



HAL
open science

Contraception d'urgence et prise en charge des mineures

Erwann Dufour

► **To cite this version:**

Erwann Dufour. Contraception d'urgence et prise en charge des mineures. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03616939

HAL Id: dumas-03616939

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03616939v1>

Submitted on 23 Mar 2022

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.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2022

Thèse n°32

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **DUFOUR Erwann**

Né(e) le 28 Juin 1994 à Saint-Denis

Le jeudi 10 mars 2022

**Contraception d'urgence et prise en charge des
mineures**

Sous la direction de : Mme Françoise Amouroux

Membres du jury :

M. QUIGNARD Jean-François

Président

Mme AMOUROUX Françoise

Directrice

Mme. BOURLIER Isabelle

Examineur

Remerciements

A Pauline Gaffez, pour m'avoir motivé, soutenu et papouillé pendant toute ma thèse même quand je suis chiant.

A Max, Pauline, et Lise, pour ces soirées, ces raclettes, ces rires, et cette vodka beaucoup trop concentrée ! Même si on est tous éloignés, je garderais toujours une place pour vous.

A ma famille, pour m'avoir soutenu et cru en moi durant tout mon long cursus scolaire.

A Cédric et Aurélien, pour ces nuits blanches à jouer ensemble, ces parties de foot à la Réunion, ces heures à débattre pour se mettre d'accord sur un nouveau jeu et toutes nos longues discussions.

A tous mes amis de la fac de pharmacie et de droits, notamment mon binôme de TP Antoine, pour toutes ces grosses soirées qu'on a passé ensemble !

A toutes les personnes qui ont participé à mon étude, merci à tous d'avoir joué le jeu et de m'avoir accordé de votre précieux temps.

A ma directrice de thèse, Françoise Amouroux, pour la patience et la bienveillance qu'elle a eu malgré mon retard.

A mon jury, d'avoir lu ma thèse, de m'avoir reçu pour ma soutenance et de m'avoir accordé de leurs temps.

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	4
Liste des tableaux.....	9
Liste des abréviations.....	10
Introduction.....	11
Partie 1 : Histoire de la contraception d'urgence en France	13
I. Histoire des traitements de la contraception d'urgence en France	14
1. La méthode Yuzpe	14
a) Indications.....	15
b) Mécanisme d'action	15
c) Posologie	16
d) Contre-indications	16
e) Précautions d'emploi.....	16
f) Interactions.....	16
g) Effets indésirables.....	17
2. Le DIU au cuivre	17
a) Indications.....	18
b) Mécanisme d'action	18
c) Posologie	19
d) Contre-indications	19
e) Précautions d'emploi.....	20
f) Interactions.....	21
g) Effets indésirables.....	21
3. Lévonorgestrel	22
a) Indications.....	22

b)	Mécanisme d'action	22
c)	Posologie	23
d)	Contre-indications	23
e)	Précautions d'emploi.....	23
f)	Interactions.....	24
g)	Effets indésirables.....	25
4.	Acétate d'ulipristal	25
a)	Indications.....	26
b)	Mécanisme d'action	26
c)	Posologie	26
d)	Contre-indications	27
e)	Précautions d'emploi.....	27
f)	Interactions.....	28
g)	Effets indésirables.....	28
II.	Histoire du droit de la contraception d'urgence en France.....	29
1.	1920 : Répression de l'avortement & des propagandes anticonceptionnelles 30	
2.	1967 : La loi Neuwirth.....	30
3.	1974 : Evolution de la loi Neuwirth et abaissement de la majorité civile de 21 ans à 18 ans.....	31
4.	1975 : La loi Veil.....	32
5.	1999 : Première contraception d'urgence disponible en pharmacie sans ordonnance	34
6.	2000 : Accès à la contraception d'urgence.....	34
7.	2001 : Modernisation de la loi Veil et Neuwirth	35
8.	2004 : Implication des sages-femmes dans la contraception et la contraception d'urgence	36

9.	2009 : Plus grande implication des sages-femmes, infirmiers et pharmaciens dans la contraception	36
10.	2013 : Contraception et l'IVG gratuite pour les mineures de plus de 15 ans pour tous les moyens de contraception remboursés par l'Assurance Maladie. .	37
11.	2015 : ELLAONE® devient accessible sans ordonnance	38
12.	2016 : Suppression de la notion « d'état de détresse » dans les infirmeries scolaires.	39
Partie 2 : Enquête auprès des professionnels de santé sur la prise en charge des mineures concernant la contraception d'urgence		40
I.	Avis de la HAS	40
1.	Les freins identifiés par la HAS	40
2.	Les propositions du groupe de travail	41
II.	Enquête	43
1.	Introduction	43
2.	Matériels & méthodes.....	44
a)	Type d'enquête	44
b)	Sélection de l'échantillon	45
c)	Recueil des données	46
d)	Analyse des données :.....	46
3.	Résultats	46
a)	Les freins identifiés ou perçus par les professionnels de santé	47
b)	Les solutions proposées à ces freins	50
c)	L'évaluation et le ressenti de la pratique de la prescription à l'avance de la CU.....	53
d)	Des projets d'amélioration de la prise en charge	54
4.	Conclusion	55
Partie 3 : Améliorations récentes de la prise en charge de la contraception d'urgence et des mineures		57

I.	Les projets mis en œuvre	57
1.	Les différents « Pass contraception »	57
a)	La cible	57
b)	L'innovation et les avantages apportés.....	58
c)	Les limites.....	58
d)	L'efficacité.....	59
2.	Fil Santé Jeunes	60
a)	La cible	60
b)	L'innovation et les avantages apportés.....	61
c)	Les limites.....	61
d)	L'efficacité.....	61
3.	Prescription et Délivrance à l'avance de la contraception d'urgence	63
a)	La cible	63
b)	L'innovation et les avantages apportés.....	63
c)	Les limites.....	64
d)	L'efficacité.....	64
4.	Contraception gratuite jusqu'à 25 ans.....	65
a)	La cible	65
b)	L'innovation et les avantages apportés.....	66
c)	Les limites.....	66
d)	L'efficacité.....	67
II.	Les projets évoqués lors des entretiens.....	67
1.	Prise en charge des tests de grossesse.....	68
a)	La cible	68
b)	L'innovation et les avantages apportés.....	68
c)	Les limites.....	69
2.	Visite médicale scolaire.....	69

a)	La cible	70
b)	L'innovation et les avantages apportés	70
c)	Les limites	70
3.	Campagnes de préventions & communications	71
a)	Pour les patients :	71
b)	Pour les professionnels de santé	71
c)	Les limites	72
4.	Gratuité de la contraception et/ou de la contraception d'urgence pour toutes les femmes	72
a)	La cible	72
b)	L'innovation et les avantages apportés	73
c)	Les limites	73
5.	Les projets non-retenus.....	73
a)	Disponibilité de délivrer l'acétate d'ulipristal par les infirmiers scolaires	74
b)	Systématisation de la prescription de CU à l'avance lors d'une consultation contraception	74
c)	Distributeur de CU	75
d)	Augmenter la durée de validité des ordonnances contraceptions.....	75
e)	Prise en charge des probiotiques.....	75
f)	Prescription pour le partenaire pour la prise en charge des IST	76
g)	Pass consultation gynécologie.....	76
	Conclusion.....	77
	Bibliographie.....	79
	Annexes :.....	86
	Serment de Galien.....	117

Liste des tableaux

Tableau 1 : Freins au recours à la contraception d'urgence (51).....	41
Tableau 2 : Freins identifiés par les professionnels de santé chez les patients.....	47
Tableau 3 : Freins identifiés par les professionnels de santé chez les professionnels de santé.....	49
Tableau 4 : Solutions aux freins proposés par les professionnels de santé classé selon le nombre de fois évoqués.....	50

Liste des abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage

CU : Contraception d'Urgence

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DROM : Département et région d'outre-mer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IS : Infirmier(e) scolaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Hormone Lutéinisante

PMI : Protection Maternelle et Infantile

NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire (appelé aussi Numéro de Sécurité Sociale)

Introduction

La prévention des grossesses non-désirées est assurée principalement par une méthode contraceptive efficace, en son absence la contraception d'urgence permet de limiter le risque de fécondation de l'ovule aboutissant à une grossesse.

La contraception d'urgence est une méthode encore très utilisée aujourd'hui. En 2016, 6,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont utilisé une CU au cours des 12 derniers mois, et parmi ces femmes la tranche d'âge la plus représentée est 15-19 ans avec une proportion de 21,4%. Cette tranche d'âge correspond aux jeunes femmes adultes mais surtout aux jeunes filles durant leur puberté.

La puberté est une période durant laquelle les individus subissent de nombreux changements physiques, hormonaux, sociaux et psychologique. Lors de cette phase de leur vie, de nombreux adolescents connaissent leurs premiers rapports, parfois avant même leur premier cours d'éducation sexuelle. Une attention particulière des professionnels de santé est nécessaire pour prendre en charge ces personnes soumises à des changements de leur cadre de vie, parfois brutaux, et qui ne sont pas encore autonomes.

Parmi les différents aspects de cette prise en charge, on peut retrouver :

- L'aspect informatif, qui passe par l'information, que ce soit des risques des grossesses non-désirés, mais aussi des risques d'IST lors des rapports non-protégés, des différentes méthodes de contraception, des mesures susceptibles de les aider *etc...*
- L'aspect accessibilité, en favorisant les points de rencontre entre les professionnels de santé et les patients, que ce soit en impliquant différents professionnels de santé proches de leur cadre de vie comme un(e) infirmier(e) scolaire, en développant des structures telles que les CPEF, en favorisant l'autonomie des mineurs dans les actes médicaux *etc...*
- L'aspect économique, permettant de couvrir les besoins financiers nécessaires aux actes médicaux.

Le développement et l'utilisation des méthodes contraceptives et de la contraception d'urgence dépendent à la fois des innovations pharmaceutiques et de l'évolution du cadre légal qui l'entourent.

En France, il a fallu attendre 1967, lors de l'adoption de la loi Neuwirth, pour autoriser l'utilisation des premières méthodes contraceptives. Et en 1974 Albert Yuzpe décrit pour la 1^{ère} fois une méthode de contraception d'urgence.

Depuis cette époque de nouvelles molécules et de nouvelles méthodes de contraceptions ont été mises en place, et le cadre légal entourant l'accessibilité à la contraception et aux CU a été fortement assoupli.

De nos jours, la contraception d'urgence est de plus en plus accessible, cependant il reste toujours des freins à son utilisation, différents de l'époque de son apparition notamment à cause de l'évolution des mœurs et de la société.

Ce sujet de thèse a pour but d'évaluer les freins perçus par les professionnels de santé et, si possible, d'y apporter des solutions. Parallèlement à cela, on discutera des différents projets récents ou qu'on pourrait mettre en place permettant une meilleure prise en charge des femmes nécessitant une CU ou des mineurs.

On abordera tout d'abord les différentes contraceptions d'urgence inventées par ordre chronologiques, puis l'histoire du droit de la contraception d'urgence, en 2^{ème} partie, on présentera une enquête menée auprès de différents professionnels de santé exerçant dans différentes conditions, et pour terminer, on discutera des récentes mesures mises en place et des projets évoqués par les professionnels de santé lors de l'enquête.

(1)

Partie 1 : Histoire de la contraception d'urgence en France

La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage, destinée à une situation d'urgence, pour rattraper un échec ou une absence de contraception.

Actuellement, il existe 2 méthodes de contraception d'urgence (CU) commercialisées en France :

- 1 méthode hormonale par voie orale à base de lévonorgestrel ou d'acétate d'ulipristal.
- 1 méthode mécanique par voie intra-utérine avec le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU)

Ces contraceptions d'urgence présentent toutes des avantages et des inconvénients qui permettent aux professionnels de santé de s'adapter à différentes situations.

Par ailleurs, il existe d'autres moyens de contraception d'urgence qui ne sont pas ou plus disponibles en France :

- La mifépristone, connue aussi sous le nom de RU486, utilisée uniquement dans les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses (IVG) en France, mais également à plus faible dose comme CU dans certains pays.
- La méthode Yuzpe ou méthode hormonale combinée à base de lévonorgestrel et d'éthinylestradiol en 2 prises avec 12h d'intervalle.

Depuis 1920, une loi interdisait le recours à la contraception et à l'avortement en France dans le but de repeupler le pays suite à la guerre. Il faudra attendre jusqu'au 18 Mai 1966 pour que Lucien Neuwirth propose une loi, dite « loi Neuwirth », autorisant la contraception qui sera alors votée en 1967. Depuis ce moment-là, les droits et les avancées sur la contraception évoluent.

Différentes méthodes de contraception d'urgence ont alors été développées et utilisées en France :

- Dans les années 1960, plusieurs méthodes co-existaient, basées essentiellement sur de fortes doses d'œstroprogestatifs.

- En 1974, Albert Yuzpe met au point la méthode Yuzpe qui se popularisera auprès de ses confrères.
- En 1976, Jack Lippes observera l'efficacité des DIU en cuivre en contraception d'urgence.
- En 1982, le lévonorgestrel seul est étudié comme contraception d'urgence par Seregely.
- En 1998, TETRAGYNON[®] est commercialisé, un contraceptif d'urgence qui reprend la méthode Yuzpe. Il n'est plus disponible à ce jour en France.
- En 1999, NORLEVO[®], un médicament à base de lévonorgestrel est commercialisé.
- Enfin en 2009, ELLAONE[®] une contraception d'urgence utilisant l'acétate d'ulipristal comme principe actif sort sur le marché.

(2)(3)(4)(5)(6)

I. Histoire des traitements de la contraception d'urgence en France

1. La méthode Yuzpe

Il s'agit de la 1^{ère} contraception d'urgence efficace qui a permis d'harmoniser les pratiques entre les professionnels de santé. Décrit en 1974 par Albert Yuzpe, il donnera son nom à la méthode.

C'est une méthode hormonale avec une association de 200µg d'éthinylestradiol et 2mg de lévonorgestrel en 2 administrations séparées de 12h.

Avant la commercialisation de TETRAGYNON[®] et en l'absence de médicament ayant l'AMM pour la contraception d'urgence, cette méthode était tout de même utilisée en prenant des oestroprogestatifs utilisés pour la contraception : 2 prises de 2 comprimés de STEDIRIL[®], 2 prises de 4 comprimés pour ADEPAL[®], MINIDRIL[®] ou TRINORDIOL[®].

TETRAGYNON® est commercialisé en 1998 jusqu'à son arrêt en 2004, TETRAGYNON® est conditionné en boîte de 4 comprimés de 250µg de lévonorgestrel et de 50 µg d'éthinylestradiol, la prise se fait donc en 2 prises de 2 comprimés.

A noter que pour STEDIRIL®, il s'agit de norgestrel et non pas de lévonorgestrel, le lévonorgestrel étant la forme active lévogyre du norgestrel, avec le total des 4 comprimés pris, on retrouve donc 200µg d'éthinylestradiol, 1mg de lévonorgestrel et 1mg de dextronorgestrel. STEDIRIL® n'est plus commercialisé depuis 2016.

ADEPA®, MINIDRIL® et TRINORDIOL® sont encore commercialisés aujourd'hui et contiennent eux un total de 200µg d'éthinylestradiol et 2mg de lévonorgestrel.

Cette méthode n'est actuellement plus utilisée en France en raison de l'oubli de la 2^{ème} prise et des effets indésirables trop importants.

(7)

a) Indications

TETRAGYNON® est indiqué comme contraceptif d'urgence à prendre dès que possible, dans la limite de 72h, après un rapport non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive

TETRAGYNON® a arrêté d'être commercialisé en 2004.

b) Mécanisme d'action

L'effet principal retenu est l'effet anti-gonadotrope sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. En inhibant le pic de LH, cela provoquerait un retard ou une inhibition de l'ovulation.

Cependant, il n'est pas exclu qu'il existe d'autres mécanismes comme un amincissement de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation ou un épaissement de la glaire cervicale, qui réduirait la mobilité des spermatozoïdes.

(8)

c) Posologie

La méthode Yuzpe s'administre en 2 doses de 100µg d'éthinylestradiol et 1mg de lévonorgestrel séparées de 12h par voie orale, le plus tôt possible après le rapport à risque fécondant jusqu'à un maximum de 72h.

d) Contre-indications

« La méthode Yuzpe peut être contre-indiquée pour les personnes à risque d'accident cardiovasculaires

Fumeuse de plus de 35 ans

Antécédent de caillots sanguins (troubles thromboemboliques)

Antécédent d'accident vasculaire cérébral

Antécédent de problèmes cardiaques

Hypertension artérielle

Migraines avec aura

Migraines et plus de 35 ans

Planification de chirurgie majeure avec immobilisation prolongée »

(9)

e) Précautions d'emploi

La méthode ne nécessite pas d'examen gynécologique préalable, cependant au vu des risques thrombo-emboliques, un interrogatoire bien conduit sur les antécédents de la patiente est nécessaire.

f) Interactions

L'éthinylestradiol et le lévonorgestrel étant fortement métabolisés au niveau hépatique, les inducteurs enzymatiques peuvent diminuer les concentrations plasmatiques et donc diminuer l'efficacité de la méthode.

L'acétate d'ulipristal entrant en compétition avec le lévonorgestrel pour les récepteurs à la progestérone peut entraîner une diminution de l'efficacité des principes actifs. La prise concomitante d'acétate ulipristal n'est pas recommandée.

(10)(11)

g) Effets indésirables

« Les effets le plus souvent rapportés incluent :

Nausées et vomissements

Étourdissements et fatigue

Maux de tête

Ballonnements et crampes abdominales

Pertes vaginales ou saignements irréguliers

Perturbation de la date prévue des menstruations »

(7)

2. Le DIU au cuivre

Bien que des traces de corps étrangers utilisés à des fins contraceptives ou abortives soient mentionnées dans divers textes vétérinaires (insertions de cailloux dans l'utérus de chameaux afin d'éviter une grossesse pendant les longues traversées) ou médicales (l'interdiction de l'usage de pessaire abortif dans le serment d'Hippocrate), le premier réel DIU (parfois appelé stérilet) est inventé et décrit en Allemagne en 1909 par le docteur allemand Richard Richter. Cette méthode a beaucoup évolué dans le temps sur les formes et la composition (soie, argent, plastique *etc...*) jusqu'aux années 1960 à l'utilisation de DIU en cuivre.

Et ce n'est qu'en 1976, que le docteur américain Jack Lippes décrit l'utilisation du DIU en cuivre comme contraception post-coïtale dans « The postcoital copper-T ».

Les DIU au cuivre ont continué d'évoluer jusqu'à aujourd'hui, et sont encore utilisés dans la contraception et la contraception d'urgence en France.

Le DIU au cuivre est composé d'un fil de cuivre recouvrant une surface de 375mm² ou 380mm², en fonction du dispositif, autour d'un support plastique le plus souvent en forme de « T » radio-opaque, facilitant son observation par radiographie ou échographie, et un fil de nylon ressortant jusqu'à l'entrée de l'utérus ce qui facilite le retrait.

(12)(13)(14)

a) Indications

Le DIU au cuivre a 2 indications :

- La contraception d'urgence dans les 5 à 7 jours après un rapport à risque
- Et une contraception sur le long terme.

Après la pose d'un DIU au cuivre comme contraception d'urgence, celui-ci peut donc être conservé afin d'assurer une contraception sur le long terme.

Il est intéressant de noter qu'il s'agit de la seule CU non hormonale.

b) Mécanisme d'action

Il existe plusieurs mécanismes d'actions qui agissent avant et après la formation de l'embryon.

Avant la formation de l'embryon :

- Le DIU au cuivre libère des ions Cu^{2+} dans le tractus génital, favorise la réaction inflammatoire liée à la présence du corps étranger entraînant une stimulation des leucocytes et une altération des cellules endométriales. Cette réaction inflammatoire et la concentration de Cu^{2+} à une dose toxique affecte le spermatozoïde.

On observe alors une diminution de la motilité, de la viabilité, de la capacité de pénétration et de la capacité à effectuer la réaction acrosomique (fusion de la membrane cellulaire et de la membrane de l'acrosome permettant de libérer le contenu).

- Libérations de concentrations ions Cu^{2+} à dose toxique dans les trompes de Fallope provoquant la destruction des ovules.

Après la formation de l'embryon :

- Les concentrations de Cu^{2+} et le contexte inflammatoire dans l'utérus provoquent une destruction de l'embryon.
- Les concentrations de Cu^{2+} dans les trompes de Fallope provoquent une destruction d'un embryon nouvellement formé.

- Les ions Cu^{2+} entraînent une stimulation des muscles lisses des trompes de Fallope modifiant la vitesse de transport de l'embryon créant une désynchronisation entre l'embryon et l'endomètre.
- Les ions Cu^{2+} entraînent une altération de certaines cytokines et intégrines nécessaires à l'implantation, empêchant la nidation.
- Les ions Cu^{2+} stimulent également les activités contractiles du myomètre, un effet qui pourrait contribuer à l'action contraceptive.

(15)(16)

c) Posologie

L'intérêt de cette méthode est de s'affranchir des contraintes liées à l'observance.

Dans le cadre de la CU, la pose s'effectuera 5 à 7 jours après le rapport à risque fécondant.

Le DIU est posé par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme pour une durée maximale de 4 à 10 ans selon le dispositif. Il sera retiré par l'un de ces professionnels de santé cités.

Le DIU au cuivre peut être posé à n'importe quel moment du cycle (contrairement au DIU hormonal qui doit se poser dans la semaine suivant les règles) cependant, s'il n'y a pas d'urgence, il est préférable de le poser en début de cycle afin d'éviter de poser un DIU chez une femme qui pourrait être enceinte.

(17)(18)

d) Contre-indications

« Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU au cuivre définies par l'OMS sont :

- *Toute grossesse suspectée ou avérée ;*
- *Infection puerpérale en post-partum ;*
- *En post-abortum : immédiatement après un avortement septique ;*

- *Maladie inflammatoire pelvienne en cours ;*
- *Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours ;*
- *Tuberculose génito-urinaire avérée ;*
- *Saignements vaginaux inexplicables (suspicion de pathologie grave) ;*
- *Maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;*
- *Cancer du col utérin ;*
- *Cancer de l'endomètre ;*
- *Toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU ;*
- *Fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine ;*
- *Hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.*

Il n'est pas recommandé de poser un DIU :

- *Dans la période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement ;*
- *Lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles. »*

(18)

A noter que la nulliparité n'est pas une contre-indication à la pose d'un DIU, contrairement à certaines croyances populaires.

e) Précautions d'emploi

Avant la pose du DIU, un examen gynécologique préalable est nécessaire, il a pour but :

- Estimer la taille, forme, position et la profondeur (avec une hystérométrie) de l'utérus afin d'orienter le choix du DIU.
- Ecarter une grossesse, maladie inflammatoire pelvienne et une grossesse extra-utérine. Il est recommandé de poser le DIU, si possible, en début de cycle pour éviter la pose lors d'une grossesse.

- En présence de facteur de risque infectieux (IST ou pratique sexuelle à risque d'IST), un test diagnostique sur Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae est recommandé.
- L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée, mais l'administration d'antalgique peut être proposée avant la pose du DIU.

La pose se fait dans des conditions d'hygiène strictes avec du matériel à usage unique ou stérilisable à l'autoclave.

Après la pose, il est nécessaire d'avoir un suivi au bout d'un mois, de trois mois puis une fois par an minimum. Le but du premier rendez-vous de suivi est de vérifier que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé, et qu'aucune inflammation pelvienne n'est survenue.

(18)

f) Interactions

Il n'y a pas d'interaction médicamenteuse retenue pour le DIU au cuivre, cependant dans certaines notices, la prise d'AINS ou de corticoïdes pendant une longue durée, est déconseillée.

« Les données disponibles avec les stérilets Mona Lisa montrent qu'il n'y a pas d'interaction médicamenteuse en dehors de l'utilisation prolongé [sic] d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (en particulier l'acide acétylsalicylique) et des corticoïdes. L'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens en traitement court, par exemple pour traiter une dysménorrhée, ne semble pas influencer l'efficacité contraceptive des DIU. »

(19)

g) Effets indésirables

On retrouve comme effets indésirables :

- Des risques infectieux (endométrite, salpingite) qui nécessitent un retrait du DIU et une antibiothérapie adaptée.

- Risque lié à l'insertion : Douleurs, contractions utérines, saignements
- Risque d'expulsion du DIU, surtout lié à la technique de pose, particulièrement lors des règles durant les trois premiers cycles suivant la pose.
- Une modification du cycle menstruel (saignements intermittents, ménorragie, douleurs durant les règles).
- Une perforation utérine.
- Une bradycardie et une syncope vasovagale durant la pose ou le retrait du DIU, particulièrement chez les femmes nullipares.
- Une possible réaction cutanée allergique.
- Rarement un risque de grossesse ectopique.

(18)(19)

3. Lévonorgestrel

Depuis 1982, on a démontré que l'administration de lévonorgestrel seul pouvait également être une méthode de contraception d'urgence efficace et sûre. Peu à peu, le lévonorgestrel remplacera la méthode YUZPE car le lévonorgestrel entraîne moins fréquemment la nausée, le vomissement et la fatigue.

NORLEVO® sera commercialisé en 1999 par le laboratoire HRA Pharma et générique en 2007. Cette contraception d'urgence hormonale est encore très utilisée en France, elle a pour avantage d'être peu couteuse, facile d'accès, et peu contraignante.

a) Indications

NORLEVO® est indiqué comme contraceptif d'urgence à prendre dès que possible, dans la limite de 72h, après un rapport non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.

b) Mécanisme d'action

Selon le RCP de NORLEVO® :

« Le mode d'action principal est de bloquer et/ou de retarder l'ovulation par la suppression du pic de l'hormone lutéinisante (LH). Le lévonorgestrel interfère avec le processus d'ovulation uniquement

s'il a été administré avant l'augmentation initiale du taux de LH. Le lévonorgestrel n'a pas d'effet contraceptif d'urgence s'il est administré plus tard au cours du cycle. »

Il existe également d'autres mécanismes mineurs présumés comme par exemple la modification des fluides utérins diminuant la mobilité des spermatozoïdes.

(20)(21)

c) Posologie

Initialement le lévonorgestrel était administré en 2 doses de 750 µg avec un intervalle de 12h par voie orale. De nos jours, il est administré en dose unique de 1,5 mg.

La dose est à prendre le plus rapidement possible après le rapport à risque fécondant dans une limite de 72h. En cas de vomissement dans les 3h, un autre comprimé doit être pris.

La contraception d'urgence ne protège pas des rapports à venir, il est nécessaire de mettre en place une contraception locale efficace jusqu'aux prochaines règles.

(19)

d) Contre-indications

« Hypersensibilité au lévonorgestrel ou à l'un des excipients. »

(19)

e) Précautions d'emploi

Une grossesse doit être exclue car le lévonorgestrel ne serait pas efficace.

Il existe un risque de grossesse ectopique en cas d'échec de NORLEVO® qui doit être envisagée. C'est également pour ça que la prise de NORLEVO® n'est pas recommandée aux femmes présentant un risque de grossesse ectopique.

Les syndromes de malabsorption sévères ou une atteinte hépatique sévère peuvent modifier la pharmacocinétique de NORLEVO®, il n'est donc pas recommandé de l'utiliser dans ces cas-là.

Les facteurs de risque thromboemboliques doivent être pris en compte chez les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux.

L'utilisation répétée de NORLEVO® au cours d'un même cycle n'est pas recommandée en raison de la dose importante d'hormones, de l'augmentation du risque d'effets indésirables et de la possibilité de perturbations importantes du cycle menstruel.

Le lévonorgestrel étant excrété dans le lait, en cas d'allaitement il est recommandé d'allaiter avant la prise et de ne pas allaiter durant 8h.

Les spécialités contenant du lactose monohydraté, un excipient notoire, ne sont pas recommandées chez les personnes souffrant d'intolérance au galactose, de déficit en lactase de Lapp ou de syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose.

Un décalage de la date des règles est possible, cependant en cas de retard des règles il est nécessaire de faire un test de grossesse pour éliminer la possibilité d'une grossesse.

(19)(20)

f) Interactions

L'acétate d'ulipristal entrant en compétition avec le lévonorgestrel pour les récepteurs à la progestérone peut entraîner une diminution de l'efficacité des principes actifs. La prise concomitante d'acétate ulipristal n'est pas recommandée.

Le lévonorgestrel étant fortement métabolisé au niveau hépatique, les inducteurs enzymatiques, principalement CYP3A4, peuvent diminuer les concentrations plasmatiques et donc diminuer l'efficacité de la contraception d'urgence. On retrouve parmi ces inducteurs le millepertuis, les barbituriques, la rifampicine, le ritonavir, la rifabutine et la griséofulvine.

Le lévonorgestrel peut entrer en compétition avec le métabolisme de la ciclosporine et donc majorer le risque de toxicité de la ciclosporine.

(19)(20)

g) Effets indésirables

Parmi les effets indésirables les plus fréquents on retrouve :

- Affections du système nerveux :
 - o Vertiges (très fréquent)
 - o Céphalées (très fréquent)

- Affections gastro-intestinales :
 - o Nausées (très fréquent)
 - o Douleurs abdominales (très fréquent)
 - o Vomissements (fréquent)
 - o Diarrhées (fréquent)

- Affection des organes de reproduction et du sein :
 - o Douleurs pelviennes (très fréquent)
 - o Tension mammaire (très fréquent)
 - o Retard de règles (très fréquent)
 - o Métrorragies (très fréquent)
 - o Dysménorrhée (fréquent)

- Troubles généraux :
 - o Fatigue (très fréquent)

(20)

4. Acétate d'ulipristal

Il s'agit de la dernière méthode hormonale de CU commercialisée en France. Commercialisé en 2009 également par le laboratoire HRA Pharma sous le nom de ELLAONE[®], et plus récemment générique en 2020.

Comme le lévonorgestrel, il s'agit d'une méthode de CU facile d'accès et peu contraignante. Le lévonorgestrel ayant été générique avant la sortie de ELLAONE[®], on pouvait retrouver une grande différence de prix entre les 2 méthodes, cependant l'arrivée des génériques d'acétate d'ulipristal risque de diminuer cet écart et pourrait

jouer un rôle sur le choix du traitement, notamment pour le patient lorsque les 2 CU hormonales sont possibles.

a) Indications

ELLAONE® est indiqué comme contraceptif d'urgence à prendre dès que possible, dans la limite de 120h, après un rapport non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.

Cependant, pour les patientes qui sont sous pilules progestatives ou oestroprogestatives, on peut retrouver une interaction entre la contraception hormonale et ELLAONE®. Ce n'est pas une contre-indication mais cela nécessite d'utiliser une contraception locale jusqu'à la survenue des prochaines règles.

(22)

b) Mécanisme d'action

Selon le RCP de ELLAONE® :

« L'ulipristal acétate est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone actif par voie orale qui agit en se liant avec une forte affinité aux récepteurs de la progestérone humaine. »

Le mécanisme principal de ELLAONE® est l'inhibition et/ou le retardement de l'ovulation en supprimant le pic de LH.

L'acétate d'ulipristal permet aussi de retarder la rupture folliculaire même lorsque la LH a commencé à augmenter, ce qui permet de rallonger légèrement la fenêtre d'utilisation.

(22)(23)

c) Posologie

Une dose de 30mg en prise unique par voie orale est à prendre le plus rapidement possible après le rapport à risque fécondant dans une limite de 120h. En cas de vomissement dans les 3h, un autre comprimé doit être pris.

La contraception d'urgence ne protège pas des rapports à venir, il est nécessaire de mettre en place une contraception locale efficace jusqu'aux prochaines règles.

(22)

d) Contre-indications

« Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients »

(22)

e) Précautions d'emploi

L'acétate d'ulipristal ne doit pas être pris pendant la grossesse car il serait inefficace, cependant la prise du médicament n'interrompt pas la grossesse en cours.

En cas de retard des règles ou si elles ont un caractère inhabituel, il est nécessaire de faire un test de grossesse pour exclure tout risque de grossesse.

Un décalage de la date des règles est possible après la prise de l'acétate d'ulipristal.

L'efficacité semble être diminuée chez les femmes en surcharge pondérale ou obèse.

ELLAONE® et les génériques (comme Ulipristal Acetate Mylan & Ulipristal Acetate Exeltis) contenant du lactose monohydraté, un excipient notoire, ne sont pas recommandées chez les personnes souffrant d'intolérance au galactose, de déficit en lactase de Lapp ou de syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose.

La prise de ELLAONE® n'est pas recommandée chez les femmes souffrant d'asthme sévère traitées par glucocorticoïdes par voie orale, ou en cas d'insuffisance hépatique sévère.

L'acétate d'ulipristal étant excrété dans le lait maternel et l'effet étant encore méconnu chez le nouveau-né, l'allaitement n'est pas recommandé pendant une semaine suite à la prise de ce médicament.

f) Interactions

L'acétate d'ulipristal entrant en compétition avec le lévonorgestrel pour les récepteurs à la progestérone peut entraîner une diminution de l'efficacité des principes actifs. La prise concomitante de lévonorgestrel et d'acétate ulipristal n'est pas recommandée.

L'acétate d'ulipristal peut également baisser l'action de contraception hormonale régulière. Si une femme souhaite commencer ou continuer une contraception hormonale après la prise de ELLAONE[®], il est recommandé d'utiliser une contraception locale jusqu'à la survenue des prochaines règles.

L'acétate d'ulipristal étant fortement métabolisé au niveau hépatique, les inducteurs enzymatiques, principalement CYP3A4, peuvent diminuer les concentrations plasmatiques et donc diminuer l'efficacité de la contraception d'urgence. On retrouve parmi ces inducteurs le millepertuis, les barbituriques, la rifampicine, le ritonavir, la rifabutine et la griséofulvine.

L'absorption de ELLAONE[®] étant pH dépendant, la prise concomitante avec un inhibiteur de la pompe à protons affecte la concentration maximale et un retard d'absorption de l'acétate d'ulipristal. La pertinence de cette interaction d'un point de vue clinique n'est pas connue.

g) Effets indésirables

Parmi les effets indésirables les plus fréquents on retrouve :

- Affections psychiatriques :
 - Troubles de l'humeur

- Affections du système nerveux :
 - Céphalées
 - Sensations vertigineuses

- Affections gastro-intestinales :
 - Nausées
 - Douleurs abdominales
 - Gêne abdominale

- Vomissements.

- Affections musculo-squelettiques et systémiques :
 - Myalgies
 - Douleur dorsale

- Affections des organes de reproduction et du sein :
 - Dysménorrhée
 - Douleur pelvienne
 - Sensibilité des seins

- Troubles généraux et anomalies au site d'administration :
 - Fatigue

II. Histoire du droit de la contraception d'urgence en France

Le droit relatif à la contraception et à l'avortement en France existe depuis longtemps, cependant afin d'obtenir une traçabilité des événements et des sources fiables, nous commencerons à partir de l'année 1920.

Après une longue période où aucune évolution juridique concernant le sujet n'aboutira, il faudra attendre l'année 1966 que la loi Neuwirth soit proposée, à partir de là, il y aura un essor du droit concernant la contraception et l'avortement.

Parallèlement, le développement des méthodes de contraception d'urgence connaîtra également une avancée avec l'apparition des méthodes développées précédemment.

C'est de cette évolution médicale et législative simultanée que naîtra un droit plus spécifique concernant la contraception d'urgence.

Sans le développement législatif de la contraception et de l'avortement, il aurait été impossible de parler des droits relatifs à la contraception d'urgence et à la prise en charge des mineures, c'est pourquoi je détaillerai légèrement ces points dans cette partie.

1. 1920 : Répression de l'avortement & des propagandes anticonceptionnelles

Le 31 juillet 1920, suite à la 1^{ère} guerre mondiale qui a entraîné une baisse de la démographie française, un contexte de politique nataliste survient.

Ainsi naquit cette loi visant à réprimer l'offre, même non publique, la possession d'outils ou médicaments, l'usage et l'information concernant l'avortement ou la contraception.

(24)

2. 1967 : La loi Neuwirth

Le 18 Mai 1966, Lucien Neuwirth dépose sa proposition de loi afin de modifier en partie la loi de 1920. La loi sera votée le 14 décembre 1967 et sera promulguée le 28 décembre de la même année sous le nom de : « loi relative à la régulation des naissances ».

Cette loi va permettre :

- La fabrication et l'importation de contraceptif
- La vente des produits, médicaments et objets contraceptifs exclusivement en pharmacie
- Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial seront délivrés sur ordonnance accompagnée d'un bon tiré d'un carnet à souche
- L'insertion de contraceptif intra-utérin ne peut être pratiquée que par un médecin dans un centre hospitalier, un centre de soins agréé ou un centre conforme à des conditions fixées (les CPEF).
- La vente de contraceptifs aux mineur(e)s de moins de 18 ans, et des contraceptifs inscrits au tableau spécial aux mineures de moins de 21 ans ne peut se faire que sur ordonnance avec une autorisation parentale.
Nota bene : L'âge de la majorité en 1966 est de 21 ans.
- Les informations et les publicités pour la contraception sont autorisées uniquement dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.

Cette loi représente l'ouverture du droit à la contraception en France. Cependant la contraception est délimitée dans un cadre exigeant : Seuls les médecins et les

pharmaciens sont impliqués ; les contraceptifs oraux sont inscrits sur un tableau spécial avec une délivrance avec carnet à souche, l'organisation est alors semblable à celle qui encadre les produits stupéfiants aujourd'hui. Des conditions supplémentaires sont ajoutées aux mineures ne facilitant pas la contraception, l'information à la contraception est toujours fermée au public, et la contraception n'est pas prise en charge.

Par ailleurs, l'interruption volontaire de grossesse n'est pas incluse dans cette loi. Lucien Neuwirth explique dans une interview que l'IVG est un problème différent de la contraception et qu'il ne souhaitait pas que l'on confonde dans un même texte l'IVG et la contraception, mais que le processus suivi pour traiter les problèmes de la contraception pourrait être réutilisé pour traiter les problèmes de l'avortement.

Les décrets d'application de la loi n'apparaîtront que tardivement. Les 1^{ers} décrets d'application encadrant cette loi ne seront publiés que le 3 février 1969 et les 1^{ères} AMM n'apparaîtront qu'en 1973.

Le décret de 1969 précisera les modalités de mise sur le marché, de fabrication et d'importation des contraceptifs, des modalités concernant les carnets à souches, ainsi que la liste des contraceptifs inscrits sur le tableau spécial. Dans ce tableau spécial, on retrouve des spécialités comme STEDIRIL[®] qui aura son indication pour la contraception en 1973, et des principes actifs comme l'éthynylestradiol ou le norgestrel.

(25)(26)(27)(28)(29)

3. 1974 : Evolution de la loi Neuwirth et abaissement de la majorité civile de 21 ans à 18 ans

En 1974, deux lois importantes sont adoptées : la première le 5 juillet porte sur l'abaissement de l'âge de la majorité civile, la seconde le 4 décembre modifie en partie la loi de 1967.

Le 5 juillet 1974, l'âge de la majorité civile passe de 21 ans à 18 ans. Les personnes âgées de plus de 18 ans seront désormais considérées comme des adultes, cela va permettre aux mineures de 18 à 21 ans de se faire prescrire les contraceptifs inscrits

sur le tableau spécial sans autorisation parentale mais cela va également les exclure des prises en charge futures spécifiques pour les mineures.

Le 4 décembre 1974, la loi Neuwirth va subir de nombreuses modifications permettant d'assouplir le cadre légal de la contraception :

- Le carnet à souche est supprimé
- Les CPEF sont autorisés à délivrer à titre gratuit des contraceptifs sur prescription médicale aux mineurs désirant garder le secret.
- L'article indiquant que les mineurs ont besoin d'une autorisation parentale pour la délivrance de contraceptif est modifié et n'apparaît plus, mais il faudra attendre jusqu'en 2001 pour qu'un article de loi précise que le consentement de l'autorité parentale n'est plus requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs.
- Les contraceptifs et les examens de laboratoire en vue d'une contraception sont remboursés.

En parallèle la méthode YUZPE sera décrite cette même année et aucun cadre juridique spécifique concernant la contraception d'urgence ne sera développé avant 2000. Cependant il n'y a aucune AMM pour la contraception d'urgence permettant l'usage de cette méthode jusqu'en 1998, lorsque TETRAGYNON® sera commercialisé.

(30)(31)(32)

4. 1975 : La loi Veil

En 1975, la contraception n'est pas encore entrée dans les mœurs de la société. L'IVG est encore illégale, cependant la loi pénalise surtout les femmes avec une situation précaire qui ne peuvent pas voyager dans d'autres pays pour pratiquer l'IVG, comme l'Angleterre ou les Pays-Bas, ou de trouver un médecin qui accepterait de la pratiquer en France malgré l'interdiction.

La ministre de la santé de l'époque, Simone Veil, propose une loi pour dépénaliser l'avortement afin que les femmes avec une situation précaire puissent pratiquer un avortement dans un milieu médical sûr, en toute légalité et en connaissance des autres solutions et risques. C'est cette loi que l'on appellera la loi Veil.

Cette loi permettra :

- A une femme dans une situation de détresse de demander une IVG à son médecin
- La pratique de l'IVG, pour motif thérapeutique, à tout moment si la poursuite de la grossesse met en péril la santé de la femme ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection grave.
- La pratique de l'IVG, pour un motif autre que thérapeutique, sous certaines conditions :
 - o Avant la fin de la dixième semaine de grossesse
 - o Uniquement par un médecin dans un établissement hospitalier privé ou public.
 - o Le médecin doit informer la patiente des risques pour elle, pour ses maternités futures, des droits & aides disponibles pour la famille, les possibilités d'adoption, la liste des organismes d'information ou de CPEF
 - o La patiente doit faire un entretien avec un organisme d'information (CPEF par exemple), faire une confirmation écrite et renouveler sa demande auprès d'un médecin après un délai d'une semaine.
- Les établissements hospitaliers ne pourront pas dépasser un quota d'IVG en fonction du nombre d'actes chirurgicaux et obstétricaux par an.
- Aucun médecin, aucune sage-femme, infirmier ou auxiliaire médical n'est obligé de pratiquer l'intervention.
- Seul l'avortement pour motif thérapeutique sera pris en charge. Il faudra attendre le 31 décembre 1982 pour que l'avortement pour un motif autre que thérapeutique soit également pris en charge.
- Pour les mineures, l'autorisation parentale est nécessaire.

On reconnaît certaines similitudes avec la loi Neuwirth de 1967 : une contrainte d'autorité parentale pour les mineurs, un quota maximal de l'acte (à cause du carnet à souche pour la contraception), des conditions d'accès compliquées, peu de professionnels de santé impliqués, peu de lieux impliqués dans l'acte médical concerné.

C'est en 1988 qu'on commercialisera la 1^{ère} IVG médicamenteuse avec MIFEGYNE®.

(33)(34)(35)

5. 1999 : Première contraception d'urgence disponible en pharmacie sans ordonnance

Entre 1975 et 1999, il y a eu peu d'évolution dans le cadre juridique. La contraception rentre dans les mœurs et devient plus facile d'accès, les publicités et l'information sur les contraceptifs sont autorisées à une plus grande échelle.

En parallèle, on découvrira l'efficacité du DIU au cuivre comme CU en 1976, le lévonorgestrel seul sera étudié comme CU en 1982 et TETRAGYNON® sera la 1^{ère} CU commercialisée en 1998. Mais malgré ces innovations médicales, il aura fallu attendre la commercialisation de NORLEVO® en avril 1999 pour voir émerger un cadre juridique propre à la CU.

Dès le mois de mai 1999, la délivrance de NORLEVO® n'est plus soumise à une prescription obligatoire, en grande partie grâce à son absence d'oestrogène.

A ce moment-là les mineurs ont alors 2 moyens d'obtenir une CU de manière anonyme : soit par une pharmacie en achetant NORLEVO®, soit en passant par un CPEF qui peut délivrer gratuitement NORLEVO® ou TETRAGYNON® grâce à la loi de décembre 1974.

Le 29 décembre 1999, une circulaire autorise les infirmiers ou médecins scolaires à délivrer NORLEVO® sous certaines conditions. Cependant des associations de défense de la famille et de lutte contre l'IVG déposent un recours pour annuler cette disposition. Le 30 Juin 2000, cette disposition est annulée : faute de cadre juridique encadrant la contraception d'urgence, NORLEVO® entre dans le cadre juridique de la loi Neuwirth et ne peut être délivré qu'en pharmacie ou dans un CPEF.

(36)

6. 2000 : Accès à la contraception d'urgence

Rapidement, après l'échec de la disposition précédente, le 13 décembre 2000, la première loi relative à la contraception d'urgence est adoptée.

Plusieurs avancées sont permises grâce à cette loi :

- « Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à prescription obligatoire. »

Cet article permet d'assurer la place de NORLEVO® dans les médicaments non soumis à prescription obligatoire.

