem, dans son étude qualitative en 2010, retrouve que sur les 70% de pharmacies disposant d'un lieu confidentiel, aucune n'y a recours pour procéder à l'entretien préalable.(55,56,58,61)

L'enquête des Agences Régionales de Santé (ARS) du territoire, en 2011, relative aux missions des officines, mentionne que seulement 66% des officines disposent d'un endroit confidentiel propice aux échanges. Cela pose un réel problème, dans la mesure où le discours actuel est à l'élargissement des missions des pharmaciens, avec la tenue des entretiens pharmaceutiques.(47)

Dans mon étude, 3 pharmaciens sont même farouchement opposés à l'isolement de la jeune fille. Le fait de mettre à l'écart peut stigmatiser la jeune, par rapport aux autres clients de l'officine.

Mais comment envisager sereinement un dialogue constructif au comptoir ? Ce n'est malheureusement pas possible d'évoquer toutes les questions éventuelles touchant à l'intime de la jeune fille (dépistage des IST, contraception régulière, test de grossesse, etc.) dans un environnement souvent assez bruyant et susceptible d'être entendu par des tiers (clients, équipe officinale).

Les conditions optimales pour l'entretien demeurent donc l'isolement de la jeune, en adoptant un comportement empathique afin de la mettre en confiance. L'approche d'un sujet tel que la sexualité adolescente est difficile à appréhender pour le pharmacien et une tâche relativement récente pour lui. L'entretien pharmaceutique de délivrance de contraception et de PCU nécessiterait donc de faire l'objet d'une formation spécifique.

Il devient impératif que les officines mettent en place les aménagements de leurs locaux préconisés par le guide établi par le conseil de l'Ordre des Pharmaciens, sous réserve d'une aide financière des pouvoirs publics. La bonne tenue d'un entretien pharmaceutique nécessite, comme lors d'une consultation médicale, du secret et de la confidentialité.

f) Des informations incomplètes et parfois erronées

L'entretien préalable, non systématique comme nous l'avons vu, est par conséquent bien souvent l'objet de transmission de renseignements incomplets voire erronés. Le risque lié aux IST (non évoqué 9 fois sur 13), le recours éventuel à un test de grossesse (non évoqué 10 fois sur 13) sont ainsi fréquemment oubliés.

Certains pharmaciens alertent les jeunes filles sur les soi-disant effets délétères à long terme d'un usage abusif de PCU. Comme par exemple, P12 qui est persuadée que la PCU peut induire une stérilité par la suite.

Dans la littérature, aucune pharmacie n'a évoqué la contraception régulière, le risque lié aux IST, et les centres de planification lors de la délivrance de PCU dans l'étude de Delotte et al, et dans 70% des cas dans la thèse d'Aurore Vallat-Bertrand.

Dans l'étude de Catherine Molimard, seulement 1,9% évoquent la contraception régulière et aucun l'aspect préventif relatif aux IST.(55,56,58)

Ceci étant d'autant plus dommageable qu'une enquête de l'INSERM, déjà évoquée précédemment, a montré que les françaises utilisant la PCU ont en moyenne un nombre de partenaires sexuels plus important (12% vs 4% pour les non utilisatrices de PCU, $p < 0,05$), et davantage d'antécédents d'IST (27% vs 8%, $p < 0,001$). (48)

Il ne faut donc pas se contenter d'une information de type Vidal sur la PCU, mais également s'attarder sur l'avenir contraceptif de ces jeunes filles. Pourquoi cet échec, comment y remédier à l'avenir ? Leur parler de contraception régulière, en association avec le port du préservatif (« Double Dutch ») est recommandé. Cette double protection permet de réduire efficacement le risque sexuel lié aux IST ainsi que le risque de grossesse non souhaitée. Le Cespharm met à disposition du pharmacien une brochure avec les informations exhaustives à délivrer lors de la PCU, afin de ne rien oublier. (Annexe n°4)

g) Un manque de supports en officine

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) alertait en 2009, sur un infléchissement des commandes de brochures relatives à la contraception d'urgence de la part des pharmaciens (-50% entre 2005 et 2006 selon les données du CESPARM) alors que les demandes de PCU ne cessent de grimper.

34% seulement des officines visitées par Marjorie Ganem disposaient de documentations sur la contraception d'urgence (8/13 dans mon étude).

Mon étude montre également que disposer de documentations n'est pas synonyme de délivrance systématique. 3 pharmaciens, notamment, déclaraient ne pas être convaincus de leur utilité.

Une pléthore de supports en officine peut, il est vrai, « noyer » le regard du patient.