- La délivrance des CU non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi aux mineures désirant garder le secret à titre gratuit dans les pharmacies.

Les filles mineures peuvent maintenant obtenir gratuitement une CU, non seulement dans un CPEF mais aussi dans une pharmacie, ce qui en facilite l'accès pour tous.

- La délivrance de CU aux filles mineures et majeures est autorisée à titre exceptionnel dans les collèges et lycées par les infirmiers sous certaines conditions : si un médecin ou un CPEF n'est pas directement accessible, en cas d'urgence et de détresse caractérisée, en assurant un suivi psychologique et médical de l'élève.

Ce dernier passage autorise la disposition du 29 décembre 1999 avec encore une fois l'objectif de multiplier les moyens d'accès à la CU en cas de besoin.

(37)

7. 2001 : Modernisation de la loi Veil et Neuwirth

Le 4 juillet 2001 une loi modernisera les droits pour l'IVG & la contraception et rappellera les droits pour la contraception d'urgence.

En ce qui concerne l'IVG :

- L'entretien préalable à l'IVG n'est plus obligatoire mais recommandé pour les majeures. Il reste obligatoire pour les mineures.
- Plus besoin d'autorisation parentale pour IVG pour les mineures mais elles doivent être accompagnées d'un adulte référent de leur choix.
- L'IVG passe de 10 à 12 semaines de grossesse (soit 12 à 14 semaines d'aménorrhée).

- Les IVG ne sont plus exclusives aux centres hospitaliers publiques ou privées et sont étendues à d'autres établissements autorisés à pratiquer des IVG et d'autres praticiens d'exercice libéral.

En ce qui concerne la contraception :

- Le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est plus requis pour la prescription, la délivrance et l'administration de contraceptif.
- Les sages-femmes sont autorisées à prescrire certains contraceptifs mécaniques : diaphragme, cape et contraceptif locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape peut être effectuée par un médecin ou une sage-femme.

Et le 8 août 2001, NORLEVO® est inscrit à la liste des spécialités remboursables.

(32)

8. 2004 : Implication des sages-femmes dans la contraception et la contraception d'urgence

Un arrêté du 23 février 2004 permet d'impliquer un peu plus les sages-femmes dans le domaine de la contraception et la contraception d'urgence.

En effet, jusqu'ici, elles étaient limitées à certains contraceptifs mécaniques, mais désormais elles peuvent prescrire des spermicides locaux, la contraception d'urgence (lévonorgestrel seul ou associé à de l'éthinylestradiol) et également des contraceptifs oraux.

Cependant pour les contraceptifs oraux elles peuvent les prescrire uniquement en post-partum et la prescription n'est pas renouvelable.

(38)

9. 2009 : Plus grande implication des sages-femmes, infirmiers et pharmaciens dans la contraception

Le 21 Juillet 2009, les sages-femmes participent entièrement à la contraception.

Elles peuvent réaliser des consultations de contraception, sauf en cas de situation pathologique, mais aussi prescrire des contraceptifs mécaniques et hormonaux. Elles peuvent également faire la pose, la surveillance et le retrait d'un diaphragme, d'une cape cervicale, d'un DIU ou d'un implant.

Pour les contraceptifs oraux, les sages-femmes peuvent en prescrire à tout moment, elles ne sont plus limitées à la période post-partum.

Depuis le 28 avril 2021, les sages-femmes peuvent également prescrire à leurs patientes et à leurs partenaires le dépistage d'IST et les traitements de ces infections, leurs offrant une plus grande responsabilité dans la prévention et le traitement des rapports à risque.

La surveillance et le suivi biologique relèvent toujours de la responsabilité du médecin traitant. Comme pour les médecins en 2009, le consentement de l'autorité parentale n'est pas nécessaire pour prescrire, délivrer ou administrer des contraceptifs aux patientes mineures.

Cette même loi autorise le renouvellement de prescription de contraceptifs oraux pour les infirmiers lorsqu'une prescription date de moins d'un an et pour une durée maximale de six mois, ainsi que le renouvellement de délivrance de contraceptifs oraux pour les pharmaciens pour une ordonnance expirée datant de moins d'un an pour une durée maximale de six mois.

Parallèlement à la loi, ELLAONE® (l'acétate d'ulipristal) est commercialisé en 2009. Il est disponible uniquement sur ordonnance et ne sera remboursé qu'à partir de 2010. Ce qui en fait la 2^{ème} CU hormonale disponible, avec NORLEVO®, en France, puisque TETRAGYNON® n'est plus commercialisé depuis 2004.

(39)(40)(41)(42)

10. 2013 : Contraception et l'IVG gratuite pour les mineures de plus de 15 ans pour tous les moyens de contraception remboursés par l'Assurance Maladie.

Le 31 mars 2013, un décret est adopté permettant une prise en charge à 100% des contraceptifs prescrits sur la liste des spécialités remboursables pour les filles

mineures d'au moins 15 ans et pour les frais de soins, surveillance et d'hospitalisation liée à une IVG quel que soit leur âge.

La délivrance de contraceptif pour une mineure peut se faire sur un NIR anonyme pour qu'il ne soit pas fait mention du contraceptif sur le relevé de remboursement de l'Assurance Maladie des parents.

Ce décret sera complété par un autre qui prend effet le 1^{er} juillet 2016, qui étendra la gratuité aux consultations avec un médecin ou une sage-femme en vue d'une contraception, les examens biologiques en vue d'une prescription contraceptive et les actes de pose, de changement et de retrait d'un contraceptif.

Ce dernier décret permet d'obtenir un parcours de contraception entièrement pris en charge et anonyme pour les mineures, là où celui de 2013 ne permettait que la délivrance. Grâce à ce complément, les mineures peuvent faire des consultations et des examens biologiques sous un NIR anonyme.

Le 27 août 2020, ce dispositif est devenu disponible pour les mineures sans limite d'âge.

Ces décrets s'adressant aux mineures, les garçons mineurs n'ont pas accès à ces actes médicaux.

Les professionnels de santé libéraux peuvent alors proposer le même type de parcours aux mineures que les CPEF.

(43)(44)(45)(46)(47)

11. 2015 : ELLAONE® devient accessible sans ordonnance

En 2014, une décision publique par un comité de l'Agence Européenne des médicaments indique la sécurité d'emploi et l'efficacité de ELLAONE® sans prescription médicale.

Suite à cela, un décret en avril 2015, permettra la délivrance sans ordonnance de ELLAONE®, et sa sécurité d'emploi permet d'appliquer la loi du 13 décembre 2000, ce qui permet à ELLAONE® d'être disponible gratuitement et anonymement aux mineures en pharmacie.

(48)(49)

12. 2016 : Suppression de la notion « d'état de détresse » dans les infirmeries scolaires.

En 2016, le constat d'un état de détresse, n'est plus obligatoire pour la délivrance par un infirmier scolaire d'une CU.

Cette modification fait suite à une autre suppression de l'état de détresse caractérisée pour l'IVG en 2014 que mentionne la loi Veil de 1975. Le but étant de mettre le droit en conformité avec la pratique quotidienne que ça soit pour l'IVG ou la délivrance des CU dans une infirmerie scolaire, la notion d'état de détresse étant devenue obsolète.

Ce décret permet également de déstigmatiser la prise d'une CU et de médiatiser la disponibilité des CU dans les infirmeries scolaires.

(50)

Partie 2 : Enquête auprès des professionnels de santé sur la prise en charge des mineures concernant la contraception d'urgence

Une enquête a été menée auprès de professionnels de santé exerçant dans :

- Différents domaines : infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, médecins généralistes et spécialistes.
- Différents milieux de travail : scolaire, libéral, CPEF, urbain, rural.

Le but de cette enquête est d'évaluer les freins à la prise en charge des mineurs ou liés à la CU ressentie par les professionnels, d'apporter des solutions à ces freins et des idées pour améliorer cette prise en charge, et de découvrir les approches différentes selon les professionnels ou les milieux.

L'enquête est qualitative, il s'agit d'un entretien semi-directif afin de favoriser l'expression des professionnels. L'entretien sera organisé par une procédure ([Annexe 1](#)) et guidé par une grille de question ([Annexe 2](#)).

Les retranscriptions écrites des entretiens seront disponibles dans ([Annexe 3](#))

Afin d'avoir quelques points de comparaison, l'avis de la HAS sur les freins d'accès à la CU et les propositions pour améliorer la prise en charge de ces soins sera évoqué en premier lieu.

I. Avis de la HAS

1. Les freins identifiés par la HAS

La HAS identifie 3 différents types de freins :

Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence
Au niveau des usagers
Manque de perception du risque de grossesse
Manque de connaissance de la contraception d'urgence, de son délai d'utilisation et des moyens d'accès
Attitudes négatives vis-à-vis de la contraception d'urgence
Craintes du regard social et de la stigmatisation
Craintes des effets indésirables de la contraception d'urgence
Au niveau des professionnels
Manque de connaissance de la contraception d'urgence
Manque de perception de l'utilité de la contraception d'urgence
Manque d'information fournie aux femmes
Attitudes moralisatrices
Au niveau structurel
Problèmes d'accès géographique et/ou d'horaires
Législation restrictive de délivrance en milieu scolaire
Législation de délivrance gratuite limitée aux mineures filles
Coût financier

Tableau 1 : Freins au recours à la contraception d'urgence (51)

La HAS identifie également un autre type de frein : la non-application de la gratuité de la contraception d'urgence aux garçons mineurs.

2. Les propositions du groupe de travail

Dans le cadre de la prescription & délivrance en avance de la CU, on retrouve dans l'argumentaire du groupe de travail plusieurs propositions afin d'améliorer la prise en charge lié à la contraception d'urgence :

- « Renforcer et adapter l'éducation à la sexualité, en fournissant une information appropriée sur le cycle menstruel féminin et les périodes d'ovulation et le risque de fécondation.
- Améliorer la formation des professionnels (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, pharmaciens, conseillères conjugales) sur la contraception d'urgence.
- Inscrire la question de la gratuité de la contraception d'urgence dans la question de la gratuité de la contraception en général.
- Élargir la gratuité de la contraception d'urgence aux mineurs garçons afin de favoriser le partage de responsabilité entre les hommes et les femmes en matière de contraception, dans le respect du libre choix des femmes.
- Élargir la délivrance de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel aux élèves/étudiants/apprentis/inscrits dans tous les établissements d'enseignement et de formation indépendamment de la présence d'un personnel sanitaire.
- Autoriser la dispensation de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel par les conseillers conjugaux dans les centres de planification ou d'éducation familiale. »

(51)

Ces propositions répondent presque à l'ensemble des freins évoqués plus tôt, excepté pour 2 cas :

- Problèmes d'accès géographique et/ou d'horaires :

Même si on considère que l'élargissement de la délivrance facilite l'accès à la CU, que ça soit en multipliant les points d'accès (dans les centres d'enseignement et de formation) ou en fluidifiant les visites dans les CPEF (en permettant la dispensation par les conseillers conjugaux), il resterait quand même de nombreux problèmes d'accès à la CU. Par exemple pour les problèmes d'accès liés aux horaires, hors des périodes d'ouvertures des CPEF, des centres de formation, ou le week-end. Pour les problèmes d'accès géographiques, en milieu rural, il reste toujours aussi compliqué d'avoir accès à une pharmacie ou à un CPEF.

A ce frein, la solution se trouve peut-être dans la prescription et la délivrance de la CU à l'avance (voir la partie [Prescription et Délivrance à l'avance de la contraception d'urgence](#)).

- Craintes du regard social et de la stigmatisation :

Aucune proposition n'évoque une solution à ce frein. Le renforcement et l'adaptation de l'éducation à la sexualité peut-être un point de départ en déstigmatisant la contraception et la contraception d'urgence. Mais dans certains cadres, comme l'officine, où la confidentialité des entretiens avec le professionnel de santé n'est pas forcément garantie, à cause de la proximité des comptoirs et des patients, ce frein peut s'avérer d'autant plus important. Là où une consultation avec un médecin ou une sage-femme, permet d'instaurer un dialogue, d'obtenir la confiance du patient et de se débarrasser du regard social grâce à l'organisation des entretiens dans des zones de confidentialité.

II. Enquête

1. Introduction

Les modalités de prise en charge de la contraception chez les mineures et les modalités d'accès à la CU n'ont cessé d'évoluer depuis le vote de la loi Neuwirth en 1967 permettant l'accès à la contraception et la commercialisation de la 1^{ère} CU, TETRAGYNON, en 1998.

Chaque mesure a rendu la CU et l'accès à une contraception plus facile, particulièrement chez les plus jeunes, que ça soit en supprimant le carnet à souche, en facilitant l'information sur les contraceptifs, en la rendant disponible dans plus d'endroits, en rendant la CU gratuite chez les mineures en pharmacie, en permettant à plus de professionnels de santé de prescrire ces produits ou en réduisant le coût des dépenses liés à la contraception chez les mineures.

Cependant il reste encore aujourd'hui des difficultés d'accès pour obtenir une contraception régulière ou d'urgence. Ces difficultés peuvent propres aux patients, aux professionnels de santé, ou liés aux structures qui les prescrivent ou délivrent.

Cette enquête vise à déterminer les perceptions et les ressentis des professionnels de santé qui prescrivent ou délivrent la CU sur les différentes origines des difficultés d'accès de ces produits, et leurs permettre de s'exprimer sur différentes solutions qui pourraient être mise en place, ou au contraire à éviter, afin d'y remédier.

Parallèlement, on s'intéressera à la mise en place de la prescription de CU à l'avance, sur la pratique des prescripteurs et les raisons de ces choix.

2. Matériels & méthodes

a) Type d'enquête

Le choix de l'entretien semi-directif permet aux personnes interrogées de s'exprimer plus complètement sur un sujet, d'apporter des idées nouvelles, ou d'établir un fait initialement non-prévu par l'investigateur, là où un questionnaire à choix simple et/ou multiple limite ce genre d'expression. Le choix de faire l'enquête via un entretien plutôt qu'un questionnaire permet d'approfondir certains sujets (leurs objectifs, leurs limites) lorsque la personne interrogée les abordent, ou d'éviter certaines ambiguïtés. De plus, ce choix permet d'éviter un aspect rébarbatif d'un questionnaire, trop souvent employé.

En revanche, le choix de cette méthode n'exclut pas certains défauts :

- La limitation du nombre de personnes interrogées avec les moyens de l'investigateur, ce qui fait que cette enquête n'a pas d'aspect représentatif sur les populations de professionnel de santé, mais ne fait qu'en aborder une partie. Là où des questionnaires plus concis permettent d'interroger et d'analyser plus rapidement les résultats.
- La contrainte de temps, qui peut limiter certains professionnels à refuser un entretien par manque de temps, ou précipiter un entretien malgré une plage horaire prévue. Ce faisant il est possible que certains aspects ne soient pas approfondis, ou même abordé, par manque de temps. Là où des questionnaires plus rapides à répondre permettent d'interroger plus de personnes, en leurs laissant également le choix d'y répondre à la plage horaire et au rythme de leurs choix.

- La contrainte de temps qui ne permet pas d'aborder chaque freins & solutions envisagées, de manière exhaustive, à chaque entretien. A la place le professionnel interrogé choisira d'aborder les idées les plus pertinentes.

L'entretien est dirigé par un guide qui sert de ligne directrice : [Annexe 2](#)

b) Sélection de l'échantillon

La sélection des participants a été faite de manière à représenter un panel différent de professionnels de santé, dans des structures, des régions différentes ou des cadres différents. Le choix de ces participants se base tout d'abord sur leurs domaines, leurs cadres et leurs régions d'exercice, ensuite par recommandation d'un professionnel de santé, par facilité d'accès à un contact (internet, page google) ou par la rareté de la structure ou du professionnel de santé (PMI, planning familial *etc...*), et enfin sur leur accord de participation.

Cette sélection a l'inconvénient d'exclure les professionnels de santé ne s'intéressant pas à la contraception d'urgence ou à la prise en charge des mineures, notamment dans 2 cas de figure :

- Le professionnel reçoit ce genre de demande de manière exceptionnelle et n'a pas d'opinion à apporter.
- Le professionnel a choisi de ne pas faire ce genre de prestation (pose de stérilet en CU, prise en charge pour la contraception mineure sans la carte vitale *etc...*)

La possibilité d'anonymisation des participants permet aux professionnels de santé, ayant un avis qu'ils pensent impopulaire ou qui hésitent à s'exprimer, de prendre la parole sans retenue.

Parmi les différents participants, on retrouve :

- Une infirmière scolaire exerçant dans un lycée dans une métropole.
- Une pharmacienne adjointe exerçant dans une officine de village.
- Une pharmacienne adjointe exerçant dans une officine de centre-ville.
- Une médecin territoriale exerçant dans des CPEF dans un DROM.
- Une conseillère conjugale exerçant dans des CPEF dont un dans une métropole
- Une infirmière scolaire exerçant dans un collège dans un DROM.

- Une sage-femme libérale exerçant dans une métropole.
- Une sage-femme exerçant dans une PMI dans une métropole.
- Une médecin libérale exerçant dans une maison de santé pluridisciplinaire en milieu rural.
- Un médecin libéral exerçant dans un cabinet de groupe dans une métropole.

Aucun médecin gynécologue n'a été questionné, en raison de la difficulté d'obtenir un entretien avec ceux-ci.

c) Recueil des données

L'ensemble des entretiens se sont effectuées via le logiciel zoom ou lors d'une entrevue, aucun d'entre eux n'a refusé l'enregistrement et aucun d'entre eux n'a demandé l'anonymisation.

Chaque enregistrement audio a été ensuite retranscrit et validé par la personne interrogée, en absence de réponse la personne est anonymisée et la retranscription est laissée telle quelle. Seul 2 personnes n'ont pas donné de réponse pour la validation de la retranscription, cependant dans le cadre où ce document risque d'être publié sur internet, les personnes seront malgré tout anonymisées.

d) Analyse des données :

Parmi les paramètres recherchés, ceux choisis sont :

- Les freins identifiés ou perçus par les professionnels de santé
- Les solutions à ces freins
- L'évaluation et le ressenti de la pratique de la prescription et/ou délivrance à l'avance de la CU.
- Des projets d'amélioration de la prise en charge

3. Résultats

L'enquête sera analysée par thème, c'est-à-dire que l'on va comparer ce que chaque interviewé a dit sur chaque thème pour mettre en évidence les récurrences, les nuances, les variations. Les thèmes étudiés sont ceux évoqués précédemment.

Même s'il s'agit d'une étude qualitative, un comptage sera effectué pour mettre en évidence les points récurrents.

a) Les freins identifiés ou perçus par les professionnels de santé

Ce thème sera divisé en 2 parties :

- Les freins identifiés chez les patients
- Les freins identifiés chez les professionnels de santé

Les freins au niveau structurel comme les problèmes d'accès géographiques et/ou horaires, le coût financier *etc...* (voir la partie [Les freins identifiés par la HAS](#)) seront répartis dans l'un ou l'autre groupe, voir dans les 2, en fonction du professionnel de santé.

- Les freins identifiés chez les patients :

Si on reclasse les thèmes selon les mêmes thèmes que le tableau des freins d'accès à la CU de la HAS, on a :

Thème	Nombre de professionnel l'ayant évoqué
Attitudes négatives vis-à-vis de la contraception classique et de la contraception d'urgence	6
Manque de perception du risque de grossesse, banalisation des symptômes d'une grossesse	4
Manque de connaissance de la contraception d'urgence, de son délai d'utilisation et des moyens d'accès à une contraception ou CU	4
Craintes du regard social et de la stigmatisation	3
Problèmes d'accès géographique et/ou d'horaires	2
Aucun frein pour la contraception d'urgence	1
Craintes des effets indésirables de la contraception d'urgence	0

Tableau 2 : Freins identifiés par les professionnels de santé chez les patients

Les 2 études étant différentes, celle-ci visant à identifier les freins à la prise en charge des mineurs et liés à la CU perçus par les professionnels de santé, et celle de la HAS

visant à identifier les freins d'accès à la CU uniquement (perçus ou non par les professionnels de santé), on ne retrouve pas exactement les mêmes thèmes de la HAS.

Le thème « Problème d'accès géographiques et/ou horaires » appartenant à un frein d'ordre structurel, et le thème « Aucun frein pour la contraception d'urgence » qui est non-applicable à l'étude de la HAS ont été ajoutés.

Le frein horaire et/ou géographique ici fait référence à l'indisponibilité du patient par rapport aux professionnels de santé, comme un défaut de transport, un planning rigide *etc...*

Le frein le plus évoqué par les professionnels de santé est celui des études négatives vis-à-vis de la CU, ce thème comprend les tabous religieux et familial. Aucun des professionnels de santé n'a ressenti un frein lié à la crainte des effets indésirables de la CU. Et seul un professionnel a évoqué le ressenti d'une absence de freins pour la CU.

On peut remarquer qu'aucun des thèmes n'a fait l'unanimité chez les personnes interrogées, cependant le fait que les freins n'aient pas été abordés de manière exhaustive chez tous les professionnels interrogés peut expliquer ce résultat.

- Les freins identifiés chez les professionnels de santé :

De la même manière que les freins identifiés chez les patients, on va classer les thèmes selon un système similaire que le tableau des freins d'accès à la CU de la HAS :

Thème	Nombre de professionnel l'ayant évoqué
Manque de connaissance ou connaissance non actualisée sur la contraception classique ou la CU	4
Attitudes moralisatrices	2
Manque de confidentialité	2
Difficulté à se comprendre	2
Refus de pose de DIU en cuivre pour une raison particulière	2
Manque de perception de l'utilité de la contraception classique ou d'urgence	1
Problèmes d'accès géographique et/ou d'horaires	1
Manque d'information fournie aux femmes	1

Tableau 3 : Freins identifiés par les professionnels de santé chez les professionnels de santé

En comparaison avec le tableau de la HAS, 3 thèmes ont été ajoutés, en plus du thème sur la restriction horaire et/ou géographique.

Cette fois-ci le frein lié à la restriction horaire représente plutôt l'indisponibilité du professionnel de santé par rapport aux patients, par exemple lors des heures de pointe, manquer de différents créneaux de rendez-vous pour permettre un choix plus large sur l'horaire, retard dans les rendez-vous, ouverture tardive et/ou fermeture précoce de la structure.

En ce qui concerne les raisons du « Refus de pose de DIU en cuivre pour une raison particulière », elles peuvent être dues à l'absence de DIU en cuivre dans le stock du professionnel de santé, le fait que la pose est un geste invasif par rapport à une CU orale, ou que la patiente n'est pas connue du médecin qui l'ausculte. De plus, même si la pose est possible chez les nullipares, les prescripteurs ayant évoqué ces raisons ne paraissent pas enclins à les poser pour cette patientèle. Dans cette catégorie, il n'a pas été inclus les 2 médecins préférant reconduire la pose du DIU par une sage-femme à proximité.

b) Les solutions proposées à ces freins

Les solutions énumérées lors des entretiens seront classées ici selon le nombre de fois évoqués par les différents professionnels de santé.

Réponse	Nombre de professionnel l'ayant évoqué
Renforcer la coordination des professionnels de santé	3
Mise en place des cours d'éducation sexuelle	2
Flyers, revues, documents disponibles	2
Lieu de confidentialité en pharmacie	1
Refaire le point avec les professionnels de santé sur les mesures disponibles (gratuité etc...)	1
Systématisation de la prescription de CU lors d'une consultation contraception	1
Mise en place d'éducateur de rue, d'association de quartier	1
Réactualiser les connaissances des professionnels de santé	1
Séparer le mineur de l'influence familiale lors de la prise en charge	1
Mentir à un professionnel de santé	1

Tableau 4 : Solutions aux freins proposés par les professionnels de santé classé selon le nombre de fois évoqués

- « Renforcer la coordination des professionnels de santé » :

Les professionnels l'ayant évoqué ont insisté sur l'importance de la coordination entre les professionnels de santé, à savoir quand rediriger vers un autre professionnel de santé lorsqu'un problème est identifié (grossesse non-désirée, prise répétée de CU, Redirection vers la pharmacie d'une IS pour obtenir une CU à base d'acétate d'ulipristal, redirection vers un CPEF ou une PMI etc...), savoir quel professionnel de santé est susceptible d'apporter une prise en charge adaptée (réalisation d'une

échographie de datation et/ou une IVG, prise en charge de la contraception mineure sans reste à charge *etc...*).

- « Mise en place des cours d'éducation sexuelle » :

Renforcer la mise en place des cours d'éducation sexuelle dans les milieux scolaires, où ces cours sont parfois absents, et réitérer les informations transmises plus fréquemment.

- « Flyers, revues, documents disponibles » :

Réactualiser les documents disponibles destinés aux patients et aux professionnels de santé et faciliter leurs accès & diffusions, non seulement en les proposant dans les structures de prise en charge mais dans d'autres lieux publics (associations, club sportif, bibliothèque, lieux de cultes).

- « Lieu de confidentialité en pharmacie » :

Bien que cette solution ait été évoquée, le professionnel de santé qui l'a proposée s'est ravisé en soulignant que le passage dans un lieu de confidentialité pouvait participer à la stigmatisation de la personne, en particulier chez les plus jeunes où la mise à l'écart des autres patients pouvait au contraire trahir la nature de sa demande. De plus, l'isolement de la patiente, en face à face, dans un lieu de confidentialité peut faire ressentir à la patiente une situation de confrontation avec le pharmacien. La personne interrogée a souligné que dans certaines pharmacies, la taille réduite de la pharmacie et la distance entre les comptoirs rendait la confidentialité d'une conversation difficile, il peut être intéressant de travailler sur ces aspects en adaptant la forme & la disposition des comptoirs et les autres manières d'assurer la discrétion lors des entretiens avec les patients.

- « Refaire le point avec les professionnels de santé sur les mesures disponibles (gratuité *etc...*) »

Ce point a été abordé par une IS qui souhaiterait que l'ensemble des professionnels de santé, notamment les IS, soient mieux informés sur l'ensemble des disponibilités de prise en charge (contraception mineur, structures de prise en charge, gratuité de la contraception)

- « Systématisation de la prescription de CU lors d'une consultation contraception »

Au cours d'un entretien, un professionnel a proposé de prescrire systématiquement une CU lors des consultations pour une contraception de manière à ce que la patiente ait toujours une solution de recours accessible ou qu'elle puisse la donner à une personne en ayant besoin. Pour plus de détail voir la partie : [Systématisation de la prescription de CU à l'avance lors d'une consultation contraception](#)

- « Mise en place d'éducateur de rue, d'association de quartier »

La solution proposée est axée vers l'éducation des patients en favorisant la mise en place de structure permettant la discussion et les possibilités d'informations sur la contraception et les thèmes proches. L'intérêt de cette idée est de pouvoir atteindre les milieux sociaux où la sexualité & contraception sont tabous ou méconnues. L'IS interrogé a souligné la présence des mêmes parents & enfants, qui n'ont pas de frein lié à un tabou, aux événements organisés par l'école sur les thèmes de la sexualité, et donc l'absence d'efficacité sur certains milieux sociaux.

- Réactualiser les connaissances des professionnels de santé

Il s'agit simplement d'apporter des informations de manière plus efficace aux professionnels de santé sur les innovations liées à la contraception. Notamment sur les nouvelles contraceptions, les différentes formes de contraception et les dernières recommandations de prescription.

- Séparer le mineur de l'influence familiale lors de la prise en charge

L'un des professionnels de santé a souligné l'importance de pouvoir soustraire un mineur de l'influence familiale pour une consultation médicale dans le cadre de la contraception. Que ce soit en leur apportant plus d'autonomie, en leur permettant de consulter un professionnel de santé sans leurs parents ou en séparant l'enfant et les parents lors de la consultation sauf souhait contraire de l'enfant.

- Mentir à un professionnel de santé

Pour remettre cette proposition dans le contexte, la personne interrogée parlait de refus de délivrance d'une CU dans une pharmacie à cause de prise répétée de CU au cours d'un même cycle.

La personne interrogée a alors suggéré de mentir aux pharmaciens sur la prise de CU durant le cycle.

Bien que la prise d'une CU lors du même cycle ne constitue pas une contre-indication, la délivrance d'une nouvelle CU nécessite tout de même certaines précautions, par exemple pour éviter une interaction entre une prise de lévonorgestrel et d'acétate d'ulipristal.

La solution ici ne serait pas de mentir aux pharmaciens, mais de mieux former les pharmaciens et d'obtenir plus d'études & informations sur la prise répétée de CU dans un même cycle.

c) L'évaluation et le ressenti de la pratique de la prescription à l'avance de la CU.

Seuls les prescripteurs seront analysés dans cette partie, les pharmaciens et les IS ne pouvant pas prescrire les CU sont exclus de cette partie.

Les réponses seront regroupées selon si la prescription à l'avance est systématique, au cas par cas, ou si le prescripteur ne le pratique pas.

Réponse	Nombre de professionnel
Systématique	3
Ne le fais pas	2
Au cas par cas	1

- Prescriptions systématiques :

Sur les 6 prescripteurs, 3 prescrivent systématiquement une CU lors des consultations de contraceptions. Parmi ces 3 personnes, 2 appartiennent à des structures de prise en charge (CPEF et PMI).

Les raisons de cette prescription à l'avance évoquées sont :

- Faciliter l'accès géographique et/ou horaire (pour l'avoir dans l'armoire en pharmacie, pour y avoir accès les jours fériés et le WE).

- En cas d'oubli de pilule contraceptive.
- Pouvoir en distribuer une à une personne tierce, si besoin.
- En cas de rapports non-protégés avant le début de la pilule contraceptive.

- Pas de prescription à l'avance :

2 professionnels de santé ne prescrivent pas de CU à l'avance, les raisons évoquées sont :

- Ce n'est pas dans leurs habitudes
- Ne le fais plus par manque de temps et/ou par oubli

Cependant, on peut noter que l'un des 2 professionnels reste favorable à cette pratique, et que l'autre le faisait avant lors des 1^{ères} contraceptions mais n'a plus beaucoup de nouvelles jeunes patientes.

- Prescription au cas par cas :

Seul un prescripteur prescrit la CU à l'avance au cas par cas selon :

- Pas chez les personnes mineures car elles peuvent l'obtenir dans au moins 3 endroits différents gratuitement (dans une infirmerie scolaire, un CPEF ou une pharmacie), ce qui est précisé lors de l'entretien.
- Chez les personnes majeures lorsqu'elles comprennent bien l'intérêt de la CU pour éviter d'avoir à la chercher après un oubli.

d) Des projets d'amélioration de la prise en charge

On retrouve parmi les projets proposés :

- Proposer une prise en charge des tests de grossesses.
- Mettre en place une visite médicale scolaire.
- Améliorer la communication autour de la contraception et des structures.
- Etendre la gratuité de la contraception et de la CU à l'ensemble des femmes.
- Permettre aux IS de délivrer l'acétate d'ulipristal.
- Systématiser la prescription d'une CU lors des consultations de contraception
- Mettre en place des distributeurs de CU.

- Augmenter la durée de validité des ordonnances de contraception.
- Prendre en charge les probiotiques.
- La possibilité de prescrire un dépistage et/ou un traitement des IST pour un ou des partenaires du patient.
- Mettre en place un Pass consultation gynécologie

Certains projets s'éloignent du sujet initial, ils seront évoqués mais pas détaillés.

Les projets d'améliorations de la prise en charge évoqués lors des entretiens seront abordés à la partie : [Les projets évoqués lors des entretiens](#)

4. Conclusion

Il existe encore des nombreux freins d'accès à la prise en charge perçus par les professionnels de santé, notamment liés à un manque d'information ou à des attitudes négatives face à la contraception régulière ou d'urgence, que ce soit chez les professionnels ou chez les patients.

Beaucoup de solutions proposées visent à informer ou à permettre à la population d'en parler afin de briser certains tabous et préjugés. L'éducation et la discussion avec les patients est une étape clé afin de remédier à de nombreux freins d'accès identifiés par les professionnels de santé, il s'agit donc des points cruciaux sur lesquels axer la prévention, aujourd'hui.

La pose d'un DIU en cuivre reste peu proposée & demandée comme CU, même s'il permet d'être efficace jusqu'à 7 jours après le rapport à risque et apporte une contraception efficace sur le long terme. Il y a plusieurs raisons à cela : la patiente n'a pas connaissance de cette CU, le professionnel n'a pas la capacité de le faire, ou le professionnel ne souhaite pas le faire notamment chez des patientes inconnues ou nullipares. Cependant ce dispositif pourrait être une solution à certains freins d'accès, notamment par sa discrétion ou chez les femmes prenant régulièrement une CU.

La prescription à l'avance d'une CU apporte aussi des solutions auxquelles l'éducation et la discussion ne suffisent pas. La possession d'une CU orale permet à la patiente de l'utiliser plus rapidement sans contrainte d'accès horaire et/ou géographique à une structure et de rassurer la patiente sur la possibilité d'un oubli. La consultation par un professionnel de santé en amont de la prise permet d'informer sur l'intérêt et les

précautions à prendre avec ce type de contraception. L'ensemble des prescripteurs de cette enquête s'est montré favorable à la prescription à l'avance, qu'ils prescrivent la CU au cas par cas, en systématique, ou qu'ils ne la prescrivent pas. Il s'agit d'une solution simple et déjà utilisée qui pourrait compléter les différentes solutions non résolues par la prévention.

En ce qui concerne les projets que les professionnels de santé souhaiteraient mettre en place, soit ils visent à réduire les dépenses des patientes sur la contraception régulière ou d'urgence, mais aussi sur d'autres dépenses pouvant être liées à la sexualité (IST, probiotiques), soit les projets sont axés sur la prévention en informant les professionnels et les patients, et aussi en favorisant leurs rencontres, soit en favorisant les conditions d'accès à la contraception régulière ou d'urgence. Dans ce dernier cas, les projets proposés réduiraient les contacts avec les professionnels de santé, ce qui pourrait nuire à l'aspect informatif et préventif de ces rencontres, et donc s'avérer contre-productif. De plus ces projets nécessiteraient de créer un cadre juridique spécifique pour ces médicaments que ce soit pour délivrer un médicament en dehors d'une structure (pour les distributeurs de CU), ou pour renouveler une ordonnance pour une durée supérieure à un an (dans le cadre où la durée de validité des ordonnances contraceptions seraient allongées).

Partie 3 : Améliorations récentes de la prise en charge de la contraception d'urgence et des mineures

Dans cette dernière partie, on abordera les derniers projets réalisés ou à venir de différentes envergures (nationale, régionale, départementale). On reviendra également sur les idées qui ont pu ressortir lors des entretiens.

On discutera de l'origine, la cible, de l'innovation, des avantages de ces projets, mais aussi de leurs limites, leurs efficacités, et de l'écart entre la théorie et la pratique.

I. Les projets mis en œuvre

1. Les différents « Pass contraception »

Initié en 2009 par Ségolène Royal en Poitou-Charentes, ces Pass sont destinés à être distribués par les infirmiers scolaires.

Ils permettent aux mineures de consulter un médecin, faire des analyses médicales et de se faire délivrer une contraception gratuitement.

Plusieurs régions ont repris l'idée comme, par exemple, l'Île-De-France en 2011 ou l'Aquitaine en 2012. Actuellement cette mesure n'est plus en place dans certaines régions, qu'elle soit supprimée ou remplacée pour des raisons que nous allons détailler.

De plus, chaque région a adapté les modalités du Pass contraception.

a) La cible

Les cibles varient selon les régions :

- Exclusif aux mineurs, par exemple en Île-De-France
- Étendue jusqu'à 25 ou 26 ans, respectivement en région Aquitaine et en région PACA.

La tranche d'âge ciblée est jeune comprenant toujours, à minima, les mineurs de 16 à 18 ans pour cibler les premiers rapports sexuels. L'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel

en 2016 est de 17 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles, ces chiffres sont stables depuis 2006 selon le Baromètre de santé 2016.

La distribution de ces Pass se fait généralement dans les lycées ou les centres de formations des apprentis, mais certaines régions étendent cette distribution aux CPEF, missions locales, voir aux pharmacies.

(52)(53)

b) L'innovation et les avantages apportés

L'intérêt de ce Pass est de :

- Permettre de se faire délivrer une contraception gratuitement et anonymement. En Mars 2013, un décret permettra de faire cette délivrance sans Pass contraception uniquement pour les filles mineures.
- Permettre de consulter un médecin, faire des analyses médicales en vue d'une contraception et/ou d'un dépistage de manière gratuite et anonyme. En Juillet 2016, un décret permet la consultation et les analyses médicales gratuitement et anonymement sans Pass contraception uniquement pour les filles mineures.
- La délivrance de préservatif sans ordonnance gratuitement.
- Pour certaines régions, permettre aux jeunes adultes en situation de précarité d'avoir accès à ces actes médicaux, autrement que par un CPEF.

c) Les limites

- Depuis 2016, le Pass contraception devient accessoire pour les filles mineures car les actes médicaux, à l'exception de la délivrance de préservatif sans ordonnance, peuvent être pris en charge anonymement et gratuitement sans Pass contraception.
- Dans certaines régions le Pass est unique, on ne le délivre qu'une fois, et le Pass n'est valide que 6 mois ou 1 an. Le Pass ne permet pas forcément de maintenir une contraception jusqu'à ce que la personne soit autonome.
- Le Pass fonctionne en coupons, le nombre et la valeur des coupons varient selon les régions. Si le prix de l'acte ou du contraceptif est supérieur à la valeur du coupon, la différence est à la charge du patient. Cela représente un possible frein économique à la prise en charge.

- Tous les professionnels de santé n'acceptent pas le Pass contraception. Cela représente un frein d'accès à la prise en charge.
- Les dispositifs ne sont pas toujours connus par les potentiels utilisateurs.
- Les distributeurs ne sont pas connus pour les potentiels utilisateurs, certains lycées publiques ou privées ne le proposent pas.
- Le ciblage sur les mineures âgées de 15 à 18 ans exclut de la prise en charge les mineures ayant une activité sexuelle avant l'âge de 15 ans et les jeunes majeurs qui représentent un taux important d'IVG : 30% des IVG chez les femmes de 15 à 49 ans ont un âge compris entre 18 et 24 ans en 2016, selon les chiffres de l'Insee.

(52)(54)

d) L'efficacité

Selon une étude de 2015 :

« Nous estimons donc que les taux de non-recours s'élèvent à plus de 99% dans les régions étudiées, ce qui est très élevé pour une politique sociale. Ils s'expliquent en partie par la différence entre la population éligible (en général tous les jeunes d'une tranche d'âge), et la population réellement ciblée (jeunes ayant une activité sexuelle et peu ou pas autonomes en matière de contraception et donc « à risque » sur le plan des grossesses non désirées).[...] Le Pass Contraception, malgré son taux de non-recours probablement très important et donc une efficacité probable insignifiante, répond à des insuffisances du dispositif national en matière d'application du droit à la contraception et peut fournir un nouveau ressort à l'action publique s'agissant de l'éducation des jeunes à la sexualité. »

(52)

La notion de « non-recours », renvoie à des personnes qui n'ont pas recours à des droits ou services sociaux alors qu'elles y sont éligibles.

On retrouve 3 obstacles au non-recours : La non-connaissance, la non-demande et la non-réception.

Par exemple dans le cadre de ce dispositif, on retrouve :

- Non connaissance : Ignorance de l'existence du dispositif Pass Contraception ou des services proposés.
- Non demande : Pas de demande de l'obtention du Pass contraception malgré la connaissance de son existence.
- Non réception : Pas de Pass disponible avec le distributeur ou Pass inutilisable auprès d'un professionnel de santé.

Le fait que les taux de non-recours soient très élevés indique que le Pass est peu utilisé dans les régions demandées, et donc que ce dispositif est probablement peu efficace.

Bien qu'il soit peu efficace, le Pass contraception a participé à l'élaboration des droits à la contraception gratuite et anonyme pour les mineures avec les décrets du 31 mars 2013, du 1^{er} juillet 2016 et du 27 août 2020.

2. Fil Santé Jeunes

Fil Santé Jeunes est un établissement privé à but non lucratif qui a pour but d'apporter une écoute, une information et un accompagnement réalisé par téléphone, à l'aide d'un numéro vert, ou sur Internet.

Ce dispositif offre aux jeunes la possibilité de s'adresser anonymement à une personne de confiance compétente.

La ligne téléphonique a été ouverte en 1995, et le site internet en 2001.

a) La cible

Les jeunes ayant un âge compris entre 12 et 25 ans sont ciblés par cet organisme.

Le dispositif permet à toute personne munie d'un téléphone ou d'une connexion internet d'en profiter, ce qui facilite la communication pour une personne en difficulté ou isolée.

b) L'innovation et les avantages apportés

Le principal avantage de ce dispositif est la facilité d'accès. La ligne téléphonique est ouverte toute la semaine de 9h à 23h et le chat via le site est ouvert de 9h à 22h, ce qui représente une grande amplitude horaire. On peut également poser nos questions anonymement par mail ou sur un forum.

De plus, l'organisme a eu droit à une campagne de promotion grâce au plan « Santé des Jeunes » présenté par Roselyne Bachelot en 2008 qui a permis d'améliorer la qualité et la visibilité du site internet et l'élaboration de spots publicitaires diffusés à la radio et à la TV axés sur la contraception pour promouvoir ce service.

Le site ne se limite pas qu'à un chat, plusieurs thèmes sont abordés sous la forme d'article pour faciliter l'accès à l'information à ceux qui n'osent pas communiquer.

Ce dispositif a l'avantage d'être facilement accessible de nos jours et de faciliter la communication sur la contraception, tout en visant une cible large. Les gens concernés peuvent obtenir des réponses, être orientés vers le professionnel de santé ou la structure adéquate et être informés de leurs droits.

De plus, le site traite également d'autres sujets de préoccupations des jeunes, comme la sexualité en général, le mal-être, la nutrition, la drogue et les addictions *etc...*

(55)(56)(57)

c) Les limites

- Bien que ce soit un numéro vert, les appels pouvaient être surfacturés par les opérateurs mobiles si l'appel était passé depuis un téléphone mobile. En 2015, les numéros verts sont devenus gratuits même depuis un poste mobile, et avant cela le plan « Santé des jeunes » de 2008 prévoyait une expérimentation durant un an rendant ce numéro gratuit depuis un mobile.
- Il est nécessaire que la cible puisse avoir un téléphone ou une connexion internet privée pour avoir une conversation en toute confidentialité.

d) L'efficacité

Selon les données disponibles du site « Fil Santé Jeunes » :

- Selon les appels :

- En 2019, on retrouve 15 367 appels à contenu.
- En 2014, on retrouve 18 071 appels à contenu dont 50% des thèmes abordés par les filles concernent la sexualité ou la contraception et 30% des thèmes concernant la sexualité ou la contraception pour les garçons.
- En 2011, on retrouve 219 000 appels traités dont 43,2% des appels concernent la sexualité ou la contraception.
- En 2007, avant la mise en place du plan, selon le dossier de presse de la présentation du plan « Santé Des Jeunes » de 2008, on retrouve environ 50 000 appels à contenu.

On peut supposer une tendance à la baisse au fil des années, avec un pic en 2011, probablement liée aux bénéfices du plan « Santé Des Jeunes ». La tendance à la baisse pourrait être liée à la réduction de l'amplitude horaire qui en 2014 est passée de 8 heures à minuit, à 9 heures à 23h.

La baisse peut aussi être liée à d'autres facteurs comme la facilité d'accès à certaines informations (multiplicité des articles traitant le sujet, multiplicité des forums et des réponses) ou d'autres facteurs externes (professionnels de santé plus impliqués dans la contraception, oubli de ce dispositif).

- Selon les mails et les forums :
 - En 2019, on retrouve 2786 réponses aux mails et 5148 messages sur le forum.
 - En 2014, on retrouve 3312 réponses aux mails et 3922 messages sur le forum
 - En 2011, plus de 2000 mails ont été traités.

Le manque de chiffre ne permet pas d'observer une tendance. Cependant on observe une activité internet importante.

Il est difficile d'évaluer une efficacité au fil du temps sans une étude approfondie avec plus de données. Cependant, on peut observer que ce dispositif est encore utilisé de nos jours et qu'il apporte de l'aide à de nombreuses personnes, ce qui le rend efficace, encore plus avec l'aide d'une campagne de promotion.

(56)

3. Prescription et Délivrance à l'avance de la contraception d'urgence

En Avril 2013, la HAS publie une recommandation sur la prescription et la délivrance de contraception d'urgence à l'avance après une évaluation de la balance bénéfice/risque de cette mesure.

Elle concerne les contraceptions d'urgences orales uniquement, le DIU au cuivre étant jugé moins propice à une délivrance en avance.

(51)(58)

a) La cible

La prescription et la délivrance à l'avance doivent être envisagées au cas par cas. En effet selon le rapport, la prescription à l'avance de la CU ne semble pas diminuer le nombre de grossesse imprévu au niveau de la population donc son utilisation en systématique paraît peu pertinente.

Cependant, au niveau individuel, la prescription à l'avance permet de lever certains freins d'accès, par exemple les problèmes d'accès géographique et ceux liés à l'horaire (voir la partie [Les freins identifiés par la HAS](#)), donc son utilisation au cas par cas peut être envisagée.

Il est difficile de caractériser ces situations a priori de manière exhaustive mais la HAS cite ces 3 situations suivantes :

« Les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (par ex. difficulté d'accès à une pharmacie, difficultés financières), les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant le préservatif ou d'autres méthodes contraceptives moins efficaces. »

(58)

b) L'innovation et les avantages apportés

L'intérêt de cette pratique est d'identifier la présence de certains freins d'accès à la CU en amont du rapport à risque fécondant et d'y remédier.

De plus, le fait d'aborder la contraception d'urgence lors d'une consultation pour une contraception permet à la patiente de s'informer sur le fonctionnement de la CU, de son délai d'utilisation, les possibles effets indésirables *etc...* et de lutter contre les freins d'accès liés à la méconnaissance.

Etant donné que l'efficacité d'une CU est fortement liée au délai d'utilisation, la fourniture à l'avance d'une CU permettrait de réduire ce délai, et également d'augmenter le recours à l'utilisation de la CU.

c) Les limites

Les risques d'une fourniture à l'avance d'une CU sont une augmentation des rapports non-protégés, une augmentation des IST ou une réduction de l'utilisation d'une contraception régulière.

d) L'efficacité

En ce qui concerne les risques : Au regard des essais contrôlés randomisés et des études similaires dans différents pays référencés par la HAS pour évaluer les risques, il est peu probable que la fourniture de la CU à l'avance augmente le risque de rapport non-protégé, d'IST ou réduise l'utilisation d'une contraception régulière.

Selon les mêmes études, on retrouve une augmentation de l'utilisation de la CU et une réduction du délai de prise d'une CU après un rapport à risque fécondant, mais au niveau d'une population on ne démontre pas de diminution du nombre de grossesse non-désirée.

L'absence de diminution de grossesse non-désirée peut être due à de multiples facteurs. En effet, une grossesse non-désirée peut être due, par exemple, à une mauvaise connaissance de son corps & de son cycle, une mauvaise perception du risque de grossesse, une attitude négative vis-à-vis de la CU, une crainte des effets indésirables *etc...* Par ailleurs il est possible que ce soit les femmes le moins à risque de grossesse qui soient les plus susceptibles d'utiliser la CU fournie à l'avance.

Au niveau individuel, il est difficile d'évaluer cette pratique, cependant il s'agit de la seule solution actuelle remédiant à certains freins d'accès à la CU.

(51)(58)

4. Contraception gratuite jusqu'à 25 ans

La prise en charge de la contraception après 18 ans permet la poursuite pour certaines patientes de leurs contraceptions, et donc évite l'utilisation de la CU, en sachant notamment qu'il s'agit d'une tranche d'âge occupant une proportion importante dans le nombre d'IVG effectué, et c'est pour ces raisons que j'ai choisi de l'aborder malgré tout.

De plus, la CU fera partie des contraceptions prises en charge, mais probablement sur prescription uniquement.

Cette mesure étend aux femmes jusqu'à l'âge de 25 ans compris les décrets du 31 mars 2013, du 1^{er} juillet 2016 et du 27 août 2020 qui permettaient déjà aux mineures d'accéder à la contraception gratuitement en prenant en charge à 100% les consultations avec un médecin ou une sage-femme en vue d'une contraception, les examens biologiques en vue d'une prescription de contraception, les actes de poses ou de retrait de contraceptif et le remboursement des contraceptifs.

Cette mesure a été annoncée le 9 septembre 2021 par le ministre des Solidarités et de la Santé Olivier Véran. Elle devrait être effective au 1^{er} janvier 2022.

(59)(60)(61)

a) La cible

La cible représente une population de 3 millions de jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans. Cette tranche d'âge représente une part importante des IVG puisque la tranche d'âge de 18 à 24 ans représente environ 30% des IVG réalisées chez les femmes de 15 à 49 ans en 2016, selon l'INSEE

L'âge limite de 25 ans a été fixé parce que :

« C'est un âge qui correspond, en termes de vie économique, de vie sociale et de revenus, à un âge qui va avec davantage d'autonomie, c'est aussi l'âge où on va quitter définitivement la complémentaire santé de son foyer »

Selon le ministre des Solidarités et de la Santé Olivier Véran lors de son interview sur France 2 le 9 septembre 2021.

(54)(59)(60)(62)

b) L'innovation et les avantages apportés

Le principal avantage de cette mesure est la possibilité pour les jeunes femmes de continuer leurs contraceptions après leurs 18 ans en les affranchissant de la contrainte financière, qui est l'un des freins d'accès aux méthodes de contraceptions efficaces.

De plus l'accès à une consultation, même si aucune contraception n'est instaurée, permet également aux jeunes femmes d'avoir des informations sur leurs cycles, la biologie de la reproduction, le fonctionnement de la contraception régulière.

De plus, lors de la consultation, le prescripteur peut informer la patiente sur l'utilisation de la CU, les moyens d'obtentions, le délai d'action, les possibles effets indésirables *etc...* et envisager une prescription à l'avance d'une CU selon la situation.

(63)

c) Les limites

Parmi les contraceptions qui ne sont pas concernées par cette mesure, on retrouve le préservatif féminin, les crèmes spermicides, les patchs, les anneaux vaginaux et les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération qui n'étaient déjà pas pris en charge dans la contraception mineure, mais également le préservatif masculin EDEN qui est entièrement pris en charge par la sécurité sociale uniquement pour les mineures. En comparaison, parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans en 2016, 18,6% utilisent uniquement le préservatif, 6,9% d'entre elles utilisent la pilule en association avec le préservatif et 2,2% utilisent un patch ou un anneau vaginal, selon le baromètre de santé. Cette proportion de femmes, non-négligeable, ne pourra pas obtenir une prise en charge intégrale de leurs contraceptions.

La prise en charge de certains contraceptifs pourrait amener à choisir un contraceptif non parce qu'il est adapté à son cadre de vie et au choix de l'utilisatrice mais uniquement par l'attrait financier de celui-ci.

Une autre limite de cette mesure est un reste à payer chez certains prescripteurs, même si une partie est prise en charge, le reste à charge peut représenter un frein économique pour les patientes.

Sur les 3 millions de femmes ciblées, beaucoup ne seront pas réellement impactées par cette mesure parmi lesquelles on retrouvera : les femmes rattachées à la complémentaire de santé familiale ou de leurs entreprises, les femmes ayant déjà souscrit une complémentaire de santé, les femmes ne prenant pas de moyen de contraception par choix. Il est aussi possible qu'une partie des femmes ciblées ne bénéficieront pas de cette prise en charge parce qu'elles ignoreront son existence.

(59)(64)

d) L'efficacité

Il est difficile d'estimer à priori l'efficacité d'une telle mesure. Pour mesurer l'efficacité, plusieurs paramètres pourraient être suivis :

- L'évolution du nombre de grossesse non-désirée parmi les 18-25 ans.
- L'évolution du nombre d'IVG parmi les 18-25 ans.
- Le nombre de recours à la CU parmi les 18-25 ans.
- Le nombre de femmes ayant eu accès à une méthode de contraception efficace grâce à cette mesure.
- Le nombre de pilules contraceptives remboursables par rapport aux années passées sur cette tranche d'âge.

L'accès facilité à une contraception efficace pourrait permettre de réduire le nombre de rapport à risque fécondant et donc le nombre de recours à la CU.

L'accès à une consultation prise en charge à 100% pourrait être une solution contre les freins d'accès à la contraception régulière ou d'urgence économiques et/ou liés à l'accès géographique et/ou horaire dans le cadre de la prescription à l'avance de la CU.

II. Les projets évoqués lors des entretiens

Dans cette partie, les idées proposées lors des entretiens avec les professionnels de santé seront détaillées. Certaines idées, n'ayant pas été forcément détaillées sur tous les points lors de l'entretien, seront complétées dans le respect de l'idée originale du ou des professionnels de santé qui l'ont énoncée.

La totalité des projets proposés ne seront pas détaillés. Les projets développés dans cette section auront été choisis en fonction de leur pertinence et du nombre de fois évoqués lors des différents entretiens.

1. Prise en charge des tests de grossesse

Cette mesure évoque la possibilité de prendre en charge gratuitement les tests de grossesse urinaires aux mineures, à l'instar de la contraception d'urgence. Cependant, l'un des professionnels de santé interrogé a évoqué la possibilité de les prendre en charge avec une prescription, sans limitation d'âge, donc cette idée sera développée dans cette même partie.

Bien que cette idée n'ait pas été évoquée lors des entretiens, la prise en charge pourrait aussi concerner les tests de grossesses sanguins.

a) La cible

La cible serait donc les mineures se rendant à la pharmacie suite à un échec contraceptif ou un rapport à risque, avec ou sans CU et/ou suite à une consultation contraception avec une ordonnance, dans ce dernier cas il est peut-être plus pertinent de le prescrire lors de la 1^{ère} contraception ou au cas par cas comme selon les recommandations de la HAS pour la prescription à l'avance de la CU.

b) L'innovation et les avantages apportés

L'intérêt de cette mesure serait en premier lieu de lever un frein économique pour les personnes ciblées, particulièrement chez les populations de mineures.

De plus, les personnes mineures pourraient avoir la possibilité de faire un test de grossesse dans une pharmacie, donc en dehors du domicile familial et de l'éventuelle pression familiale engendrée.

L'apport d'un test de grossesse gratuit pourrait permettre de détecter une grossesse qui serait passée inaperçue à cause d'un manque de connaissance de son corps, d'une forme de déni (on parle ici d'un déni des symptômes, et non pas d'un déni de grossesse où parfois la grossesse ne présente aucune symptomatologie).

La détection d'une grossesse précoce permettrait à la personne concernée d'avoir la possibilité de réaliser une IVG dans les délais réglementaires ou d'avoir une prise en charge plus précoce de sa grossesse.

Associé à la prescription à l'avance de la CU, la personne pourrait vérifier l'efficacité de sa CU après son utilisation.

c) Les limites

Les professionnels de santé devront expliquer correctement le fonctionnement d'un test de grossesse afin d'éviter un faux négatif lié à une mauvaise utilisation ou à un mauvais délai après le rapport à risque.

Les tests de grossesses sanguins nécessitent une plus grande organisation du patient en termes d'accès horaires et géographiques. De plus, un prélèvement sanguin est un acte plus invasif pouvant rebuter certaines patientes et laisser des hématomes trahissant leur acte médical.

La délivrance d'un test de grossesse par un pharmacien doit être accompagné d'un conseil sur la réorientation vers un professionnel de santé (médecin, sage-femme, CPEF, PMI, *etc...*) en cas de résultat positif.

Comme lors de la délivrance de la CU, le professionnel de santé doit informer la patiente des risques concernant les rapports non-protégés.

2. Visite médicale scolaire

Ce projet viserait à instaurer une consultation médicale lors du parcours scolaire dans un cadre de prévention, il viendrait alors compléter les cours d'éducatives sexuelles dispensées au collège & lycée.

Lors de cette visite, différents aspects médicaux sont abordés, prise de mesure, tension artérielle, calendrier vaccinal *etc...* auquel viendraient se rajouter les questions sur la contraception, la sexualité, les mesures disponibles pour les mineurs (planning familial, contraception d'urgence gratuite en pharmacie *etc...*).

On retrouve ces visites médicales en Europe aux Pays-Bas ou en Belgique par exemple, mais aussi en France à des âges plus jeunes où la contraception et la sexualité ne sont pas abordés.

Si la famille le souhaite, la visite médicale pourrait être réalisée par le médecin traitant qui éditerait un certificat à la fin de la consultation.

a) La cible

Afin d'atteindre la cible au niveau de la contraception, il faut cibler la tranche d'âge à laquelle interviennent les 1^{ers} rapports sexuels, soit vers la fin du collège vers les 4^{èmes} ou les 3^{èmes}.

D'autres visites peuvent se poursuivre lors du lycée et des filières professionnelles afin de renforcer le message de prévention.

b) L'innovation et les avantages apportés

La possibilité aux mineurs d'avoir accès à un médecin durant les heures scolaires pour aborder les possibilités de contraception et, de par l'aspect obligatoire, éviter à certains de passer à côté d'informations de prévention en ce qui concerne la sexualité et la contraception.

La disponibilité d'un autre médecin que le médecin de famille.

Compléter les informations reçues lors des cours d'éducation sexuelle, où dans certains cas, malgré l'obligation légale, les cours d'éducation sexuelle ne sont pas réalisés, permettre une introduction de l'éducation sexuelle.

c) Les limites

Parmi les limites, celle qui peut être le plus controversée, est l'aspect obligatoire. L'obligation d'une visite médicale pourrait contrarier certains parents et/ou enfants qui pourraient alors vivre ça comme une contrainte ou une intrusion dans la vie privée.

L'autre limite principale de cette mesure, serait le manque de moyen humain. La médecine scolaire est un milieu peu attractif, où de nombreux postes sont à pourvoir. Le nombre de médecin scolaire actuel ne permettrait pas d'appliquer cette mesure.

3. Campagnes de préventions & communications

Lors des entretiens, beaucoup de professionnels ont souligné la nécessité d'insister d'agir sur la communication avec les patients, ou même avec les professionnels de santé.

Beaucoup d'idées ont été avancées lors de ces entretiens, parmi lesquels on retrouve :

a) Pour les patients :

- Avoir un accès facilité à des flyers, des revues, des documents actualisés.
- Favoriser la mise en place d'associations de quartier & d'éducateur de rue.
- Renforcer les cours d'éducatons sexuelles lors de la scolarité.
- Remettre en place des campagnes publicitaires dans les médias.
- A l'instar d'Octobre Rose, proposer un mois destiné, à la contraception, la CU, et autre prise en charge dans le cadre de la prévention lors des rapports sexuels, comme par exemple le vaccin contre le papillomavirus.
- Inclure également les hommes dans les campagnes de prévention et de communication autour de la contraception.
- Rappeler les rôles des différents professionnels de santé dans la prise en charge des mineurs et/ou de la contraception.
- Communiquer autour des différentes structures de prise en charge, notamment des CPEF.

b) Pour les professionnels de santé

- Refaire un point sur les possibilités de prise en charge des mineures pour les infirmiers scolaires (gratuité d'une 1^{ère} consultation contraception, de certains contraceptifs *etc...*)
- Réactualiser les connaissances au niveau des professionnels de santé sous forme de catalogues spécialisés en gynécologie, grossesse et contraception.
- Faire participer d'autres professionnels de santé lors des cours d'éducatons sexuelles.
- Favoriser la coordination entre les différents professionnels de santé (réorientation, avis spécialisé *etc...*).

c) Les limites

Peu d'idées parmi les précédentes apportent une réelle innovation, et il existe de nombreuses limites à ces campagnes de communication.

Les campagnes de préventions nécessitent du temps pour mettre en place ou participer à l'éducation, des moyens humains & logistiques pour prendre en charge les personnes, et des moyens financiers.

Le choix de la méthode de diffusion d'information (télévision, réseau social, site internet, évènement, revues *etc...*) aura une importance cruciale sur la sélection de la cible visée.

De plus la mise en place d'un programme de prévention sur la contraception risque de prendre la place d'autres programmes de prévention.

4. Gratuité de la contraception et/ou de la contraception d'urgence pour toutes les femmes

Dans le même sens de la gratuité de la contraception et des actes médicaux liés jusqu'à l'âge de 25 ans (voir la partie [Contraception gratuite jusqu'à 25 ans](#)), il a été proposé d'étendre la gratuité à l'ensemble des femmes, dans le cadre où, dans la grande majorité des cas, il s'agit de la femme qui se voit incomber des dépenses liées à la contraception.

L'une des personnes interrogées a également proposé d'étendre la gratuité de la CU en pharmacie & sans prescription à l'ensemble des femmes, permettant ainsi à une mineure d'envoyer une personne de confiance, comme sa mère, une amie ou une grande sœur, si elle ne peut pas le faire, ou si elle n'ose pas le faire.

De plus, cela permet aux femmes majeures qui ne sont pas encore financièrement autonomes d'avoir accès à la CU en pharmacie.

a) La cible

La cible représente l'ensemble des femmes en âge de procréer, ce qui représente environ 11 300 000 femmes âgées de 15 à 50 ans, en 2021 selon l'INSEE, là où la

prise en charge jusqu'à l'âge de 25 ans couvre environ 4 300 000 femmes âgées de 15 à 25 ans.

(62)

b) L'innovation et les avantages apportés

Le principal intérêt est d'affranchir les femmes d'un frein économique lié à la contraception et à la CU, auquel les hommes sont moins souvent confrontés.

La possibilité d'envoyer une femme majeure de confiance pour la mineure sans avance de frais, pourrait permettre à une mineure d'obtenir une CU dans un délai plus rapide, et donc augmenter l'efficacité de la CU.

c) Les limites

Les 2 principales limites de cette mesure sont :

- Economique : Prendre en charge la contraception d'environ 11 millions de femmes et leurs possibles CU en pharmacie. Cependant ce coût peut être en partie rattrapé sur les IVG évités grâce à cette mesure.
- Au niveau des patientes : La disponibilité de la CU gratuitement à l'ensemble des femmes pourrait favoriser certaines prises de risques comme l'utilisation abusive de la CU dans certaines populations ou l'augmentation des rapports non-protégés par exemple.

Autrement on peut noter que cette mesure n'impactera pas les femmes financièrement autonomes, ayant déjà accès à une couverture complémentaire familiale, d'une entreprise ou privée, à l'exception de la prise en charge de la CU en pharmacie. On retrouve aussi d'autres limites déjà énoncées dans la partie [Contraception gratuite jusqu'à 25 ans - c\) Les limites](#).

5. Les projets non-retenus

Les projets non-retenus seront évoqués dans cette partie et seront abordés rapidement.

Certains sujets n'ont pas été développés pour plusieurs raisons :

- L'idée est pertinente mais avec peu de contenu à développer
- L'idée ne paraît pas pertinente
- L'idée est trop éloignée du sujet de la thèse

a) Disponibilité de délivrer l'acétate d'ulipristal par les infirmiers scolaires

L'idée a été soumise par une infirmière scolaire. Les infirmiers scolaires sont actuellement limités à la délivrance de lévonorgestrel, cela permettrait de couvrir une fenêtre plus importante après le rapport non-protégé.

La sécurité d'action de l'acétate d'ulipristal étant proche du lévonorgestrel, la délivrance par les infirmiers pourrait devenir possible.

b) Systématisation de la prescription de CU à l'avance lors d'une consultation contraception

Il a été proposé de prescrire et/ou délivrer systématiquement la CU à l'avance pour faciliter la prise de celle-ci, réduire le délai de prise et rassurer la patiente en cas d'oubli. Un des professionnels propose même que la prescription de CU à l'avance puisse servir à une autre personne que la patiente consultée.

Cependant la HAS recommande plutôt une prescription au cas par cas, en l'absence de diminution du nombre de grossesse dans la population lors d'une prescription systématique (voir partie [Prescription et Délivrance à l'avance de la contraception d'urgence](#))

De plus, la possibilité que la personne qui s'est fait prescrire la CU puisse elle-même la redonner à une autre personne, exempt la personne qui la prend de tout contrôle médical, ainsi que des rappels sur les risques des rapports non-protégés et de l'efficacité de la CU.

Cependant les professionnels ayant proposé cette idée travaillent dans des structures spécifiques (PMI, CPEF), leurs patientèles sont donc non-représentatives de l'ensemble de la population féminine à cause d'un biais de sélection. La prescription systématique de CU à l'avance dans ces structures pourrait donc être considérée comme un cas à part, même si on ne peut pas démontrer ou réfuter l'efficacité de cette méthode.

c) Distributeur de CU

Lors de 2 entretiens, 2 professionnels auraient souhaité assouplir les conditions d'accès à la CU. L'un d'eux a proposé de mettre en place un distributeur de CU, l'autre n'a pas proposé de solution particulière mais voulait éviter que les patientes « *doivent raconter leurs vies à chaque fois qu'elles vont à la pharmacie* ».

Deux autres professionnels de santé se sont montrés réticents à l'idée du distributeur. Dans le cadre où la CU reste un médicament, qu'il nécessite des explications, un rappel sur le fait qu'il ne substitue pas à une contraception régulière et d'éviter de complètement banaliser la prise d'une CU.

L'inconvénient aussi de ce dispositif serait qu'il réduirait fortement les contacts avec les professionnels de santé et favoriser une mauvaise utilisation de la CU et une augmentation des prises de risque.

d) Augmenter la durée de validité des ordonnances contraceptions

Seulement une personne a proposé d'allonger la durée de validité des ordonnances contraceptions de 1 an à 2 ans.

Cependant les ordonnances contraceptions (à l'exception des préservatifs), concernent uniquement des médicaments listés exposant à des risques à évaluer et nécessitant la surveillance d'un professionnel de santé.

Comme pour de nombreux traitements chroniques chez des patients stables, une consultation annuelle est le nécessaire minimum, il n'y a pas de raison particulière pour que la contraception y fasse exception.

L'autre principal inconvénient de ce projet est qu'en réduisant la fréquence des visites, le professionnel de santé pourrait passer à côté de certains effets indésirables des contraceptions hormonales.

e) Prise en charge des probiotiques

Au cours d'un entretien, le professionnel de santé a proposé de prendre en charge les probiotiques destinés à refaire la flore vaginale, dans un but préventif ou post-traitement antibiotique.

Cette mesure pourrait être également avancée pour la prise en charge des mineures, cependant ce projet étant éloigné du sujet de base, il ne sera pas développé.

f) Prescription pour le partenaire pour la prise en charge des IST

Lors d'un entretien, il a été proposé de pouvoir prescrire, en tant que sage-femme, un dépistage et un traitement des IST pour la patiente ainsi que ses partenaires.

Or depuis le 28 avril 2021, peu de temps avant l'entretien, cette mesure est passée dans le code de santé publique (Quatrième Partie, Livre 1er, Titre V, Chapitre 1^{er}, Article L4151-4).

Cependant il pourrait être intéressant d'inclure dans la prise en charge de la contraception des mineurs, en plus des consultations, de la délivrance de contraceptif, et des examens de laboratoire (comprenant seulement le dosage du cholestérol, des triglycérides et de la glycémie à jeun), la prise en charge des dépistages et des traitements des IST chez les mineurs, fille ou garçon.

Actuellement cette prise en charge de manière anonyme et gratuite peut être uniquement réalisée dans les plannings familiaux et les CeGIDD.

(42)

g) Pass consultation gynécologie

Il a été proposé au cours d'un entretien un « Pass consultation gynécologie », dans l'esprit du « Pass contraception », cependant l'ensemble des prises en charge des mineures concernant la contraception peut déjà être fait sans avoir besoin d'un Pass. Le seul apport que pourrait fournir ce Pass serait la prise en charge anonyme et gratuite des examens gynécologiques, ce qui ne serait pas forcément pertinent car l'ensemble de ces examens sont souvent proposés pour la 1^{ère} fois vers l'âge de 20-25 ans.

(65)

Conclusion

De nos jours, en France la contraception d'urgence, particulièrement la méthode hormonale, est facilement accessible et encore très utilisée, notamment grâce à la multiplication des points d'accès à la contraception d'urgence, l'accessibilité sans ordonnance et la gratuité pour les mineures.

La contraception d'urgence a beaucoup évolué depuis 1974, date de la 1^{ère} méthode hormonale efficace décrite, aussi bien sur l'innovation pharmaceutique que sur l'aspect légal.

La prise en charge des mineurs, que ce soit pour une contraception d'urgence ou régulière, a aussi énormément évolué depuis 1967, en passant par l'affranchissement de l'autorisation parentale à une possibilité de prise en charge complète d'une contraception gratuite et anonyme.

Les problématiques d'accès à la contraception d'urgence et de la prise en charge des mineurs évoluent également, notamment ceux liés aux tabous sociaux, même si certains tabous persistent, ils sont moins marqués qu'en 1967 et sont parfois d'une autre origine, et cela vaut pour les patients mais aussi pour les professionnels de santé.

C'est pourquoi après être revenu sur l'aspect historique des innovations pharmaceutiques des contraceptions d'urgence et de l'évolution du cadre légal de la contraception qui a permis aujourd'hui d'instaurer un cadre spécifique à la contraception d'urgence et de la prise en charge des mineures, une étude a été menée auprès de différents professionnels de santé intervenant dans la CU et/ou la prise en charge des mineurs afin d'identifier les freins d'accès aujourd'hui présents, et surtout de proposer des solutions à ceux-ci.

Lors des entretiens on a pu constater des différentes approches des professionnels de santé en fonction du cadre dans lesquels ils travaillent.

Parmi les solutions proposées, beaucoup sont axées sur l'information & l'éducation du public et des professionnels de santé, d'autres mettent en avant des solutions impliquant davantage des mesures locales comme l'implantation de nouvelles structures, le développement de celles déjà présentes ou la coordination avec d'autres

professionnels de santé présents. Les mesures locales permettent de palier les besoins spécifiques d'une région comme la mise en place des différents Pass contraception dans les différentes régions.

En outre, la prescription & délivrance en avance de la CU, permet aussi de répondre à certains freins d'accès présents et pouvant être adaptés au cas par cas.

Mais d'autres projets peuvent également être mis en place, même s'ils ne s'appliquent pas directement à la contraception, comme une prise en charge financière des tests de grossesse urinaires ou sanguins ou la prise en charge anonyme et gratuite du dépistage et traitement des IST chez les mineurs par des professionnels de santé en cabinet.

Cependant ces projets visent à améliorer la prévention secondaire et tertiaire qui peuvent être évitées en insistant sur la prévention primaire qui passe essentiellement par la sensibilisation des patients et des professionnels de santé, ce qui en fait le point clé de la prise en charge.

Bibliographie

1. Rahib D. L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2016 : NIVEAU ET DÉTERMINANTS / RATE AND DETERMINANTS OF EMERGENCY CONTRACEPTION USE IN MAINLAND FRANCE IN 2016. 5 juin 2018;6.
2. Hamdaoui N, Cardinale C, Agostini A. La contraception d'urgence. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. déc 2018;46(12):799-805.
3. WHO. Contraception d'urgence [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
4. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
5. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertil Steril. sept 1977;28(9):932-6.
6. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. Hum Reprod Oxf Engl. mars 1993;8(3):389-92.
7. Aubény E. La contraception d'urgence. 6 déc 1999;18.
8. Leung VWY, Levine M, Soon JA. Mechanisms of Action of Hormonal Emergency Contraceptives. Pharmacotherapy. févr 2010;30(2):158-68.
9. Contraception orale d'urgence - Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.fqpn.qc.ca/?methodes=contraception-orale-durgence>
10. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0237506.htm>

11. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0237506.htm>
12. Margulies L. History of intrauterine devices. Bull N Y Acad Med. mai 1975;51(5):662-7.
13. Ducatillon J. Le serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations. Bull Assoc Guillaume Budé. 2001;1(1):34-61.
14. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital copper-T. Adv Plan Parent. 1976;11(1):24-9.
15. Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanisms of action of intrauterine devices: Update and estimation of postfertilization effects. Am J Obstet Gynecol. déc 2002;187(6):1699-708.
16. Gemzell-Danielsson K, Berger C, P.G.L. L. Emergency contraception — mechanisms of action. Contraception. mars 2013;87(3):300-8.
17. Stérilet au cuivre (DIU) : pose, fonctionnement, efficacité [Internet]. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2120301-diu-cuivre-sterilet-sans-hormone-fonctionnement-prix/>
18. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
19. Vidal 2012 le dictionnaire. Issy-les-Moulineaux: Vidal; 2012.
20. ANSM. RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT - NORLEVO 1,5 mg, comprimé [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60812935&typedoc=R&ref=R0331838.htm>
21. Leung VWY, Levine M, Soon JA. Mechanisms of Action of Hormonal Emergency Contraceptives. Pharmacotherapy. févr 2010;30(2):158-68.

22. Agence Européenne du Médicament. Résumé Caractéristique du Produit - ELLAONE 30 mg [Internet]. [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20200204147234/anx_147234_fr.pdf
23. Gemzell-Danielsson K, Meng C-X. Emergency contraception: potential role of ulipristal acetate. *Int J Womens Health*. 9 août 2010;2:53-61.
24. Journal Officiel de la République Française du 01 Aout 1920. N°208 01 Août 1920. 1 août 1920;(208):96.
25. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
26. Journal Officiel de la République Française du 29 Décembre 1967. N°302 29 Déc 1967. 29 déc 1967;(302):128.
27. Ina.fr IN de l'Audiovisuel-. Lucien Neuwirth à propos de son livre Dossier de la pilule [Internet]. Ina.fr. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.ina.fr/video/I07068893>
28. Lemerle P. Journal Officiel de la République Française du 03 Février 1969. N°101 03 Février 1969. 3 févr 1969;(101):64.
29. stediril_-_ct-5760.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/stediril_-_ct-5760.pdf
30. Journal Officiel de la République Française du 07 Juillet 1974. N°159 07 Juillet 1974. 7 juill 1974;(159):32.
31. Chirac J. Journal Officiel de la République Française du 05 Décembre 1974. N°284 05 Déc 1974. 5 déc 1974;(284):32.
32. Journal Officiel de la République Française du 07 Juillet 2001. N°156 07 Juillet 2001. 7 juill 2001;(156):80.

33. Journal Officiel de la République Française du 18 Janvier 1975. N°107 18 Janvier 1975. 18 janv 1975;(107):48.
34. Ina.fr IN de l'Audiovisuel-. Décisions avortement : madame Simone Veil et monsieur André Rossi [Internet]. Ina.fr. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.ina.fr/video/CAF91005393>
35. Journal Officiel de la République Française du 01 Janvier 1983. N°1 01 Janvier 1983. 1 janv 1983;(1):160.
36. Conseil d'Etat, Assemblée, du 30 juin 2000, 216130, publié au recueil Lebon [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000008055530/>
37. Journal Officiel de la République Française du 14 Décembre 2000. N°289 14 Déc 2000. 14 déc 2000;(289):168.
38. Journal Officiel de la République Française du 19 Mars 2004. N°67 19 Mars 2004. 19 mars 2004;(67):80.
39. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0167 du 22/07/2009 [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=_ARlZWY3SbtGUKHxo9DBo5zKY6oT0Ac8uyatwTORrks=
40. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
41. ellaone_-_ct-7137.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone_-_ct-7137.pdf
42. Article L4151-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930245/#:~:text=

Les%20sages%2Dfemmes%20peuvent%20prescrire,l'exercice%20de%20leur%20profession.

43. Touraine M, Ayrault J-M, Moscovici P. Journal Officiel de la République Française du 27 Mars 2013. N°73 27 Mars 2013. 27 mars 2013;2.
44. Remboursement intégral des contraceptifs pour les mineures : le décret est paru [Internet]. VIDAL. [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
45. Contraception gratuite pour les mineures de 15 à 17 ans : comment faire en pratique ? [Internet]. VIDAL. [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
46. Touraine M, Eckert C, Sapin M. Journal Officiel de la République Française du 30 Juin 2016. N°151 30 Juin 2016. 30 juin 2016;2.
47. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0209 du 27/08/2020 [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Yer5PkF5FqGMis2BDE7cmsiBB0vFBquP8SLVDhQ4mrg=>
48. Anonymous. EMA recommends availability of ellaOne emergency contraceptive without prescription [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-availability-ellaone-emergency-contraceptive-without-prescription>
49. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0094 du 22/04/2015 [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=J8_hWtBsyleNM9iMXSRn2OCYmb_NW4v-_mh_fgozqVE=
50. Vallaud-Belkacem N. Journal Officiel de la République Française du 28 Mai 2016. 28 mai 2016;(N°123 du 28 Mai 2016):2.
51. HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance : Argumentaire [Internet]. 2013 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf

52. Baillarguet S, Delpech J, Metivier P, Pratlong M. Faciliter l'accès à la contraception des jeunes majeures: Évaluation des `` Pass Contraception '' . 30 nov 2015;6.
53. Santé Publique France. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. d'une décennie à l'autre. 2016;6.
54. Fécondité et interruptions volontaires de grossesse en 2016 - Tableaux de séries longues – La situation démographique en 2016 | Insee [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3552388?sommaire=3552423#titre-bloc-20>
55. Favoriser le dialogue sur la contraception.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_favoriser_le_dialogue_sur_la_contraception.pdf
56. plan_sante_jeunes.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sante_jeunes.pdf
57. Fil Santé Jeunes accueil le lien qui te libère [Internet]. Fil santé jeunes | Fil santé jeunes. 2014 [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com>
58. HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance : Fiche de synthèse [Internet]. 2013 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf
59. Contraception gratuite pour les femmes de moins de 25 ans à partir de janvier 2022 [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158>
60. Dès 2022, la contraception sera gratuite pour les femmes de moins de 25 ans [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur:

<https://www.gouvernement.fr/des-2022-la-contraception-sera-gratuite-pour-les-femmes-de-moins-de-25-ans>

61. Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022 - Dossier de presse [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-plfss-2022-24-09-2021.pdf>
62. Bilan démographique 2020 - Insee Première - 1834 [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724#tableau-figure6_radio1
63. Ameli. Contraception [Internet]. [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>
64. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
65. Galland F, Herrenschildt S, Blidi M. La première consultation gynécologique tout ce que tu as toujours voulu savoir sans jamais oser le demander ... Paris: Association Sparadrap - Santé Publique France; 2012.

Annexes :

ANNEXE 1

Code	N°	Version	Nom de la procédure	Nombre de page
ENT	1	V2.1	Entretien de Thèse	2
Annexes : - ANNEXE 2 : Grille d'entretien				
Création le : 15/04/2021		Validation le :		Date application : 15/04/2021
Par : DUFOUR Erwann		Par :		Par : DUFOUR Erwann
Date de réévaluation :				

Domaine d'application :

Cette procédure a pour but de mener un entretien dans les meilleures conditions possibles afin de recueillir les témoignages des professionnels de santé.

Qui :

Entretien dirigé par l'investigateur avec un seul autre professionnel de santé par entretien.

Le professionnel de santé peut être un(e) infirmier(e), un médecin, un pharmacien, un(e) sage-femme. Il peut exercer dans diverses structures et cadres : scolaire, libéral, planning familial, rural ou urbain.

Fait quoi :

Prise de contact avec un professionnel de santé.

Entretien semi-dirigé sur la prise en charge de la CU et des mineures

Quand :

Hors de la plage horaire d'exercice du professionnel de santé, si c'est impossible préférer une heure creuse pour ne pas presser l'entretien.

Où :

Dans un espace de confidentialité, de préférence, où on peut parler calmement & librement sans risquer d'être interrompu ou de sentir un jugement par une personne tierce.

Cependant si on veut respecter les gestes barrières et les précautions liés à la pandémie de COVID-19, cette condition ne peut pas toujours être obtenue (pièce trop petite, mal aérée par exemple). Donc à ce moment-là, nous préférons la visio-conférence, auquel cas les 2 participants devront se trouver dans une pièce calme et isolée pour les mêmes raisons évoquées précédemment.

Combien :

La durée de l'entretien sera d'environ 30 minutes.

Pourquoi :

- Dégager des problématiques liées à la prise en charge
- Identifier les freins à la CU
- Identifier l'aspect pratique de la prise en charge par rapport à la théorique
- Evaluer le ressenti des professionnels de santé sur la pratique
- Identifier des leviers d'action applicables sur le terrain et des changements au système actuel.

Traçabilité :

Les entretiens seront enregistrés avec l'accord des participants et retranscrits

Ils ne seront consultables que par l'investigateur jusqu'à la validation de la retranscription du participant.

Ces dossiers seront enregistrés informatiquement dans un dossier « Enregistrement »

Comment :

Au préalable, lors d'une 1^{ère} prise de contact avec le participant, je détaillerai le déroulement de l'entretien : Durée, Modalité, Lieu, Thèmes abordés, Disponibilité, Possibilité d'anonymisation.

Cette prise de contact pourra se faire par téléphone, mail, ou même directement avec le professionnel.

L'entretien se fera à l'aide d'un questionnaire qui servira de fil conducteur : « ANNEXE 2 : Grille d'entretien ».

L'entretien sera enregistré en audio pour une retranscription écrite exacte de l'entretien. Toutefois, si le participant ne souhaite pas être enregistré, une transcription écrite lors de l'entretien sera effectuée.

Pour encourager l'enregistrement audio, le participant pourra, s'il le souhaite, être anonymisé, de plus une copie de la retranscription écrite lui sera fournie s'il souhaite revenir ou détailler un propos.

En cas d'anonymisation, le participant donnera son identité durant l'entretien, mais son identité n'apparaîtra pas dans la retranscription ou dans la thèse. La demande de son identité lors de l'entretien permet juste d'effectuer une identitovigilance pour l'investigateur.

La retranscription doit être validée par le participant avant d'être utilisée.

En ce qui concerne l'anonymat si le participant souhaite la demander après l'entretien, il lui sera possible dans la limite de la validation de la retranscription.

Ce questionnaire fait office de ligne directrice durant l'entretien qui sera organisé selon la procédure de l'annexe 1.

THEME QUESTION	Commentaires et/ou réponses
Rappel des modalités :	3 Minutes
Remercier le participant pour le temps qu'il accorde.	
Rappel de la durée de l'entretien :	30 minutes
Rappel des thèmes abordés : <ul style="list-style-type: none"> - Contraception d'urgence - Prise en charge des mineures 	Pour rappel, les questions ne se limitent pas aux mineures demandant la CU, mais aussi à toute personne demandant une CU et à l'ensemble des prises en charge destinées aux mineures concernant la contraception (conseil & éducation compris)
Rappel du but de l'entretien :	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dégager des problématiques liées à la prise en charge</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Identifier les freins à la CU</i> - <i>Identifier l'aspect pratique de la prise en charge par rapport à la théorique</i> - <i>Evaluer le ressenti des professionnels de santé sur la pratique</i> - <i>Identifier des leviers d'action applicables sur le terrain et des améliorations au système actuel.</i>
Demande d'enregistrement audio en précisant les modalités de retranscription et modifications ultérieures.	

<p>Demande si souhait d'anonymat en précisant que le participant peut le faire plus tard s'il change d'avis.</p>	
<p>Rappel qu'il n'y a pas de jugement lors de l'entretien, je n'interviendrai que pour recentrer le sujet et laisserai l'intervenant s'exprimer sans l'interrompre le plus possible</p>	
<p style="text-align: center;">Présentations</p>	<p style="text-align: center;">5 Minutes</p>
<p>Se présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom, Prénom, âge. - Profession, année d'étude, date de la validation de la 5^{ème} année (année 2020). 	
<p>Laisser l'autre personne se présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueil de l'identité civile - Le domaine d'exercice - Le parcours professionnel <p>(*) : EN CAS D'ANONYMISATION : Recueillir ces données si possibles mais ne pas les retranscrire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nom* : - Prénom* : - Âge (facultatif ?) :
	<ul style="list-style-type: none"> - Profession : - Lieux d'exercice** :

<p>(**) EN CAS D'ANONYMISATION : Recueillir ces données si possibles mais ne pas les retranscrire de manière complète (ne pas donner de localisation).</p>	<p>- Préciser le cadre (urbain, rural, libéral, petit/grand cabinet ou pharmacie, patientèle habituelle etc...) :</p>
	<p>- Date d'obtention du diplôme :</p> <p>- Activités professionnelles annexes et/ou antérieures**:</p>
<p>Enquête</p>	<p>20 Minutes</p>
<p>Quel est votre rapport à la CU et à la prise en charge des mineurs ?</p>	<p>(Un ressenti, une expérience marquante, une idée spontanée)</p>
<p>A quelle fréquence effectuez-vous cet acte ? (Dispensation, entretien avec un mineur)</p>	

<p>Lors de ces actes, Vous sentez-vous suffisamment impliqué dans la discussion et/ou l'éducation du patient ? Si non, pourquoi ? Aimeriez-vous être plus impliqué ?</p>	<p>(Est-ce un problème lié à vous, votre profession, votre sexe, âge... etc...) (Lors de ces actes, ailleurs, de manière plus active ?)</p>
<p>Pensez-vous que votre profession est suffisamment formée et/ou encadrée Votre profession pourrait-elle apporter quelque chose de plus à la prise en charge ?</p>	
<p>Quels seraient les freins à cette prise en charge pour les patients selon vous ? Et les freins pour les professionnels de santé, notamment dans votre profession, qui empêcherait la réalisation d'une bonne délivrance et/ou conseil ?</p>	<p>(Méconnaissance, Religion, Peur du jugement, autre) (Manque de formation, d'expérience, de temps, peur de faire peur, barrière du sexe)</p>
<p>Quels seraient les solutions à ces freins ?</p>	

<p>Prescription et délivrance à l'avance d'une CU :</p> <p>- Prescripteur :</p> <p>Prescrivez-vous une CU à l'avance ? A quelle fréquence ? Dans quel cas ?</p> <p>Quelles explications vous donnez à la patiente ?</p> <p>Que pensez-vous de cette pratique ?</p> <p>- Pharmacien :</p> <p>Recevez-vous souvent des ordonnances de CU à l'avance (à délivrer ou non) ?</p> <p>Quelles questions posez-vous à la patiente ?</p> <p>Quels conseils donnez-vous ?</p> <p>Que pensez-vous de cette pratique ?</p>	<p>Question différente pour prescripteurs et pharmaciens.</p> <p>Les infirmiers scolaires qui ne peuvent pas prescrire une CU à l'avance ne sont pas concernées.</p> <p><u>A délivrer ou non</u> : Délivrance seulement en cas d'oubli de contraception ou délivrance à l'avance pour une trousse de secours.</p> <p>Délivrance seulement en cas d'urgence et pas pour la trousse de secours ? Peur d'un mésusage ? Peur d'une banalisation de l'oubli ? Avis favorable ou défavorable ?</p>
<p>Et pour finir sur un dernier thème, de manière plus générale, quels changements aimeriez-vous apporter au système actuel dans ce domaine ?</p>	<p>Par exemple, actuellement lorsqu'on a rendu la contraception gratuite et anonyme aux mineures, le droit de prescrire des sages-femmes en 2009 etc...</p> <p>(Après sa réponse ou en absence de réponse, proposer des idées : 1^{ère} prescription infirmier, test de grossesse gratuit aux mineurs, visite médicale scolaire 1/an)</p>
<p>Fin</p>	<p>2 Minutes</p>

Vérifier l'anonymisation.	
Vérifier/prendre un contact pour la validation de la transcription.	
Laisser un contact pour toutes questions ou demandes éventuelles.	Email : erwann.dufour@etu.u-bordeaux.fr Téléphone : 0770 31 46 87

ANNEXE 3

Code couleur :

Professionnel de santé interrogé en noir

DUFOUR Erwann en rouge

[Texte] : Précision hors entretien (définition, acronyme, précision...)

Correction, précision manquante ou anomalie en vert

Le 25.05.2021,

B.M.