La multitude d'informations visuelles, entre les fiches de recommandations officielles et les publicités commerciales, peut ainsi avoir l'effet inverse de désinformation. Un juste milieu est donc à trouver, afin de susciter l'intérêt de la patientèle.

h) Des réseaux de soins insuffisamment exploités

Autre point défaillant, l'orientation vers les centres de planification est peu réalisée, car bien souvent méconnue. 9 pharmaciens de mon étude ne connaissent pas bien les actions de ces centres et leurs adresses, si bien qu'ils ont plutôt tendance à diriger vers le médecin traitant.

Seulement 5 à 10% des jeunes filles de moins de 20 ans ont recours à ces centres de planification, d'après les estimations de la Haute Autorité de Santé (HAS).(39)

Les données de la littérature le confirment : 16% des pharmacies niçoises, dans l'étude de Marjorie Ganem orientent vers un centre de planification ou un médecin, traduisant la méconnaissance des pharmacies, et par ricochet des jeunes filles.

Le point négatif de ces centres est leur répartition hétérogène sur le territoire avec des zones géographiques faiblement pourvues. Leurs horaires sont fixes avec fermeture le soir et les weekends, restreignant également leur accessibilité.

La délivrance de la PCU par les infirmières scolaires, aux élèves, est également faible. Elle représente moins de 3% des PCU remboursées en 2010, ce qui est dérisoire.(39)

Il y a plusieurs raisons de ce faible recours des jeunes, à l'infirmerie scolaire.

Tout d'abord, l'enveloppe annuelle allouée aux infirmeries scolaires est limitée à environ 200 euros, somme à utiliser pour l'achat de l'ensemble des commandes de pharmacie. Un grand stock de PCU n'est donc pas envisageable.

Les horaires d'ouverture de l'infirmerie sont fixes et limités à des demi-journées, rendant difficile leur accès.

Enfin, la jeune fille peut avoir des craintes de se confier, être suspicieuse sur la confidentialité réelle de cet échange.

Des améliorations de prise en charge des jeunes filles sont possibles à ce niveau.

Une meilleure diffusion des supports informatifs (dépistage IST, brochures sur la PCU, tests de grossesse, contraception régulière) en officine et dans les établissements scolaires est souhaitable. De même, de la documentation sur les centres de planification (coordonnées, détails de leurs fonctions et activités) serait bénéfique, pour les jeunes mais aussi pour les professionnels d'officine.

Au niveau scolaire, l'infirmière est souvent la première interlocutrice de ces jeunes filles. Il n'est pas acceptable de ne pas pouvoir les prendre en charge rapidement, pour des raisons économiques (défaut de stock). La PCU devrait être délivrée gratuitement à tous les établissements scolaires et centres d'apprentissage français, avec une prise en charge par les pouvoirs publics. Les Ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale, notamment, et les Conseils Régionaux pourraient s'investir dans cette démarche.

i) D'autres solutions à envisager

Comme je l'ai dit précédemment, le prix de la consultation médicale est un frein pour certaines jeunes filles. Il serait intéressant de créer un système de consultations en médecine générale (forfait à établir avec l'Assurance Maladie) entièrement gratuites pour les adolescentes, en rapport avec ce thème de la sexualité et de la contraception.

La diffusion du Pass Région-Santé est actuellement trop faible et doit donc s'amplifier. Pour cela, les différents protagonistes (médecins et pharmaciens) doivent être régulièrement sollicités et mis au courant de ce programme de santé.

A l'échelle de l'officine, on pourrait envisager la création d'entretiens pharmaceutiques spécifiques sur la contraception, dans un but de prévention primaire : dépister les comportements sexuels et contraceptifs à risque de grossesse et de contracter des IST, améliorer l'adhésion et donc l'observance d'une méthode contraceptive, etc.

Le but serait aussi de viser le public féminin ne consultant pas fréquemment leur médecin.(62,63)

Ces entretiens pharmaceutiques nécessiteraient donc des pharmaciens correctement formés à ce thème, par l'intermédiaire par exemple de modules de FPC. Il existe une brochure complète explicative sur les spécificités de la dispensation de la PCU par le pharmacien, établie par le CESPARM, pour aider celui-ci à une meilleure prise en charge en rapport avec la législation en vigueur. (Annexe n°4)

La Grande Bretagne est un exemple à suivre dans ce domaine. Une étude pilote a eu lieu à Londres en 2009, à l'initiative du National Health Service (NHS). Le but était d'évaluer la délivrance en officine de contraceptifs oraux sans prescription médicale, par des pharmaciens volontaires, ayant reçu au préalable une formation spécifique de qualité. Les pharmaciens de ce programme recevaient en entretien des femmes âgées de plus de 16 ans souhaitant une contraception orale. Devant le succès de cette mesure (satisfaction des patientes et des pharmaciens, diminution des demandes de PCU dans ces pharmacies), le NHS, autorité de santé publique au Royaume-Uni, a décidé en 2012 d'étendre ce dispositif à l'ensemble du pays.(64)

4. La Formation Pharmaceutique Continue

Dans cette dernière partie, je reviens sur le ressenti des pharmaciens et sur leur expérience de FPC, censée être un gage de pratique professionnelle de qualité.