Infirmière scolaire exerçant dans un lycée dans une métropole

- Est-ce que vous souhaitez l'anonymat ?
- Pas spécialement, ça ne me dérange pas.
- Je me présente DUFOUR Erwann, j'ai 26 ans. Je prépare ma thèse en pharmacie, je suis en 6^{ème} année de pharmacie, j'ai eu ma 5^{ème} année en 2020. Je vais vous laissez vous présenter avec votre nom, prénom, votre domaine d'exercice et votre parcours professionnel
- Mon nom c'est BOBELNA Myriam, je suis infirmière scolaire depuis 2003, auparavant j'ai travaillé 12 ans en milieu hospitalier. J'ai d'abord travaillé dans un lycée, une cité scolaire, dans le département du Nord et je suis arrivé sur l'établissement du lycée Mermoz en 2008. A savoir que le lycée Mermoz, pour situer, c'est l'un des plus grands lycées de France, on est dans le top 5 avec environ 4500 élèves, en incluant tous les élèves du GRETA, les élèves du CFA, on a également un CBEN [Centre de Bilan de l'Education Nationale], c'est un centre qui fait les tests aux personnes pour savoir à quels orientations et formations professionnels elles peuvent prétendre, donc vraiment un gros établissement avec un internat, un lycée avec des sportifs de haut niveau également.
- Donc effectivement, beaucoup de monde, j'ai remarqué que vous étiez en centre-ville. Vous êtes beaucoup à l'infirmierie scolaire ? Il y a un médecin scolaire aussi, peut-être ?
- Alors les médecins scolaires, on va dire que c'est une denrée rare. Les médecins scolaires ont des secteurs de plus en plus grands, parce qu'ils ont des problèmes de recrutement, donc ils viennent à la demande. Ils viennent beaucoup en début d'année, par exemple chez nous, on a des secteurs professionnels qui doivent être vu en visite médicale pour les autoriser à aller en stage, donc ils viennent beaucoup les 1ers temps mais après son secteur est tellement grand qu'on a très peu de médecins scolaires. Et un médecin scolaire ne peut pas faire de prescriptions, ce que du dépistage, des conseils mais il n'a pas droit de prescription.
- D'accord, donc le médecin scolaire vient surtout pour faire des certificats d'aptitudes aux machines dangereuses.
- Et puis après le médecin il voit aussi les personnes qui ont des pathologies particulières, les élèves qui ont besoin d'aménagement d'horaire suite à des pathologies, des parcours divers et variés. Il donne son avis sur des situations problématiques.
- Et donc par exemple si vous avez des jeunes qui ont des questions sur la contraception etc... C'est plus vers vous qui vont se tourner ?
- Ah oui ! Il [le médecin scolaire] n'a pas le temps de se consacrer à ça. Les personnes relais c'est nous au niveau des lycéens, c'est l'infirmière scolaire.
- Votre rapport à la contraception d'urgence et à la prise en charge des mineures ?
- La CU, on a un bulletin officiel qui nous permet de donner la CU, bien sûr après un entretien professionnel, pour voir si on est dans les délais, s'il y a réellement eu un risque ou non et puis aussi le donner dans de bonnes conditions, vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication à la CU. Alors quand on donne, il y a 2 manières de le donner. Personnellement, j'ai un budget médicament qui me permet de pouvoir en acheter, mais j'ai des collègues qui ont un tout petit budget, donc qui ne peuvent pas se permettre d'acheter la pilule du lendemain, donc elles font appel aux pharmacies : elles adressent l'élève à la pharmacie la plus proche pour qu'elle puisse prendre son cachet.
- Donc vous faites partie de ceux qui ont un budget suffisant ?
- Oui, c'est un gros lycée, je ne suis pas malheureuse au niveau de mon budget, donc moi j'ai la possibilité d'acheter mes plaquettes et de pouvoir le donner tout de suite après l'entretien.
- Vous faites fréquemment cet acte ? La dispensation de CU ?
- En moyenne, pas trop, je dirais, on est un lycée qui, en dehors de la pandémie, on fait entre 4600 et 5000 passages par an, donc c'est énorme. On est ouvert de 7h30 à 18h, plus l'internat, donc on a vraiment beaucoup de passage. Et sur l'année dernière [2020] j'en ai donné 10, donc ce n'est pas beaucoup. Par contre avec la pandémie, j'ai dû refaire le plein parce que j'ai eu beaucoup plus de demande. C'est l'effet confinement : des élèves qui ont fait une semaine présentielle & une semaine distancielle, j'ai l'impression que ça a favorisé les prises de risques. Les jeunes se retrouvaient chez les uns, chez les autres. Est-ce que l'accès aux contraceptions a été un peu freiné ? Je ne pense pas. Mais les situations à risques ce sont multipliées avec la pandémie.
- C'est ce qu'on avait cru remarquer dans les pharmacies où je travaillais.
- J'ai dû refaire un plein en catastrophe parce que j'ai multiplié par 2 ou 3 les situations où j'ai dû donner la pilule du lendemain.
- Vous avez accès aux 2 pilules du lendemain ? Norlevo et EllaOne ?
- Non ! Nous on a que le Norlevo. EllaOne c'est avec un plus grand délai et nous on ne la donne pas.
- D'accord. Et les entretiens avec des mineurs sur la contraception ou sur la sexualité de manière générale, vous le faites fréquemment ?
- Alors déjà, quand il y a une situation à risque, on essaie toujours de comprendre pourquoi on donne la CU. On voit si c'est un défaut de connaissance, s'il n'avait pas de moyen de contraception, s'ils avaient déjà connaissance de l'existence de la pilule du lendemain avec la facilité d'accès dans les pharmacies. Parce que moi souvent, ça peut être le lundi et on peut être quelques fois limite dans les délais, donc quand je leur explique qu'après le rapport à risque, ils avaient la possibilité d'aller dans une

pharmacie, même de garde, pour y avoir accès, ils ne sont pas toujours au courant. Et puis, bien sûr, quand il y a un rapport à risque, je parle aussi des risques sérologiques, avec des IST. Ça c'est en gros la prise en charge que je fais pour ces élèves à qui je donne la pilule du lendemain, en sachant que je fais un suivi aussi à court terme, c'est-à-dire que je les adresse au centre de planification qui est Avenue Rabelais, et que pour qu'elle puisse faire leurs tests et avoir ou non, s'ils ne veulent pas mettre au courant leurs parents, avoir accès à un moyen de contraception.

- **Et en amont de la CU, peut-être ?**

- Alors en amont de la CU, c'est quelque chose qu'on aborde. Nous, par exemple pour des douleurs de règles, souvent on amorce la discussion avec les jeunes filles pour une consultation gynécologique, pour savoir où elle en est et aussi ça permet quelques fois d'amorcer des discussions sur la sexualité, sur la prise de risque etc... ça on peut amener cette discussion sur ça, soit on peut amener la discussion sur des passages de jeunes filles qui viennent pour des maux divers : une séparation, des filles qui subissent des pressions de la part de leurs copains pour avoir un 1^{er} rapport & elles ne se sentent pas prêtes, nous on tient toujours à leur dire qu'on est soumis au secret professionnel et qu'on est là aussi pour les guider, on est pas que des tiroirs à médicaments, ce qui est dit ici reste sous le secret professionnel et que bien sûr on va pas appeler leurs parents pour décrire un peu ce que vit la jeune fille. Ensuite, là avec la pandémie tout a été chamboulé, par exemple chaque année, je reçois des groupes d'étudiants infirmières de 2^{ème} année qui font leurs projets de santé publique et souvent dans les projets il y a les moyens de contraception, la vie sexuelle etc... donc ça permet de faire une action en 2 temps au niveau d'une classe. Ensuite, à la demande avec certains professeurs, j'interviens dans des classes, et quelques fois dans des classes professionnels où il y a juste des garçons.

- **Pour un cours d'éducation sexuelle ?**

- Voilà, la vie sexuelle ne concerne pas que les filles, et je vais au niveau des garçons pour justement parler de tout, souvent c'est à base de questions anonymes qu'on me donne et qui me permette de préparer un petit peu le fil conducteur, ça dure 2 heures et puis souvent il y a des questions qui fusent dans tous les domaines, tout est abordé : le respect, le consentement, la pornographie & l'impact sur les comportements sexuels chez les jeunes, qu'est-ce qu'on fait quand il y a une rupture de préservatif, au niveau légal aussi par rapport au consentement, la vie sexuelle rapport aux usages de l'alcool et des drogues, tout peut être désinhibée et il peut y avoir des catastrophes. Après c'est vrai que cette année avec la pandémie ça a été très difficile de le mettre en place, on a été complètement phagocyté par le COVID, le contact-tracing, l'anxiété des élèves qui ont beaucoup souffert pour leurs scolarités avec le distanciel. Là cette année notre travail a changé de camp.

- **C'est pour ça que j'essaie d'avoir des gens avec un peu d'expérience pour voir les effets sur cette année et sur les années précédentes (plus habituelles). Vous avez répondu à une des questions que j'allais vous poser, à savoir : si vous vous sentiez suffisamment impliqué dans la discussion & l'éducation des patients ? Il semble que oui. Oui, oui !**

- **Vous y participez au cours d'éducation sexuelle et que vous prenez le temps de parler avec les patients. Est-ce qu'il y a des fois où ils n'ont pas le temps ou que vous sentez qu'il y a une barrière ? Qu'ils se sentent mal à l'aise ?**

- Ça peut être fait chez certaines personnes en plusieurs temps, c'est-à-dire qu'au départ on les met à l'aise en leur disant « je vois que t'es tracassé », « qu'est-ce qui se passe ? », « n'hésite pas, la porte est ouverte », on rappelle qu'on est soumise au secret professionnel. Et en fait, c'est avec plusieurs passages qu'on dénoue des nœuds et on arrive à vraiment à mettre à l'aise l'élève pour qu'il puisse libérer un peu sa parole, se positionner et poser des questions sans retenue, sans a priori, sans avoir peur qu'on les juge, quelques fois même leurs orientations **professionnelles (« sexuelles », peut-être ?)**, parce que la vie sexuelle ce n'est pas que « hétéro », on a des jeunes en mal-être qui se cherchent, on sent bien qu'il y a une orientation qui est pas encore acceptée, donc comme on les a de la 2^{ème} à la terminale, plus parfois chez nous en BTS ou en classes préparatoires, quelques fois ce temps permet aussi à l'élève d'avoir vraiment confiance en nous.

- **Et donc de se fier plus facilement ?**

- Voilà et puis qu'on l'oriente, qu'on le mette en lien avec des associations quand il y a vraiment des problèmes avec la famille ou des problèmes d'harcèlements, des choses comme ça.

- **Est-ce que vous sentez qu'il y a une barrière liée à votre profession, au sexe, à la différence d'âge pour la discussion ?**

- Pour la discussion, je pense que pour les élèves c'est au feeling, comme on est 2 infirmières, ils peuvent très bien ne pas oser se confier avec ma collègue et se confier avec moi, et vice versa. Après il y a le temps, c'est-à-dire qu'il y a des jours où ils n'y arrivent pas et des jours où ils sont en demande d'être écoutés. Ensuite il y a la barrière de sa propre éducation, il y a des familles où on ne parle même pas de règle, où les parents ne donnent pas trop d'information, c'est un sujet tabou dans la famille, et quelques fois on a la barrière de la religion.

Là, la religion c'est manifeste, quand on parle de douleurs menstruelles et qu'on évoque d'aller voir la gynécologue, c'est un travail à bras-le-corps, soit avec l'élève, soit avec les parents pour qu'ils acceptent de consulter et de voir s'il y a un problème.

- **Et au niveau de votre profession, au niveau des infirmières scolaires de manières générales, est-ce que vous pensez que vous-êtes suffisamment formés ou encadrés pour ces actes ?**

- En fait, l'Education Nationale propose peu de formation, par contre après, on peut être formé. On est organisé sous forme de bassins, c'est-à-dire que l'académie est tellement grande que, par exemple il y a le bassin sud où on est 4 ou 5 collèges, 4 ou 5 lycées et on a une référente au niveau du rectorat qui gère ses réunions et on peut demander lors de cette réunion à avoir accès à certaines formations, et puis le fait aussi de se réunir ça permet aussi de faire des échanges de pratique « Moi j'ai eu ça, j'ai pu faire appel à ça » « Sachez qu'il y a tel numéro vert », il y a des échanges pratiques. Mais réellement des formations il y en a peu.

- **Vous n'avez pas de fiches de procédures ou des livrets délivrés par l'Education Nationale ?**

- Non, après faut se référer au texte de loi pour donner la pilule du lendemain avec les délais, ça relève un peu de notre rôle propre, parce qu'on n'a pas de prescriptions médicales. C'est sûr que dans l'Education Nationale, il faut autant qu'on puisse repérer une situation où il y a un risque de grossesse et après un entretien professionnel, on donne la pilule du lendemain, mais ça c'est un cas, il y a pleins de cas que ça soit pour la traumatologie etc... où on doit être rigoureuse sur les délivrances qu'on peut donner.

- **Je voulais savoir s'il y avait des formations exprès pour ça ou juste pour former pour un entretien ?**

- Après il y a différentes petites formations, on a un plan de formation avec le rectorat, mais le problème c'est que quelque fois, le nombre de participant est assez limité, par exemple c'est une formation où on ne peut être que 30 alors que dans l'académie on est plusieurs centaines infirmières scolaires. Le choix, l'opportunité n'est pas toujours présente pour accéder aux formations.

Après on a toujours la possibilité, si on est en difficulté, d'appeler notre médecin scolaire ou le 15 pour avoir un avis, la gynécologue de la jeune fille par exemple en cas d'oubli de pilule, des effets secondaires trop importants, on laisse & donne jamais sans avoir la certitude qu'on fait bien.

- **On en a un petit peu parlé mais en ce qui concerne les freins à la prise en charge pour les patients, ce serait vraiment : la méconnaissance, la religion, la peur du jugement ?**

- Alors oui ! La peur du jugement, la méconnaissance, la religion. Les freins aussi c'est que les élèves ne connaissent pas nos missions, c'est-à-dire qu'ils nous voient comme « on donne un doliprane quand on a mal à la tête » mais ils ne savent pas que l'infirmière scolaire, elle peut aussi donner la pilule du lendemain. Donc il y a aussi une méconnaissance du rôle de l'infirmière & de ses missions dans l'établissement.

- **Je fais un aparté pour dire qu'en pharmacie on peut aussi retrouver cette méconnaissance : par exemple l'accès à une consultation en vue d'une contraception auprès d'un médecin de manière anonyme et gratuite, l'accès à la CU gratuitement en pharmacie et autres.**

- **Et au niveau des professionnels de santé, qu'est-ce qui pourrait gêner le professionnel pour faire une bonne délivrance, un bon conseil ?**

- Ce qui pourrait nous gêner ? ça peut être le moment T, c'est-à-dire que quelques fois on est débordé, ça fait cabinet médical, vu l'importance de mon lycée, une jeune fille qui vient et qui parfois peut attendre 3 quarts d'heure dans la salle d'attente, elle risque quelque fois de repartir parce qu'elle ne veut pas manquer les cours. C'est un peu notre indisponibilité qui parfois peut gêner les élèves et puis ce qui peut freiner, c'est peut-être aussi les élèves qui peuvent être en manque de confiance sur notre prise en charge en se disant « elle risque d'appeler ma mère », la méconnaissance du secret professionnel, ça peut être un frein.

- **Et la peur de faire peur aussi, peut-être ?**

- Ou la peur du jugement, parce qu'on peut avoir des infirmières scolaires qui ne sont pas empathiques et qui peuvent juger une élève, parce que soit même on peut être pétri de notre religion, notre éducation familiale etc... ça peut être un frein. Alors que l'infirmière elle doit être empathique, elle ne doit pas juger. En aucun cas, on ne peut juger un élève. Je pense que l'élève a peur de ça.

Et puis je pense aussi le frein, c'est que même si à un moment donné, l'élève a eu l'info disant qu'après un rapport à risque, il peut avoir la pilule du lendemain, il peut y avoir un déni. C'est comme la prise de risque avec le cannabis. Encore si elles arrivent à calculer leurs cycles, elles vont dire « là je vais avoir mes règles dans 2 jours », il y a aussi une méconnaissance du corps et du cycle, qui font que parfois les élèves vont banaliser. Et il peut y avoir aussi une méconnaissance de son corps, ils ne savent pas la durée de vie d'un spermatozoïde. Alors que quand on les aborde, ils connaissent tout.

- **Il y a de la méconnaissance et du déni. Je parlais de la peur de faire peur car j'avais des collègues qui voyait que la personne venait rapidement et qui n'avait pas le temps, pour une contraception d'urgence, alors ils veulent bien leurs délivrer mais ils aimeraient aussi parler de pleins d'autres choses, du risque d'IST etc... mais comme la personne n'a pas le temps, il a peur de lui donner la sensation d'être jugée, de lui faire peur et que la personne finalement « bah non, je repars » et qu'elle ne prenne même pas de CU. Est-ce que vous avez ce genre de problème ?**

- Franchement, non. Parce qu'on essaie toujours de créer un climat de confiance, même si on a du monde, on ferme la porte, on parle tout doucement pour pas qu'éventuellement on entende dans la salle d'attente. Et malgré tout, dans l'information et dans la prise en charge on ne les garde pas 1 heure, on essaie aussi qu'il reparte en cours, on va à l'essentiel en parlant du risque de grossesse, des effets secondaires qui peuvent survenir, on leur redonne rendez-vous pour qu'ils viennent nous

voir après le 1^{er} retour des règles et puis on les dirige avec le planning familial. Mais dans tout le cas c'est sur la base du volontariat, on sait que les élèves ont un rapport à risque et n'auront pas de moyens de contraception avant longtemps. En général, je pense que ça prend entre 15 et 20 minutes.

- **Donc vous avez quand même le temps d'instaurer un climat de confiance ?**
- Ah oui !
- **Et de discuter posément des sujets qui peuvent être intéressants à ce moment-là.**
- Oui !
- **Donc concernant les freins à la prise en charge pour les patients, est-ce qu'il y aurait des solutions pour la méconnaissance, la religion, la peur du jugement ? Est-ce que ce serait de faire plus de communication à la télé, des publicités comme on en voyait il y a 8 ans ? Est-ce qu'il y aurait plus à faire dans les cours d'éducation sexuelle ? Je sais que pas tous les lycées le font même si c'est obligatoire.**
- Oui ! Franchement dans mon établissement toutes les classes ne l'ont pas. Parce que c'est tellement énorme à mettre en place. Nous en temps qu'infirmière, on n'arrive pas toujours à se détacher, faut vraiment fonctionner avec une association dont on maîtrise le contenu et qu'on connaît les interventions & les intervenants. Parce que même quelques fois une association peut être géniale avec un groupe d'animateurs et ça peut être moins intéressant avec d'autres animateurs parce qu'ils abordent des choses de manière plus abrupte ou le contact avec les élèves ne passent pas, ils n'arrivent pas à gérer la classe, il y a plein de choses qui rentrent en compte.
- **Et du coup, une solution pour la méconnaissance, à part les pubs, pour survenir en amont de la CU ?**
- Après c'est tout ce qui peut être : petits flyers, revues qu'on peut laisser au CDI, au foyer des lycéens, des petites choses d'informations. Et c'est vrai que moi, ce que je vois, c'est qu'on en a de moins en moins ou on a par pièce jointe dans des messages et il faut les imprimer, mais nous on ne peut pas faire ça, avant on avait accès à beaucoup plus de livrets, des choses comme ça. J'ai un présentoir dans ma salle d'attente, j'avoue que c'est toujours la même chose, et encore c'est des choses : alcool, drogues & tabac, la 1^{ère} fois avec l'utilisation du préservatif, mais c'est des documents que j'ai depuis un moment, qui n'ont pas été renouvelés. On a aucune offre, avant on avait des offres, on recevait des petits cartons avec des flyers, des petits bouquins, maintenant on n'a plus rien.
- **Quand vous faites la délivrance la CU, vous avez quand même un petit fascicule à donner, par exemple sur les effets à suivre, les conduites à tenir ?**
- Nous on a une fiche de délivrance Norlevo, où on note le nom & prénom, mais que nous, infirmières, nous gardons : nom, prénom, date de naissance, date des dernières règles, heure et jour du rapport à risque etc... et en fait, ça nous donne le déroulé de l'entretien, donc on parle des effets secondaires etc... et moi je donne toujours à l'élève quand il part, la notice « tu la gardes, tu la caches que les parents tombent pas dessus, tu la relis posément, et s'il y a un souci, surtout, tu viens me voir, ou si tu as une incompréhension sur le retour de règle, si tu saignes, si tu as une tension dans les seins, tu vomis, tu reviens me voir, il y a aucun souci, tu reviens »
- **Donc il y a quand même une fiche de suivi, avec l'élève a une notice s'il veut s'informer.**
- C'est simplement la notice contenue dans la boîte, et puis bien-sûr après on calcule le retour de règle et je demande à l'élève de repasser durant la semaine où les règles doivent survenir, pour m'assurer, et ça me permet de faire un suivi : est-ce qu'elles sont allées au planning familial ? Comment ont-elles géré l'après pilule du lendemain ? Est-ce qu'elles utilisent des préservatifs ? etc...
- **Je vais finir sur une dernière question. Est-ce que de manière générale, on pourrait apporter un changement au système actuel. Je pense à quelque chose de plus grand comme par exemple quand on a rendu la contraception gratuite et anonyme aux mineures, le droit de prescription des sages-femmes, le droit de délivrance aux infirmières. Des idées comme ça.**
- Alors on a, j'avoue l'avoir jamais utilisé, la possibilité de faire un renouvellement des ordonnances de contraceptifs, donc il faut que l'élève nous ramène son ancienne ordonnance, on peut faire un renouvellement, on marque notre numéro ADELI, ça on peut le faire. Peux-tu me répéter ta question ?
- **C'est l'idée d'un changement ou d'un projet qu'on pourrait mettre en place pour améliorer la prise en charge de façon générale, avec d'autres entretiens, on m'a proposé : une visite médicale complète une fois par an pour tous les élèves.**
- Au niveau scolaire ?
- Scolaire.
- Alors le problème, ça sera les moyens humains, je ne vais pas dire que c'est utopique mais presque, le médecin il n'arrive déjà pas à faire toutes les visites médicales parce qu'il couvre du CP jusqu'au Bac, et c'est médical, donc au niveau humain ce n'est pas possible d'organiser car les médecins scolaires ont un gros problème de recrutement, d'attractivité au niveau de l'Education Nationale, très peu s'engage. Après est-ce que par rapport à l'état, par exemple il y a M'T dents qui est proposé par la CPAM. Pourquoi pas par la CPAM permettre aux jeunes filles d'avoir une consultation gratuite chez le médecin gynécologue et ça de manière anonyme et gratuite.
- **Comme le Pass Contraception qu'il y avait auparavant ?**
- Oui qu'il y avait auparavant, avec les médecins.
- **Qui existe toujours mais plus personne n'en entend parler.**
- Voilà et même nous, on a plus le Pass Contraception, les documents, on n'a plus rien. Pour nous ça a été l'abandon quand même. S'il y a l'adhésion des gynécologues, des médecins généralistes qui ont des DU de gynécologie ou des sages-femmes, ça serait une bonne réponse. Par exemple, je sais que le planning familial de Montpellier, malheureusement, il n'a pas toujours une bonne réputation, quand on lit les avis, ce n'est pas topissime et puis ça permettrait aux élèves de consulter une personne à l'heure où elle est disponible, parce que le planning familial c'est ouvert que l'après-midi, il y a un souci d'horaire. Si nous les élèves ils y vont durant une heure de cours, on demande à la vie scolaire d'effacer leurs absences et on les couvre le temps de leurs consultations, mais c'est quand même assez lourd, ça fait des freins dans la tête des élèves, ils se disent « C'est compliqué tout ça » alors que s'il y a un Pass consultation gynéco, c'est l'élève qui prend, il donne son ticket, le professionnel se fait rembourser, les parents ne sont pas au courant, il n'y a aucune traçabilité, et ça serait génial.
- **Après le Pass, il a disparu en grande partie parce que presque tout ce qui était proposé sur le Pass est devenu accessible sans le Pass. Les consultations chez le médecin pour les mineures, c'est tout à fait possible, mais passés 18 ans on y a plus accès, et souvent pour les jeunes apprentis, des gens qui n'ont pas forcément les moyens de voir un médecin, ça devient plus compliqué déjà. Et les gens ne le savent pas aussi parce que ça date de quand ?**
- Au moins 3 ans, je crois.
- **2016, je crois. Ça se limitait entre 15 et 18 ans et cette année c'est passé à tous les moins de 18 ans. Ça commence à se mettre en place mais personne n'en entend parler.**
- Non bien sûr, ça il n'y a pas d'info. Je pense que l'information c'est réellement un frein, je pense qu'il faudrait refaire un point sur les possibilités et transmettre à l'Education Nationale, parce que nous on a des conseillères techniques, une au niveau du recteur, et une au niveau du DASEN [Directeur Académique des Services de l'Education Nationale], et elle pourrait nous relayer à toutes les infirmières du territoire en leur disant « sachez qu'il y a cette possibilité-là » parce que moi là je découvre quelque chose.
- **Donc il y a un problème de communication avec les patients et avec les professionnels. Et sinon une autre idée auquel j'avais pensé : des tests de grossesses gratuits pour les mineures. Je sais que ça se fait dans les plannings familiaux, enfin dans certains. Mais en pharmacie, ça pourrait être une idée, ou même dans les infirmeries scolaires.**
- Moi c'est pareil, j'ai quand même un budget que j'arrive bien à gérer. Quand je vois une élève en détresse, j'ai toujours 2 ou 3 tests de grossesse devant moi.
- **Donc vous en délivrez de temps en temps ? En tout cas vous avez la possibilité d'en délivrer ?**
- Oui par contre les filles le font à l'infirmerie ! Je donne mais je veux voir, je veux être rassuré.
- **Ne serait-ce que pour l'accompagner ?**
- Oui pour l'accompagner et pour faire le suivi bien-sûr.

FIN

Le 27.05.2021

F.P.

Pharmacienne adjointe exerçant dans une officine de village

- **Est-ce que tu souhaites être anonymisée pour cet entretien ?**
- Non ça m'est égal.
- **Je rappelle qu'il n'y a pas de jugement lors de cet entretien, je vais juste intervenir pour poser des questions pour suivre le fil directeur et te laisser un maximum. Je vais te laisser te présenter, en me parlant de toi, de ce que tu fais actuellement et de ce que tu as déjà fait.**
- Je m'appelle Pauline FARLET, je suis étudiante en pharmacie 6^{ème} année validée en attente de la rédaction de la thèse, je suis en mi-temps CDI à la pharmacie de Ondres en tant que pharmacien adjoint et je suis remplaçante dans le secteur entre les Landes et le Pays Basque.
- **Donc t'as eu ta 6^{ème} année en 2020.**
- Oui tout à fait.
- **Parle-moi un petit de ta pharmacie. Est-ce que c'est une pharmacie de quartier, de passage, une grande pharmacie, une petite pharmacie ?**
- C'est une pharmacie où il y a 2 titulaires, on est 2 pharmaciens adjoints et il doit y avoir 5 préparatrices, en tout on est une dizaine. C'est une pharmacie de village, mais aussi saisonnière dans le sens où Ondres c'est juste à côté de la plage, et une pharmacie de passage, car on est sur la route pour que les gens puissent aller en vacances.
- **D'accord donc ce n'est pas une clientèle de quartier ?**
- On a les 2, ce qui est très particulier c'est qu'on a un pool. Tout ceux qu'on a pendant l'année c'est des patients qui viennent de manière très régulière : des personnes âgées, des enfants, ces gens-là qui viennent assez régulièrement. Et à côté de ça, l'été, on a en plus des saisonniers, des touristes, des gens de passage qui descendent vers Bayonne ou qui s'arrêtent sur la route parce qu'on est très proche de la route.
- **D'accord, c'est plutôt en milieu rural si j'ai bien compris ? Pas vraiment dans une grosse ville ?**

- Non vraiment Ondres c'est un village près de Bayonne, donc il y a quand même pas mal de monde, les gens sont de plus en plus en train de se déplacer vers des logements moins chers. C'est vrai que Ondres se peuple de plus en plus, les maisons poussent partout mais ce n'est pas non plus la grande ville type Bordeaux.
- **C'est plutôt péri-urbain, du coup ?**
- Oui c'est exactement ça.
- **Alors toi, ton rapport à la CU et à la prise en charge des mineurs. Est-ce que t'as une idée, une expérience marquante, quelque chose qui te vient directement à l'esprit ?**
- En expérience, après comme j'ai fait pas mal de saisons, la délivrance de CU j'en ai fait énormément. A chaque fois en essayant de comprendre le souci, de savoir pourquoi la personne a dû faire appel à cette contraception.
- Je crois que l'un des trucs qui m'a le plus choquée c'était au tout début, j'étais étudiante, je n'étais pas bien formée, la toute 1^{ère} délivrance de pilule du lendemain j'ai demandé la carte d'identité de la personne, de manière très stupide, et carrément pas recommandé, je n'y connaissais rien. **INTERRUPTION.**
- **Je fais un aparté pour dire qu'on a été interrompu et qu'on reprend l'enregistrement. Tu me parlais de ta 1^{ère} fois où tu as délivré une CU, sur le fait que tu as ressenti un manque de formation et que tu avais demandé la carte d'identité.**
- Ouais la boulette !
- **C'était une mineure ?**
- Oui
- **A quelle fréquence tu délivres, à peu près, des CU ? Tu saurais me le dire ?**
- Je dirais une fois par semaine au moins.
- **A Ondres ? Ou à Ondres en plus des autres pharmacies ?**
- Oui en moyenne [sous-entendu Ondres en plus des autres pharmacies]
- **Et des mineurs qui viennent pour une contraception, pour un conseil, est ce que tu le fais fréquemment ?**
- Il y en a quelques-unes mais c'est plus rare quand même
- **Est-ce que tu as une idée, un ressenti à exprimer dessus ?**
- Alors j'ai tendance à dire qu'ici c'est un milieu rural. Nous on est vachement formé au niveau du collège et du lycée sur tout ce qui est l'éducation sexuelle, les contraceptions, ce genre de choses et j'ai tendance à penser, mais je me trompe peut-être, que maintenant avec notre génération, que vu qu'en milieu rural les gens ont tendance à faire leurs 1ères fois beaucoup plus tôt, les jeunes filles ont plus souvent la pilule, même voire très jeune, que quand je travaillais à Bordeaux. Parce que du coup, j'ai quand même bossé en temps qu'étudiante plusieurs années dans une pharmacie de quartier, et souvent les jeunes filles ont des contraceptions déjà mis en place. Il arrive plus souvent que ça soit un oubli de pilule que pas de pilule du tout, et que la fille arrive parce qu'elle a eu un rapport où le préservatif s'est percé ou quelque chose comme ça.
- **D'accord donc tu arrives sur des jeunes qui savent déjà, enfin qui prennent déjà une contraception.**
- Oui souvent !
- **Et qui n'ont pas vraiment de question à propos de la sexualité directement.**
- Non ! Sexualité, non ! Eventuellement sur la pilule, le type de contraception, ça peut arriver mais que comme je te dis c'est que c'est biaisé.
- **Tu n'es jamais en 1^{er} contact ?**
- Non jamais. Après souvent elles vont plus en parler avec leurs mères ou avec l'infirmière scolaire qu'avec nous.
- **D'accord. Lorsque tu dispenses aux mineures ou une CU, est ce que tu te sens assez impliqué dans l'éducation ou la discussion avec le patient ?**
- Je sais qu'en général, quand je fais la délivrance, j'aime bien creuser un tout petit peu pour savoir ce qui s'est passé, pas forcément dans l'idée de juger, au contraire, c'est ce que je dis au patient, mais plus dans l'idée de faire que ça ne se reproduise pas, parce que souvent ça veut dire qu'il y a eu un souci, soit qu'il y a eu un oubli, alors peut-être que la contraception, si c'est récurrent, ne lui convient pas. Et surtout parce qu'il y a quand même le fait qu'on connaisse la pilule, et la pilule du lendemain du coup, mais tout ce qui est les autres systèmes : les implants, les stérilets etc... c'est souvent pas très bien connu, c'est des choses qui font peur, moi j'aime bien inciter les gens à en discuter soit avec un généraliste, une sage-femme ou un gynécologue pour trouver ce qui est le plus adapté, parce que maintenant on a tellement de choix que juste prendre un contraceptif oral, ce n'est peut-être pas adapté à tout le monde.
- **Et quand tu discutes avec eux, est ce que tu peux avoir des problèmes pour communiquer ? que ça soit, par exemple une différence de sexe, d'âge ou le fait d'être pharmacien par rapport au patient, est ce que tu sens qu'il y a une barrière qui pourrait s'installer ?**
- Alors, de base, quand c'est une femme, ou une jeune fille, qui vient chercher pour la contraception, souvent il y a pas trop de barrière, parce que du coup, je suis aussi une femme, donc c'est vrai que ça marche bien. Quand c'est un homme souvent, il ne sait rien du tout, limite il ne sait pas quand a eu lieu le rapport, il ne sait pas à quel niveau du cycle elle est, si elle a une contraception, du coup c'est très compliqué.
- Et après au niveau du fait d'être pharmacien, je suis jeune donc souvent on me prend pour une préparatrice donc en soi ça ne pose pas de problème.
- **Tu me disais tout à l'heure que lors de ta 1^{ère} délivrance, tu ne te sentais pas prête, tu manquais d'expérience, tu n'as pas été assez formé. Est-ce que tu penses que de façon générale, d'ailleurs c'était en quelle année ?**
- C'est quand on était en 3^{ème} année du coup, on avait encore des cours du tronc commun, il n'y avait pas énormément de cours spécialisé pour tout ce qui était officine. Tout ce qui est conseil, on l'a eu qu'en 5^{ème} et 6^{ème} année.
- **Est-ce que tu penses de façon générale que les pharmaciens sont assez formés/encadrés pour la prise en charge des mineurs ou pour la CU ?**
- Non pas forcément, c'est juste qu'on a les cours qui arrivent au 2^{ème} semestre de 5^{ème} année. Il y a tous les cours grossesse et allaitement. En soi, vu qu'on peut bosser à partir de la 3^{ème} année, tu as déjà 2 ans et demi où tu peux faire des bêtises, si tu ne redoubles pas.
- **Et après avoir validé la 6^{ème} année ? Est-ce que tu penses qu'en sortant de là on est assez formés ?**
- Tu me demandes ça, mais je vais te répondre qu'il y a une histoire de genre, dans le sens où moi je suis une femme, et je pense que, mine de rien, quand on est femme on va chez le gynécologue, on a des informations que la plupart des pharmaciens hommes ne vont pas avoir parce que, même pas une histoire qu'ils n'aient pas de copine ou quoi que ce soit, plus dans le sens où tu n'accompagnes pas forcément ta compagne chez le gynécologue. Et tu en as même, comme je te disais, qui ne sont pas forcément au courant de la contraception de leur partenaire. Ça peut arriver chez les pharmaciens aussi, ça dépend de la relation qu'on a avec son entourage.
- **D'accord, c'était pour avoir ton ressenti là-dessus. Est-ce que le pharmacien pourrait apporter quelque chose de plus aux prises en charge en général ?**
- Disons que si, effectivement, on essayait peut-être de cibler les populations quand on délivre une pilule ou si on avait la possibilité de faire, pas forcément des petits entretiens, mais quand tu discutes avec la patiente au comptoir, voir si sa contraception lui convient bien ça serait pas mal. Est-ce que c'est notre rôle aussi ? Nous on accompagne mais si la personne n'a pas besoin de conseil, si elle n'en a pas envie, tu pourras faire ce que tu veux. Tu me demandais tout à l'heure comment ça se passait les délivrances avec les patients, ce que j'ai oublié de te dire, c'est que souvent c'est binaire : soit la patiente est très ouverte et à la fin elle a très envie de te remercier parce que tu t'es intéressé à sa contraception et que du coup tu fais tout pour améliorer son confort, soit elle va se braquer en se demandant pourquoi tu lui poses des questions aussi intimes, c'est quand même des sujets assez tabous. Ça dépend le ressenti des gens.
- **Est-ce qui peut gêner la prise en charge, selon toi, ce qui pourrait être un frein pour la patiente, ce serait plus une peur du jugement ? Une méconnaissance ? Une question de religion ?**
- Non c'est plus une histoire d'intimité, comme je te disais, dans le sens où pour les gens, je pense que le pharmacien c'est quelqu'un qui aime bien les potins et qui aurait tendance à se mêler de ce qui ne le regarde pas. Je pense quand même qu'il y a un petit défaut, un petit manque de confiance, mais bon, on se paye toujours la réputation qu'on a malgré tout.
- **Et donc pour toi, un frein pour les professionnels, pour les pharmaciens, par exemple, c'est-à-dire que les étudiants n'auraient pas la formation complète pour bien prendre en charge.**
- Après est ce que c'est des choses que forcément on peut apprendre en cours ? Peut-être en faisant des cas cliniques mais je ne suis même pas sûre, en soi parce qu'il y a que en étant en contact avec le patient que tu vas découvrir que les gens n'ont pas forcément les mêmes perceptions que toi. C'est du social, pour le coup, faudrait qu'on ait des cours de sociologie, des stages là-dessus, ça me paraîtrait un petit peu... Déjà quand on voyait les cas cliniques qu'on faisait les jeux de rôles, on se mettait dans la peau du patient mais en tant que pharmacien, personne qui est déjà formé, qui sait déjà ce qu'elle doit dire & ne pas dire, en vrai la plupart des cas des jeux de rôles qu'on fait, il faut quand même reconnaître, qu'ils sont biaisés. Parce que la personne qui est en face, elle sait ce qu'on va lui demander et du coup elle va répondre en conséquence, alors que le patient, bien souvent, soit il connaît très bien son traitement et là c'est très pratique, mais j'aurais tendance à dire que dans 60% des cas, les gens sont plus « bah le comprimé rose, vous savez ? » ou « le petit comprimé blanc carré, enfin je ne sais pas ».
- **Donc une certaine méconnaissance quand même qui peut gêner ?**
- Bah je pense que c'est surtout des soucis de... comment dire ? Une fois que t'as eu la formation de te mettre à la place du patient et de comprendre ce que tu lui dis pour lui ça peut paraître un peu du chinois, ou qu'il arrive peut-être avec des aprioris, ou toi-même tu peux arriver avec des aprioris. Je pense que c'est plus ça qui joue, plus que l'histoire de l'information.
- **Et pour toi, est ce qu'on pourrait trouver des solutions à ce problème ? On va commencer déjà pour les patients, pour la peur de rentrer trop dans l'intimité ? Alors je ne dis pas qu'il faut le faire avec toutes les patientes mais disons que si tu peux en aider une qui balance entre les 2 côtés : elle veut entendre du conseil mais en même temps elle a peur de se faire pénétrer son intimité. Est-ce que tu aurais peut-être une solution, par exemple, faire un point comme un entretien pharmaceutique où tu es dans un lieu isolé, où tu peux parler, où tu peux prendre ton temps.**

- De toute façon, on aura beau dire ce qu'on veut, le comptoir en pharmacie, à partir du moment où il y en a 2 sur un même îlot... la confidentialité n'est pas toujours évidente, à moins que tu aies construit ta pharmacie spécifiquement avec des têtes de gondole autour, pour bien protéger le truc... le patient d'à côté qui a envie d'entendre ce que tu dis au patient, il aura juste à tendre l'oreille.
- **D'où l'idée d'avoir un lieu de confidentialité pour discuter de ce genre de chose ?**
- Eventuellement. Après le passage dans un lieu de confidentialité, ça incite quand même à une sorte de confrontation. Du coup j'ai peur qu'après du patient, ça soit un peu rebutant, que ça puisse faire peur. Je pense que même l'espace de confidentialité pour les entretiens ou les BMP, ça doit quand même effrayer le patient. Il doit se dire qu'on va peut-être le juger, qu'on va le passer au crible, puis dès qu'il va faire une bêtise « tiens vous avez fait ça, c'est mal ! »
- **Donc pour toi ça ne serait pas une solution ?**
- Non pas forcément, parce qu'en plus ça pourrait éventuellement stigmatiser, si t'as une pharmacie qui est pleine et tu dis « venez on va dans un espace de confidentialité » soit la jeune fille est malade, si on entend parler de ça, notamment auprès du grand public, elle s'affiche un peu.
- **D'accord, alors je vais parler d'une chose un peu nouvelle, c'est la prescription, et la délivrance à l'avance même, d'une contraception d'urgence. Est-ce que tu as souvent des CU prescrits en avance ?**
- Oui ! De sages-femmes, de gynécologues qui prescrivent une pilule contraceptive orale classique et qui rajoute une boîte ELLAONE ou une NORLEVO en plus, si besoin.
- **Est-ce que c'est une délivrance en avance que tu fais, parfois ?**
- Ça dépend de la patiente. Certaines patientes ont discuté avec leur professionnel de santé, et le professionnel de santé leur dit d'avoir la boîte chez elle, ce qui en soi n'est pas plus mal parce que si jamais le jour où elles se rendent qu'elles ont oublié leur comprimé et que c'est un dimanche ou un jour férié, elles ne sont pas bloquées, elles n'ont pas besoin d'aller à la pharmacie de garde. Et il y en a d'autres qui sont plus sûres d'elles, et ne vont pas forcément, ce n'est peut-être pas leurs premières fois où cette contraception orale d'urgence est prescrite, et du coup elles vont avoir tendance à juste prendre leurs pilules et dire « non, si j'en ai besoin, je viendrais ».
- **Toi ça ne te pose aucun problème, de façon générale, de délivrer une contraception d'urgence en avance ?**
- Disons que si c'est bien encadré, si le professionnel de santé qui l'a prescrit a expliqué et que tu prends le temps d'expliquer pourquoi le docteur a fait ça, ou la sage-femme, quel est le but et sensibiliser sur le fait que ce n'est pas anodin, pour moi ça ne me paraît pas une monstruosité, non plus.
- **D'accord, tu es plutôt favorable, même, ou neutre ?**
- Honnêtement, neutre. Si ça peut rassurer la jeune fille qui prend sa pilule et qui, comme je te dis, se retrouve un dimanche à avoir oublié son comprimé et qui est morte de trouille et qui vraiment peut arriver le lundi en panique ou passer la nuit en pleurs parce qu'elle a oublié son comprimé, il y en a quand même, pourquoi pas. Après, en soi, faut juste bien expliquer à cette personne qui a cette ordonnance dans quel but a été mis la prescription de la pilule du lendemain.
- **Quels conseils, quelles questions tu poses en général à ces patients ? Il y a des choses que tu vérifies pour voir si elle a bien compris ?**
- En général, je demande si le professionnel de santé qui a prescrit a expliqué pourquoi il avait mis les 2 médicaments. Ce qu'elle en avait compris ? Est-ce que c'était sa première délivrance de pilule ? Dans ce cas, j'expliquais bien à quoi correspond la pilule, comment elle fonctionne, selon les connaissances de la personne qui est en face. Qu'est-ce que vous avez retenu ? Qu'est-ce que vous avez compris ? Si la jeune fille dit qu'elle a tendance à oublier, que ça la rassure d'avoir le comprimé, approfondir et voir si une autre méthode de contraception ne serait pas plus adaptée. Et le cas échéant, la renvoyer d'ici 3 mois, si tu lui délivres la boîte pour 3 mois vers son généraliste ou son prescripteur pour identifier ce qui serait le mieux pour elle.
- **D'accord. On va finir sur une dernière question, un thème plutôt. Est-ce que tu aimerais apporter un changement au système actuel, par exemple apporter une prise en charge en plus comme un test de grossesse gratuit aux mineures, des visites médicales scolaires obligatoires une fois par an, je donne des idées qu'on m'a donné à cette question, pour te donner un ordre d'idée. Quelque chose qui pourrait te paraître vraiment utile pour éviter de devoir délivrer une CU ou pour suivre correctement une contraception d'urgence ou suivre un mineur ou avoir une meilleure prise en charge d'un mineur.**
- Ah ça, je te répondrais que ce qui pourrait être intéressant c'est prendre le temps, en tant que pharmacien, de prendre part aux cours d'éducation sexuelle qu'on délivre à l'école, dans le sens où en général c'est un infirmier qui fait ce genre de cours aux enfants, mais également peut-être soit que l'infirmier soit formé par un pharmacien sur l'intérêt de prendre correctement sa pilule, notamment si il intervient dans les lycées ou carrément que le pharmacien aille faire juste de la sensibilisation parce que c'est vrai que les médecins ont pas forcément le temps, alors nous non plus tu me diras, mais ça peut être pas mal. Parce que souvent c'est par les plus jeunes qu'on arrive à instaurer des habitudes, regarde, rien que le port du masque, souvent les enfants le portent mieux que leurs parents.
- **Pour toi un changement que t'aimerais ajouter en plus, c'est qu'on puisse sensibiliser plus facilement les plus jeunes.**
- Ce serait bien de mettre encore plus l'action sur la prévention. Parce que je pars du principe que prévenir dans la santé, on va de plus en plus se tourner vers ça. Et du coup, avoir le patient vraiment éclairé et qui maîtrise complètement son traitement, ça sera beaucoup plus bénéfique, que juste d'avoir la délivrance curative quand tu as un souci, je considère que si tu prends le temps d'expliquer à ta patientèle pourquoi elle fait ça, eux ils arriveront mieux à gérer leurs vies, être moins stressés par rapport à ça, être plus confiant.
- **D'accord donc agir en amont, en prévention.**
- Tout à fait

FIN

Le 16.06.2021

B.E.

Pharmacienne adjointe exerçant dans une officine de centre-ville

- **Est-ce que tu veux être anonymisée ou pas ?**
- Je m'en fiche
- **Ok. Je me re-présente DUFOR Erwann, 26, j'ai eu ma 6^{ème} année en 2020, j'ai travaillé à Ma Pharmacie Bastide un petit moment. C'était une grande pharmacie avec pas mal de passage. Et je vais te laisser te présenter.**
- Je m'appelle Emma BARDINET, je travaille [en tant que pharmacienne adjointe] toujours dans la même pharmacie que toi [Ma Pharmacie Bastide] depuis 2 ans maintenant. J'ai 31, bientôt 32 [ans]. Qu'est-ce que je peux dire d'autre ?
- **Tu as déjà travaillé dans une autre pharmacie avant ?**
- Oui j'ai fait pas mal de remplacement depuis que j'ai mon diplôme. J'ai travaillé à la Réunion pendant 1 an et ensuite j'ai fait des remplacements sur Bordeaux.
- **Alors, actuellement Ma Pharmacie Bastide, c'est une pharmacie dans un milieu très urbain, c'est une grande pharmacie, avec une patientèle de quartier mais avec quand même pas mal de passage, avec 200-300 personnes par jour, je ne sais pas à combien vous en êtes en ce moment.**
- Oui c'est ça, plus de 300 en ce moment.
- **Quand est-ce que tu as eu ton diplôme.**
- J'ai eu mon diplôme en 2014, j'ai été thésé en 2016.
- **Donc là on va rentrer dans le cœur de l'enquête. Ton rapport à la CU et à la prise en charge des mineurs, est ce que tu as un ressenti, une expérience marquante, une idée spontanée à partager ?**
- Je trouve que c'est des médicaments qu'on délivre assez couramment, notamment chez les mineurs. Je trouve ça bien qu'elle puisse avoir accès à ça, après je pense qu'elles sont toujours en manque d'information parce que, j'ai l'impression que ça reste un sujet tabou, que ce n'est pas très bien pris en charge, c'est à peine si elle connaît le planning familial, je trouve ça dommage qu'au lycée il n'y ait pas plus d'informations sur ça.
- **Et les mineurs, de façon générale ? Peut-être pas forcément pour une CU mais même pour la connaissance de la contraception, des questions qu'ils viennent te poser, comment on les prend en charge en officine ?**
- J'ai l'impression qu'ils n'osent pas trop, moi j'essaie toujours de m'éloigner, de faire un truc un peu à part pour qu'elle puisse se livrer si besoin, mais j'ai quand même l'impression que ça reste tabou et qu'elles ont déjà honte de venir chercher la pilule du lendemain. D'ailleurs en général elles arrivent à plusieurs. Je pense que c'est hyper important de bien leurs expliquer que ce n'est pas à prendre tous les jours et j'essaie à chaque fois de poser la question de savoir s'il y a une contraception derrière, si elles savent à quoi ça sert, parce que je pense qu'il y en qui ne savent même pas que ça ne protège pas des IST et que ça joue que sur la grossesse. Je pense qu'il y a un gros souci là-dessus.
- **A quelle fréquence tu fais cet acte environ ?**
- Chez les mineurs et les majeurs ou en général ?
- **Euh... si tu arrives à me dire les 2 : en général et pour les mineurs.**
- Je pense que j'ai dû délivrer une tous les 2 jours. Et c'est plus ou moins des mineurs... Je ne sais pas, ça doit être kif-kif parce qu'il y a quand même des majeures qui viennent... Je ne saurais pas te dire la part mineur/majeur, franchement.
- **Ce n'est pas grave, c'est juste un ressenti. Lors de ces actes, tu sens qu'il y a un tabou, est ce que tu arrives quand même à t'impliquer assez dans la discussion/l'éducation du patient selon toi ?**
- J'essaie au maximum de leur expliquer à quoi ça sert, que ça bloque l'ovulation et etc... Que c'est quand même un shoot d'hormone, donc ce n'est pas à prendre tous les jours. Ensuite j'essaie de leurs expliquer qu'il y a plusieurs types de contraceptions qui existent, qu'on n'est pas obligé de demander l'accord de ses parents pour les mineurs, qu'il y a le planning familial, qu'il y a même un site pour choisir sa contraception qui explique très bien les différents modes qu'on peut utiliser. Après je ne sais pas si ça

sert vraiment parce que j'ai l'impression de voir toujours autant de mineur mais je pense que c'est vraiment un travail de fond, au niveau du lycée, je pense qu'il n'y a pas assez de cours là-dessus, ça serait bien qu'en SVT il fasse un cours sur les différents moyens de contraception, de comment ça marche, des numéros qu'on peut avoir etc...

- Les numéros qu'on peut avoir ?
- Les numéros verts, des choses comme ça, pour les plannings familiaux. Rien que le planning familial, je ne suis pas sûr que la plupart savent que ça existe.
- C'est vrai que ce n'est plus très connu de nos jours, enfin c'est bien moins connu. Est-ce que tu penses que la profession, que les pharmaciens, soit assez encadré/formé pour ses prises en charge ?
- Je pense que oui, après je pense que ça dépend des pharmaciens et de leurs éthiques. En tout cas, là où je travaille, je vois très bien que les gens qui la délivre à chaque fois, essaie d'expliquer, de donner un maximum d'informations pour que ça ne soit pas pris à la légère. Mais c'est sûr que ça dépend du pharmacien aussi.
- Et tu penses que les pharmaciens pourraient apporter quelque chose de plus à la prise en charge ?
- Ce serait bien, mais à quel niveau ? Franchement, je ne sais pas. Pour moi, c'est surtout de la prévention qui manque. On est plus pendant « l'après ».
- D'accord. Donc pour toi il y a un frein déjà pour les patients, ça serait plutôt l'absence d'information, le fait de ne pas avoir des numéros utiles, de pas connaître la biologie du corps, des moyens de contraception. Est-ce que tu en verrais d'autre ? Comme la religion, la peur du jugement.
- La peur du jugement, beaucoup, surtout chez les jeunes filles. La religion je n'y ai jamais été confronté mais ça doit exister. Ça reste des sujets tabous qui ne sont pas encore... c'est en train de se développer, je trouve... mais qui ne sont pas encore... je pense qu'on n'en parle pas assez, même en famille à ses parents, rien que ça, ça changerait la donne aussi.
- Et du côté des professionnels de santé, quelque chose qui pourrait empêcher une bonne délivrance ou un bon conseil ? Ça pourrait être un manque de formation, d'expérience, de temps, la barrière du sexe même ?
- Je pense que c'est un peu tout ça, un manque de tact aussi parfois de certains professionnels de santé, je pense qu'ils ne se rendent pas forcément compte qu'une fille de 15 ans qui vient à la pharmacie pour demander ça, elle est quand même déjà hyper mal à l'aise, ce n'est pas la peine de lui faire la morale. Il faut vraiment trouver des mots hyper objectifs, parce que sinon elle recommencera. C'est un peu tout ça, c'est un peu compliqué, mais j'ai l'impression que les mœurs changent, on est quand même dans une période où on parle plus de féminisme, on est en train d'apprendre plus au niveau anatomique, notamment ce que c'est le clitoris, des trucs banals comme ça, mais mine de rien c'est comme ça qu'elles vont apprendre au fur et à mesure comment ça marche et ce qu'il faut faire et ce qui ne faut pas faire.
- Donc pour toi la solution pour les patients, ce serait d'apprendre à en parler plus tôt déjà.
- Ouais librement
- Et de s'informer plus tôt. Et pour les professionnels de santé qui manqueraient de tact, pour toi une formation spécialisée ou même à la fac ?
- Ouais, peut-être à la fac. Parce que je trouve que la contraception, même pendant nos études, on en a parlé la 1^{ère} année, après je n'ai pas fait officine [filière industrie avec passerelle officine] donc je ne sais pas trop si pendant la 6^{ème} année on en a un petit peu mais c'est quand même une grosse partie des médicaments qu'on délivre. Je pense que ce n'est pas assez abordé même les IST etc...
- On va parler d'une chose qui est assez récente, c'est la prescription et la délivrance parfois à l'avance d'une CU. Est-ce que tu as parfois des ordonnances de CU en avance ? Par exemple : elle n'a pas eu de rapport à risque, c'est juste si jamais...
- Ouais c'est de plus en plus courant, notamment avec les pilules ou alors entre des changements de types de contraception, par exemple une fille qui était sous pilule qui va passer sous implant, le temps de la mise en place ils lui mettent la pilule du lendemain si jamais il y a eu un accident.
- Est-ce que tu délivres parfois en avance la CU ou tu attends qu'il y ait une exposition ?
- La CU, ça ne m'est jamais arrivé. En tout cas, on ne m'a jamais posé la question. A chaque fois c'était... bah non parce qu'à chaque fois je demande quand est ce qu'a eu lieu le rapport donc c'est toujours quand l'acte est passé.
- Quand tu reçois l'ordonnance avec la CU en avance, est-ce que tu la délivres tout de suite ou est-ce que tu attends plus tard qu'elle revienne.
- J'explique à quoi ça sert, et du coup en général, elle la prend.
- Est-ce que tu poses des questions, des conseils particuliers avec la patiente ?
- Par rapport à la CU ?
- En avance, oui. Quand tu lui délivres est ce que tu as des questions, est ce que tu essaies de voir son niveau ?
- J'essaie de lui expliquer que ça bloque son ovulation, donc il va falloir qu'elle connaisse son cycle etc... Que ce n'est pas à prendre à la légère, après un peu tous les conseils particuliers que je donnerai pour une CU en délivrance classique.
- Et de façon générale, qu'est-ce que tu penses de la pratique de la CU en avance ?
- Je pense que ça peut être un bon moyen de... le fait qu'elles l'aient sous la main, qu'elles n'aient pas à faire la démarche d'aller à la pharmacie, d'expliquer etc... au moins s'il y a un accident, ça doit les rassurer, dans le sens où elles savent qu'elles ont un moyen à portée de main pour éviter de tomber enceinte, et je ne pense pas qu'elles en fassent un double usage enfin qu'elles en usent à tire-larigot parce qu'elles l'ont sous la main. Je pense qu'elles font vraiment attention, à mon avis c'est bien expliqué par le pharmacien et par le professionnel de santé qui lui a fait l'ordonnance. C'est quand même un bon moyen.
- Je vais finir sur une question un peu plus générale. Des changements que tu aimerais apporter au système actuel, par exemple il y a 20 ans quand on a rendu la NORLEVO disponible gratuitement aux mineurs dans les pharmacies. Est-ce que tu aurais d'autres idées comme ça ?
- Je pense que déjà, c'est un truc qui devrait être gratuit pour toutes les femmes parce que c'est quand même en général elles qui portent la responsabilité de la contraception puisque c'est elle qui tombe enceinte, et ça je pense que ça mettra du temps à changer. Que ça soit plus accessible.
- Plus accessible, c'est-à-dire ?
- Pour toutes les femmes, parce que même une fille qui a 18 ans qui est étudiante, c'est peut-être compliqué aussi de dépenser des sous dans une pilule du lendemain. C'est pour ça que personnellement, je ne suis pas hyper regardante quand une fille arrive et me dit « je suis mineur », je ne vais pas lui demander sa carte d'identité, je me dis qu'il faut mieux ça qu'un IVG dans tous les cas, ça coûte moins cher à la sécu, même pour la fille si elle n'a pas les moyens, je peux comprendre aussi sachant qu'on a pleins d'étudiantes qui sont juste à côté et je suis sûr que c'est déjà arrivé, je n'ai pas voulu insister.
- De toute façon, on n'a pas le droit de demander la carte d'identité.
- Ah oui ?
- Ah non, non ! Tu dois juste lui demander son âge et c'est tout, enfin sa date de naissance.
- Moi je l'ai déjà vu.
- Oui c'est vrai, on me l'a déjà dit. Il savait que c'était une erreur, c'était la 1^{ère} fois.
- Sinon on m'a proposé d'autres idées comme des tests de grossesse gratuits pour les mineurs, peut-être, ou même du coup pour toutes les femmes ?
- Ouais très bonne idée les tests de grossesses gratuits, même si là on est quand même à des prix hyper concurrentiels sur les tests 1^{er} prix qui sont de l'ordre de facilement de 2-3€. Mais c'est pareil ça reste un investissement, et le problème c'est que ça reste toujours les femmes qui y vont. Ce sont elles qui vont avoir la grossesse, donc c'est elles qui vont devoir s'en occuper au maximum, donc c'est elle qui dépense.
- Et il y a aussi une autre idée qu'on m'avait soumise, c'était une visite médicale scolaire obligatoire 1 fois par an, où pendant la visite on discuterait justement de ça, donc personnalisé.
- Ouais ça peut être une bonne idée pour approfondir personnellement en profondeur, le fait qu'elles aient des relations sexuelles etc... comment ça se passe, les différentes IST, quels examens il faut faire etc... mais c'est vrai que ça pourrait être bien. Parce que le fait que ça soit obligatoire, au moins, elles sont un peu obligées d'y aller. Souvent le problème c'est qu'elles n'osent pas prendre rendez-vous chez un médecin parce qu'elles sont mineures, elles n'ont jamais trop fait et qu'en plus elles ont peur que les parents l'apprennent etc... le planning familial pareil, elles n'osent pas y aller, c'est vrai que si ça vient spontanément, que c'est obligatoire, ça peut être une bonne idée.
- Sinon pour d'autres idées, le droit de prescription aux infirmières pour la contraception aussi.
- Ah il paraît qu'elles vont pouvoir avoir le droit de prescrire des contraceptifs. En tout cas de renouveler des pilules.
- Alors le renouvellement de pilule c'est déjà le cas, effectivement. Mais en 1^{ère} prescription, comme pour les sages-femmes s'il n'y a pas de situation pathologique où elles [les sages-femmes] sont autorisées à ce moment-là.

FIN

Le 24.06.2021

D.N.

Médecin territoriale exerçant dans des CPEF dans un DROM

- Je suis le docteur Nathalie DEVOUGE, je suis médecin territoriale du département depuis très longtemps puisque j'ai exercé en métropole : A Angoulême en Charente où j'ai fait de la planification mais aussi de la PMI [Protection Maternelle et Infantile], ensuite j'ai été médecin coordinateur toujours sur Angoulême, et je suis arrivé en 2010 à la Réunion, je n'ai pas eu de poste dans un 1^{er} temps, j'étais en détachement et j'ai réintégré le département de la Réunion en 2015 pour arriver médecin, essentiellement du centre de planification et d'éducation familiale. Je travaille sur St-Denis 3 jours par semaine, le jeudi sur St-Paul, et le vendredi sur le Port et je fais aussi quelques journées, 2 par mois, sur St-André parce que il manque des médecins.

- **D'accord, donc vous bougez beaucoup, vous voyez plusieurs plannings familiaux, en plus c'est des plannings dans de grandes villes, ce n'est pas non plus des plannings excentrés.**
- Avec des populations un peu différentes dans chacune.
- Sachant que sur St-Denis, je suis à côté du théâtre de Champ Fleuri donc à côté des gros lycées : Leconte de Lisle, Geoffrey etc... donc le mercredi j'ai beaucoup de mineurs et de jeunes qui viennent justement pour l'accès à la contraception, d'urgence ou 1^{ère} consultation contraception, et des renouvellements parce qu'on fournit la pilule aux mineurs.
- Sur St-Paul, c'est plutôt une population plus ancienne qui avait l'habitude, parce qu'avant le centre de planification il y avait une association qui avait été créé en 1968 par Robert Debré qui s'appelait l'AROF [Association Réunionnaise d'Orientation Familiale], toutes les réunionnaises connaissent cet association, puis le département a repris l'association en 2007, parce que c'était une mission obligatoire d'un département. L'AROF est donc devenu départementale, donc sur St-Paul c'est surtout des femmes plus âgées sur lesquelles je vais faire des suivis gynécologiques avec des frottis etc...
- Et puis le Port, on a une population un peu plus compliquée, on va faire un peu de tout.
- **D'accord, pour vous, votre rapport à la contraception d'urgence : Quand je vous dis contraception d'urgence, est-ce que vous avez une idée forte qui vous vient tout de suite à l'esprit ? Est-ce que vous avez une expérience marquante ?**
- Ah bah oui ! Je ne vais pas dire que c'est du quotidien mais presque justement. Pour les mineures, et aussi les autres femmes qui peuvent venir pour une contraception d'urgence. Elles vont peut-être plus facilement se diriger vers les pharmacies, les mineures aussi d'ailleurs, elles y vont plus facilement. Elles le trouvent aussi, j'ai cru comprendre que votre mère est infirmière, mais peut-être pas scolaire.
- **Oui, et effectivement elle n'est pas dans le scolaire.**
- Elles le trouvent facilement aussi dans les infirmeries scolaires, c'est sûr que c'est vraiment une demande relativement importante.
- **Vous savez à quelle fréquence, à peu près, vous faites cet acte ? Vous faites la délivrance ?**
- Je ne sais pas, je dirais 2 à 3 fois par semaine. J'ai aussi l'expérience, mais moins parce que c'est plus complexe, mais je fais aussi pose de stérilet en contraception d'urgence.
- **Vous le faites aussi ? C'est assez rare, j'en connais peu qui le font. Vous savez à quelle fréquence vous le faites.**
- Là par contre on va être sur 1 fois tous les 2 mois.
- **Du coup, lors de cette délivrance, lorsque vous recevez des mineurs ou délivrez une contraception d'urgence que ça soit le stérilet, ELLAONE ou NORLEVO, est-ce que vous vous sentez assez impliqué lors de l'éducation, de l'entretien, de la discussion avec le patient ?**
- Oui.
- **Est-ce que parfois il peut y avoir un problème : la barrière de l'âge, du sexe, parfois de la profession même, le fait d'être face à un médecin ?**
- Alors là, pas du tout ! La contraception d'urgence, elle est vraiment prise sans barrière, sans frein particulier. Ce que je trouve intéressant, c'est que je vais voir aussi des jeunes qui vont arriver de la part du pharmacien parce qu'elles vont avoir été demandé, maintenant elles savent comment faire, 2 ou 3 fois voir 3 – 4 fois une contraception d'urgence auprès d'une pharmacie. Et là votre rôle est vraiment de dire que c'est trop et qu'il faut consulter pour qu'ensuite une réelle contraception qui se mettent en place et que ce n'est pas la solution. Donc j'ai beaucoup ça, aussi : Des jeunes qui arrivent du coup pour une 1^{ère} contraception parce qu'elles prenaient la contraception d'urgence en contraception.
- **D'accord, donc des jeunes qui sont assez ouvert au dialogue quand ils arrivent déjà ?**
- Ah oui ! C'est leur demande, elles viennent pour une 1^{ère} contraception et quand on fait l'interrogatoire, elles utilisaient ou non le préservatif, mais en tout cas elles avaient fréquemment accès à la contraception d'urgence et beaucoup très jeunes, dès 14-15 ans. La contraception d'urgence ici à la Réunion, elle est très bien comprise, je pense. Elles vont facilement en prendre dans les pharmacies ou chez les infirmiers scolaires.
- **Après si elles en prennent plusieurs fois dans le même cycle, c'est qu'il y a un autre souci derrière.**
- C'est ça ! Et c'est pour ça que vous les pharmaciens vous arrivez là. Par contre, il y en a qui biaise, parce que quelques fois j'ai vu des jeunes qui viennent prendre une contraception, et qui me disait qu'elle prenait souvent la pilule d'urgence. Je lui dis « Bah, comment tu fais ? » Et bien, elle change de pharmacie, comme ça, elles ne sont pas repérées. Et donc là c'est mon rôle d'expliquer qu'effectivement ce n'est pas une contraception, et donc là on change, on bascule sur une contraception.
- Alors après on a quand même des publics, plus on évolue au niveau social, plus elles vont réussir à comprendre. Quand on a des jeunes qui sont en difficulté scolaire ou etc... elles vont oublier la pilule et elles vont revenir sur une contraception d'urgence.
- **Et vous proposez d'autres moyens de contraception peut-être, dans ces cas-là ?**
- Ah oui, on a vraiment pour cette catégorie de jeune là, on va privilégier l'implant. Et puis, si elles sont un peu plus âgées ou... on a aujourd'hui quand même beaucoup de demande, j'ai trouvé que récemment depuis 3 - 4 ans, on a beaucoup de demande de contraception chez les jeunes pour des stérilets.
- **J'ai remarqué aussi, je l'entends aussi dans mon entourage, que c'est plus en vogue.**
- Alors là dans les catégories un petit peu plus... ça va être des lycéennes ou surtout des jeunes inscrits à la fac, qui sont vraiment en étude supérieur et qui vont vouloir, qui ont le discours de dire qu'elles ne veulent pas trop d'hormones. Beaucoup ça en ce moment pour ces jeunes « Je ne veux plus d'hormone », « Je vais mettre un stérilet », « Je veux être plus libre » etc... donc moi je pose facilement, et donc ça s'est su, donc je pose beaucoup de stérilet chez les jeunes, et c'est pour moi une contraception qui est très bien.
- J'ai un peu de mal avec l'implant parce qu'il y a beaucoup d'effets secondaires, je retire beaucoup d'implants pour des prises de poids, pour des saignements importants, donc ce n'est pas un choix que je vais privilégier en 1^{ère} intention chez les jeunes. Si après, je ne peux faire que ça donc je pose surtout pour des jeunes qui ont eu une grossesse précoce ou qui utilise beaucoup la contraception d'urgence, on va proposer l'implant, mais on l'enlève souvent après quelques mois.
- **Donc vous n'êtes pas très favorable à l'implant. Pour le stérilet, vous faites des poses de stérilets hormonaux aussi ?**
- Oui beaucoup. C'est vrai que j'aime beaucoup le nouveau KYLEENA, parce que le MIRENA est quand même prescrit pas pour les nullipares dans l'AMM alors que le KYLEENA oui, on avait le JAYDESS avant qui était prescrit pour 3 ans et qui présentait pas mal de spotting dans les 1ers mois. Et là le KYLEENA, je trouve qu'il a été bien dosé, c'est vraiment un stérilet qui est bien apprécié chez les jeunes et moins jeunes, c'est vrai que c'est un stérilet que je pose beaucoup.
- **Et pour les cuivres ?**
- Bah certaines arrivent en me disant « je ne veux pas d'hormones, je ne veux pas d'hormones, je ne veux pas d'hormones ! » donc elles arrivent avec l'intention de poser un stérilet en cuivre, quand on interroge elles ont déjà des règles très abondantes, très longues, très douloureuses et malheureusement si on met un cuivre, on va majorer ça. Donc soit d'emblée, elles vont quand même mettre le cuivre et puis je vais finir par l'enlever pour mettre un KYLEENA, soit j'arrive à leur expliquer. C'est un peu en fonction de la demande.
- **Ça vous est déjà arrivé de poser un stérilet en cuivre parce qu'on avait dépassé les 5 jours de la période à risque ?**
- Oui ! Parce que justement j'avais interrogé le laboratoire de KYLEENA et MIRENA, et, alors je ne sais pas pourquoi, ils n'ont pas l'AMM pour ces stérilets hormonaux en contraception d'urgence.
- **Alors oui, il n'y a aucuns stérilets hormonaux en contraception d'urgence, il n'y a que les stérilets en cuivre parce que c'était une efficacité qui a été démontré il y a très très longtemps. Et je pense que comme le stérilet hormonal a été conçu il y a moins longtemps, ils n'ont pas pu mener d'étude pour voir si c'était efficace en contraception d'urgence.**
- Voilà, c'est ce qu'elle m'a dit en fait « On ne s'est pas penché sur la question ». Mais pourquoi ça ne marcherait pas ? Une fois ça m'est arrivé d'en poser en contraception d'urgence parce que la femme voulait absolument un KYLEENA, donc on l'a posé, puis j'ai quand même fait un test de grossesse dans les 15 jours qui ont suivis la pose.
- **En général, il peut y avoir des freins à la prise en charge pour les patients, je pense notamment à une peur du jugement, la religion, la méconnaissance, le fait de se dire qu'un stérilet rend stérile, ou que la contraception d'urgence rend stérile. Est-ce que vous pensez qu'il y a des freins comme ça qui empêcherait les jeunes ou qui vous le font ressentir durant les consultations ?**
- Bah pas trop, justement ! En ce qui concerne la pilule d'urgence, non ! Et j'ai même eu l'autre jour, une infirmière qui m'a appelé pour donner une pilule d'urgence à une femme en post-partum qui allaitait, j'ai dit non, vous ne donnez pas, ça m'a embêté moi de donner du NORLEVO chez une femme qui allaite alors que le bébé avait un mois.
- **Pour ça il y a une petite notice, une explication, il ne faut pas qu'elle tire son lait dans les 8h, mais ça peut être compliqué s'il a un mois et qu'il doit se nourrir souvent.**
- Oui en plus c'était de l'exclusif, donc ça m'embêtait vraiment. Je sais plus ce que je lui ai dit comme solution, je crois qu'il n'y avait pas beaucoup de risque mais c'est sûr qu'on m'a posé la question.
- Mais je pense que la contraception d'urgence c'est plus les professionnels je dirais, notamment certains pharmaciens, j'ai entendu des jeunes me dire ça alors après c'est le dire de la jeune « Le pharmacien m'a dit que ça va me rendre stérile » alors ce que je suis embêté aussi, je peux vous le dire, mais c'est sûr que je devrais plutôt revoir avec mes confrères pharmaciens. Moi quand je fais une 1^{ère} consultation de contraception sur une pilule, je leur explique bien en cas d'oubli de plus de 12h s'il y a eu un rapport dans les 5 jours qui précéderait l'oubli, il faut qu'elles aillent chercher une pilule du lendemain. Ce qui se passe c'est que la dernière fois il y a une jeune, c'était un dimanche, elle a trouvé une pharmacie de garde, elle avait bien suivi ce que je lui avais dit, elle s'est pointée dans la pharmacie de garde à Ste-Clotilde, elle demande sa pilule d'urgence, déjà ça ne devait pas être un pharmacien alors ils sont venus à 3 lui parler, ils n'ont jamais compris et ils ne le lui ont pas donné.
- **Ah oui dans ce cas il y a eu un problème, soit de communication, soit de formation auprès des pharmaciens de côté-là.**

- Et ce n'est pas la 1^{ère} fois ! Ils lui ont dit « Mais non t'as pas besoin puisque tu la prends ta pilule » et elle répond « Mais j'ai oublié ! » ils étaient tous les 3 en train de discuter avec elle. Elle était vachement embêtée parce qu'elle avait suivi mes consignes donc elle est ressortie sans sa pilule d'urgence, elle est arrivée chez moi le lundi complètement paniquée, je les ai appelés là pour le dire « revoyez vos cours, là vous auriez dû lui donner la contraception d'urgence » alors surtout quand il le donne sur des oublis de pilules, c'est là qu'ils ont vraiment insisté, ils disent à la jeune, effectivement il donne la contraception d'urgence mais il lui dit « t'arrête ta pilule ».
- **Alors ça dépend de la pilule, pour la ELLAONE, ça peut avoir des interactions avec la pilule contraceptive effectivement mais on ne l'arrête pas complètement, on fait un arrêt puis on recommande une nouvelle plaquette, moi c'est ce que je recommande, et je recommande toujours une protection mécanique pendant 7 jours.**
- Voilà déjà il faut qu'il se protège pendant 7 jours, mais moi je dis, quand on a affaire à des jeunes de 15 – 16 ans, déjà c'est compliqué, alors je dis « t'arrête pas ta pilule » et eux ils disent « t'arrête tout » alors elles ne savent plus quand reprendre et après c'est le bazar total. Après effectivement, c'est compliqué.
- **D'accord donc il y a des petits soucis que les jeunes pourraient rencontrer avec les pharmaciens.**
- Oui parce que moi la pilule d'urgence, effectivement, elle est donnée... mais c'est ça qui était très rigolo parce que je crois qu'ils connaissaient pas du tout le principe de la contraception d'urgence après un oubli de pilule parce qu'ils disaient « ton rapport il date d'il y a moins de 48h, de plus de 48h... » ils n'avaient rien compris, ils mélangeaient tout. Là je les ai rappelés en leur disant « non non, vous auriez dû lui donner ! », voilà.
- **Est-ce que parfois dans ce genre de cas, vous prescrivez à l'avance des contraceptions d'urgences, par exemple lors d'une prescription de contraception, vous rajoutez aussi sur l'ordonnance ?**
- Voilà ! Donc moi je leur donne la pilule mais je leur dis. Je leur fais une ordonnance mais pour les mineures, je ne peux pas parce qu'elles n'ont pas accès à... enfin comme elles sont mineures et qu'elles peuvent avoir la pilule comme ça en pharmacie, je leur dis qu'elles y aillent. Et ça peut m'arriver que moi j'en ai des contraceptions d'urgences et de leur en donner « comme ça tu l'as d'avance chez toi », je n'aime pas trop faire ça parce que je ne veux pas non plus qu'elle soit utilisée pas forcément à bon escient, donc voilà.
- **Vous le faites fréquemment ?**
- Plus pour des femmes qui sont majeures quand elles comprennent bien, là je peux leur faire une ordonnance ça va leur éviter d'aller la chercher comme ça.
- **D'accord, vous m'avez dit que vous n'aimiez pas trop le faire quand même. Parce que vous avez peur d'un détournement ?**
- Pour les mineures oui, c'est vrai. Parce que pour les mineures, je vais leur donner, je préfère leur dire « t'as quand même 3 endroits où tu peux te la procurer : dans une pharmacie, chez ton infirmière [scolaire], tu peux revenir me voir » comme ça après on reprend bien les choses et on établit une relation de confiance entre nous et je trouve ça plus intéressant.
- **D'accord, je trouve ça très intéressant. On va finir sur un thème un peu plus général : Un changement que vous aimeriez apporter au système actuel, par exemple en 2001 on a rendu la NORLEVO disponible en pharmacie gratuite aux mineures, est ce que vous auriez d'autres idées à soumettre ?**
- Bah déjà elles peuvent voir leurs généralistes aussi, ça a été mis récemment en place, avoir une consultation gratuite chez leur généraliste et anonyme. Moi ce que je déplore, surtout à la Réunion, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de communication autour des centres de planification.
- **Que par rapport aux centres de planification ou à la sexualité, enfin la contraception en général ?**
- Oui la contraception aussi bien évidemment aussi, je pense qu'on devrait faire plus de communication aujourd'hui, on a les moyens mais c'est compliqué. Je pense qu'après, vous savez qu'il y a une différence entre la Réunion et la métropole, elles sont relativement jeunes, très souvent les 1ers rapports sexuels ont lieu à 14 ans, j'en ai encore récemment eu une hier. Elle venait, là elle avait 16 ans, ça fait 2 ans qu'elle a des rapports qu'avec des contraception d'urgence, des oublis de préservatifs, pas de bilan d'IST... Après on se retrouve avec des grossesses non-désirées.
- **On m'avait également soumis comme par exemple : rendre les tests de grossesse gratuit pour les mineures en pharmacie, je sais que dans certaines infirmeries scolaires ils peuvent se permettre de prendre dans leurs budgets pour en acheter quelques-uns.**
- Oui toutes à la Réunion ! Moi aussi je fais des tests de grossesses urinaires 3 ou 4 fois par jour, elles viennent, elles savent.
- **Mais en pharmacie, par exemple comme ce n'est pas encore disponible, est ce que ça ne pourrait pas être intéressant ?**
- Ça effectivement c'est une très bonne idée.
- **Je sais que certains pharmaciens l'ont déjà offert à leurs patientes.**
- Oui ça vous coûte combien ? 3-4€ ?
- **Rien, je sais qu'il existe des tests premiers prix à 2-3€ qui sont tout efficaces que les tests haut de gamme.**
- Par contre, ça peut être compliqué, j'ai fait des réunions, je fais une formation de sensibilisation aux infirmières scolaires chaque année, aux nouvelles infirmières scolaires. Et je vous assure qu'il y a du boulot ! Elles ne savent pas trop, donc elles font des tests de grossesses comme vous dites pas du tout à bon escient, donc après elles me disent « ce n'est pas efficace » je leur dit que c'est 100% efficace quand c'est fait vraiment quand ça doit être fait, c'est-à-dire que moi un test de grossesse je vais le faire 15 jours après un rapport à risque. Je veux dire que moi quand je fais un test de grossesse, je suis formel, je ne fais jamais des β -HCG, je n'ai jamais eu de souci, ça n'existe pas pour moi des faux négatifs ou des faux positifs, elles disent que oui, c'est parce qu'elles ne le font pas du tout au bon moment. Elles vont faire un test de grossesse 48h après un rapport et elles vont me dire qu'il est négatif alors que pas du tout. Je pense que si vous donnez le test de grossesse gratuitement, je pense que ça pourrait être compliqué.
- **Ça pourrait être pire parce que les mineurs pourraient venir faire un test de grossesse alors que ce n'est pas du tout le bon moment ?**
- Voilà !
- **Alors avec un petit entretien comme lorsque, normalement, on délivre la contraception d'urgence.**
- Alors évidemment, dans ce cas. Après c'est pareil, moi je ne veux pas, je suis avec des agents de planification qui me secondent dans ma consultation, je ne veux pas qu'elles fassent un test de grossesse quand je ne suis pas là, parce qu'on a aussi l'inverse, s'il est positif, il faut derrière pouvoir gérer, donc c'est bien qu'il y ait un médecin derrière qui puisse après poser une IVG, poser les choses, prévoir l'entretien avec la conseillère conjugale, aussi voir ça. Après quand elle l'achète tout de seul, ça fait pareil aussi, c'est vrai, donc pourquoi pas gratuit et dans ce cas vous dans votre rôle de leur dire « t'as le temps de passer au centre de planification qui est à côté » il faut qu'il y ait une information derrière.
- **Oui de toute façon, quand je délivre un test de grossesse, je dis comment ça marche, quand le faire, comment le faire et en général je dis si c'est négatif tant mieux, si c'est positif voyez avec votre médecin pour la suite. Je n'ai pas envie de dire l'IVG, je dis juste la suite. Parfois certaines ne veulent pas forcément avorter.**
- Oui vous n'y allez pas d'emblée.

FIN

Le 25.06.2021

M.J.

Conseillère conjugale exerçant dans des CPEF dont un dans une métropole

- Je m'appelle Mme M. je travaille au planning familial de l'Hérault qui est une association loi 1901 qui s'appuie sur l'éducation populaire et le féminisme. J'y suis depuis les années 80, j'ai presque 60 ans aujourd'hui, donc j'ai fait toute une vie au planning familial. Ma fonction actuelle, je suis chargée de la gestion administrative et financière d'une part, et d'autre part je coordonne les centres de planification et d'éducation familial. Nous en avons 3 : Montpellier, Lunel et Agde, donc là on est sur la structure juridique CPEF, et donc on est sur des consultations médicales de gynécologie.
- **D'accord, vous avez une formation de médecin ?**
- Non j'ai une formation de conseillère conjugale, mais beaucoup d'expérience sur le plan médical parce qu'il y a une différence entre la pratique médicale en cabinet et au planning familial, c'est qu'au planning familial on est sur une pratique médicale partagée.
- **C'est-à-dire ?**
- Partagée c'est que, par exemple, moi je peux faire un diagnostic de grossesse. C'est-à-dire qu'on n'a pas les mêmes droits que les médecins, c'est normal, mais on est capable de gérer une situation et de savoir à quel moment on peut faire faire un test de grossesse à une personne par exemple.
- **D'accord, mais du coup vous délivrez la contraception d'urgence aussi ?**
- Sur le CPEF, on délivre de la contraception, des tests de grossesse, pilule du lendemain, dépistages et traitements des IST. Et donc du coup, la conseillère conjugale elle est en appui du médecin, elle facilite le travail du médecin, elle peut prendre quelqu'un en entretien individuel sur du dépistage, sur le de la pilule du lendemain etc... Et faire des actes simples mais sous couvert du médecin, évidemment, qui est présent. Je ne vais pas faire un examen gynécologique, d'un parce que je n'ai pas le droit et de deux parce que je ne sais pas le faire, mais par contre je peux dire à une jeune fille quand est ce qu'elle peut faire son test de grossesse.
- **D'accord, donc vous êtes sur les 3 sites des plannings familiaux ? Lunel, Montpellier et Agde ?**
- Montpellier étant la grande ville, Lunel et Agde sont ce qu'on appelle des villes moyennes. Et alors, je ne sais pas de quelle région vous êtes ?
- **Montpellier actuellement, j'ai fait mes études à Bordeaux et je termine ma thèse à Montpellier. Du coup, je prends différentes régions, j'ai des contacts à la Réunion où ce n'est pas du tout les mêmes mœurs et les mêmes problématiques.**
- **Si je vous parle de contraception d'urgence, ou de prise en charge des mineures, quelle est la 1^{ère} idée à laquelle vous pensez ?**
- Bah la 1^{ère} idée à laquelle je pense c'est NORLEVO & ELLAONE.
- **Et le dispositif intra-utérin aussi ?**

- Non pas du tout, parce que la particularité qu'on a c'est qu'on n'est pas dans la continuité, c'est-à-dire que les gens viennent plutôt ponctuellement, donc on a une file active très importante, et c'est très rare que les gens viennent 2-3 fois, hormis pour des renouvellements. Du coup le stérilet d'urgence, en général, la pratique veut que ça soit réservé à la clientèle du gynécologue. Nous on est dans une configuration où le stérilet d'urgence posera problème au médecin parce qu'il ne connaît pas la patiente et que la patiente est jeune donc effectivement ça fait partie des freins. C'est-à-dire qu'on pensera plutôt ELLAONE/ NORLEVO et on systématisera ELLAONE/NORLEVO mais le stérilet d'urgence on ne le propose même pas.
- **D'accord, donc pour plus de praticité ? Pour éviter des effets indésirables ?**
- Voilà pour plus de praticité, et pour éviter les histoires avec les mineures mais de façon générale, les gynécologues ou les généralistes, avec lesquelles je discute, pratiquent très peu le stérilet d'urgence sauf à leurs clientes.
- Ils ont besoin d'être dans un espace de confiance et nous on a une file active qui vraiment... Les filles on les voit une fois et on les revoit 1 ou 2 ans après.
- **D'accord donc elles ne reviennent pas si souvent que ça ?**
- Non. Et puis si tu discutes avec la gynécologue, elle a ce parti pris. Le stérilet d'urgence elle va le poser à sa clientèle mais pas comme ça à des jeunes qui passent.
- **Et à quelle fréquence vous délivrez le NORLEVO/ELLAONE ?**
- Et ben, en fait, nous on systématisé. C'est-à-dire que chaque fois qu'il y a une prescription de pilule, on demande à la jeune fille si elle en a dans sa pharmacie, donc dans le cadre du renouvellement, et dans le cadre de la prescription de pilule pour la 1^{ère} fois, on le donne systématiquement. Et les jeunes peuvent venir n'importe quelle heure de la journée entre 9h et 17h chercher une pilule du lendemain.
- **Et vous avez une fréquence à peu près ?**
- La fréquence, sur les consultations : sur Montpellier on a 1500 consultations, on a à peu près 170 consultations où ce n'est que la pilule & contraception, on a autant de pilule du lendemain que de consultations de contraception, c'est systématique.
- Nous on dit que de 1, il faut qu'elle l'ait dans sa pharmacie. De 2 si jamais elle en a besoin, elle l'a sous la main, elle ne passe pas des heures à chercher, on préfère qu'elle prenne plusieurs pilules du lendemain dans le mois plutôt que d'être enceinte, que d'avoir un risque de grossesse. Et 3, si elle a une copine qui en a besoin, elle peut lui donner, ça ne nous dérange pas que ça soit la copine qui en profite.
- **D'accord et lors des entretiens avec les patients, est-ce que vous vous sentez suffisamment impliqué dans la discussion, l'éducation du patient ?**
- Oui parce qu'on a un système d'entretien collectif, c'est-à-dire qu'on se différencie de la médecine générale par une forme d'accueil collectif, parce qu'on pense que les questions sexualités c'est aussi des questions qui sont liées à un apprentissage par les paires, c'est-à-dire que c'est en voyant les expériences des autres qu'on va forger ses propres expériences et que ce qui est dit par d'autres jeunes a plus de valeur que ce qui est dit par un adulte, c'est la prévention par les paires.
- Donc ces entretiens collectifs ils se font avant toutes les consultations. Par exemple, le mercredi après-midi, il y a une consultation à 14h, on a une dizaine de patient qu'on convoque tous à la même heure. Il y a une conseillère conjugale qui va faire l'entretien et pendant ce temps, le médecin les voit les unes après les autres. Ça signifie qu'elles passent l'après-midi avec nous, et là on va expliquer comment fonctionne la pilule, on va répondre à leurs questions etc... et autant de fois elles viennent, autant de fois elles ont l'entretien collectif. C'est-à-dire que ce n'est pas parce qu'elles sont venues...
- **... Une fois qu'elles y échapperont la prochaine fois ?**
- Voilà, ce qu'on leur dit c'est qu'on a une particularité par rapport à la médecine libérale, la médecine libérale est tenue à ce qu'on appelle l'information minimale. L'information minimale c'est de dire à son patient comment ça fonctionne la pilule voilà, mais souvent durant la consultation, les médecins n'ont pas le temps. Donc je sais que maintenant il y a des consultations de ¼ d'heure pour les 1ères pilules, qui sont cotées plus chers, ce qui n'était pas le cas avant.
- Mais en tout cas, notre choix c'est de systématiser. Ensuite, si elles se sentent bien, elles peuvent aller en médecine libérale. Nous, on estime que c'est un passage chez nous.
- **Donc avec ces entretiens collectifs, en plus du médecin qui fait la consultation à côté, ça vous enlève la barrière du temps, c'est-à-dire que vous avez suffisamment de temps pour discuter de tout, que ça vous enlève la barrière de la profession, l'effet blouse blanche, qui fait qu'elles peuvent avoir peur de parler, et la barrière du sexe, parce qu'elles peuvent aussi se retrouver avec des garçons, le fait d'être en groupe ça peut donner un peu plus de courage, mais est-ce que parfois ça pose pas un problème dans le sens où elles sont avec plus de personnes et du coup elles veulent pas s'exprimer devant d'autres personnes ?**
- Oui ça arrive qu'elles ne veulent pas s'exprimer, donc on est simple, on leur dit qu'elles ont tout à fait le droit. C'est une pratique un peu particulière, du point de vue de la conseillère conjugale, c'est-à-dire qu'il faut être tranquille. Le but est fixé par les personnes elles-mêmes, s'il y a des personnes qui ne souhaitent pas parler, elles ne parlent pas, ça arrive, mais elles écoutent donc on a gagné quand même quelque chose. Le topo, par exemple, moi ce que j'appelle le « topo pilule du lendemain », elles vont l'entendre au moins une fois, même si elles n'ont rien à dire dessus, elles l'entendront au moins une fois, et nous c'est ce qu'on cherche, même si elles ne parlent pas, elles entendent et elles entendent ce que les autres disent. Alors ça cette position de ne pas parler, elles l'ont au début parce qu'il y a un frein mais en général après c'est très sympa. Vous avez des groupes vachement sympas, quelques fois ça arrive que ça soit un peu froid parce que soit la moyenne d'âge est un peu élevée, soit c'est parce qu'elles n'ont pas eu le rendez-vous avec le gynécologue qu'elles viennent chez nous, c'est-à-dire qu'elles viennent chez nous un peu forcés. Mais sinon globalement, elles se régalaient. On a des consultations le soir, par exemple, on prend le café etc... c'est extrêmement agréable pour l'équipe de faire ces consultations, c'est agréable pour tout le monde, maintenant il faut qu'elles aient le temps. C'est-à-dire que quand on est centré sur quelqu'un qui dit « moi je veux aller chez le médecin, puis je veux que ça prenne 10 minutes » ça ne marche pas.
- **Et du coup, si par exemple, une jeune fille 17 ans, donc encore au lycée pendant la semaine, qui ne veut pas le faire savoir au parent, qui n'a pas forcément le temps avec le lycée, elle fait aussi le cours collectif ?**
- Ah oui, elle se débrouille, c'est passage obligé. Alors il y a eu des situations où ça ne se fait pas, des situations d'urgence ça arrive toujours, mais on fait respecter la règle.
- **Et au total du coup, l'entretien collectif avec l'entretien avec le professionnel, ça dure combien de temps environ ?**
- En fait, il y a un minimum et un maximum, c'est-à-dire qu'elle reste minimum 1 heure & maximum 2 heures.
- **D'accord. Pour vous qu'est-ce qui pourrait être un frein pour la prise en charge des patients ?**
- Moi je dirais que ça serait de pas systématiser de la pilule du lendemain lors des renouvellements. J'ai remarqué qu'en médecine libérale, il fallait qu'elles demandent la pilule du lendemain pour l'avoir, alors que nous notre position c'est de systématiser, si elle en a besoin, on lui donne. Alors que la pilule du lendemain, elle est remboursée par la sécurité sociale pour les majeures, par exemple, et je ne vois pas pourquoi la gynécologue leur file pas une ordonnance. C'est-à-dire qu'il faut absolument qu'elles en aient besoin pour l'avoir, or elle porte bien son nom « d'urgence », tu la mets dans ta pharmacie.
- **Où ça c'est très dépendant des médecins.**
- Tout à fait, mais on est encore sur des questions de pouvoir, parce qu'en fait souvent ils disent « oui mais elle va la donner à quelqu'un d'autre » et moi j'aurai tendance à dire « et alors ? » au contraire c'est quelqu'un d'autre qui en a besoin. On a sauvé une grossesse non-prévue.
- Ensuite les freins c'est qu'il y a une croyance comme quoi c'est mauvais de prendre plusieurs pilules du lendemain dans le même cycle. Là, il y a de tout, surtout les pharmaciens, pitié au secours. Ils racontent que des conneries, je vous jure, alors il y en a certains qui sont formés alors pourquoi ? Parce qu'en fait le personnel des pharmacies tournent vachement, et quand on fait nous le tour des pharmacies pour expliquer, vous avez toujours une personne qui est mieux formé que les autres, soit parce que ça l'intéresse, soit parce qu'elle est dans la pharmacie depuis longtemps, mais vous avez après du turn-over au niveau des employés, donc il faut toujours recommencer à zéro, et il y a une très mauvaise information, c'est-à-dire qu'une croyance selon laquelle ça fait du mal à la santé de prendre 2 pilules du lendemain dans le mois donc quelques fois elles refusent. Les pharmaciens refusent la vente à la fille, c'est scandaleux, c'est-à-dire que la pharmacienne préfère que la nana soit enceinte et pas lui délivrer le médicament parce qu'elle n'a pas d'ordo', elle n'a rien vu qu'elle vient en urgence. En lui disant que c'est mauvais pour la santé... c'est bon pour la santé d'avoir une grossesse non-prévue ? C'est complètement débile. Donc du coup, je leur dis non, vous pouvez prendre 10 kg de pilule du lendemain dans le mois, ça ne vous fera rien. La seule chose qui va arriver, c'est que si vous avez une grossesse non-prévue, elle n'arrivera pas et c'est une bonne nouvelle, et c'est fait pour ça et le 2^{ème} point c'est que votre cycle ça va être le bazar. Alors je choisis entre, et je dis « qu'est-ce que ça fait que ça soit le bazar ? ». Evidemment, c'est gênant si je continue d'avoir des rapports non-protégés. Du coup, il faut expliquer ça comme ça, c'est-à-dire qu'on ne peut pas refuser une 2^{ème} pilule du lendemain à une fille sous prétexte que ça dérègle son cycle, qu'elle va plus savoir où elle en est dans son cycle et qu'elle risque une grossesse si elle continue les rapports non protégés, les risques sont déjà là, ils sont déjà pris. Donc elles font courir le bruit que c'est mauvais pour la santé, donc on a des filles qui arrivent trop tard, je leur dis « est-ce que vous avez pris la pilule du lendemain ? » « Bah non, parce que la pharmacienne n'a pas voulu me la donner, parce que c'était mauvais pour la santé, parce que j'en ai déjà pris une ». Alors vous savez ce qu'on est réduit à dire ? Alors je suis très franche, je dis « écoutez votre vie elle n'intéresse pas la pharmacienne, vous lui dites : oui oui, vous en avez déjà pris & non non », vous mentez c'est tout parce que ce n'est pas normal d'être emmerdé comme ça. C'est-à-dire qu'il faut voir que c'est des petites, si elles tombent enceintes, elles sont dans la merde.
- Donc on préfère prendre 3 pilules du lendemain et avoir des saignements tous azimuts, et alors ? Je veux dire que l'utérus est un organe qui fait saigner, il saigne il a ses raisons mais ce n'est pas le bout du monde et c'est quand même vachement moins grave que d'être enceinte. Alors je pense qu'à la pharmacie ils n'ont pas le sens des priorités et surtout ils sont sur des aspects qui sont faux puisque le NORLEVO c'est de la progestérone, et que si c'est en vente libre ce n'est pas pour rien. C'est-à-dire qu'à un moment donné, on a dit « on arrête les pilules du lendemain oestroprogestative parce qu'il y a des risques pour la personne : thromboses, ceci, ceci, cela... Avec de la progestérone on arrête les conneries, on arrête de dire que c'est mauvais pour la santé et si vous allez sur internet c'est marqué nulle part que c'est interdit de prendre 2 pilules du lendemain dans le mois.
- **Même dans la notice que j'ai relue, c'était marqué que ce n'était pas interdit mais que ce n'était pas recommandé seulement**