La quasi-totalité des professionnels rencontrés (12/13) est favorable à cette formation continue, afin de mettre à jour ses connaissances.

Seul P8 estime cette obligation de FPC sans intérêt dans la mesure où tout professionnel de santé a le devoir tacite de se former continuellement. Cette obligation légale de se former via des organismes agréés, rentre dans une volonté de transparence des pouvoirs publics sur la bonne pratique des professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou pharmaciens, en adéquation avec les recommandations actuelles en santé.

Mon étude met malheureusement en lumière de nombreux problèmes et dysfonctionnements dans la mise en œuvre de cette FPC.

Il y a encore certaines officines qui ne suivent aucune FPC (3/13 dans mon étude). D'autres encore, bénéficient de la mise en place d'un système de FPC, mais de manière hétérogène dans l'équipe officinale (pour 8/13).

Au total, pour 11 pharmacies visitées dans mon étude sur 13, la FPC est soit absente ou bien incomplète, nous amenant à nous interroger sur les raisons de cet échec.

Deux types de supports agréés de FPC existent : le e-learning (formation individuelle sur internet) et les réunions informelles avec intervention de spécialistes. Il est donc nécessaire de passer soit par un site internet soit par un organisme ayant l'agrément pour organiser un programme de FPC. L'abonnement à une revue scientifique (pour 3 pharmaciens sur 13), par exemple, n'est pas reconnu comme FPC.

J'ai pu noter, au cours de mon étude, 4 grands obstacles à la réalisation de la FPC :

- Des difficultés temporelles et de motivation. Le temps de formation se fait le plus souvent sur le temps personnel, après le travail, le week-end ou en soirée.
- Des difficultés organisationnelles. Le pharmacien titulaire doit jongler entre les emplois du temps de ses employés, ce qui rend difficile la programmation de journées de formation, notamment dans les petites structures.
- Une offre limitée concernant les thématiques de FPC. Sur la contraception régulière et contraception d'urgence, seulement 3 pharmaciens de mon étude ont déjà suivi une formation spécifique sur le sujet.
- Des difficultés financières sont évoquées par P4 et P8.

Concernant le frein temporel et motivationnel, il semble difficile d'infléchir sur ce facteur. Il est étroitement lié aux difficultés organisationnelles de l'officine, celle-ci ne pouvant pas toujours libérer du temps de formation sur les heures de travail. Bien souvent, le pharmacien se forme ainsi en dehors de ses heures de travail, et s'expose au phénomène de lassitude et à l'espacement de sa FPC dans le temps. De plus, il est utopique de pouvoir être parfaitement formé et au point sur l'ensemble des domaines de la santé. Une option envisageable serait d'avoir des pharmaciens référents sur des domaines différents dans chaque officine, comme dans la pharmacie n°5 de mon étude.

Concernant l'offre thématique de FPC, il conviendrait aux organismes en charge de diversifier les sujets, et notamment sur le vaste thème de la sexualité et de la contraception, mais aussi sur l'approche particulière des mineurs.

Pour ce qui est des frais engendrés par la FPC, le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF PL) prend en charge les formations agréées pour les pharmaciens titulaires (plafond de 500€ par an). Pour les pharmaciens adjoints, c'est l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales (OPCA PL) qui finance les formations.

Le préparateur, quant à lui, a également le droit de se former comme tout salarié, via le Droit Individuel à la Formation (DIF), financé par l'OPCA PL et/ou le titulaire. La formation en dehors de ses heures de travail est également rétribuée de l'ordre de 50% du salaire net horaire, sous forme d'une allocation de formation.(65)

Des efforts financiers consacrés à la FPC sont donc réalisés pour inciter les équipes officinales à y adhérer. Le constat que je peux faire, au travers de mon étude, est que ceux-ci ne permettent pas encore de pallier les difficultés d'organisation en officine.

VI. Conclusion

On estime, aujourd'hui en France, qu'un tiers des grossesses ne serait pas prévu et que parmi celles-ci, 2 sur 3 aboutiraient à un avortement. Environ 26 000 IVG sont réalisées chaque année chez des femmes de moins de 20 ans, ce chiffre étant stable depuis 2005, et ce malgré l'avènement des différentes méthodes de contraception d'urgence.

Les conséquences d'une grossesse ou d'un avortement à l'âge adolescent, période de construction individuelle mais aussi de fragilité émotionnelle, peuvent être dramatiques, à type de traumatisme psychique.