- Oui mais ce n'est pas recommandé pourquoi ?
- **Parce qu'il ne le teste pas ?**
- Oui il ne le teste pas, et ils disent que ce n'est pas recommandé parce que la seule chose qui va se passer, ce sont des troubles du cycles, mais on s'en tape des troubles du cycle. Le cycle, il va se remettre. Et si la fille fait ce qui faut, c'est-à-dire qu'elle a l'information suffisante, elle va arrêter les rapports sexuels non-protégés, déjà, et elle va commencer à se prendre en main sur la contraception, et on attendra le temps qu'il faudra. C'est vrai qu'il y a un petit doute sur les saignements, est-ce que c'est la pilule du lendemain, est-ce que c'est les règles, mais c'est à ce moment-là que la personne elle a besoin d'une prise en charge, parce que s'il n'y a personne derrière pour lui dire, les troubles du cycle c'est normal que ça soit le bazar, c'est ok, tu n'as pas prévu, mais maintenant qu'est-ce qu'on fait, mais on n'est pas pressé, la seule urgence c'est si le couple refuse les rapports non protégés. Je leur dis « si vous continuez les rapports non protégés, ok il y a les troubles du cycle, on peut trouver une réponse à ces troubles du cycle mais si vous continuez, on ne va pas s'en sortir ». Moi je trouve qu'une grossesse non prévue évitée c'est une grossesse non prévue évitée, tant pis pour les saignements. Il n'y a aucun effet vénére de la progestérone sur le long terme, alors eux ils se couvrent, parce qu'ils n'ont pas fait les essais mais c'est tout. De toute façon, il y a un tabou sur l'histoire d'hormone etc... En plus maintenant il y a un tabou sur les aspects via la naturalité qui est très énervant pour des militantes comme moi.
- Nous on en a chié parce qu'on n'avait rien du tout, on avait le STEDIRIL, vous vous souvenez du STEDIRIL ?
- **Oui, enfin je me souviens non, mais j'ai refait l'histoire de la contraception.**
- Moi j'ai fait partie de la génération qui a distribué du STEDIRIL à tour de bras contre l'avis des médecins, contre l'avis du conseil de l'ordre etc... donc on donnait 2 comprimés de STEDIRIL 12 heures après le rapport et 2 autres, où les filles elles vomissaient etc... et je vous dis, ça tournait ! On avait une permanence spéciale de 9h à 17h pour distribuer les STEDIRIL, et puis il n'y a aucune femme qui a fait des thromboses suite au STEDIRIL, je n'en connais pas. Même ça, c'est exagéré quand il y a des produits oestroprogestatifs.
- **Le STEDIRIL après c'est devenu le TETRAGYNON en 1998, bon finalement, ils l'ont remplacé parce que le NORLEVO avait beaucoup moins de nausées, d'effets indésirables, des spotting moins fort et tout ça, et il était moins cher. Il avait tout de mieux que le TETRAGYNON.**
- Tout à fait, mais c'est un très bon produit ce progestatif. Le ELLAONE, en fait, c'est un problème, je crois que vous l'avez sûrement trouvé, c'est un problème d'AMM, parce que le NORLEVO a une AMM sur 3 jours ou 2 jours, je ne m'en rappelle plus, après le rapport à risque.
- **3 jours.**
- L'ELLAONE c'est 5 jours, or il y a des situations où nous on donnait le NORLEVO jusqu'à 5 jours, qui était aussi efficace mais il n'y a pas d'AMM pour le NORLEVO.
- **Oui parce que l'efficacité baisse beaucoup après le 3^{ème} jour, elle retombe à 60%, je crois même moins.**
- Même moins, moins de la moitié.
- **Tandis que la ELLAONE reste bien efficace même jusqu'à 5 jours.**
- Nous on est fidèle à NORLEVO. ELLAONE on en donne très peu. On en donne vraiment si on sent la fille pas très sûre mais on est plus sur du NORLEVO. Enfin je vous laisse continuer sur d'autres questions.
- **Donc vous m'avez dit que vous prescrivez et que vous délivrez même directement la contraception d'urgence pour les 1ères contraceptions surtout, pour les mineures, donc vous le faites à chaque fois, c'est systématique ?**
- C'est systématique, elles repartent avec leur boîte. Elles viennent, donc il y a la consultation médicale avec l'interrogatoire etc... vérifier les contre-indications etc... l'examen gynécologique si elle le souhaite mais il est non systématique, surtout ils n'ont jamais eu de rapports, en général on fait pas, et elles vont repartir avec une boîte de pilule, on est sur des pilules remboursées, on n'est pas sur des produits non remboursés, par exemple elles vont repartir avec leur boîte d'OPTILOVA et leur boîte de NORLEVO, plus un petit papier sur comment faire en cas d'oubli. Donc le NORLEVO, on le délivre pour 2 motifs : elles ne peuvent pas commencer leur pilule tout de suite donc c'est pour se protéger en cas de nouveaux rapports non protégés ou bien elles peuvent prendre leur pilule tout de suite et à ce moment-là elles ont leur NORLEVO en cas d'oubli.
- **Et vous prescrivez aussi des préservatifs en même temps que la 1^{ère} pilule, en attendant, peut-être ?**
- On en donne plein, on a des gros stocks de préservatifs, ils sont à volonté, elles peuvent se servir dans des paniers, elles n'ont pas besoin de demander. Par contre on peut faire une ordonnance aussi pour celles qui ont une sécurité sociale. La particularité c'est que nous on donne les médicaments.
- **Oui et depuis peu, même pour les ordonnances, il y a la mention « contraception mineure » qui fait qu'elles peuvent l'avoir en pharmacie sans leur carte vitale gratuitement et anonymement. Et c'est encore peu répandu.**
- Ah il faut marquer contraception mineure dessus ?
- **Oui**
- Pour le renouvellement de la pilule, vous voulez dire ?
- **Pour la 1^{ère} délivrance et le renouvellement de pilule, ça marche.**
- Ah c'est-à-dire 1^{ère} délivrance et renouvellement ?
- **Oui c'est depuis 2016 qu'il y a ça ou 2013.**
- Ah mais ce n'est pas connu alors.
- **Non, alors 2013 c'est les délivrances seulement en pharmacie, en 2016 c'est aussi passer avec les médecins, les consultations gynécologiques et les tests de dépistage aussi. Mais pour l'instant j'entends beaucoup de médecins qui me disent ne pas le faire, qui redirigent vers le planning familial ou qui n'ont pas de mineures qui viennent pour ça.**
- Oui mais ils le ne le font pas parce qu'ils n'ont pas envie de s'emmerder.
- **Oui je pense qu'il y a de ça aussi.**
- Il y a ça et puis après, je pense qu'ils craignent un peu sur comment la mineure va utiliser l'ordonnance etc... Il y a une petite suspicion qui plane toujours en disant, c'est des petites donc il faut qu'elles soient prises en charge. Donc ce qu'on fait nous, c'est-à-dire qu'on les guide.
- Et c'est vrai que nous on ne délivre pas d'ordonnance marquée « contraception mineure ».
- **Après comme vous le délivrez dans le planning familial...**
- On le donne
- **Oui voilà, il n'y a que le renouvellement pour lequel ça pourrait être utile à ce moment-là. Mais pareil, je ne suis même pas sûr que tous les pharmaciens soient au courant de cette mesure.**
- Je ne pense pas non, je savais qu'il y avait la gratuité à la pharmacie mais je ne savais pas que c'était comme ça que ça se faisait. Parce que contraception mineure, elles peuvent le marquer elles-mêmes, enfin c'est bizarre.
- **Oui, il faut relire [la documentation], tout est expliqué. Mais comme pour la NORLEVO quand elle est devenue disponible en pharmacie sans ordonnance. Même une année après, il y avait des pharmaciens qui ne voulaient toujours pas sans l'ordonnance.**
- Oui ils ne voulaient toujours pas sans l'ordonnance.
- **Et on va finir sur une dernière question. Est-ce que vous avez des changements que vous aimeriez apporter au système actuel, par exemple quand on a rendu la NORLEVO anonyme et gratuite en pharmacie, il y a 20 ans.**
- Moi je pense qu'il faudrait assouplir les conditions d'accès à la contraception, c'est-à-dire que pour la pilule... l'examen gynécologique... d'obliger les filles... donc là la délivrance c'est 1 an, elles doivent aller chez le médecin tous les ans pour des filles pour qui tout va bien, tous les ans c'est même trop. Enfin je pense qu'en plus les médecins font ses consultations 3 minutes sur un bout de comptoir. Franchement, un renouvellement, il n'y a pas nécessité qu'il y ait un examen gynécologique, un suivi gynécologique, c'est une consultation de 3 minutes, c'est vraiment une contrainte. Du coup, ça serait de passer la validité de l'ordonnance à 2 ans au lieu d'1 an.
- **D'accord**
- Parce que c'est court un an, et puis ce n'est pas justifié, et après je ne veux pas être mauvaise langue, je pense que ça fait aussi le fond de commerce des généralistes ces histoires de renouvellements. Parce que vraiment 3 minutes, même je vois les filles ça les embête de revenir rien que pour ça. Et l'examen gynécologique, ce n'est pas systématique pour des très jeunes comme ça, ce n'est pas tous les ans, c'est tous les 2 ans, tous les 3 ans l'examen gynécologique complet. Nous on est sur des tranches d'âges où il n'y a pas l'obligation du frottis, c'est à partir de 25 ans. Donc s'il n'y a pas de symptômes, s'il n'y a pas d'IST etc...
- **Pas d'effet indésirable, s'il n'y a pas de problème avec la contraception qui a été mis en place, allonger les ordonnances ?**
- Voilà, allonger la durée, alors après il y a des praticiens qui savent, nous on en reçoit pleins des filles lambdas et justement elles viennent chez nous pour les délais de rendez-vous, en fait. Parce que nous on a des rendez-vous à une semaine, contrairement à des gynécologues où quelque fois il faut 2 mois – 3 mois.
- **Oui, et maintenant les sages-femmes le font depuis quelques années et elles reviennent de plus en plus sur le terrain. Vu qu'on leur a donné plus de droits, en 2009, donc elles font de plus en plus d'examen gynécologique, même de contraception.**
- Les sages-femmes elles ne sont pas cool sur le plan de la pilule du lendemain, je crois que nous de faire du systématique sur la pilule du lendemain, je crois qu'on doit être les seuls. Je crois que ça n'existe même pas, c'est vraiment notre originalité.
- Et puis en changement aussi, c'est par rapport à cette fameuse pilule du lendemain, il faudrait assouplir quand même encore plus. Si elles doivent raconter leurs vies à chaque fois qu'elles vont à la pharmacie... c'est bon. Là je ne comprends pas, il faut qu'elles racontent leurs vies pour obtenir une boîte quand elles n'ont pas d'ordonnance.

- Après il y a quand même des choses à vérifier quand même, certains si elles n'ont pas d'asthme sévère, c'est très rare, si elles n'ont pas pris l'autre pilule du lendemain, si elles en ont déjà pris une, il faut savoir laquelle sinon il peut y avoir une interaction entre les 2.
- Avec ELLAONE ?
- Bah ELLAONE et NORLEVO elles s'annulent, grossièrement.
- Oui, ok d'accord.
- Oui il y a aussi la contraception classique, par exemple OPTILOVA etc..., qui peut interagir avec ELLAONE, ça dépend des pharmaciens ils ne le font pas toujours et certains font une pause dans la pilule et reprennent après avec une méthode barrière, des préservatifs, en attendant.
- La méthode barrière, d'accord, ok. Voilà sinon en changement c'est plus de facilité d'accès, en fait. Plus on enlèvera de conditions, mieux on se portera là-dessus, parce que comme il y a un vent de « naturalité », et qu'un choix, même pour les plus jeunes, parfois de contraception naturelle, un rejet des hormones quasi général, plus d'utilisation de préservatif que les anciennes générations, que les trentenaires ou les quarantenaires. Les plus jeunes sur le préservatif ils sont ok, c'est vraiment chez les plus vieux qu'ils ne sont pas ok. Sur les grossesses non-prévues, et les chiffres le montrent, c'est les 18-24 ans sur les IVG.
- Oui c'est les plus jeunes qui sont le plus concernés.
- Les 18-24, et les femmes ménopausées ; les femmes qui rentrent dans la ménopause, dont on s'occupe pas parce qu'on dit « elles sont péri-ménopausées » et puis comme elles deviennent un peu vieille, « elles ont plus de sexualité ou pas beaucoup », « elles s'envoient pas en l'air celles-là, elles font rien du tout, c'est fini on s'en occupe plus » et le médecin a tendance à dire « c'est la péri-ménopause, vous avez des troubles du cycle » et a pas donner de contraception, donc on enlève les stérilets, les ceci, les cela. Nous on fait des IVG médicamenteuses, et en fait c'est les 2 tranches d'âges qu'on a. On a des femmes entre 38 et 45 ans quand même, qui viennent faire des IVG alors qu'il pourrait y avoir une prise en charge différente mais justement parce qu'on les met dans les catégories des femmes : de 1, qui n'ont plus d'activité sexuelle, et 2 qui sont péri-ménopausés donc du coup la nature fait le reste.
- Ensuite pour les 18-24, à mon avis si elles sont exposées c'est qu'elles ont une vie sexuelle plus régulière que les plus jeunes, sur les plus jeunes on trouve des rapports sexuelles qui sont plus ponctuels parce qu'ils ont pas d'endroit etc... que 18-24 elles commencent à avoir des appartements, des chambres étudiantes donc des lieux tranquilles pour avoir des rapports, donc plus nombreux. Et ce fameux rejet des hormones etc... que nous on sent, il y a des filles, on ne peut leur donner rien du tout comme contraception. Et si vous leur demandez si elles veulent être enceinte, elles disent que non mais qui comptent beaucoup sur le St-Esprit. Et après, il y a la question du préservatif mais le problème du préservatif c'est qu'il est ponctuel, il est utilisé de façon ponctuel et il est utilisé pas pendant tout le rapport, c'est-à-dire que le rapport sexuel commence et le préservatif va être mis à un moment donné, mais entre-temps avec le liquide séminale, certaines pratiques etc... il peut y avoir des spermatozoïdes qui filent, donc des grossesses... enfin il y a quand même un risque même si elles utilisent un préservatif parce qu'il est mis trop tard pendant le rapport sexuel, donc nous on préconise qu'il soit mis au début. Parce que les nanas, elles sont quand même très fertiles, ce n'est pas des femmes de 40 ans, ce serait des femmes de 30 ans, je ne dirais pas mais toutes les jeunes c'est ça. Et après la croyance sur les méthodes naturelles, il y a beaucoup de choses comme ça qui circule, moi je trouve que c'est un retour en arrière. Franchement, les femmes de l'âge de ma mère avec les méthodes naturelles, elles vont lever les yeux au ciel. Maintenant c'est montré est-ce que une alternative possible, moi je trouve que c'est un retour en arrière. Et surtout, nous on dit chacun choisi sa contraception, chacun a le droit de choisir, mais en attendant notre boulot c'est de dire que ce n'est pas efficace.
- Donc peut-être un changement au niveau de l'éducation, faire des spots publicitaires ou insister sur les cours d'éducation sexuelle au collège/lycée, à la fac même ?
- Voilà tout à fait. Alors c'est pour ça que la pilule du lendemain reste toujours d'actualité, parce qu'au final pour des filles de 18-24 ans qui n'utiliseraient que le préservatif de temps en temps plus les méthodes naturelles, la pilule du lendemain c'est une alternative. Et d'ailleurs dans les dossiers médicaux souvent, nous on note « moyen de contraception : pilule du lendemain ». On le note comme une pratique contraceptive, c'est à dire que vous faites préservatif et pilule du lendemain quand il y a eu un problème. Et on prend pas mal en compte des étudiants qui ont des partenaires éloignés.
- Ah oui !
- Eh oui ! En fait pourquoi prendre une pilule tous les jours si tu as un copain qui est éloigné et que tu vas voir une fois tous les 3 mois, donc là les filles elles ont tendance à s'endormir sur la contraception. Du coup, il y a aura plus une pratique : préservatif + pilule du lendemain.
- Je ne sais pas si je vous ai aidé, je n'en sais rien.
- Non, c'était très intéressant, un peu différent de ce que j'entends d'habitude.
- Ça j'en suis sûre parce que je connais par cœur ce que disent les médecins, du coup j'ai une vision, qui est la vision du planning familial très particulière, mais il y a des médecins qui ont cette vision, la preuve c'est les médecins qui travaillent chez nous. Mais je suis sûr que si vous posez la question à un généraliste « est-ce que vous systématisez la prescription de la pilule du lendemain lorsque vous prescrivez la 1^{ère} pilule ? » il va vous dire non. Il va vous dire « non j'attends qu'elle vienne, que ça soit une urgence ».
- De moins en moins, après j'interview des médecins assez jeunes ou des sages-femmes assez jeunes, donc elles me disent qu'elles le font, que ça dépend de la personne, si elle voit à l'air stressé à propos de ça ou si elle sent qu'elle est un peu tête en l'air, elle le met, ou elle demande parfois simplement si elle le veut sur l'ordonnance, mais ce n'est pas systématique.
- Justement moi c'est systématique. Je trouve que le truc à la tête du client, ce n'est pas une démarche en faveur de la prévention, c'est-à-dire « c'est moi en tant que médecin, sage-femme etc... avec mes représentations personnelles, j'applique la loi comme j'ai envie de l'appliquer, je donne la possibilité d'être libre, de pas être enceinte comme j'ai envie » donc le pouvoir il est du côté du médecin. C'est-à-dire que si je tombe sur un médecin qui a une représentation de moi qui dit « je veux la pilule » il me la donnera ou « je veux la pilule du lendemain », si je suis fesse avec un médecin qui a une représentation négative de moi et qu'il estime que je n'en ai pas besoin, il va me dire non. Et donc là, nous on est sur le cœur de ce qu'on travaille, c'est le pouvoir des médecins. Donc au planning, ce n'est pas les médecins qui sont les patrons, c'est-à-dire qu'il n'y a pas un médecin qui pense ça et qui fait ça, il y a une pratique qui est collective, on a une charte, si on dit « la pilule du lendemain c'est systématique à la prescription à la 1^{ère} pilule, tous les médecins sont priés de la donner quand les filles partent », ce n'est pas « j'estime à la tête du client qu'elle en a besoin ou pas ». Moi il me semble que dans votre interview, bon je sais que ça ne se fait pas, parce qu'il y a toujours des liens de subordinations pharmaciens-médecins, je sais que c'est assez hiérarchisé la profession, nous on ne connaît pas ça, même gynécologue-généraliste... ouh là !
- Je sais que ça dépend, il y a des médecins... c'est plus du respect que de la hiérarchie, j'ai déjà engueulé des médecins plusieurs fois.
- Ah bon ça va !
- Je ne me prive pas pour ça quand je sais qu'ils ont fait une erreur et qu'elle est grave, que le médecin est vraiment en tort. Des fois, j'essaie juste de savoir ce qui s'est passé parce que je sais que ça peut être un oubli, une information qu'ils n'ont pas eue. En général, j'essaierai de parler comme je parlerai avec un patient, avec le plus de respect possible.
- Ah mais je me rends compte que... [interruption de la conversation zoom]
- Je ne vous entends plus
- Ça y est, je n'avais pas vu que je n'avais pas mis la caméra.
- Ce n'était pas grave !
- Oui je disais que c'était vachement important de... enfin ce n'est pas normal, je ne sais pas comment vous le dire différemment, que ça soit à la tête du client, chez les praticiens. Et on entend après « moi je cherche un gynécologue, qui soit d'accord pour me prescrire un traitement de substitution » ce n'est pas un scandale, ça ? Donc c'est à la tête du client, donc moi je vais aller chez celui-là, je sais qu'il va me dire non, et nous on a quand même des filles qui viennent en disant, moi je viens parce que mon médecin refuse de me placer un stérilet. Et le stérilet avec les mineurs, on les pose nous.
- Alors est-ce que parce que le médecin c'est un généraliste qui n'a pas forcément les compétences ? Je sais que certaines gynécologues ne sont pas forcément obstétriciennes donc ne pose pas forcément de stérilet, pareil pour les sages-femmes qui n'ont pas une formation nécessaire. Ou est-ce que c'est juste qu'ils ont le choix et qu'ils ne veulent pas ?
- Il y a les motifs que vous donnez, c'est-à-dire les praticiens qui ne font pas les actes techniques mais il y a aussi des praticiens parce que la fille est mineure, et qu'ils ne veulent pas s'emmerder, ils ont peur d'avoir les parents sur le dos, et je ne sais quel motif, et qu'ils estiment que ceci et cela. Je trouve que ça fait beaucoup de chose qui sont centrés sur la décision personnelle et qu'il y a une problématique de toute puissance. Vous ne pouvez pas dire que si vous avez un médecin qui décrète que la pilule du lendemain ce n'est pas bon, il décrète, donc la patiente elle a le choix que d'être d'accord ou d'aller voir quelqu'un d'autre, je trouve que ce n'est pas normal. Je trouve qu'il y a trop de partis pris sur la représentation personnelle des praticiens sur « qu'est-ce que la contraception » « qu'est-ce que les pratiques contraceptives » « la vie sexuelle des femmes » etc...
Donc refuser quelque chose à une mineure, c'est un parti pris, c'est une représentation. Si la loi le lui permet il faut le lui procurer. Nous c'est notre façon de faire.

N.B. : Discussion après avoir coupé l'enregistrement :

- On fait systématiquement un test de grossesse en laboratoire lorsqu'on prescrit une 1^{ère} pilule pour éliminer un risque de grossesse avant la prise de la pilule. Comme on se base sur un système déclaratif pour connaître leurs contraceptions actuelles : préservatifs, méthodes naturelles etc..., on ne leur fait pas confiance, on fait quand même systématiquement un test de grossesse, ce que ne font pas forcément les médecins ou les gynécologues lorsqu'ils prescrivent la 1^{ère} pilule.

FIN

Le 02.07.2021

103

- Comme vous êtes infirmière scolaire dans un collège, je peux considérer que toutes les personnes que vous recevez sont mineures
- Oui
- Les questions ne vont pas se limiter juste aux mineures qui vont demander la contraception d'urgence, mais aussi les mineures qui viendrait pour un conseil sur la contraception ou la prise en charge, ou l'éducation sexuelle etc...
- Oui, et puis je fais également des interventions dans les divisions. Il y a aussi des associations qui viennent aussi pour certaines divisions.
- Par exemple pour les cours d'éducation sexuelle au collège, c'est ça ?
- Oui voilà, alors ça a été très compliqué, jusqu'à maintenant, j'avais une association qui était gratuite, RIVE [Réunion Immunodéprimés Vivre et Écouter, créée en 1994, l'association RIVE axe son action sur la prévention de proximité et la promotion de la santé sexuelle et du dépistage. Elle propose des séances d'éducation à la vie affective et à la sexualité aux classes de 4e, 3e et 2nde de collèges et de lycées] qui arrivait à me faire les quatrièmes et troisièmes. Et ensuite ils ne m'ont plus mis dans leur boucle parce que je ne fais pas partie des collèges prioritaires. Donc cette année, j'ai dû payer avec la gestionnaire et la chef d'établissement. On a payé l'ARPS [Association Réunionnaise pour la prévention des Risques liés à la Sexualité] qui sont venus faire une intervention pour les troisièmes.
- D'accord.
- Et moi, j'ai fait les sixièmes & quatrièmes.
- Le budget qui est mis en place pour les cours d'éducation sexuelle. Ça n'a rien à voir, mais je me demandais c'est pris en charge directement sur le collège. C'est amputé votre budget à vous pour la contraception ?
- En faites avec la gestionnaire, je ne sais pas comment elle fait, soit c'est amputer sur mon budget, soit elle trouve sur un autre budget.
- D'accord.
- On s'arrange toujours. Donc là, il n'y a pas eu de soucis pour payer la RPS cette année. Mais bon, c'est compliqué, apparemment maintenant l'ARPS, ils ont réussi à avoir les subventions de l'Etat et donc il me propose à nouveau gratuitement. Après, bon, c'est dans leur manière de penser. Il faut qu'on rediscute un petit peu dans leur façon de faire.
- Oui, c'est un nouvel intervenant. Du coup, forcément, il y a des choses à revoir.
- Ouais, voilà, il y a des petites, des choses à régler.
- Donc, est ce que vous souhaitez être anonymisées ou pas ?
- Moi, ça ne me dérange pas
- Je vais vous laisser vous parler un maximum. Je vais juste essayer de recentrer avec des questions de temps en temps et si on dévie trop aussi. Du coup, je me représente DUFOR Erwann, j'ai 27 ans, je suis étudiant en pharmacie. J'ai validé ma sixième année. Je prépare ma thèse. J'ai travaillé à Bordeaux, dans une grande pharmacie neuf mois en plein centre-ville. C'est une pharmacie et un peu de quartier et beaucoup de passage. Et je vais vous laisser vous présenter aussi tout avec votre profession, ce que vous faites à côté. Et vos activités professionnelles antérieures.
- Je suis BIT Béatrice, infirmière scolaire depuis 11 ans. Avant d'être infirmière scolaire à la Réunion, j'ai travaillé à la fois à l'hôpital pour enfants à la clinique Sainte-Clotilde et j'ai également fait du soin à domicile dans l'Est. Et puis, bien sûr, en métropole, où j'ai travaillé un peu dans tous les services, dans tous les domaines la psychiatrie, les personnes âgées, les enfants, la chirurgie. J'ai fait beaucoup d'intérim. Et j'ai beaucoup bougé, ma formation initiale j'étais sur Lyon, donc j'ai pas mal travaillé sur Lyon. Ensuite, je suis parti dans les montagnes, dans la vallée du Queyras. Travailler dans un petit hôpital à 1000 mètres d'altitude. Je suis reparti sur Briançon travailler à l'hôpital de Briançon, dont j'étais fonctionnaire de la fonction publique hospitalière. Et ensuite, donc, j'ai été muté à la Réunion où j'ai travaillé à la clinique etc... Et ensuite, c'est par l'intermédiaire d'une aide-soignante avec qui je travaillais à l'hôpital pour enfants qui m'a parlé de son mari qui était prof et qu'il existait des infirmières de l'Éducation Nationale. Ça, je ne savais pas. J'ai passé le concours, et je l'ai eu. J'ai fait 1 an de remplacement. Et puis après, j'ai réussi le concours et j'ai été titularisé au bout d'un an. Voilà donc toute mon expérience. Moi, je pense que c'est nécessaire quand même d'avoir, avant de rentrer dans l'Éducation nationale, d'avoir eu une expérience quand même dans plein de domaines différents avec toutes les populations différentes, voilà, ça donne quand même un aperçu.
- Un packaging, une expérience
- Voilà, et une meilleure prise en charge. Après, Infirmier de l'Éducation nationale, c'est une autre découverte de l'Éducation nationale, tout le fonctionnement.
- Ça ne marche pas comme cabinet libéral ou un hôpital.
- Oui voilà, et c'est très administratif. Et puis moi, j'ai un poste mixte. C'est à la fois que je suis sur le collège et j'ai 6 écoles maternelles et primaires.
- D'accord. Du coup, là, vous êtes sur le collège Bois de Nêfles. Vous avez environ combien de visites par semaine, mois ou an ? En fréquence.
- Alors, ça dépend. C'est vrai qu'il y a des semaines plus chargées que d'autres, par jour on peut faire 30 à 50, ça dépend. Et puis, comme je suis ouverte entre midi et deux le lundi, parce que le mardi, le jeudi, je suis dans les écoles, sauf en début d'année où, vous savez, on a comme mission de faire de voir tous les élèves de sixième en bilan infirmiers, donc en début d'année. Bon, je ne vais pas tout de suite dans mes écoles de secteur et je reste sur le collège pour finir mes bilans. Mais entre midi et deux, il y a beaucoup de passage. J'aime bien être aussi un lieu, pas forcément de soin, mais aussi où les jeunes passent.
- Un lieu d'accueil ?
- Voilà un lieu d'accueil. Un peu comme quand j'étais gamine, je regardais Pause-café, vous ne connaissais pas ? En fait, les jeunes ils viennent, ils se posent, ils discutent. Et puis on échange de plein de choses d'une manière. Vous savez comment, en psychiatrie, c'est que c'est quand même des soins mais indirects, vous voyez, c'est des soins qu'on ne peut pas comptabiliser parce que ce sont des échanges et dans ces échanges-là, il se passe beaucoup de choses, beaucoup d'informations que je donne, de prévention. Et puis, les enfants ils me communiquent pas mal de choses.
- Et en plus, si j'ai bien souvenir, l'infirmier est assez écartée de la cour. Ce n'est pas non plus comme si tout le monde passait devant et pouvait voir qui était dedans et donc on peut parler assez librement de notre sujet.
- Et j'ai pas mal d'espace dans cette infirmerie. Il y a pas mal d'enfants qui viennent se poser, discuter. C'est des moments d'échange qui sont assez intenses. J'aime beaucoup ces moments-là.
- On va entrer dans le vif de l'enquête. Alors, quand je vous parle de contraception d'urgence, est ce que vous avez une idée spontanée qui vous vient à l'esprit ? Les premiers mots que vous me diriez, ce serait quoi ?
- Ah bah c'est « pilule du lendemain »
- Pilule du lendemain. Et quand je vous dis, prise en charge des mineurs en général pour la contraception, c'est quoi ? Quels sont les premiers mots qui viendrait aussi ?
- C'est à dire la prise en charge des mineurs pour la contraception d'urgence ?
- Pas forcément d'urgence, la contraception, tout court. Qu'est-ce qui vous viendrait à l'esprit ? ça serait un conseil ? Est-ce que ce serait une contraception ?
- Alors conseil et puis travail en collaboration avec la PMI du Moufia. Je travaille beaucoup avec la sage-femme de la PMI du Moufia qui est à côté. La sage-femme s'appelle (nom de la sage-femme citée), et c'est vrai que dès que j'ai des conseils ou si je veux envoyer des élèves vers elle, je l'appelle. On est quand même assez en lien.
- D'accord. La contraception d'urgence vous savez à quelle fréquence vous la faites ?
- Chaque année, c'est à peu près moins de 10. Cette année j'en ai donné quand même 8.
- D'accord, donc, vous êtes resté à peu près dans la moyenne de chaque année.
- Voilà, je reste dans la moyenne.
- Voilà, et je sais qu'avec l'explosion du COVID en métropole, ça a un peu augmenté chaque année partout la contraception d'urgence. Mais vous, apparemment, à la Réunion, ça n'a pas été trop touché.

- Non, mais par contre, ce que je peux dire quand même, le fait d'avoir eu ce confinement à la Réunion, on n'a pas pu, l'année dernière, faire les actions de prévention pour les quatrième et troisième. Et du coup, il y a eu quand même beaucoup de prises de risque des adolescentes.
- **Comment vous l'avez perçu ? Comment vous avez su ?**
- Là j'ai eu deux gamines qui sont tombées enceintes ? Il y en a une qui s'est fait avorter. Et puis l'autre, c'est aussi un cas très particulier. Il y a une prise en charge aussi de la maison départementale, etc... Et elle, par contre, c'était trop tard pour l'avortement et elle a gardé son bébé. Et c'est la première fois en 11 ans que je suis là, parce que moi, dès que je suis arrivé, on a mis en place la prévention sexualité en systématique et là, l'année dernière, on n'a pas pu le faire. En tout cas, ça m'a questionné, quand même.
- **D'accord, et les entretiens avec des mineurs en général sur la contraception, sur la sexualité. Vous savez à quelle fréquence vous le faites ?**
- En c'est, en fait, c'est presque tout... Quand je suis là, les enfants, vous savez, on est avec les collégiens, donc c'est la grande période du changement. Il y a toujours des questions directes ou indirectes qui concernent la sexualité.
- **Donc pratiquement tous les jours ?**
- Ah oui, il y a toujours des questions là-dessus
- **Enfin quand vous êtes présente sur le collège.**
- Voilà, quand je suis présente, que ça soit les sixièmes, à la fois des garçons et des filles. Il y a un lien de confiance quand même. C'est ça aussi notre rôle, c'est de mettre quand même un lien de confiance avec les enfants. Et en plus, à la Réunion, c'est quand même un thème, alors je ne sais pas en métropole, je n'ai pas travaillé comme infirmière de l'Education nationale en métropole. Mais c'est vrai que c'est la sexualité, c'est encore assez tabou à la Réunion et beaucoup d'enfants ne parlent pas de ça. Et c'est vrai que l'infirmière ou l'infirmier de l'Education nationale, les enfants, ils osent poser n'importe quelle question. C'est ce que je leur dis « il y a aucune question bête sur la sexualité ». Je préfère qui me pose des questions que... Parce que la problématique actuelle, c'est qu'ils vont sur Internet et ils vont sur des sites pornos. Et là, c'est catastrophique.
- **Ça ne répond pas à leurs questions et ça fausse leur idée de la sexualité**
- Exactement, et finalement on s'aperçoit qu'ils connaissent pas du tout leur corps. Ils ont beau faire en quatrième et troisième en SVT le corps humain, l'appareil génital féminin & masculin, mais on s'aperçoit que c'est...
- **Très insuffisant ?**
- Ce n'est pas insuffisant, mais il n'arrive pas à imaginer. Je ne sais pas comment expliquer ça. C'est des cours, ils apprennent par cœur.
- **Ils l'apprennent en théorie, mais en pratique, ils ne voient pas vraiment ce que ça donne.**
- Voilà, c'est pour ça que c'est important que l'infirmière, ou des associations qui viennent, mettent en image ce qu'ils ont appris de la théorie. Là, j'ai fait avec les quatrièmes. On a revu ensemble, bien sûr, la grossesse et l'alcool parce que c'est terrible à la Réunion et à la fois, j'ai repris avec eux l'appareil génital féminin et masculin. Mais bon, alors moi, je ne suis pas prof, mais j'ai fait des dessins très basiques pour leur montrer l'appareil génital féminin, où est l'enfant, etc... ça y est, ça commence à s'imprégner. Je pense que c'est la répétition. Vous voyez, en 6ème, on parle de la puberté, comment on fonctionne. Et puis, c'est la répétition, chaque année, qui permet quand même à l'enfant d'essayer de se connaître.
- **Vous parlez d'un rendez-vous pour tous les sixièmes en début d'année, alors je ne m'en souviens peut-être pas parce que ça remonte peut-être à trop loin, ou bien c'est peut-être nouveau ?**
- Ça fait très longtemps parce que moi, dès que je suis arrivé il y a 11 ans, c'était déjà en place. C'est juste un bilan
- **Ah d'accord, c'est juste un bilan de santé.**
- C'était un bilan de santé où on pèse, on mesure, tout le côté médical. Et puis moi, je regarde également tout ce qui est lecture, écriture. Puis on pose des questions également sur la vie de l'enfant.
- **D'accord, est ce que je n'ai pas pensé que les infirmières scolaires sont suffisamment formées ou encadrées pour la prise en charge des enfants pour la contraception d'urgence, est ce que vous pensez qu'il y a des zones un peu trop floues sur votre formation, sur vos connaissances ?**
- Alors il y a des formations, auxquelles j'ai participé, pour intervenir justement sur la sexualité. J'ai participé à ça il y a 3 ou 4 ans, c'était intéressant. Après, c'est vrai qu'on n'est pas forcément informé des dernières contraceptions, c'est ça qui manque. Il faut aller à la pêche des renseignements. Voilà où je demande à [\[nom de la sage-femme citée\]](#) si elle a des infos supplémentaires sur des nouvelles contraception, etc...
- **D'accord, pas tant sur les nouveautés, mais vous avez quand même des formations disponibles pour la prise en charge.**
- Sur la sexualité, oui. Comment on met en place des informations sur la sexualité auprès des adolescents.
- **D'accord, en plus, c'est ciblé. En plus sur ces des formations qui sont ciblées sur les jeunes.**
- C'est sur le PAF [\[Plan Académique de Formation\]](#). Il y a aussi des profs dans certains collèges de SVT qui mettent ça en place. Parce que parfois, il y a des infirmiers qui ne veulent pas le faire.
- **Ce n'est pas systématique dans tous les collèges et tous les lycées, même si c'est obligatoire. Je l'ai entendu plusieurs fois, que les cours d'éducation sexuelle sont pas toujours faits.**
- Nous, on a beaucoup de chance à la Réunion. C'est ce que je dis à mes collègues parce qu'en métropole, quand même, les infirmiers, parfois elles ont deux établissements, elles ont deux collèges, plus les écoles et elles n'ont pas le temps de faire de la prévention.
- **C'est compliqué. J'ai interviewé une infirmière qui avait tout à 4000 - 5000 élèves sur tout un secteur collège et lycée. Ils étaient deux infirmières plus un médecin scolaire. Je ne sais pas comment ils font.**
- Oui, nous, on a plus de médecins scolaires. Il y a 10 postes vacants à la Réunion.
- **Oui, c'est un milieu très peu demandé et il y a un problème de recrutement. A ce que j'ai compris.**
- Oui. C'est sûr aussi. Pourtant, le salaire y est un peu plus élevé à la Réunion qu'en métropole. Mais bon, néanmoins, ils ne restent pas trop attractifs par rapport à tous ceux qui travaillent dans le libéral ici.
- **Pour vous, est ce qu'il y aurait des freins à la prise en charge pour les patients, selon vous ? Par exemple, la méconnaissance, la religion, la peur du jugement quand ils viennent pour un conseil sur la sexualité ou pour la contraception d'urgence.**
- C'est sûr que la religion joue un rôle important,
- **Particulièrement à la Réunion, vous pensez ?**
- Je ne sais pas, peut être en métropole aussi, mais à la Réunion, c'est vrai qu'on a beaucoup de communauté et c'est vrai que la religion dans certaines communautés, ...
- **Pose un tabou ?**
- Il y a des interdits et les jeunes filles quand elles, je pense à la communauté, par exemple mahoraise. Là, j'ai eu cette année plusieurs mahoraises. Elles ont eu des rapports sexuels. Bon, après les parents, elles ont pu en parler à leur mère, mais ça a été très compliqué. On a beaucoup discuté. Il y a le poids de la religion, quand même...
- **Qui pèse beaucoup ?**
- Ah oui
- **Et côté méconnaissance, peur du jugement, peut être aussi, non ?**
- Oui, il y a une méconnaissance. Il y a une méconnaissance de leur de leur corps. Et parfois il y a, vous savez, les jeunes filles, elles sont amoureuses et elles se laissent embarquer, parfois, si elles manquent de maturité, elles se laissent embarquer par certains jeunes hommes qui sont pressés. Et voilà, elles font l'acte sexuel et pas forcément prête à le faire, mais elles le font pour garder le garçon.
- **D'accord.**

- Et ça se passe, à chaque fois, pas très bien.
- **Et est-ce que pour les professionnels...**
- Et euh...
- **Oui pardon ?**
- Non, non c'est bon ?
- **Est-ce que pour les professionnels de santé, donc pour les infirmières scolaires, il peut y avoir des barrières qui pourraient s'installer ? Ça pourrait être un manque d'expérience, un manque de temps parfois, pour les infirmiers scolaires, la barrière du sexe ou même parfois la barrière de la profession, le fait d'être infirmier ou d'être un du secteur médical qui fait que notre discours peut être plus complexe, qu'on puisse faire un peu peur, on puisse intimider, un peu. Est-ce que vous sentez parfois ce genre de frein, ce genre de barrières ?**
- Bah non. Malgré que je... ça fait longtemps que je vis à la réunion. Bon, c'est vrai que je comprends le créole, mais je ne le parle pas. Mais en fait, les enfants, non, il n'y a pas de...
- **Non, ils parlent assez librement avec vous. Il n'y a pas de souci là-dessus.**
- Ouais, parce que je me disais bon, c'est vrai que moi, je ne parle pas le créole, mais je me disais bon, mais finalement, les gamins, ils se livrent très facilement sur la sexualité. Que ça soit les garçons ou...
- **Homme ou femme ? Oui, d'accord. Et pareil, pas de barrière de temps. Parce que parfois, ils ont les cours, ce n'est pas trop limité, parfois au niveau de leurs plannings à eux ?**
- C'est pour ça qu'il faut être présent de midi à 13h30.
- **C'est là où vous avez le gros de vos visites ?**
- Ah oui, il y a quand même beaucoup de passage à ces heures, tous les demi-pensionnaires. De toute façon, un gamin qui a des demandes, il va trouver le moyen de venir me voir. Et puis, bien souvent, c'est entre les copines, entre elles. Elle dit « non, mais faut que tu ailles voir l'infirmière. » Elles s'accompagnent mutuellement. Comme c'est l'adolescence, ils sont par groupes, alors ils s'entraînent.
- **Il y a une bonne réaction positive. Un cercle vertueux.**
- Et puis, il y a l'assistante sociale aussi. C'est dommage parce que la problématique des assistantes sociales, depuis que je suis là, c'est que ça change très régulièrement. Mais là, c'est vrai que ça faisait deux ans que c'était la même et du coup, on travaillait assez en lien. Dès qu'elle voyait un enfant sur le plan de la sexualité, hop, le gamin venait me voir à ce moment-là.
- **D'accord.**
- Voilà, on travaille même avec les CPE, même avec les surveillants. Moi, je pense que c'est essentiel, il faut travailler en lien, même avec les profs. Pas donner toutes les informations qui restent de la confidentialité, mais quand même de donner certaines informations et on essaye de travailler ensemble. Pour le bien-être de l'enfant.
- **Donc, une certaine collaboration avec tout le collège, au final. Tout le monde participe.**
- Oui c'est essentiel.
- **Pour orienter ou guider.**
- Oui, parce que quand même, les surveillants, ils sont là quand même tous les jours et donc ils observent aussi. Donc de suite, ils peuvent transmettre à l'infirmière ou au CPE. Il faut que chacun reste à sa place, avec chacun ses propres missions et compétences. Et puis d'essayer de travailler en lien.
- **D'accord, très bien, c'est très intéressant. Pour les patients qui avaient un problème de tabou au niveau de la religion ou de la méconnaissance. Ce qui aurait des solutions à ça, selon vous ?**
- Je pense que dans les madrasas [Madrassa, Medersa ou Ecole Coranique], là où ils étudient le Coran, c'est là où il faudrait qu'il y ait quand même... Je ne sais pas comment ça pourrait se faire, mais...
- **Sur les lieux de cultes, avoir un accès aux questions qu'on se pose, des Flyers ou juste quelqu'un de présent ?**
- Ou alors quelqu'un de présent dans les quartiers, parce qu'ici, il y a des quartiers populaires. Le Moufia, tout ça. Où circule de la drogue. Il se passe beaucoup de choses dans ces quartiers et là, il manque cruellement... alors la PMI, c'est très bien, mais ils ont progressivement... Maintenant, le médecin intervient qu'une fois dans la semaine. Ils ont réduit les budgets et il manque cruellement des éducateurs de rue pour mettre en place...
- **Des petits plannings familiaux, ou des petites structures ?**
- Oui voilà, et de travailler avec nous. Je trouve que c'est ça qui manque. Parce que je pense dans les quartiers où des associations quartiers, parce que c'est là où on peut toucher la population. La problématique du collège, moi j'ai organisé des cafés des parents, tout ça. Mais c'était toujours les mêmes parents qui venaient. Et puis c'est des parents qui s'occupaient de leurs enfants.
- **Qui n'ont pas de tabou particulier.**
- Qui n'ont pas de tabou particulier, etc... Et ce n'est pas ces familles là qu'on veut toucher. Je pense que c'est vraiment dans les quartiers, avec des associations.
- **Qu'on aura un meilleur impact sur l'ensemble ?**
- Ça, c'est sûr. Ou alors, il y a eu à un moment donné, il y a un club de foot, parce qu'un moment, on était en lien quand même avec des éducateurs sportifs de foot, donc on avait des infos. Enfin, voilà, c'est ça qui manque.
- **Dans les clubs sportifs aussi avoir une communication.**
- D'essayer d'être plus en lien. Oui, je sais que dans certains quartiers, il y a des associations, mais il ne parle pas forcément de la sexualité.
- **D'accord**
- Et le planning familial, il y en a plus qu'un sur Saint-Denis.
- **Oui à Champ-fleuri, je crois ?**
- Oui à Champ-fleuri, alors vous voyez pour des jeunes, ça fait un peu loin
- **Oui. Ça fait une petite trotte depuis Bois de Nèfle, forcément.**
- Et puis, ce qui me pose problème avec la PMI de (nom de la sage-femme citée), qui est très bien. Mais elle est là que le jeudi après-midi dans le quartier du Moufia. Et le jeudi, les gamins, ils ont cours, vous voyez. Donc, à chaque fois, il faut qu'on essaye de trouver un moyen. Alors soit je fais un courrier pour la vie scolaire en disant voilà, elle a une consultation, mais je lui dis je ne dis pas quoi. Ou alors c'est pendant les vacances ou les gaminettes peuvent aller à la PMI.
- **Oui mais il y a quand même un problème de planning et d'horaires.**
- Ah ben oui, c'est sûr. Parce que (nom de la sage-femme citée), elle, intervient également au Chaudron. Et là, ils ont vu, ils ont réduit progressivement les plannings familiaux et puis tout ce qui est PMI alors que c'est là où il faut donner des aides afin que ça soit développé, justement.
- **Oui, je suis tout à fait d'accord avec vous là-dessus à ce sujet d'ailleurs, c'est que c'est une tendance à la baisse ces dernières années.**
- Enfin, moi j'ai 50 balais, donc j'ai quand même un regard sur la profession et sur ce qui se passe actuellement. Mais moi, j'y étais dans les hôpitaux publics et on a réduit les budgets. On a fermé des hôpitaux, on a fermé des lits, on devait comptabiliser les entretiens qu'on faisait, les compresses. On devait tout comptabiliser. Et là, si on explose actuellement, ce n'est pas étonnant. On a réduit aussi, quand j'ai passé le concours d'infirmier, il prenait un minimum d'infirmiers. Et puis là, d'un seul coup, on s'aperçoit oui, il n'y a plus d'aides-soignants, il n'y a plus d'infirmiers. Ben oui, c'est une politique qui s'est faite sur 20, 25 ans, avec des réductions de budget, etc... Ça, c'est une réalité, je l'ai vu puisque j'ai travaillé à la fois dans le privé et dans le public.