La réalisation d'une IVG est souvent le résultat d'un échec contraceptif. Il est donc important d'identifier les causes de ces échecs, afin de limiter au maximum le nombre de grossesses adolescentes non désirées.

Le domaine de recherche étant vaste, je me suis focalisé, dans cette étude, à l'analyse de la qualité de la délivrance des produits contraceptifs (réguliers et d'urgence) par le pharmacien, acteur central de santé, lorsqu'une mineure les sollicite à ce sujet.

A travers cette étude, j'ai ainsi pu observer le grand professionnalisme de ces pharmaciens, malgré plusieurs difficultés relevées au moment de la délivrance de ces produits.

Il existe des méconnaissances et des erreurs sur la PCU notamment, qui peuvent être répétées malencontreusement aux patientes. Les connaissances sont donc à actualiser régulièrement, comme pour tout thème de santé.

La législation n'est pas parfaitement connue et appliquée dans plusieurs officines, qui ne garantissent ni l'anonymat ni la gratuité. Des rappels sur les dernières lois et décrets parus seraient bénéfiques, comme la possibilité de délivrance anonyme de la contraception régulière, ou encore le Pass Région-Santé, etc.

Des améliorations sur l'organisation de l'officine sont nécessaires : disposer d'un authentique lieu confidentiel, disposer de supports informatifs exhaustifs (PCU, contraception régulière, IST, centres de planification, etc.) et les distribuer systématiquement, ou encore mettre en place pour chaque membre de l'équipe un plan personnel de FPC.

Les voies d'amélioration des pratiques professionnelles, à l'échelle du pharmacien, sont donc nombreuses mais ne représentent qu'une partie des efforts de prise en charge globale que nous devons mener sur ce sujet des grossesses adolescentes. C'est grâce, entre autres, à un travail socioculturel de fond que notre société pourra évoluer, en prenant exemple sur les pays de l'Europe du Nord. Une éducation à la sexualité dès le plus jeune âge, permettrait de réduire fortement le taux d'IVG chez les mineures.

C'est donc, par une approche multidisciplinaire entre médecins, pharmaciens, infirmières scolaires, travailleurs sociaux, professeurs de SVT, parents et pouvoirs publics, qu'on peut finalement espérer aider les mineures à vivre leur adolescence et sexualité de manière épanouie.

VII. Bibliographie

1. Histoire de la contraception : J. Lansac [Internet]. [cité 7 avr 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/conf2007/030/Media/
2. Centre de planification et d'IVG, Hopital Pierres Rouquès Les Bluets. Il était une fois la contraception [Internet]. 2014 [cité 16 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.bluets.org/spip.php?article173>
3. HAS. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence - Note de cadrage [Internet]. 2011 [cité 6 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1121328/fr/mise-a-disposition-a-lavance-de-la-contraception-durgence-note-de-cadrage
4. Décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique. 2012-35 janv 10, 2012.
5. Piquet C. Pourquoi le nombre d'IVG a augmenté en 2013. Le Figaro.fr [Internet]. 11 juill 2014 [cité 26 nov 2014]; Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2014/07/11/01016-20140711ARTFIG00004-pourquoi-le-nombre-d-ivg-a-augmente-en-2013.php>
6. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés [Internet]. mai 2014 [cité 15 févr 2015];(511). Disponible sur: http://www.inserm.fr/content/download/82737/624043/file/POPSOC_511.pdf
7. European Medicines Agency. Benefits of Diane 35 and generics outweigh risks in specific patient group [Internet]. 2013 [cité 16 mai 2015]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/05/news_detail_001790.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
8. Une nouvelle conception de la contraception. Monit Pharm [Internet]. 10 avr 2010 [cité 6 nov 2014];(2826). Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2826/une-nouvelle-conception-de-la-contraception.html>
9. Le Monde, AFP. Le Pass contraception proposé dans les lycées d'Ile-de-France [Internet]. Le Monde.fr. 2011 [cité 6 nov 2014]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/04/26/le-pass-contraception-propose-dans-les-lycees-d-ile-de-france_1512703_3224.html
10. Région Haute Normandie. Pass Région-Santé : Tous mobilisés pour la santé des jeunes ! - LES ACTIONS - Région Haute Normandie [Internet]. 2014 [cité 10 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.hautenormandie.fr/LES-ACTIONS/Pass-Region-Sante-Tous-mobilises-pour-la-sante-des-jeunes>

11. Yaouanc C. EllaOne délivrée sans ordonnance à partir d'avril [Internet]. Objection ! 2015 [cité 10 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.objectiondelaconscience.org/ellaone-delivree-sans-ordonnance-partir-davril/>
12. Lansac J. La contraception de l'antiquité à nos jours. [Internet]. Tours; 2007 [cité 7 avr 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/conf2007/030/Media/
13. AGAPA. IVG : Rappels législatifs [Internet]. AGAPA. [cité 13 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.association-agapa.fr/documentation/reglementation/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-legislation/>
14. Houdaille J, Gutierrez H. La mortalité maternelle en France au XVIIIe siècle. *Population*. 1983;38(6):975-94.
15. Vilain A, Mouquet M-C, DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. *Etudes et Résultats DREES* [Internet]. juin 2014 [cité 6 nov 2014]; Disponible sur: <http://documentation.fhp.fr/documents/20180P.pdf>
16. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013 [Internet]. 2015 juill [cité 27 juill 2015]. Report No.: 0924. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_924_ivg_web.pdf
17. Hamers FF. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence. Note de cadrage [Internet]. HAS; 2011 nov [cité 18 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/note_cadrage_cu_vf.pdf
18. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
19. Code de la santé publique - Article R4235-48. Code de la santé publique.
20. Ordre National des pharmaciens. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine - Communications [Internet]. 2013 [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Recommandations-pour-l-amenagement-des-locaux-de-l-officine>
21. Code de la santé publique - Article D5134-1. Code de la santé publique.
22. Code de la santé publique - Article D5134-2. Code de la santé publique.
23. Code de la santé publique - Article D5134-4. Code de la santé publique.
24. Code de la santé publique - Article L5134-1. Code de la santé publique.
25. Assurance Maladie. Délivrance de la contraception d'urgence [Internet]. 2014 [cité 30 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/delivrance-de-la-contraception/la-contraception-d-8217-urgence.php>

26. Assurance Maladie. Délivrance de la contraception [Internet]. 2014 [cité 5 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/delivrance-de-la-contraception/la-contraception-pour-les-jeunes-filles-mineures.php>
27. Code de la santé publique - Article R4236-13. Code de la santé publique.
28. Legifrance. Code de la santé publique - Article R4221-15-4 [Internet]. mai 26, 2014. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000028991879&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140731>
29. Ordre National des pharmaciens. Le développement professionnel continu (DPC) [Internet]. 2014 [cité 6 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC>
30. HAS. contraception: focus sur les methodes efficaces. HAS. Saint-Denis La Plaine; mai 2013 [cité 30 oct 2014]; Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_focus_methodes_2013-05-22_18-09-35_548.pdf
31. Assurance Maladie. Efficacité des moyens contraceptifs : l'indice de Pearl [Internet]. 2014 [cité 16 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/contraception/efficacite-des-moyens-contraceptifs.html>
32. HAS. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1re ou 2e génération [Internet]. 2012 [cité 14 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf
33. HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. [Internet]. 2013 [cité 18 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
34. Cespharm - Que faire en cas d'oubli de pilule ? - carte [Internet]. [cité 20 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Que-faire-en-cas-d-oubli-de-pilule-carte>
35. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. 2013 [cité 13 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
36. Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002 [cité 6 nov 2014]. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/contraception_de_l_adolescente_292140/article.phtml?tab=texte

37. Mourier P-F. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception? Une comparaison internationale. Cent Anal Strat [Internet]. juin 2011 [cité 30 oct 2014];(214). Disponible sur:
http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/telechargement_fichier_fr_2011.06.09.contraception.na226_0.fr.pdf
38. Aubin C, MENNINGER DJ. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Rapp IGAS [Internet]. 2009 [cité 14 févr 2015]; Disponible sur: http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/_20_56_2010-12-22_09-16-46_.pdf
39. HAS. Contraception d'urgence. Prescription et délivrance à l'avance [Internet]. 2013 [cité 30 oct 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
40. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - NORLEVO 1,5 mg, comprimé. [Internet]. 2015 [cité 15 mai 2015]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=60812935&typedoc=R>
41. commission de la Transparence. NORLEVO 1,5 mg [Internet]. 2004 juill [cité 20 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031600.pdf>
42. HAS. Avis de la Commission de transparence sur Ellaone [Internet]. 2010 janv [cité 6 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone_-_ct-7137.pdf
43. Vidal. Ellaone 30 mg [Internet]. 2015 [cité 20 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.univadis.fr/external/vidal?proceed>
44. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. Rev Francaise Aff Soc. 2011;(1):162-98.
45. HAS. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence. Recommandation en santé publique [Internet]. 2011 [cité 6 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/note_cadrage_cu_vf.pdf
46. Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant; 2008. 365 p.
47. IGAS. Pharmacies d'officine : remuneration, missions, réseau. [Internet]. 2011 [cité 5 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000355/0000.pdf>

48. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé, médecins-pharmaciens 2003. Saint-Denis: Éd. INPES; 2005.
49. Garric A. Les pharmaciens vont être payés pour leurs conseils [Internet]. Le Monde.fr. 2012 [cité 7 nov 2014]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/03/16/les-pharmaciens-vont-etre-payes-pour-leurs-conseils_1670300_1651302.html
50. Le Moniteur des Pharmacies. Nouvelle rémunération : outil de simulation- Gestion- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/gestion/nouvelle-remuneration-outil-de-simulation.html>
51. Assurance Maladie. Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [Internet]. 2013 [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/convention-nationale.php>
52. Poletti B. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures [Internet]. Assemblée Nationale; 2011 mai [cité 30 oct 2014]. Report No.: n°3444. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3444.pdf>
53. Goulard H, Bajos N, Job-Spira N. Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. Gynécologie Obstétrique Fertil. sept 2003;31(9):724-9.
54. Gainer E, Blum J, Toverud E-L, Portugal N, Tyden T, Nesheim B-I, et al. Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. Contraception. août 2003;68(2):117-24.
55. Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran I, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises. Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2008;36(1):63-6.
56. Vallat-Bertrand A. Évaluation quantitative d'une intervention auprès des pharmaciens du canton de Bar-sur-Loup pour l'amélioration de la délivrance de la contraception de rattrapage aux mineures [Internet]. Nice; 2014 [cité 6 nov 2014]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00942317/>
57. Bouzit Ghindrit A. Evolution de la délivrance de la contraception d'urgence après l'application de la loi permettant sa vente sans prescription médicale par les pharmacies d'officine, dans une ville du Val de Marne (Vitry sur Seine) [Internet]. [Créteil]: Paris Val de Marne; 2004 [cité 1 juill 2015]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0243072.pdf>
58. MOLIMARD C. Délivrance aux mineures de la contraception d'urgence dans les pharmacies de Nice (étude réalisée sur un échantillon de 53 pharmacies). [Nice]; 2007.

59. Saint-Lorant G, Chauvel É, Asselin I. Aspects pratiques de la contraception féminine à l'officine. *Actual Pharm.* 2012;51(520):36-9.
60. Cooper RJ, Wingfield J, Bissell P. Ethical, religious and factual beliefs about the supply of emergency hormonal contraception by UK community pharmacists. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 1 janv 2008;34(1):47-50.
61. GANEM M. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineurs étude qualitative auprès de pharmaciens niçois (précédée d'une étude quantitative sur un échantillon de 50 pharmacies). Nice; 2010.
62. Rioli Michel, Groupe de travail. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins [Internet]. Ministère de la Santé; 2009 [cité 7 nov 2014]. Disponible sur: http://www.unpf.org/force_d.php?c=bc4cce6f9e1474e3ab5e30f69cb4f4311c4dfdc
63. Géry Y. La santé en action - n° 423. *La Santé en action.* InPES. Saint Denis - France; mars 2013;23-5.
64. National Health Service. Evaluation of oral contraception in community pharmacy pilot in Southwark and Lambeth. Final evaluation report. [Internet]. Londres; 2012 janv [cité 7 août 2015]. Disponible sur: http://library.constantcontact.com/download/get/file/1102793136107-19/NHS+2012_Evaluation+of+pharmacy+provision+of+OCs+in+London+1-2012.pdf
65. La Formation Pharmaceutique Continue [Internet]. achat-de-pharmacie.com. [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.achat-de-pharmacie.com/pages/default.aspx?toid=formation+continue+fpc-301&t=9>

VIII. Annexes

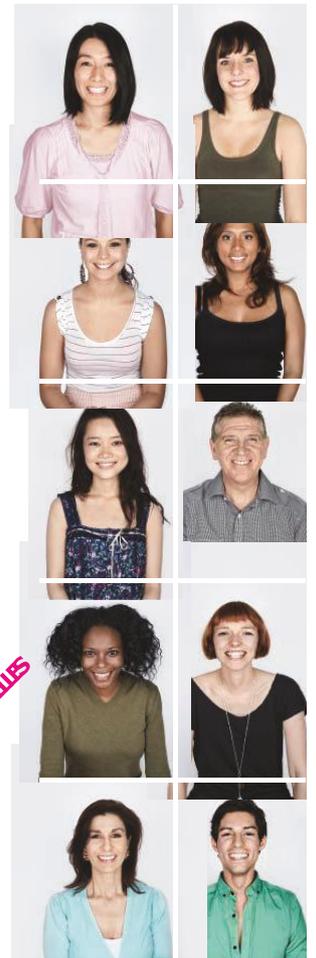
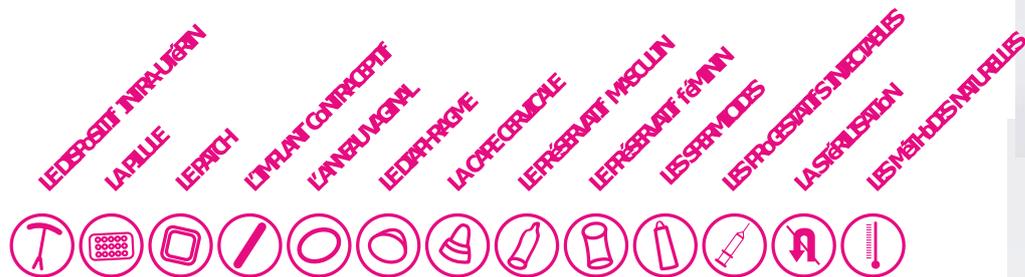
ANNEXE 1 : Choisir sa contraception. Brochure éditée par le Cespharm.