- Et du coup, je vais finir sur un dernier thème un peu plus général, c'est des changements que vous aimeriez apporter au système actuel dans le domaine. Par exemple, quand il y a 20 ans, on a rendu la NORLEVO disponible gratuitement en pharmacie. Est-ce que vous avez des idées comme ça, de grands changements qui pourraient améliorer franchement la prise en charge ?
- Ah ben moi, je pense que la pilule du lendemain, alors c'est bien l'infirmière peut le donner, mais on devrait donner aussi la pilule du surlendemain.
- Vous avez que la NORLEVO, c'est ça ?
- Oui, et je ne peux pas donner la pilule du surlendemain. Moi, ça me pose problème parce que bon, heureusement, je travaille bien avec la pharmacie du Moufia parce qu'il m'est arrivé de téléphoner à la pharmacie du Moufia, d'accompagner une gamine pour qu'elle puisse prendre la pilule du surlendemain à la pharmacie. Et ça, je ne comprends pas pourquoi on ne peut pas donner la pilule le surlendemain. Alors ce qui est bien, c'est qu'on peut renouveler aussi les contraceptions.
- Oui, effectivement.
- Ça, c'est bien. Mais c'est vrai que la pilule du lendemain, elle, devrait être axée plus facilement pour les ados. Enfin, il n'y a pas trop de risques.
- Les risques sont assez limités. Après la rendre disponible où ? Sachant qu'on l'a mis en planning familial, Les infirmeries scolaires, les pharmacies, elle est gratuite aussi, chez certains médecins.
- Est-ce que bon, alors ? C'est vrai qu'on n'est pas des pays nordiques, mais je sais comme c'est comme le préservatif. Est-ce qu'on ne pourrait pas avoir accès à la pilule du lendemain dans des... comment ça s'appelle ?
- Des épiceries, des grandes surfaces ?
- Ou des machines automatiques.
- Ah oui, carrément des distributeurs !
- Oui, des distributeurs. Je me pose la question. La gamine, elle ne va pas en prendre... enfin voilà...parce que ça pose problème quand même. Parce que les week-ends, ça se passe aussi les week-ends. Parfois, elles sont à la recherche de pharmacies.
- Et de pharmacies qui sont ouvertes.
- Alors Elles viennent le lundi. Et parfois le lundi, ça fait presque 72h, c'est à la limite.
- Et le problème avec un distributeur, est ce qu'on ne pourrait pas manquer d'information sur comment marche une pilule du lendemain ou à quel moment elle est encore efficace, ce genre de chose ?
- Peut-être. Il faudrait qu'à la fois, quand elles la prennent, qu'il y ait une information. Et puis les collègues, c'est là où quand on fait de l'information à la sexualité, c'est là où on parle de la pilule du lendemain. Je vois qu'à force de répéter la pilule du lendemain, depuis plusieurs années, ça y est, même les garçons et ils l'ont entendu. Parce que la sexualité, c'est à 2. C'est ce que je dis, le garçon, vous êtes autant responsable. Donc ça y est, même les garçons, ils savent qu'il existe la pilule du lendemain.
- Oui, ça existe, mais parfois, il y avait. Il y a des garçons qui savent que ça existe, mais ils ne savent rien de plus. Ça n'a pas combien de temps elle fait effet. Ils ne savent pas s'il y a des contre-indications, ils ne savent pas à quelle partie du cycle elle est encore efficace ou pas.
- Ouais, mais déjà, ils savent déjà. Je me dis bon, ils peuvent dire à leurs copines « mais non, il y a la pilule du lendemain ». Bon, déjà, ils savent que ça existe.
- Oui, c'est déjà ça. Franchement, il y a quelque chose.
- Il faudrait qu'ils aient, le couple, plus facilement accès à la pilule du lendemain. D'accord, ça reste problématique le week-end.
- En plus, c'est la période où ils ont plus de temps libre, donc plus forcément de moments d'expositions.
- Exactement.
- On m'avait donné d'autres idées aussi, comme par exemple les tests de grossesse gratuits aux mineurs.
- Ah oui bien-sûr.
- Ou des visites médicales comme vous le faites avec les sixièmes, vraiment personnalisé, où on en profiterait pour en discuter sexualité, une visite médicale scolaire obligatoire.
- Pour les 3^{èmes}, vous voulez dire ?
- Peut-être pour les 3^{èmes}, peut-être au lycée, peut-être plus tard.
- Alors c'est vrai que c'est ce que je me suis posé comme question. Parce que c'est vrai que là, j'essaye de faire la 3^{ème} prépa pro. On a une 3^{ème} prépa pro. J'essaye de les voir en fin d'année, tous. Mais la problématique, c'est que je n'ai pas le temps de voir tous les 3^{èmes}, parce que les troisièmes sont en demande. Ils me demandent « oui, madame, vous ne voulez pas etc... ». Alors ils viennent, ils adorent se peser & mesurer à l'infirmerie. Mais c'est vrai qu'il y a quand même beaucoup de demandes de 3^{èmes}. Alors quand j'ai le temps, je le fais. Mais il y a plus de 200 et quelques 3^{èmes} et je n'ai pas le temps. J'arrive à peine à faire la 3^{ème} prépa pro. Mais oui, c'est sûr, ça serait intéressant parce qu'il y a beaucoup de demandes des 3^{èmes}.
- D'accord. Et les tests de grossesse gratuits. D'ailleurs, vous, vous en avez dans votre infirmerie ? je sais que ce n'est pas systématique.
- Oui, j'en ai. Je les fais également. *(Nom de la sage-femme citée)* à la PMI, elle en a aussi. Moi, je pense même à l'aéroport, il faudrait qu'il y ait aussi des distributeurs de pilule du lendemain, je ne sais pas...
- Dans les lieux de passage ? Dans les gares, les aéroports, les gares routières etc...
- Oui voilà. Il y a une problématique du week-end.
- Dans les quartiers, pendant le week-end. Dans des associations de quartier peut-être aussi ?
- Oui Parce que la PMI, c'est pareil à Moufia. La jeune fille, elle, aura parfois... Puis la pharmacie, vous savez, c'est délicat. Moi, elles me le disent parfois, ils n'osent pas y aller parce qu'il y a beaucoup de monde, en plus en ce moment avec le protocole COVID. Et parfois, ça reste un frein quand même la pharmacie.
- Du fait qu'il y ait beaucoup de monde ? Du qu'il y a d'autres personnes qui les voient
- Oui, et puis il y a des gens du quartier, tout le monde se connaît, alors elles n'ont pas forcément le temps d'aller à une autre pharmacie. La réunion, c'est petit, tout le monde se connaît. Parfois, il y a des gamins qui viennent me voir pour me dire « Oh là, on a vu celle-là. Elle est allée à la pharmacie et elle a demandé la pilule du lendemain ». Mais en fait, la gamine, avait demandé la pilule du lendemain, mais pour sa mère. Donc vous voyez dans le quartier, tout se sait.
- C'est un peu plus spécifique, ça. Des villages ou de la réunion, parce qu'en métropole, comme les quartiers sont très grands. Ils n'habitent pas du tout dans les mêmes en général, et il y a moins ce côté...
- Ici tout se sait. Et la pharmacie reste un frein quand même. Ou alors, il faudrait que la pharmacie ait un distributeur, je ne sais pas. Un distributeur de pilule du lendemain, comme de préservatifs.
- Très bien pour moi, c'était tout au niveau de l'entretien, je pense qu'on a abordé un peu tous les sujets et je pense qu'on a un peu débordé, mais je ne sais pas trop vu qu'on a commencé en retard.
- De toute façon, quand on donne la pilule du lendemain. On donne des conseils également de prise en charge extérieur. Bien sûr, je parle de la PMI, je parle du planning familial. Bon, parfois, elles vont voir leur médecin traitant, mais ça reste compliqué parce qu'elles sont mineures. Il faut qu'elles demandent la carte vitale à leurs parents. Parce qu'elles ne veulent pas forcément que la maman et le papa soient au courant. J'essaye toujours dans le discours aussi de les amener, parce que de toute manière, au bout d'un moment, les parents vont le savoir. Donc, il vaut mieux que les parents le sachent par leur propre bouche que par les voisins. C'est ce qui se passe souvent.
- Alors je fais juste une petite précision, c'est que depuis 2016-2017 par-là, les médecins peuvent aussi faire de manière gratuite et anonyme, la contraception mineure. Des consultations de contraception même peut faire des prescriptions gratuites, mais pas tous les médecins le font. Alors ça peut être intéressant de se renseigner auprès de leur propre médecin traitant s'ils peuvent faire cette consultation sans carte Vitale, du coup.
- Ça, c'est bien ça.

- Donc c'est ça très récent et j'ai questionné pas mal de médecins d'ici [à la Réunion]. Il me dit qu'ils ne le faisaient pas encore, donc, et peut être quelques-uns qui commencent à le faire.
- Ouais, parce que là, je suis là avec les médecins que j'ai du secteur, c'est à dire (nom de médecins cités), ils ne le font pas.
- Ça pourrait être, peut-être, intéressant aussi de mettre ça en place avec eux
- Alors ici, il y a eu tout un truc sur le RéPPOP [Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique]. Vous savez, pour le surpoids et l'obésité, où il y a des médecins traitants qui se sont mis dans le RéPPOP pour suivre ces enfants. Mais c'est vrai que sur le plan sexualité, bah non, il n'y a rien. Ce qui est bien dommage parce qu'il y a de moins en moins de gynécologue. C'est aussi compliqué d'avoir des rendez-vous gynécologues, etc...
- Oui, c'est très long à ce que j'ai cru comprendre.
- C'est très long, il y en a plus. Puis la jeune fille elle ne va pas forcément... C'est pour ça que c'est intéressant ce que vous dites. Le médecin traitant, quand même, a plus de lien avec les enfants.
- Et depuis peu, il y a les sages femmes, enfin pareil depuis une dizaine d'année, qui commencent à arriver un peu plus sur le terrain qu'ils peuvent faire les mêmes... Elles peuvent faire des frottis, etc...
- Mais nous, on ne les voit pas trop là. C'est vrai elles s'occupent plus des grossesses ici, puisqu'il y a beaucoup de grossesses quand même.

FIN

Le 03.09.2021

S.B.

Sage-femme libérale exerçant dans une métropole

- Je suis Brigitte SORLIN, sage-femme, diplômé depuis 1984, en libéral depuis 1996-1997, et voilà.
- Vous faisiez quoi avant 1997 ? Vous étiez dans ?
- Salarié !
- Salarié dans un hôpital, une PMI ?
- Dans une clinique d'abord à Aix-En-Provence, puis Marseille et Narbonne.
- D'accord. Pour situer votre cabinet, vous êtes en pleine zone urbaine. C'est un petit, gros cabinet ? Avec une grosse patientèle ?
- Non je n'ai pas une grosse patientèle. On est très nombreuses sur Montpellier, il ne faut pas l'oublier.
- Oui j'ai vu qu'il y avait beaucoup de sages-femmes, il me semble que vous êtes dans un cabinet avec plusieurs sages-femmes, si je ne me trompe pas ?
- Eh bien oui, vous vous trompez !
- Ah bon, j'ai dû confondre avec une autre sage-femme.
- Non vous ne confondez pas, il y avait un gros cabinet de 7 sages-femmes. Quand on a démarré on était 2, je faisais partie de l'installation de démarrage, puis on était 4, et 6, et 7. Et au bout de 15 ans, ou je ne sais plus combien d'années d'association, on s'est séparé.
- D'accord
- Donc moi je suis resté au Polygone, mais je suis toute seule maintenant.
- D'accord. Donc on va passer directement à l'entretien. Donc quand je vous parle de contraception d'urgence, de prise en charge des mineures, est ce que vous avez une idée qui vous vient spontanément à l'esprit ? Les 1^{ers} mots que vous me diriez, ce serait quoi ?
- Je vous dirais que la contraception d'urgence elle ne passe pas par nous, elle passe par la pharmacie.
- D'accord donc pour vous, il n'y a jamais de... Il y a des demandes pour de la contraception d'urgence ? Jamais ? Même pour une pose de stérilet ?
- Elles ne le savent pas en général, même si je leur explique. En général, quand je vois une jeune fille pour sa 1^{ère} contraception, mais même après d'ailleurs, je fais l'ordonnance de la pilule, je marque toujours la contraception d'urgence à la fin, au cas où elles oublient, en leur expliquant « si vous oubliez plus de 2 comprimés », donc « vous ne le faites pas délivrer par la pharmacie, parce que ça se trouve vous n'en aurez jamais besoin mais vous l'avez et vous pouvez aller n'importe où »
- D'accord, vous le faites systématiquement ces prescriptions à l'avance ?
- Je le marque systématiquement, oui, à délivrer si besoin.
- Des contraceptions pour les mineures, vous le faites ? Avec la facturation sans la carte vitale, vous le savez avec la... la facturation anonyme ?
- Oui, avec le numéro anonyme ?
- Oui !
- Je l'ai fait une fois, il y a longtemps, et sinon souvent elles viennent avec leurs mères.
- D'accord, donc la plupart du temps avec les mineurs, ils en parlent avec leurs parents, donc il y a la possibilité d'avoir la carte vitale et tout ça ?
- Oui j'ai la carte vitale, la maman est là. C'est souvent, la contraception des mineures, moi ce que j'ai pu voir, ce n'est pas pour les rapports sexuels, c'est souvent pour des règles douloureuses ou des choses comme ça.
- D'accord !
- Dans ce sens-là qu'on le donne au démarrage, mais la maman elle est quand même assez contente parce qu'au moins elle sait que la petite est protégée.
- Elle est protégée en même temps, oui je comprends.
- Donc elle n'est pas contre, du tout.
- A quelle fréquence vous faites des entretiens contraceptions pour les mineures ?
- Je n'en ai aucune idée
- En moyenne, à la louche.
- Et vous, à combien de pilule du lendemain vous avez délivré cette année ?
- Alors ça dépend des pharmacies, là dans l'actuelle je dirais...
- Non, vous !
- Moi ?
- Vous n'en savez rien ?
- Je dirais une vingtaine, une trentaine...
- C'est des statistiques que vous me faites, et moi je n'en sais rien.
- Bon ben ce n'est pas grave, c'était juste pour savoir si vous en aviez une idée.
- Ecoutez, je pense que c'est 5 par an, pour l'instant.
- D'accord, donc ce n'est pas non plus très nombreux, ce n'est pas fréquent.
- A côté de ça, ça ne fait pas longtemps que je fais de la gynécologie !
- Ça fait combien de temps ?
- Ça doit faire un an, un an et demi.
- Avant vous ne faisiez que la préparation à l'accouchement, suivi de l'accouchement etc...
- Voilà.
- Lorsque vous faisiez les entretiens contraceptions, est ce que vous sentez des freins avec les patients ? Que vous avez assez le temps ? Qu'ils sont assez ouverts à la discussion ?
- De toute manière, je les ouvre la discussion ! Ce n'est vraiment pas un souci pour moi. Je leur demande si ça se passe bien avec le copain, si elles ont pas mal lors du rapport, etc... Si elles utilisent des lubrifiants, si elles n'en utilisent pas, pourquoi elles l'utilisent et comment ils font, et l'amour ce n'est pas un film de cul, voilà !
- Donc vous parlez de tout assez librement, il n'y a pas de barrière du fait de la profession ou quoi que ce soit ? Et j'allais dire du sexe, mais en général c'est plutôt des femmes que vous recevez.
- J'ai fait une formation de sexologue aussi, quand même, j'ai un peu de bouteille !
- Et parfois pas de barrière dû à la différence d'âge avec les patientes ?
- Pas du tout, au contraire, j'ai l'âge de leur mère, et elles sont plutôt en confiance justement. Elles n'aiment pas trop les jeunes.
- Ah ?
- Elles ne viennent pas trop chercher des copines, elles viennent chercher le...
- La sagesse ?
- Non la protection. Souvent je leur dis que je suis trop vieille « mais non pas du tout ! », elles aiment bien ! Enfin celles que je connais ! Les autres, je ne sais pas.
- Je dis ça par rapport aux pharmacies, ou à la pharmacie on peut avoir plusieurs barrières, du sexe : la fille qui ne veut pas parler au pharmacien mais à une pharmacienne ou une préparatrice, ou de l'âge parce que la personne est très âgée et la jeune fille se sent gêné.
- Oui mais là ça n'a rien à voir, ça délivre des médicaments, ce n'est pas pareil dans la tête des gens.

- **Oui c'est ça, c'est pour ça que je ne sais pas comment ça se passe dans les cabinets.**
- Et en plus de ça, on peut se parler et le voisin peut écouter, et c'est pas du tout la même chose. Nous, on est enfermé en tête-à-tête dans un cabinet et tu leurs dit « bon vous savez ce que c'est une sage-femme », tu leurs expliques ce que tu fais et tes limites, maintenant vous pouvez tout dire, on a le secret médical, rien ne sortira d'ici. Et là je leur pose des questions quand même, est ce que vous avez été violenté, etc... je veux dire que je vais loin, c'est important.
- **Ça c'est un avantage que vous avez par rapport aux pharmacies, parfois même aux infirmeries scolaires où il peut y avoir plusieurs personnes.**
- Ça n'a rien à voir.
- **Oui ça n'a rien à voir. Est-ce que vous pensez que les sages-femmes, en général, sont suffisamment formés, ou ont suffisamment de possibilité de formation pour la prise en charge des mineures ou pour la contraception d'urgence ?**
- Bah oui.
- **Oui c'est assez récent la... enfin récent, 10 ans, 11 ans.**
- C'est récent mais vous savez on ne doit pas aussi donner certains médicaments, on les donne quand même, les pharmaciens les délivre et ils ont très bien compris que c'était complètement con de faire un prélèvement vaginal, que ça revienne à la sage-femme qui fait « ah merde, il faut des antibiotiques ! Bon vous allez aller chez votre généraliste, il va vous prescrire des antibiotiques ». Mais ça change, ça change !
- **Ça change de plus en plus, c'est ce que j'ai vu en refaisant l'historique des lois. Il y a plus de 12 ans les sages-femmes pouvaient mettre la contraception d'urgence mais seulement pour les femmes qui venaient de terminer une grossesse, et au final maintenant elles ont plus de droit, elles peuvent mettre plus de contraception, elles peuvent faire d'autres choses. Ça a beaucoup évolué, je voulais voir un peu votre ressenti là-dessus.**
- Heureusement ! On ne pouvait s'occuper que des femmes qui avaient eu un enfant.
- **Voilà, c'était juste ça !**
- **Même pour la rééducation du périnée, c'est-à-dire qu'on ne pouvait pas s'occuper des femmes qui avaient des incontinences urinaires si elles n'avaient pas eu d'enfant, avouez que c'est aberrant. Une incontinence urinaire, c'est une incontinence urinaire.**
- **Et je voulais parler des freins pour les patients directement. Parfois vous sentez qu'il y a un frein, que ça soit dans votre cabinet ou en dehors, par rapport à la religion, la peur du jugement, une méconnaissance ? Par exemple vous m'avez dit que la contraception d'urgence, le stérilet, elles ne le connaissent pas.**
- Non le plus souvent, elles ne le savent pas.
- **Est-ce qu'il y a d'autres méconnaissances de ce style-là qui pourrait ralentir la prise en charge ?**
- Faut leur faire l'information, qu'est-ce que vous m'avez demandé, excusez-moi ?
- **S'il y a d'autres freins comme celui-ci qui pourraient ralentir la prise en charge, par exemple, le fait qu'ils ne savent peut-être pas qu'une sage-femme puisse prescrire des contraceptifs de nos jours.**
- Alors ça commence à le savoir de plus en plus, les jeunes le savent. J'ai beaucoup plus de jeunes d'ailleurs, j'ai vraiment pas mal de jeunes. Elles sont plus au courant que nous des fois sur certaines choses. Ça passe très vite l'information avec les twitter, etc... Par contre sur le stérilet en moyen de contraception d'urgence, ça ne passe pas, ce n'est pas passé encore. A côté nous, on n'en a pas de stérilet en stock.
- **Oui après c'est vrai que c'est une méthode moins connue, peu utilisée car assez invasive même s'il y a le côté contraceptif après qui est pratique.**
- Après c'est vrai que la contraception d'urgence comme ça, c'est souvent chez des très jeunes filles, donc le stérilet ce n'est pas forcément la 1^{ère} chose qu'on va installer chez une très jeune fille. Surtout si elle a des multiples partenaires, moi je ne suis pas d'accord.
- **Vous préférez rester sur des méthodes barrières pour les jeunes filles ?**
- Ou la pilule. Le stérilet c'est quand même, je suis peut-être de la vieille école, quand on a de multiples partenaires, on multiplie les risques d'infections, elles ne se font pas vraiment soignées. Là j'en ai une, ça fait 1 mois que je lui ai fait l'ordonnance pour des antibiotiques pour une maladie sexuellement transmissible que je lui ai fait parvenir par internet.
- Elle est revenue « j'ai perdu l'ordonnance que vous m'avez fait il y a 1 mois, c'était quoi ? »
- **Ah oui c'est...**
- D'accord, donc elle voulait un stérilet, je lui ai dit « vous savez quoi, on ne va pas l'installer le stérilet ». Incapable de se soigner, elle m'a dit « je sais je risque une stérilité » « vous savez mais vous ne faites rien pour l'éviter, donc je ne suis pas d'accord, vous êtes d'accord avec moi ? » « Oui je suis d'accord. » Et voilà ! Tu lui expliques : voilà pourquoi je ne veux plus. On te dit « mais non ça n'augmente pas ! » pour des gens qui sont en couple tranquille, une jeune fille qui me dit « c'est vrai que moi l'hygiène en ce moment... », on va lui mettre un implant à la place c'est bien.
- **D'accord.**
- Elle dit comme vous voulez, elle dispose, vous voyez le contexte.
- **C'est plus lié à rapport au risque infectieux lors de la pose du stérilet ?**
- A la pose, sur sa vie sexuelle après. Si elle laisse trainer, elle n'est pas capable de prendre un traitement en urgence en lui disant « vous avez une maladie sexuellement transmissible, il faut absolument que vous preniez ce traitement » et elle revient 1 mois après en me disant qu'elle a perdu l'ordonnance, ça va faire des catastrophes, ça dépend des jeunes femmes, il y a des jeunes femmes qui sont très réglo, il n'y a aucun souci. Elle a perdu la prescription de stérilet que je lui avais faite quand même, alors elle est allée l'acheter et elle a perdu le stérilet.
- **Ah oui c'est encore mieux.**
- Oui alors laisse tomber, ce n'est pas pour elle.
- **Mais vous préférez quand même basculer sur la pilule si elle perd les ordonnances ?**
- L'implant. Elle a un implant pour 3 ans. On en a discuté, on discute à chaque fois, ce n'est pas moi qui choisis, je propose tout et je leur dis « qu'est-ce que vous préférez ? Moi avec votre vie franchement... » ça dépend de la vie de chacun.
- **D'accord vous conseiller un peu le site « choisirsacontraception », vous présenter les contraceptions et vous dites « votre style de vie ça correspondra plus à ce système-là, qu'est-ce que vous en pensez ? », c'est ça ?**
- Oui. Vous savez une contraception acceptée bien tolérée, et bien observée c'est une contraception qu'elle choisisse elle. Moi mon boulot c'est de tout leur expliquer, et je dis voilà, là il y a cet inconvénient-là, cet avantage etc... avec chacun. Et c'est vrai que c'est une demi-heure la consultation, ce n'est pas 10 minutes.
- **Donc vous faites des consultations d'une demi-heure ? Après ça peut aller très vite [je parlais du temps qui défile et non pas de la consultation en elle-même] dans un cabinet de sage-femme, dès qu'il y a un examen à faire ça peut demander un peu de temps aussi.**
- Si je la connais et que c'est juste pour un renouvellement, ça n'a rien à voir. Mais en 1^{ère} consultation il faut une demi-heure pour connaître la personne, pour qu'elle vous fasse confiance, pour qu'on puisse instaurer cette confiance-là. C'est pour ça qu'elles ne vont plus voir les gynécologues aujourd'hui, en 10 minutes et elle est déjà sorti.
- **Ça et aussi l'attente, non ?**
- L'attente euh... oui
- **Parce que pour prendre rendez-vous avec un gynécologue, on me dit qu'il y a au moins 2 mois.**
- Oui d'accord mais ce n'est pas une urgence.
- **Oui mais en général les gens aiment que ça aille vite.**
- Alors là aujourd'hui, c'est le tout et tout de suite. C'est-à-dire que moi aujourd'hui, j'ai une dame qui m'a annulé 5 minutes avant, en me disant « je ne peux vraiment pas venir, mais je peux venir à 18h alors vous me prenez ? » alors je lui dis non, il y a quelqu'un à 18h « Comment je fais alors ? » Je ne sais pas. C'est tout et tout de suite. C'est fatigant.
- **Je comprends très bien, on a aussi des cas comme ça à la pharmacie.**
- Bien sûr vous avez les mêmes, ils viennent à la pharmacie.
- **On va finir sur une dernière question. De manière plus générale, un changement que vous aimeriez apporté au système actuel, par exemple il y a 20 ans, lorsqu'on a rendu la NORLEVO disponible dans les infirmeries scolaires et dans les pharmacies de manière gratuite et anonyme, d'autres idées comme ça qu'on pourrait lancer, des tests de grossesse gratuits pour les mineures dans les pharmacies, certains m'ont proposés des rendez-vous médicaux scolaires obligatoires au moins 1 fois par an ou 1 fois pour une classe de tous les 3^{ème} ou 2^{ème}.**
- Moi je ne suis pas pour les obligations, mais je suis pour plus d'informations. Si tu dis aux jeunes filles « l'infirmier scolaire peut vous (interruption de l'enregistrement : inintelligible) », même aux garçons. Moi par exemple, ce qui m'embête le plus, il y a la contraception c'est vrai, mais il y a aussi les MST, moi je le mets dans le même sac tout ça. Je vois sans arrêt des femmes qui ont une MST « mais alors c'est mon mari qui me l'a refilé et alors etc... », je lui dis il faut qu'il aille chez le médecin, tu vois ça, ça nous manque de pouvoir faire une ordonnance à l'homme directement. Elle a une MST, moi je suis obligé d'envoyer son compagnon ou ses partenaires, ça dépend des cas, chez leurs médecins généralistes pour qu'il puisse prescrire déjà le bilan laboratoire et après le traitement, on perd un temps fou !
- **Donc pour vous ce serait pas mal de pouvoir faire une ordonnance, dans le cas des MST, directement du ou des compagnons ?**
- Ouais
- **Ou au moins l'examen, de le rendre disponible sans ordonnance, ce genre de choses peut-être ?**
- Oui voilà, c'est ça, parce qu'on perd un temps fou, parce que là on va soigner et s'il continue leurs rapports sexuels, si lui il n'est pas soigné, on va recommencer, c'est sans arrêt. Et c'est souvent les hommes qui disent en plus aux nanas « mais tu as toujours quelque chose ».
- **Oui parce qu'ils n'ont pas de symptômes et du coup pour eux, ils ne sentent pas malades.**

- Voilà et eux ils entretiennent tout ça et elles ne s'en sortent jamais, et c'est dommage. Alors la majorité des hommes un peu cortiqués ils y vont, ils comprennent très bien, mais il y en a d'autres qui sont un peu machos quand même, ce n'est jamais de leurs fautes. Vous le savez, ce n'est pas un scoop. Pas vrai ?
- **Oui, j'en ai quelques-uns, on les voit les types comme ça. Donc pour vous le gros changement que vous aimeriez apporter ce serait plus de communication sur ces sujets ?**
- Oui parce qu'en fait, on fait ces communications à des gamins en 4^{ème}, vous avez fait la sexualité vous aussi en 4^{ème} ?
- Euh oui, ça remonte à loin mais oui.
- Ils sont comme ça, ils rigolent etc... ils ne sont pas assez mûrs, ils ne sont pas assez matures. Alors déjà que ça soit des intervenants extérieurs, c'est parfait, parce que ça évite au professeur de SVT de se taper ce genre de chose, donc ce n'est pas plus mal, c'est plus sérieux, mais c'est aussi qui faut le réitérer. Tous les ans, il faudrait le faire ça. Et pas une fois en 4^{ème}.
- **Tous les ans un cours d'éducation sexuelle ? Pas juste une fois tous les 4 ans.**
- Le rabâchage, oui.
- **Donc pour vous ça passerait par les cours pour les plus jeunes. Pas de campagne auprès des plus vieux, peut-être à la télé ?**
- Ah oui bien sûr !
- Si aussi.
- Parce qu'il y en a qui n'y sont pas allés après la 3^{ème} donc oui on continue, on rabâche. Il faut rabâcher, il n'y a que ça qui marche.
- **Du coup les cours d'éducation sexuelle, plus insister au collège ou au lycée ?**
- On va commencer, à 14 ans, on va commencer là. Donc quelle classe ils ont ?
- **14 ans ça fait 4^{ème}, il me semble**
- 4^{ème}, 3^{ème}, 2^{ème}, 1^{ère} ! On nous a bien parlé de dinosaure pendant 4 ans de maternel, non de primaire.
- **Les dinosaures ça nous amusait plus faut croire, à l'époque en tout cas.**
- Alors vous, mais moi non, du tout ! Rien à faire des dinosaures. C'était très masculin les dinosaures.
- Hum
- Si, si, les filles elles ne jouaient pas avec les dinosaures, avouez !
- Je ne sais pas
- Oui, vous vous étiez dans vos dinosaures
- **Moi je ne sais pas si on avait des dinosaures, je me souviens dans notre classe qu'on avait un poussin et c'était tout.**
- Un poussin ?
- **Oui un petit poussin, qu'on a fait éclore, dans une petite cage, je n'ai jamais su ce qu'il est devenu ce poussin mais il était là.**
- Voilà, il a fini au poulailler
- **Oui certainement, ou dans un plat mais bon, on ne saura pas**
- Ça m'étonnerait quand même, on s'attache à ces bêtes-là.
- **Enfin voilà, c'était tout pour mes questions, j'ai fait ça assez vite. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?**
- Moi j'aimerais bien que vous me disiez un petit peu si vous avez interviewé pas mal de sages-femmes ou pas ?
- **Non pour l'instant, les sages-femmes, c'est là où j'ai eu le plus de mal à interviewer, je vais essayer prochainement une sage-femme dans une PMI à la Réunion.**
- Oui là ça va bien marcher, par contre, parce qu'en PMI elles y vont vachement.
- **Oui c'est pour ça que j'essaie d'avoir des professionnels de santé de tous les secteurs, tous les endroits : salarié, libéral...**
- Parce que faut pas oublier que nous on va faire payer quand même sauf pour la mineure, mais sinon on les fait payer, à partir de 17 ans elles paient. On fait toujours le tiers-payant donc elle paye 7,50€, mais elle paie quand même. En PMI, elle ne paye pas, elles y vont direct. Elles les connaissent les autres voies, elles les connaissent bien, pour ça elles sont bien au courant. Elles ne sont pas au courant de comment on fait un bébé, comment on prend la pilule, mais elles sont au courant de...
- **Du tarif.**
- Et après « le traitement je ne le veux pas il n'est pas remboursé ».
- **Oui ça aussi, le « j'en ai à la maison » ou quelque chose comme ça.**
- Oui ils en ont plein à la maison, ça on connaît. Ça, voilà, une chose qui pourrait être remboursé par contre, qui pourrait être pris en charge ! C'est refaire la flore.
- **Les probiotiques ?**
- Les probiotiques vaginaux, franchement, elles ont des NUGENT à 8 [Le score de NUGENT est un test bactériologique diagnostic de vaginose bactérienne, noté de 1 (flore normale) à 10 (flore évocatrice d'une vaginose bactérienne), le score est fonction d'un comptage de 3 morphotypes bactériens] etc... Et après ça reflambe, alors on fait quoi : on remet des antibiotiques, on remet des... c'est ridicule ! Et elles ne font pas en général leurs cures de probiotiques parce que ce n'est pas remboursé. La plupart ne le font pas. C'est cher pour un étudiant.
- **Ah oui ! Donc peut-être remboursés des probiotiques, peut-être d'autres produits d'hygiène intime ? Je ne sais pas ?**
- Surtout pas, alors là, je ne supporte pas ça. Vous allez entrer dans un truc qui me met hors de moi.
- **D'accord mais des gels lubrifiants, ou peut-être... ?**
- Est-ce que vous vous lavez le kiki avec un savon spécial, vous ?
- Non
- Voilà, c'est pourtant une muqueuse, c'est exactement la même chose. Après c'est du commercial, c'est du marketing, c'est tout ce que vous voulez, mais ce n'est à utiliser que quand il y a un problème, et surtout pas quand il n'y en a pas, justement ça change le pH et on attrape tous ce qui passe. Mais bon ça pour un pharmacien, c'est un bon fond de commerce.
- **Ça va on n'en sort pas trop, mais c'est vrai que ça sort assez souvent. Et peut-être des gels lubrifiants ou d'autres choses comme ça ? Tant qu'on est à parler des produits qui pourraient être remboursés.**
- Le gel lubrifiant alors vraiment, seulement s'il y a la contraception et le préservatif, parce que c'est vrai qu'avec le préservatif on ne peut pas faire autrement. Sinon le gel lubrifiant quand on a un moyen de contraception différent ou pas de contraception, il n'y a pas besoin, il suffit de faire des préliminaires.
- **Il peut y avoir des problèmes de sécheresses vaginales, pas forcément lié à...**
- Mais pas à 20 ans !
- J'espère !
- A 60 ans, mais pas à 20 ans. Vous voyez ce que je veux dire ? Ils apprennent la sexualité aujourd'hui sur les films pornographiques, et c'est dommage. Donc moi je leur conseille d'aller regarder des films érotiques, plus que des films pornographiques quitte à regarder un film.
- Et je leurs dis « combien de temps vous vous caressez juste avant la pénétration ? » « Ah bah non, tout de suite ! », tu m'étonnes que t'es sèche, que ça fasse mal, et elles viennent se plaindre « ça me fait mal ».
- Mais ce n'est pas indispensable un lubrifiant.
- **Non ça peut être un confort pour certaines.**
- Ou pas. Parce qu'il y a certains lubrifiants, bonjour les irritations que ça leur fait. Donc c'est vraiment au cas par cas. Ce n'est pas « vous devriez mettre un lubrifiant », aujourd'hui, elles ont toutes un lubrifiant et leurs godemichets, vous avez vu ça où ? Ce n'est pas ça l'amour ! C'est du sexe, ça ! Alors pourquoi pas, ça ne me dérange pas mais ça s'appelle du sexe, ça ne s'appelle pas l'amour. Vous voyez la... ?
- **La nuance, oui !**
- Et j'essaie de leur expliquer ça les différences, je prends le temps, j'essaie. « Il faut que vous le caressiez votre partenaire aussi, vous prenez le temps ? » « Ah bah non », « Vous l'aimez ? »
- **Donc dans ces discussions, vous abordez vraiment de tout.**
- Ah oui, moi je parle de tout, c'est pour ça qu'elles aiment bien les vieilles. Parce que la petite jeune, elle ne va pas oser, souvent. Moi j'ai eu des élèves qui me disent « mais tu parles de ça ? », où est le problème ?
- **J'essaierai d'interviewer une jeune sage-femme pour voir aussi jusqu'où elle va dans ces discussions.**
- Ouais ça serait intéressant, et vous me le partagez après.
- **De toute façon ça sera réécrit dans la thèse, je les mettrai dans les annexes.**
- C'est la différence beaucoup avec les gynécologues, c'est que nous on parle de tout, j'en ai plein.
- **Le gynécologue ça reste vraiment plus sur l'aspect médical ?**
- Sur le médecin, voilà. Nous on a un rapport complètement différent, je pense.
- **Vous êtes plus proche, vous êtes plus dans l'humain, enfin aussi dans le médical, plus un médico-social ?**
- Voilà, mais eux aussi, les jeunes de plus en plus, je pense, les jeunes médecins. Mais les anciens, ils sont très... « je viens pour une contraception » « bon, pilule ! », et elle ne sait pas comment ça fonctionne la pilule, elle ne sait pas etc... Si tu expliques comment elle fonctionne la pilule, elle ne va pas l'oublier. Et quand tu lui dis « ce n'est pas la peine de m'appeler pour me dire que tu l'as oublié, vous allez lire la notice, tout est écrit dessus »
- **Il y en a plein qui jette la notice**

- « Tu ne jettes pas la notice, c'est ton livre de chevet », faut les impliquer un peu. Après ça va plus vite, le 1^{er} entretien est long.
- Après pour le renouvellement, elles ont déjà eu les informations une 1^{ère} fois, il s'agit juste de voir si rien n'a... s'il n'y a pas d'effets indésirables...
- Si elle le supporte bien.
- Si elle le supporte bien, si ça leur convient etc...
- Elle le supporte bien, ça se passe bien, allez c'est génial.

FIN

Le 23.09.2021

M.C.