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

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Vous avez peut-être entendu parler d'implant, de préservatif féminin, de patch, ou encore d'anneau contraceptif... Aujourd'hui, chaque femme d'un couple a la possibilité de choisir la contraception qui lui convient.

Et ça, c'est le plus important. Parce qu'utiliser une méthode adaptée, c'est avoir la garantie d'une contraception plus efficace, parce qu'elle ne vous posera pas de problèmes, qu'elle sera adaptée à votre situation réelle et affective (que vous soyez en couple ou non), à votre mode de vie, à votre personnalité, qu'elle sera facile à utiliser, etc.

Vous trouverez dans ce document une présentation des différentes méthodes contraceptives. Ainsi informés, vous pourrez dialoguer avec un professionnel de santé qui vous aidera à choisir la contraception qui vous convient le mieux. Vous trouverez également les informations pratiques pour savoir où, comment et à quel prix vous la procurer.



ANNEXE 2 : Que faire en cas d'oubli de pilule ? Brochure éditée par l'INPES et le Ministère de la Santé.

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



Nom de votre pilule :

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

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

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

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

413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace,

il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

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

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



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

Rôle du pharmacien

1- **Inform**er, sans effrayer, les femmes sur le risque thromboembolique en cas de prise d'une contraception combinée : ces complications sont graves mais rares. Elles sont à mettre en balance avec les bénéfices procurés par la contraception hormonale.

2- **Sensibiliser** sur les signes d'alerte nécessitant une prise en charge en urgence et **remettre** la brochure de l'ANSM « Vous et vos contraceptifs oestroprogestatifs »¹ à la femme.

3- **Conseiller** les personnes à risque pour prévenir la survenue d'une complication : aide à l'arrêt du tabac, conduite à tenir en cas d'immobilisation prolongée, voyages supérieurs à 6-8h en avion...

4- **Se présenter** comme un interlocuteur disponible en cas de questions sur la contraception oestroprogestative et les risques thromboemboliques.

5- **Signaler tout effet indésirable** susceptible d'être dû au traitement contraceptif auprès du centre régional de pharmacovigilance².



¹ Disponible sur <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vous-et-vos-contraceptifs-oestroprogestatifs-Un-document-destine-aux-femmes-Point-d-Information>
Disponible à la commande sur <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Vous-et-vos-contraceptifs-oestroprogestatifs-brochure>

² <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/%28offset%29/4>

GRILLE D'ENTRETIEN – INTERVIEW PHARMACIENS

I- Présentation

A- Interviewer

Bonjour, je suis David Douteau, médecin généraliste remplaçant dans l'agglomération havraise. Je prépare actuellement ma thèse afin de valider mon DES de Médecine générale.

B- De la thèse

Le sujet de celle-ci concerne les modalités de délivrance de la contraception et de la contraception d'urgence, aux patientes mineures, par les pharmaciens de l'agglomération havraise.

C- Objectif de l'étude

Le but de cette thèse est de définir les difficultés rencontrées par les pharmaciens, au quotidien, vis-à-vis de cette délivrance et de déterminer si les conditions de dispensation prévues par la loi sont applicables en pratique.

D- Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative par réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de plusieurs pharmacies de l'agglomération havraise, tirées au sort préalablement.

E- Déroulement de l'interview

Cet entretien sera enregistré, avec votre accord, à l'aide d'un dictaphone. Les échanges seront ensuite transcrits informatiquement par mes soins.

Je vous garantis l'anonymat le plus complet, et bien sur nul jugement de valeur sur vos idées et pratiques professionnelles.

La durée moyenne de l'interview est d'une quinzaine de minutes.

II- Introduction

Avant de débiter, je souhaite vraiment vous remercier de me recevoir et de participer à l'élaboration de cette thèse.

Tout d'abord, pouvez-vous me dire quelques mots sur vous, et sur votre officine ?

Relances éventuelles :

- Age?
- Êtes-vous le propriétaire? salarié?
- Comment qualifieriez-vous votre clientèle de quartier ? (populaire, centre ville...)
- Quelle est la proportion de personnes en difficultés sociales fréquentant votre officine ? (CMUc, AME, sans couverture sociale)

III- Premier thème : Dispensation de la contraception aux mineures.

<p>-La loi HSPT et le décret de 2004 vous accorde une place primordiale dans le système de soins, avec une participation aux soins de premier recours et aux actes de prévention. Qu'en pensez-vous?</p>	<p><u>Relances possibles</u></p> <p>-Faites vous de la prévention? A quelle fréquence? -Identifiez-vous des obstacles à ce rôle de prévention? -Avez-vous des suggestions pour améliorer et favoriser ce rôle?</p>
<p>-Concernant la délivrance de la contraception aux mineures, pouvez-vous m'expliquer les difficultés que vous rencontrez?</p>	<p>-Êtes-vous souvent sollicité pour ce motif? -Quelles informations et conseils donnez-vous aux mineures? -Comment facturez-vous les boîtes délivrées? gratuitement? -Comment procédez-vous dans le cas des mineures confidentielles? -Comment procédez-vous dans le cas d'un renouvellement sans ordonnance? -Connaissez-vous le principe du renouvellement infirmier de contraceptifs? -Que pensez-vous du Pass Santé qui va être développé?</p>
<p>-Comment faites-vous pour remédier à ces difficultés?</p>	
<p>-Quelles solutions proposez-vous?</p>	

IV- Deuxième thème : Dispensation de la contraception d'urgence aux mineures.

<p>-Quelles sont vos difficultés concernant la délivrance de la CU?</p>	<p><u>Relances possibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Êtes-vous souvent sollicité pour ce motif? -Quelles informations et conseils donnez-vous? -Entretien préalable systématique? Quels sont les freins à celui-ci? -Espace de confidentialité? -Que pensez-vous de l'anonymat et de l'absence de justification de minorité? -Quel est votre avis concernant la gratuité?
<p>-Comment faites-vous pour remédier à toutes ces difficultés?</p>	
<p>-Quelles solutions préconisez vous afin d'appliquer au mieux la loi?</p>	

V- Troisième thème : Formation et supports informationnels.

<p>-De quels supports informatifs disposez-vous pour renseigner les mineures?</p>	<p><u>Relances possibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me les montrer?
<p>-Quel est votre avis concernant la formation pharmaceutique continue? Des difficultés?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Quels types de formation suivez-vous? -Qu'en est-il de vos collègues/salariés de l'officine? -Avez-vous reçu une formation spécifique sur la contraception et la CU?
<p>-Pouvez-vous me dire vers quels professionnels vous orientez ces jeunes filles?</p>	

VI- Clôture de l'interview et remerciements.

L'interview touche à sa fin. Je vous réitère sincèrement mes remerciements.

Voyez-vous des améliorations à apporter à mon questionnaire ?

M'autorisez-vous à prendre vos coordonnées afin de vous faire parvenir le résultat final de mon travail?

Remerciements et fin de l'enregistrement.

ANNEXE 6 : DVD ci-joint, comprenant la bande-son des interviews avec les pharmaciens, les entretiens retranscrits au format Word, et des documents de synthèse avec encodage.

IX. Résumé et mots-clés

Introduction : 26 000 IVG chez des adolescentes sont répertoriées annuellement en France. Ce nombre est stable depuis 2005, résultat d'échecs contraceptifs que les pouvoirs publics ne parviennent pas à endiguer malgré un accès facilité à la contraception régulière et d'urgence en officine. Je me suis intéressé aux modalités de cette délivrance officinale aux mineures, afin de connaître les difficultés rencontrées par les pharmaciens au quotidien. **Matériel et Méthodes :** La méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés a été choisie. 12 pharmaciens et 1 préparatrice de l'agglomération havraise ont été interviewés en février 2015. **Résultats :** Les difficultés sont multiples, certaines relatives aux comportements des mineures, d'autres propres aux pharmaciens. Des méconnaissances sur la législation en vigueur concernant l'anonymat et la gratuité de la PCU et contraception régulière, les informations incomplètes voire erronées délivrées sur la PCU, les IST, les centres de planification, sont retrouvées. L'absence d'espace confidentiel et la formation professionnelle continue hétérogène dans l'équipe officinale relèvent de difficultés économiques et d'organisation. **Conclusion :** La prise en charge de l'éducation sexuelle des mineures doit être pluridisciplinaire. Cela nécessite une refonte complète du système éducatif scolaire sur le modèle nord Européen. Le pharmacien a un rôle primordial à jouer dans la prévention des grossesses adolescentes, il a le devoir d'être parfaitement formé sur le thème de la contraception. Le développement du Pass Santé-Région est une option intéressante dans ce sens, garantissant anonymat et gratuité aux mineures.

Mots clés :

- Contraception mineures
- Contraception d'urgence
- Pharmacie
- Législation
- Prévention
- Délivrance