Sage-femme exerçant dans une PMI dans une métropole

- Je vais me représenter, peut-être. Donc, je m'appelle DUFOUR Erwann. Je suis pharmacien remplaçant. J'ai validé mon année en 2020. Je prépare ma thèse sur la contraception d'urgence. Alors là, je suis sans contrat. Je viens de terminer un contrat à la pharmacie à Montpellier, dans une pharmacie du centre, une petite pharmacie de quartier et je vais vous laisser vous présenter.
- Oui, je suis Mme M., sage-femme de PMI depuis un an, j'ai été diplômée en juin 2020 de l'école de sages femmes de Nîmes et j'ai intégré le département en octobre 2020 sur un poste en centre-ville. Moi, je m'occupe de tout le secteur Montpellier-écusson donc le cœur de ville, les Beaux-Arts, les Arceaux, différents quartiers et ça va faire un an.
- C'est donc la PMI elle est plutôt dans un quartier assez urbain quand même. C'est plus la ville que...
- Complètement, c'est que de de de l'urbain,
- Vous avez une grosse patientèle ? Je ne sais pas si vous avez beaucoup de points de comparaison, du coup.
- Alors des points de comparaison, pas forcément. C'est assez variable d'un secteur à un autre, puisque les populations peuvent vraiment être différentes en fonction d'où on se trouve à Montpellier. Après, je dirais que j'ai une patientèle de taille moyenne par rapport aux autres PMI. Par contre, mon secteur est surtout marqué par des très grosses situations et des grosses vulnérabilités chez les patientes. Donc, ça va être des suivis beaucoup plus qualitatifs que quantitatifs, finalement. Où la part sociale va prendre une grande place par rapport au médical, à proprement dit. Je pense que sur l'année, je dois avoir une file active de 150 patientes.
- D'accord, ok. Donc, 150 patientes que vous suivez, ce ne sont pas des patients qui viennent juste ponctuellement ?
- Non la plupart c'est pour des suivis, je les vois minimum 2 ou 3 fois et parfois bien plus longtemps, ça dépend quand est ce qu'elles sont réorientées auprès de la PMI. Si c'est en début de grossesse, je vais les voir souvent, si c'est en fin de grossesse moins et si c'est des situations avec des grosses vulnérabilités, là, je peux être amené à les voir quasiment toutes les semaines jusqu'à l'accouchement.
- D'accord, donc, qu'on va revenir un peu sur la contraception d'urgence. Quand je vous dis contraception d'urgence, est ce qu'il y a une idée marquante qui vous vient, une idée spontanée que vous me diriez ?
- Euh, je dirais la première chose, ça serait ELLAONE, forcément. C'est la première chose à laquelle je vais penser, et après réorientation, puisque du coup, très rapidement, en fonction de la situation, il va falloir faire une réorientation au niveau du CHU assez rapidement.
- Pourquoi ELLAONE ? Pourquoi pas NORLEVO ?
- C'est très pratique, c'est celle que je peux commander à la PMI, donc c'est la seule que j'ai sur ma liste de pharmacie. Du coup, c'est la seule que je commande.
- D'accord, très bien. Vous m'avez dit que vous ne faisiez pas beaucoup de contraception d'urgence [Lors du 1^{er} contact], vous sauriez donner un chiffre sur l'année, peut-être ?
- Peut-être une, voire deux
- D'accord. Et en ce qui concerne la prise en charge des mineurs, ça doit être un peu plus fréquent j'imagine.
- Oui
- Vous savez combien vous en faites dans l'année ? Pour une contraception plus que pour un suivi de grossesse, d'ailleurs.
- Pour les mineurs, je dois en faire un peu moins de 10, donc, ça reste léger. On n'est pas très développé à ce niveau-là, sur Montpellier, sur le territoire, pour tout ce qui va être les contraceptions chez les mineures, même la contraception en général, c'est quand même beaucoup plus axé sur la grossesse et le suivi de grossesse que la contraception. Donc, ce n'est pas que je ne veux pas en faire, c'est que je n'ai pas de public qui vient avec cette demande-là.
- Lorsque vous discutez avec les jeunes patientes, est-ce que vous sentez que vous pouvez discuter facilement, qu'il n'y a pas de barrières qui s'installent ?
- Parler facilement, oui. Après, parfois, on a la barrière de la langue puisqu'on a beaucoup de personnes demandeurs d'asile, donc, qui parlent anglais ou voir leurs langues du pays natal. Donc parfois, on est amené à faire venir, quand on peut, un traducteur, ça peut parfois poser un petit frein au début de la consultation, mais globalement, non. C'est très facile de parler contraception avec les patientes.
- Il n'y a pas de tabou lié à soit la religion, la méconnaissance ou simplement la peur du jugement ?
- Alors des tabous, pas forcément, parce que j'arrive à amener les patientes à parler d'un peu de tout. Alors ça prend parfois du temps. Par contre, beaucoup de méconnaissance, ça énormément. C'est surtout ça qui est le plus frappant et c'est souvent lié à la religion ou à leur pays d'origine, où il y a un vrai manque d'information et où c'est des sujets très tabous, donc on n'en parle à personne. Donc parfois, c'est moi la première personne qui leur explique ne serait-ce que l'appareil génital, elles connaissent pas du tout. Donc, je dirais beaucoup de méconnaissance.
- Donc c'est sur le corps humain, sur la contraception en général, sur la sexualité parfois ?
- Oui, tout à fait.
- Et sur les mesures disponibles ? Pour la contraception d'urgence aussi, qu'est-ce qu'elles doivent faire ? Quels suivis elles ont... ?
- Oui, la plupart des contraceptions, elles ne les connaissent pas. Donc, voilà tout ce qui va être un stérilet ou un implant, c'est souvent la première fois qu'elles en entendent parler et des moyens d'urgence, de tout le panel de contraception qu'on a, elles ne connaissent quasiment rien. Parfois la pilule, mais parfois rien du tout.
- C'est plus sur la population de demandeurs d'asile que vous avez ce genre de méconnaissance ?
- Oui.
- Et sur la population française. Est-ce que s'il y a aussi ce genre de méconnaissance, ce genre de soucis ?
- Moins, plus chez les mineurs.
- D'accord, mais il est quand même présent, du coup.
- Il est quand même présent chez les mineurs. Après, quand même beaucoup moins, je dirais.
- Est-ce que pour vous, il y a une solution, à cette méconnaissance qui pourrait être tout simplement mis en place ?
- Oui, bien faire des campagnes d'information, tout simplement, et commencer assez tôt dans l'âge à partir du collège du lycée, puisque c'est souvent là où les premières questions se posent et où les premières idées fausses circulent. Pour avoir fait pendant une semaine, pendant mes études dans un lycée, une campagne d'information sur tout ce qui tournait autour de la sexualité, on s'est vraiment rendu compte qu'il y avait beaucoup d'idées fausses qui circulaient et que les jeunes étaient en grande demande et avaient des questions parfois même très pratiques et que c'était relativement facile d'en parler. Donc, moi, je pense que ça serait vraiment des campagnes d'information parce que l'accès à la contraception, je trouve qu'il est quand même et reste relativement facile en France. Je veux dire si vraiment on veut une contraception, on trouve le moyen de l'avoir rapidement. Mais par contre, oui, c'est le manque d'information qui fait... Il n'y a pas d'information en fait.
- Donc des campagnes d'information, et particulièrement ciblées les collèges, les lycées, les plus jeunes ?
- Exactement.
- Et pour les professionnels de santé, est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait les empêcher de faire un bon conseil, une bonne consultation, une bonne délivrance de médicaments ?

- Oui, je pense à plusieurs choses dont déjà, c'est sûr, quand on est confronté à des populations dont on ne parle pas la même langue. Si on n'a pas un traducteur, c'est très compliqué d'expliquer quelle est la différence entre deux stérilets. Qu'est-ce qu'un implant ? Qu'est-ce qu'une pilule ? Comment on la prend ? Forcément, ça va être compliqué. Ça peut, je pense, en démotiver certains, surtout si ce n'est pas un sujet qui maîtrisent particulièrement. Je peux entendre qu'on n'ait vite pas envie de proposer un rendez-vous à une patiente. Et après, donc aussi, le manque de connaissances par certains, praticiens, ou alors qui ont appris des choses il y a longtemps et qui, depuis, n'ont pas renouvelé leurs connaissances.
- **D'accord tout simplement. Alors, j'avais une autre question ça fait peut-être une dizaine d'années que ça a été mis en place, enfin que la recommandation est sortie, en tout cas. Est-ce que vous faites des prescriptions en avance de contraception d'urgence ? Lors d'une première contraception, par exemple.**
- Oui
- **Vous le faites fréquemment ?**
- C'est systématique. Quand je prescris de nouvelles contraceptions, que ça soit après un accouchement ou pour une personne qui n'a jamais eu de contraception, je mets toujours sur l'ordonnance une contraception d'urgence, qu'elle puisse avoir à la maison s'il se passe quoi que ce soit.
- **Donc, c'est systématique, pas au cas par cas.**
- Non, systématique.
- **Donc, quelles explications vous donnez en général à la patiente à ce moment-là ?**
- Je lui explique que la contraception qu'on a choisie ensemble me paraît la mieux adaptée pour elle puisqu'elle l'a choisie en ayant toutes les informations, mais que dans la vie, il peut arriver certaines choses qui font qu'un oubli de pilule peut arriver il peut se passer plein de choses et que c'est bien d'avoir cette sécurité à la maison. Parce que si ça arrive à un dimanche ou un samedi soir, si ça arrive un jour férié. Ça devient très compliqué de trouver une pharmacie qui est ouverte. Ça peut devenir compliqué si on n'a pas moyen de transport d'aller à l'autre bout de la ville, ça va coûter plus cher. Ça met un stress supplémentaire, alors que je pense que les patientes sont déjà stressées quand elles savent que, potentiellement, une grossesse peut arriver. Avoir la boîte à la maison dans sa pharmacie, ça prend deux secondes à prendre, c'est beaucoup plus rassurant, je pense.
- **En Général, vous êtes plutôt pour cette pratique de prescription en avance d'une contraception d'urgence, quel soit en systématique ou au cas par cas ?**
- Oui, en systématique, oui. Pour moi, ça me semble naturel et logique. En fait, c'est de la prévention de faire ça. Si on le fait c'est dans un but de prévention. Et je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui ne le voient pas de cette manière-là, qui le voient plutôt comme « bah écoutez, c'est une contraception comme une autre, finalement, la contraception d'urgence. » Non, pas du tout ! C'est juste un moyen de prévention, s'il arrive quelque chose et ça, c'est important de l'expliquer à la patiente aussi.
- **D'accord, effectivement, oui. Je vais finir sur une dernière question. Sur un thème plus général, est-ce qu'il y a des changements que vous aimeriez apporter au système actuel ? Par exemple, en sera en janvier 2022 « Contraception gratuite pour les personnes âgées jusqu'à 25 ans ».**
- Ouais, bah ça, c'est déjà pas mal, non ? C'est déjà bien, après sur la contraception. Ben, un peu plus de campagnes d'informations, ça, on l'a déjà dit. Je pense notamment, c'est tout bête, mais par exemple, quand j'ai cherché à commander des affiches, des posters, à mettre dans ma salle d'attente ou dans ma salle de consultation sur la contraception, je n'en ai pas trouvé. J'en ai pas du tout trouvé ou alors des très vieilles. Donc rien que mettre un poster... Voilà faire des campagnes régulièrement, de réactualiser aussi les connaissances parce qu'il y a des choses qui changent. Je pense que ça pourrait beaucoup aider.
- **Pour les posters, ce n'est pas la première fois qu'on me le dit. On avait déjà dit, une infirmière scolaire qui avait du mal à trouver des flyers, des posters, elle me disait que les rares, qu'elle arrivait à trouver, elle devait les imprimer elle-même.**
- C'est ça.
- **Du coup, ça partait sur son budget à elle.**
- Oui, mais c'est ça. Et puis, en fait, ça nous demande de faire un travail alors que je ne sais pas. Avant c'était l'INPES [Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé], je ne sais plus comment ça s'appelle aujourd'hui, je crois que c'est France publique [Santé Publique France], je ne sais plus. Des affiches déjà c'est compliqué d'en trouver. Mais bon, ne serait-ce que faire un catalogue, nous l'envoyer aux professionnels de santé, je ne sais pas. Faire des campagnes tous les ans, de réactualiser un catalogue avec des choses spécifiques pour la gynécologie, pour la grossesse et puis pour toutes les autres choses, je pense que ça serait pas mal. Et après, dans la même idée qu'Octobre rose, où on parle de la prévention du cancer du col de l'utérus (*N.B. : Octobre Rose est une campagne de communication sur le cancer du sein, cependant à cette occasion il est fréquent de parler du cancer col de l'utérus*), on pourrait mettre aussi des actions à ce moment-là ou un autre mois sur la contraception, la contraception d'urgence, le vaccin contre le HPV. Puisque c'est pareil, il y a des choses qui vont changer. J'ai fait mon mémoire dessus. Donc j'ai vu plein de choses changer pendant que je faisais mon mémoire, même si du coup, ça n'a pas été facile. Je le sais parce que j'ai travaillé dessus, mais quand j'en parle à d'autres collègues, personne n'est au courant. Il y a eu zéro campagne. La vaccination pour les garçons, c'est passé, mais alors, sous silence. Donc, au lieu de faire, par exemple, Octobre rose, où on ne parle vraiment que du cancer de l'utérus à faire beaucoup plus large. Faire vraiment des choses qui vont toucher la contraception, le suivi gynécologique, tout englober. Je pense que ça serait, ça serait bien.
- **Donc une communication pas seulement que pour les patients, mais aussi pour les professionnels de santé ?**
- Oui, exactement. Et inclure les hommes aussi parce que souvent, la contraception, on parle que c'est une affaire de femmes. Moi, je trouve quand même qu'il y a de plus en plus d'hommes qui se renseignent, alors qu'ils laissent choisir leur compagne, ce qu'elles veulent, mais qui ont aussi des attentes, des questions, donc les inclure aussi.
- **On parle donc d'impliquer des hommes pour faire en sorte qu'ils en parlent avec leur compagne.**
- Oui, tout à fait. Par exemple, quand on propose un rendez-vous pour une contraception, proposer aussi que s'il y a un conjoint qu'il participe, qu'il vienne au rendez-vous et pas donner un rendez-vous que pour madame, par exemple.
- **D'accord, je vais vous donner aussi d'autres idées qu'on m'avait apportées lors de cette question : des tests de grossesse gratuit pour les mineures au moins ou jusqu'à 25 ans. Qu'est-ce que vous en pensez, vous ?**
- Oui, je pense que c'est que c'est une bonne idée. Puis ça suivrait avec la contraception, qui devient gratuite pour les moins de 25 ans. Justement, je trouve ça logique qu'on mette aussi les tests de grossesse puisque quelque part l'un va avec l'autre.
- **On est d'accord, moi je n'ai toujours pas compris pourquoi ce n'est toujours pas remboursé.**
- Oui, parce qu'à la rigueur, que ce ne soit pas un libre-service gratuit et qu'on me fasse une prescription, ça ne me dérangerait pas du tout. Mais oui, que ça soit un accès gratuit, je trouve ça logique. Et effectivement, je ne sais pas pourquoi ce n'est pas encore mis en place.
- **On m'avait aussi parlé d'une visite médicale scolaire, au moins une fois par an ou une fois en troisième pour tout le monde, etc... Vous en pensez quoi qu'on oblige les jeunes peut être à faire une visite médicale pendant laquelle il pourrait discuter justement de leur contraception, de ce genre de choix ?**
- Alors pourquoi pas, mais ne pas le rendre obligatoire. Surtout en plus au collège où on peut vraiment toucher une population qui est encore assez immature, faire un entretien individuel pour parler de ça, je pense que ça pourrait mettre très mal à l'aise certains jeunes et qui n'osent pas parler parce que parfois, l'effet de groupe permet un petit peu de libérer la parole. Comme parfois, ça peut empêcher d'autres de parler. Donc, plutôt mettre à disposition quelqu'un pour faire des entretiens à la demande, mais je ne pense pas forcément obligatoire. Ou alors il faut voir plus large, faire vraiment une visite médicale complète et aborder le sujet, mais pas que pour parler de ça.
- **A la base, oui. L'idée qu'on m'a suggérée, ce n'est pas uniquement pour parler de la contraception, mais c'était inclus dans la visite.**
- Voilà par exemple sur l'état général, voir si tout va bien et en même temps parler de l'alimentation, du sport, du sommeil, des addictions, des écrans et inclure la contraception, la sexualité, là par contre, ça serait vraiment bien, ça. Mais il faut voir large. Je pense que la contraception, c'est un peu compliqué.
- **Est-ce que vous aviez d'autres choses à rajouter sur la prise en charge des mineures, soit la contraception d'urgence, quelque chose que vous aviez envie de dire ?**
- Après, la contraception d'urgence, je pense qu'on a fait le tour sur tout. Surtout que je n'en fais pas énormément. Après, j'ai eu à en faire pendant mes études. J'étais, j'ai fait des stages en orthogénie, donc voilà, je connais un peu, mais dans ma pratique au quotidien, je n'en fais pas beaucoup. Et après les mineurs, j'ai surtout eu des

grossesses. Donc là où c'était important, c'était oui d'introduire la contraception après la grossesse. Là, ça avait beaucoup d'importance, mais sinon non, je pense qu'on a fait à peu près le tour. Peut-être, si mentionner aussi le rôle des sages femmes. On est souvent oublié à ce niveau-là. Et les patientes, elles, pensent qu'on fait que des grossesses, alors que pas du tout. On s'occupe aussi de la gynécologie et c'est parfois beaucoup plus simple d'avoir un rendez-vous avec une sage-femme. Et les patientes sont en général, je ne critique pas les gynécologues, mais en général, sont plus satisfaites de leur visite que chez un gynécologue parce que ça a duré un peu plus longtemps et qu'on n'a plus le temps de parler aussi, qu'un gynécologue, et c'est normal, il a besoin d'enchaîner les consultations. D'axé aussi bien sur le rôle des sages femmes qui, du coup, peut faire des prescriptions. On peut s'occuper de la contraception, de la gynécologie en général et que quand une femme va bien et en bonne santé, elle peut faire tout son suivi avec une sage-femme. C'est avec grand plaisir.

- **C'est vrai que c'est assez récent, enfin récent, ça fait 10 ans quand même, donc que ça commence un peu plus à se démocratiser, j'ai l'impression.**
- Ouais, ça commence, mais c'est encore doucement.
- **Et j'ai une petite question qui m'est revenue. Est-ce que vous faites parfois des poses de stérilet au cuivre pour la contraception d'urgence ?**
- Non, pas pour la contraception d'urgence.
- **D'accord, vous le faites, pour une contraception juste classique ?**
- Oui, pas en urgence. Parce que déjà, si c'est une nullipare, on sait à quel point ça peut être compliqué, une pose de stérilet, donc on ne va pas rajouter un traumatisme là-dedans. Et puis, ça reste un geste invasif donc c'est quand même bien plus compliqué que donner juste une forme orale. Et puis, des fois, il y a des patientes qui n'ont jamais eu de examens gynécologiques. C'est déjà compliqué pour elles. Alors si en plus, on dit « bon, je vais mettre un spéculum, je vais poser un stérilet. » Je trouve ça lourd. Et après, ça va aussi dans le fait que moi, je prescris facilement la contraception d'urgence en systématique. Dans la logique, si demain j'ai une patiente qui vient et qui me dit « J'ai eu un rapport hier. Qu'est-ce que je fais ? » Naturellement, je vais lui passer une boîte de contraception d'urgence orale.
- **J'avais une autre question. Quand vous prescrivait une contraception d'urgence en systématique. Vous mettez laquelle ? Vous mettez les deux ?**
- Non, je mets ELLAONE
- **Vous mettez juste ELLAONE ?**
- Ouais, parce que je crois que c'est celle qu'on peut prendre, bon, maximum 5 jours, je ne le dis pas trop, je leur dis qu'il faut la prendre de suite. Mais bon, dans les faits, on sait que ça peut tarder un peu plus que l'autre. Voilà, et je le passe un peu sous silence. Pour que quand même, elles aient le réflexe de la prendre tout de suite et ne pas se dire « j'ai 5 jours ».

FIN

Le 27.10.2021

F.C.

Médecin libérale exerçant dans une maison de santé pluridisciplinaire en milieu rural

- **Je me représente quand même Erwann DUFOUR, pharmacien à Montpellier. Et je vais te laisser te présenter**
- Oui, moi, je suis Charlotte FARLET BARON. Je suis médecin généraliste installé depuis peu à Saint-Amant-De-Boixe, en Charente.
- **Est-ce que tu peux me parler un petit peu de ton cabinet ? Est-ce que c'est un grand cabinet avec plusieurs médecins ?**
- Alors non, c'est une maison de santé pluridisciplinaire où on est plusieurs professionnels de santé à la campagne, à peu près une demi-heure d'Angoulême, on est deux médecins généralistes. Et après, il y a des infirmières et un ostéopathe.
- **D'accord, vous êtes donc en campagne chez ça ? Oui, il y a beaucoup de lycées, de collèges ?**
- On a un collège à Saint-Amant, et les lycées sont sur Angoulême.
- **Est-ce que je peux savoir quand est-ce que tu as eu ton diplôme ?**
- Oui, en 2018
- **Est-ce que tu fais d'autres activités en parallèle ? Des participations dans des cours d'éducation sexuelle au collège ou ce genre de chose ?**
- Non, seulement médecine générale pour l'instant
- **D'accord. Quand je te dis contraception d'urgence, quelle idée te viendrait spontanément à l'esprit ? Quels mots viendraient les premiers ?**
- Quel mot ?
- **Oui, quelle idée, expérience ? ça peut être un ressenti.**
- Si c'est juste un mot, je dirais rapidité.
- **Ou une phrase.**
- Bah alors, c'est difficile de résumer en une phrase. La première idée est bien qu'il faut agir assez rapidement, c'est de la contraception d'urgence. Qu'il n'y a pas forcément besoin de passer par un médecin généraliste quand c'est des personnes mineures que ça peut être justement pharmacie. Après, je ne sais pas si je rentre dans les détails. Qu'est-ce que je fais quand on se présente et quand...
- **Si tu veux.**
- Oui, bah déjà, il faut savoir quand t'en as qu'a eu lieu le rapport parce que ça change pas mal de choses. Si le rapport a eu lieu dans les moins de 5 jours, on peut faire, on peut faire appel à la pilule, dans un premier temps. Généralement, je prescris Norlevo, après, je sais qu'il y en a deux, mais c'est de là que je prends parce que tout le monde a 5 jours de délai, c'est pas mal, elle n'est pas trop mal tolérée
- **C'est la ELLAONE qui a 5 jours de délai**
- Oui alors ELLAONE. NORLEVO c'est 3 jours, c'est ça ?
- **Oui c'est ça.**
- Après, je sais qu'on peut mettre un stérilet aussi en urgence. Alors moi, personnellement, je ne les pose plus au cabinet parce qu'on a de sages femmes à côté donc on les laisse faire.
- **Tu rediriges vers les sages femmes dans ces cas-là ?**
- Oui. Alors pour l'instant, je n'ai pas eu l'occasion. Je pense que pour le coup, vu qu'on peut passer assez rapidement par le pharmacien, j'imagine que... Moi, je n'ai pas eu l'occasion, en tout cas l'occasion ne s'est jamais présentée, qu'on me posait la question.
- **De prendre rendez-vous pour la contraception d'urgence ?**
- Non, en tant que médecin généraliste, bien sûr, quand j'étais en gynécologie différent.
- **Est-ce que tu as parfois des mineurs qui viennent pour une première contraception**
- Oui, pour les 1ères contraceptions, bien sûr, oui.
- **Fréquemment, tu saurais me dire une fréquence ?**
- Je n'en sais rien pour une instauration de contraception.
- **Oui, par exemple, tout ce qui concerne la contraception chez les mineures.**
- Tous les 15 jours, peut-être.
- **C'est quand même assez fréquent.**
- Oui mais comme là je récupère une patientèle, j'ai pas mal de nouveaux patients du coup.

[Interruption de quelques secondes suite à un bug de son du logiciel zoom]

- **Lorsque tu as un entretien avec les mineurs pour la contraception, ce que tu arrives à parler assez ouvertement, est-ce que tu sens qu'il y a une barrière de l'âge, du sexe, de la profession... ?**
- Pas forcément, souvent, quand on parle de ce genre de sujet, je fais sortir les parents pour que ça se passe plus librement, après je demande bien sûr, si le patient ne veut pas, je l'entends. Il y a des patientes qui sont plus ou moins libres de parler avec leurs parents, qui en ont déjà parlé avec leur maman, qui restent avec leur maman pendant la consultation. Si je vois qu'il y a une petite gêne et qu'on ne peut pas aborder tous les sujets je fais sortir la mère, parce que c'est souvent la mère qui accompagne. Ça permet de faire le point sur pas mal de choses sur la contraception en elle-même, comment la prendre, comment aborder justement aborder les cas d'urgence ? Comment ils réagiraient, que ce qu'ils feraient dans ces cas-là, si effectivement le préservatif casse. J'insiste bien sur le fait que la contraception, ça protège les grossesses, mais pas des infections sexuelles. On en profite pour revoir le préservatif et compagnie... J'aime bien faire aussi un bilan en bilan cholestérol, glycémie et aussi pour le dépistage des IST. Ça permet de faire le tour, de faire un bilan de santé.
- **Est-ce que tu as parfois des mineurs qui viennent sans leurs parents avec la contraception anonyme ?**
- Je réfléchis... Non, j'ai des mineurs qui viennent sans leurs parents mais pour la contraception, non je n'ai pas eu le cas pour l'instant.
- **D'accord. Est-ce que tu savais qu'il y avait la contraception anonyme et gratuite pour les mineures ?**
- Oui
- **J'ai vu que ce n'était pas le cas pour tout le monde.**
- Je crois qu'ils sont en train de l'élargir d'ailleurs.
- **Oui jusqu'à 25 ans. Ça va être au 1er janvier, normalement. Pour toi, qu'est ce qui pourrait être un frein à la prise en charge des patients ? Pour la contraception d'urgence ou pour les mineurs de façon générale.**
- Qu'est ce qui pourrait être un frein ?
- **Oui une méconnaissance, une peur du jugement, la religion ?**
- Ah ! Qu'est ce qui pourrait être un frein par rapport aux patients ?
- Oui.
- Oui effectivement la religion, enfin les croyances des gens.
- **La peur du jugement ?**
- Oui enfin maintenant, peut-être moins la peur du jugement, bien sûr. Après je pense que la contraception d'urgence, ce n'est pas forcément vu de la même manière qu'un avortement, ce n'est quand même pas la même chose non plus. Mais je pense que les principaux c'est les croyances, la religion qui...
- **Qui jouent le plus ?**
- Oui.
- **Et pour les professionnels de santé, quelque chose qui empêcherait un bon entretien, une bonne délivrance, un bon conseil. Qu'est ce qui pourrait les gêner, selon toi, un manque de temps, une peur de faire peur, un manque de formation ?**
- Oui peut-être plus le manque de formation. Le manque de temps, quand on veut bien faire les choses, on trouve toujours le temps. Peut-être plus un manque de formation.
- **Plus un manque de formation, d'accord**
- Un manque de mise à jour, on va dire.
- **Oui et comment on pourrait améliorer ça ? Le manque de formation.**
- Bah justement, en essayant de se remettre régulièrement à jour, de manière générale, pas que pour la contraception mais tout évolue dans le médical. En faisant, soit des DPC [Développement Professionnel Continu], en s'abonnant à des revues, en se mettant à jour régulièrement.
- **Pour les freins liés à la religion pour les patientes, est ce que tu aurais des solutions, du coup ?**
- C'est plus compliqué. Toujours par rapport à la contraception d'urgence ? Quand il y eu un rapport et que la personne est contre...
- **Par exemple, oui. Ou pour juste la contraception chez les mineures, dans certaines religions c'est assez tabou de parler contraception, et pour un jeune ça peut être assez compliqué.**
- Là je pense que c'est intéressant d'avoir le jeune seul sans la famille, pour ne pas avoir l'influence familiale et religieuse, après il y a des jeunes qui ont aussi leurs convictions bien-sûr, mais souvent il y a une influence familiale. Et effectivement, essayer de trouver les bons arguments pour lui expliquer qu'on est libre de faire ce qu'on veut avec son corps, de faire attention.
- **Donc peut-être donner plus d'indépendance aux jeunes ?**
- Pour qu'ils aient plus d'indépendance, d'autonomie facilement, oui.
- **J'ai cru comprendre, si j'ai bien compris tout à l'heure, que tu faisais des prescriptions de contraception d'urgence, du coup à l'avance ? Pendant que tu fais les 1^{ères} contraceptions ?**
- Alors non, pas à l'avance, je leur explique qu'il y a des contraceptions d'urgences, je leur explique qu'il y a la délivrance possible en pharmacie sans passer par nous quand il y a un souci, et que s'ils ont un doute, ils peuvent nous contacter ou contacter le pharmacien s'ils ont eu un rapport, s'ils ont oublié la pilule, qu'il y a un souci etc... qu'ils n'hésitent surtout pas à nous contacter s'ils ont une question.
- **Tu ne fais pas de prescription à l'avance de contraception d'urgence, en cas d'oubli etc... ?**
- Non
- **Ok d'accord. Tu en penses quoi, en général, de cette pratique ? Tu y es plutôt favorable, défavorable ?**
- Oui c'est vrai que je ne le fais pas, je leur dis souvent de me rappeler s'ils ont un doute ou d'aller voir le pharmacien directement mais je suis plutôt favorable effectivement.
- **Et du coup, tu as une raison particulière de ne pas le faire ou c'est juste parce que ce n'est pas une habitude ?**
- Ce n'est pas une habitude, c'est plus ça.
- **D'accord. On va finir sur une question un peu plus générale. Est-ce que tu aimerais apporter d'autres changements dans la contraception pour les plus jeunes, dans la contraception d'urgence, comme par exemple il y a 20 ans, quand on a rendu la NORLEVO sans ordonnance, là actuellement, on est en train de mettre la contraception gratuite pour les moins de 25 ans. Est-ce que tu as des idées un peu plus larges pour toucher le grand public qui pourraient être mis en place ?**
- Peut-être en parler davantage, justement tout à l'heure tu me demandais si j'allais au lycée faire des présentations ou des choses comme ça, mais peut-être davantage en parler au lycée, et collège même, le plus tôt possible pour que ça touche la plupart des jeunes, parce qu'il y en qui viennent nous voir mais il y en plein qu'ils ne viennent pas.
Et puis souvent ceux qu'on voit, c'est ceux où les parents sont un peu plus libres, ou faire passer le message qu'ils peuvent venir sans les parents aussi, et en discuter soit chez le pharmacien, soit chez le médecin.
Après c'est très bien que la contraception devienne gratuite... c'est jusqu'à 25 ans, c'est ça ?
- **Oui ! Par contre, je ne sais pas si pour la contraception d'urgence si elle sera disponible gratuitement en pharmacie sans ordonnance, je ne pense pas, je pense qu'il faudra quand même une ordonnance pour ça.**
- Oui, oui.
- **Donc insister plus sur la prévention, plus sur les cours d'éducatons sexuelles, au niveau du collège & lycée.**

- Dans l'immédiat, vraiment diversifier au maximum pour que ça se sache, parce qu'il y en a qui écoute d'une oreille ou qui ne s'y intéresse pas forcément, ou qui n'ont pas forcément l'éducation à la maison requise. C'est vrai que s'ils ne viennent pas nous voir.
- **Avec des affiches, dans des publicités à la télé, dans les pharmacies, aux cabinets etc...**
- Un peu comme l'Octobre rose en ce moment.
- **Est-ce que tu as d'autres idées à proposer ?**
- Non
- **Après il y a d'autres idées que l'on m'a proposé, comme des tests de grossesses gratuits pour les mineures, disponible en pharmacie.**
- C'est une bonne idée, ça.
- **Des visites médicales pendant le collège ou le lycée, une fois par an, avec une visite médicale complète et pas juste orientée sur la contraception, ou moins qu'une fois par an.**
- Ça il faut avoir des médecins, oui
- **Oui voilà, c'est le problème. Certains m'ont proposé de rendre la contraception d'urgence comme les distributeurs de préservatifs, disponible au grand public.**
- Je suis un peu plus réticente pour le distributeur automatique. J'aime bien qu'il y ait quand même l'aval d'un professionnel de santé pour expliquer comment ça se prend, que ce n'est pas des bonbons, que c'est quand même un médicament.
Je pense que la contraception d'urgence c'est une bonne chose mais il faut quand même qu'il y ait des explications, notamment sur le fait que ça ne soit pas non plus anodin, que ça ne remplace pas la contraception basique, que ce n'est pas le même produit et qu'on ne peut pas l'utiliser tous les quatre matins, il faut quand même des règles, que les femmes comprennent qu'il a ça s'il y a un souci mais que ça ne remplace pas la contraception classique.

FIN

Le 18.11.2021

S.O.

Médecin libéral exerçant dans un cabinet de groupe dans une métropole

- **Je vais vous laisser vous présenter, peut-être**
- Olivier Scala médecin généraliste, à Montpellier dans un cabinet de groupe, exerçant en libéral.
- **Vous avez été diplômé en quelle année ?**
- J'ai eu ma thèse en 2006
- **A propos de votre cabinet. Parlez-moi un petit peu de votre clientèle. C'est plutôt des habitués, plutôt des gens de passage ?**
- Ça fait une quinzaine d'années. Du coup, j'ai mes patients, j'ai de temps en temps de nouveaux patients, mais effectivement moins. C'est quand une patientèle plutôt fidèle, mais assez éclectique, j'ai une patientèle relativement « jeune », jusqu'à 65 ans d'après les critères sécu'. Je n'ai pas trop de personnes très âgées. J'ai un panel assez représentatif de Montpellier.
- **D'accord. Alors, on va aller sur le gros de l'enquête. Quand je vous dis contraception d'urgence, quelles seraient les premières idées qui vous viennent en tête ?**
- Contraception d'urgence ? Quels médicaments ? Ou qu'est ce qui vient...
- **Oui, les premiers mots ?**
- J'ai des molécules qui me viennent à l'esprit, ELLAONE sur cinq jours avant, je garde celle-là parce que je sais qu'elle est efficace plus longtemps que Norlevo, dans les trois jours. Donc celle que j'ai remplacé, ça fait longtemps que je n'ai pas mis de contraception d'urgence. C'est vrai que quand je prescris une pilule, j'avais tendance à mettre, au cas où, une contraception d'urgence et je m'aperçois que finalement, je n'ai plus trop de nouvelles jeunes patientes.
- **C'était pour les premières contraceptions que vous mettiez souvent la CU ?**
- Oui c'est ça. Avec bien stipulé aussi cette notion que la pilule pour qu'elle soit efficace, pour qu'elle soit prise sept jours d'affilée. C'est ce que je dis aux patientes de façon simpliste. A partir du moment, où on la prend sept jours de suite, bien comme il faut. Normalement, la contraception agit sur les sept jours d'après et donc à chaque fois qu'il y a un oubli, ce préservatif pendant sept jours. Sinon, effectivement, s'il y a un risque en rapport avec oubli et tout ça. C'est effectivement ELLAONE, pilule d'urgence, s'il n'a pas été mis de préservatif au moment de l'oubli. Je sais que c'est gratuit.
- **Oui pour les mineurs, en pharmacie. Est-ce que vous avez déjà eu des gens qui sont venus uniquement pour la contraception d'urgence au cabinet ?**
- Avant, il y a longtemps, j'ai peut-être eu quelques cas de jeunes filles quand ont été à Richter en face de la fac. Mais là, comme je fais de l'échographie maintenant, c'est plutôt la sage-femme qui m'envoie pour faire des échographies de datation, dans le cadre des IVG médicamenteuses dans le délai légal de sept semaines en ville, je travaille en coopération avec une sage-femme. Justement, dans le cadre de l'IVG médicamenteuse, c'est un peu l'échec de la contraception d'urgence, donc actuellement, mon exercice est plus tourné sur l'oubli de la contraception d'urgence ou la contraception classique, et de ses conséquences.
- **D'accord très bien, vous avez déjà eu à poser des stérilets en cuivre ?**
- Non, je n'ai jamais posé de stérilet, mais par contre l'implant
- **L'implant ?**
- Ça par contre, l'implant, je les enlève et je les mets. Pour le stérilet, c'est avec une sage-femme. Et j'ai pensé à *[nom cité]* qui fait des frottis. Mais je ne crois pas qu'elle mette des DIU.
- **Est-ce que vous avez déjà eu des mineurs qui viennent pour des premières contraceptions, pour des questions sur l'éducation sexuelle ?**
- Non. Les mineurs consultent, enfin pour moi, dans ma patientèle, je n'ai pas souvenir d'avoir une mineure qui est venue pour un conseil, mais auprès des étudiantes pour des premières contraceptions, oui.
- **Donc, passé 18 ans, c'est ça.**
- Ou si j'ai eu des mineurs, je pense à une récemment qui était venue avec sa maman.
- **D'accord, donc elle n'était pas venue seul pour avoir la consultation anonyme et gratuite ?**
- Non.
- **D'accord. Est-ce que vous pensez qu'il y a un frein pour les patients de prise en charge pour la contraception d'urgence, que ce soit au cabinet médical, que ce soit en pharmacie ? La peur d'être jugée, la méconnaissance, la religion ?**
- En tout cas, ce n'est pas un frein économique puisqu'effectivement c'est gratuit ou même un frein... La contraception en général ou la contraception d'urgence ?
- **Là, je parle de contraception d'urgence.**
- Je pense qu'il y a une méconnaissance. Souvent, s'il y a besoin d'une contraception d'urgence, soit la personne n'ayant pas de contraception du tout. On peut effectivement imaginer qu'il y ait parfois des freins religieux, c'est possible. Mais en tout cas effectivement, le côté tabou des relations sexuelles avant le mariage peut poser problème. Du coup, la personne ne va pas consulter pour ça. C'est effectivement, un problème. Sinon les autres freins... vous me disiez ?
- **Moi, j'ai parlé de religion, de la peur du jugement, de la méconnaissance de son corps, de la pilule en elle-même, de la contraception d'urgence...**
- En tout cas, il y a quand même pas mal de... à travers les IVG que je vois, il y a quand même une méconnaissance. Des oublis... On pense que...
- **Du déni ?**
- Après il y a quand même des grossesses malgré un préservatif, bon c'est un échec. Et souvent, les dernières que j'ai eues hier, elle était à 14 semaines passées... J'ai l'impression que les fois où ça pose problème, on est quand même dans des cas particuliers. Là elle était submergée sur le plan familial, donc un retard de prise en charge. Un oubli de soi, une méconnaissance parce qu'effectivement, un moment donné, une absence de règle prolongé, le temps file... Il n'y a pas cette notion de temps, j'ai l'impression, des délais.
- **Et est-ce que vous voyez des freins pour les professionnels de santé ? Un manque de formation, d'expérience...**

- Pour prescrire la...
- **Pour prescrire, pour donner un bon conseil, pour assurer un bon suivi, une bonne prise en charge ?**
- Je pense que c'est la formation en dehors qui m'a aidé à mieux voir clairement dans la contraception. Certaines formations où c'était quelqu'un qui travaillait au planning familial, la jeune fille ne savait pas comment commencer la pilule et la prenait de façon verticale et pas de façon horizontale en suivant les flèches, on peut voir 10 000 choses, c'est vrai qu'à un moment donné j'avais plein de petites plaquettes de pilules mais comme elles changent, ce n'est pas forcément les bonnes plaquettes. Mais des questions comme, c'est quand que vous commencez, quel jour vous prenez votre pilule, il y en a plein qui me dise « je ne sais pas », alors que normalement, ça doit être évident, c'est toujours le mercredi, ça doit sortir en 2 secondes. Finalement, on a l'impression que ça varie. Moi, c'est la formation qui m'a aidé à pas simplement délivrer un médicament comme ça « merci, revoir », que ça nécessite des explications.
- **C'est une formation que vous avez fait à côté au planning familial ?**
- Non c'était dans le cadre de, maintenant ça serait logé DPC [Développement Professionnel Continu], c'était l'équivalent il y a 8-10 ans. Et l'intervenant, l'expert venait du planning familial.
- **D'accord. Vous m'avez dit tout à l'heure parfois, vous faisiez des prescriptions à l'avance de contraception d'urgence, donc vous le faisiez systématiquement pour les premières contraceptions.**
- Oui, j'expliquais « en cas d'oubli » après dans le cadre de renouvellement, comme a priori ça roule, la personne n'a pas fait d'IVG, il n'y a pas lieu de prescrire, à mon sens, la patiente sait ce qu'elle fait et qu'elle maîtrise. Mais effectivement, avec le recul, le fait d'être questionner, c'est quelque chose que je ne parle pas systématiquement, à part des oublis de pilule, et dès qu'on oublie c'est 7 jours de préservatif, c'est le conseil minimal que je donne à chaque fois. Je ne marque pas de contraception d'urgence ni n'en parle pas.
- **Il y a une raison pour laquelle vous n'en parlez plus ? C'est juste un oubli, c'est... ?**
- Non c'est souvent on parle d'autres choses, elle vient pour un autre motif, c'est un manque de temps, parce que les personnes, c'est rare qu'elle vienne uniquement pour ça, il y a un certificat, un ECG pour ce qui est sportif, une boiterie, un problème anxieux, tellement de problématiques qu'on va à l'essentiel.
- **Le problème est noyé dans d'autres problèmes. Et du coup ça ne vous laisse pas forcément le temps de tout dire ou tout penser.**
- C'est ça, tout à fait.
- **Donc bon, on va finir sur une question plus générale. Est-ce qu'il y a des changements que vous aimeriez apporter au système de prise en charge actuel, par exemple, je pense ça il y a 20 ans, quand on a rendu la Norlevo disponible sans ordonnance. Là, actuellement, on va rendre la contraception gratuite pour toutes les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans, quand on a rendu les cours d'éducation sexuels obligatoires au collège, au lycée, ce genre de choses. Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez rajouter dans ce sens-là ?**
- C'est sûr que la publicité, ça ne fait pas de mal, effectivement un message publicitaire « en cas d'urgence, il existe un moyen selon la durée », et tout ça, qui peut s'accompagner des recommandations sur les oublis.
- **Un message publicitaire, donc, pour les patients, c'est ça ?**
- Oui, après, pour la formation, on a le DPC mais la médecine générale est vaste, du coup, on priorise, une fois qu'on a fait des choses, on va changer aussi. Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer, c'est sûr que la publicité, les messages... Par contre, je ne sais pas si le nombre d'IVG a augmenté, diminué.
- **J'avais regardé. Il est resté assez stable. Il augmente chaque année, mais par rapport à la population, c'est stable.**
- Et on sait un peu s'il y a des profils ? Parce que j'ai l'impression qu'il y a des patientes qui vont faire plusieurs IVG.
- **Il y a des profils pour ça. Effectivement, il y a des personnes qui reviennent plusieurs fois pour une IVG. On est beaucoup chez les plus jeunes. Chez les 18-25 ans. Je crois que ça représente 40% des IVG, plus les 12-18 qui occupe aussi une bonne partie des IVG [erratum : avec des chiffres approximatifs et qui varient selon les années, on a chez les 15-17 ans environ 3-5%, 18-25 ans environ 30%, 25-29 ans environ 25%, 30-34 ans environ 20%]**
- Je me disais, limité à 25 ans, et pourquoi pas 35 ans ? Parce que finalement, les jeunes elles n'osent pas. Imaginons un jeune de 17 ans qui a quelqu'un de 30-35 ans, qui peut aller chercher un produit pour elle. La sororité, la grande sœur, une personne chez qui elle va plus facilement se confier. Une personne autour d'elle, agrandir ce spectre, que ça soit gratuit, finalement pris en charge à 100% dans tous les cas, si elle est nécessaire et demandée, peut être que ça faciliterait au moins de pouvoir la donner, peut-être pas pour soi mais pour la personne qui n'ose pas en raison de coutumes, de tabous etc...
- **Après on m'a proposé des idées, comme rendre des tests de grossesse gratuits pour les plus jeunes en général chez les plus jeunes, le souci, ça va être économique. On va essayer de ne pas pouvoir le faire à la maison parce qu'ils sont chez leurs parents qui n'ont pas forcément l'intimité pour. C'est aussi pour ça que la contraception d'urgence en pharmacie elle marche bien. Pour les jeunes ils peuvent la prendre devant nous, il n'y a pas de boîte à garder, les preuves disparaissent et ils ne la payent pas surtout. Pour un jeune acheter une boîte de pilule, ce n'est pas cher pour nous, mais il faut qu'il le trouve l'argent.**
- Oui bien-sûr
- **On nous avait proposé de rendre des tests de grossesse gratuits. Certains m'ont proposé des visites médicales à l'école, dans certains pays le font. Ils font une visite par an dans laquelle ils abordent tous les sujets, ils font des prises de sang et regardent même la contraception, etc. Après il y a un manque de moyen humain.**
- De l'éducation nationale.
- **De médecins scolaires. Il n'y en aurait jamais assez. C'est un secteur très en pénurie. On m'avait aussi proposé de rendre la contraception d'urgence, comme dans les distributeurs de préservatifs, etc... Donc disponibles au grand public à différents endroits comme les gares, les aéroports. Et du coup, sans le conseil d'un professionnel de santé, pour vraiment qu'elle soit accessible.**
- **Après si la pharmacie de garde peut délivrer, je ne sais pas. Est-ce qu'il peut y avoir un mésusage si c'est en distribution libre. Ça reste des hormones, ça demande d'être supervisé un minimum... sachant qu'il y a toujours une pharmacie de garde, c'est délicat. Bon, peut-être qu'en officine, c'est sûr que si les pharmaciens peuvent... Ouais des bandeaux publicitaires, peut être en pharmacie, avec une personne dédiée. Parce que pour le coup, effectivement, on ne les voit pas ces personnes, une mineure elle ne vient pas d'elle-même, seule, demander conseil auprès d'un médecin, est-ce que c'est plus facile de rentrer dans les pharmacies pour acheter une boîte de masque et demander à avoir une accessibilité. Dans la mesure où finalement c'est gratuit, peut-être que la personne s'interdit d'aller chez un médecin ou dans son esprit c'est payant, et effectivement si le confrère il ne sait pas que... il va demander de l'argent alors que c'est gratuit, je ne sais pas quel cas de figure. Et il y a la barrière du rendez-vous, est-ce qu'il y a un rendez-vous tel jour, tel heure en sortant du bahut ou je ne sais quoi. Croiser du monde ce n'est pas évident, donc aller dans une pharmacie anonyme, pas dans son quartier, où elle n'est pas connue, où elle ne va pas rencontrer la voisine. C'est vrai que pour le coup en pharmacie, il y a un vrai potentiel, entre les messages « jusqu'à 5 jours », je ne sais pas si vous en tant que pharmacien, au moment de la délivrance, s'il y a plein de monde, c'est compliqué. Il y a forcément un conseil minimal, quand il y a des demandes, donc chacun met sa pierre à l'édifice. J'essaie déjà de sensibiliser qu'à partir d'un oubli de comprimé, on rend tout possible, ça c'est mon message. Effectivement, je l'ai déjà dit, mais il y a le préservatif et que du coup s'il faut, prendre une CU. C'est vrai que j'en parle plus trop de la CU, donc *mea culpa* à ce niveau-là.**

FIN

Serment de Galien

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

TITRE :**CONTRACEPTION D'URGENCE ET PRISE EN CHARGE DES MINEURES****RESUME :**

La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage suite à un rapport non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive. Décrite pour la 1^{ère} fois en 1974 par Albert Yuzpe qui donnera son nom à la 1^{ère} méthode contraceptive d'urgence.

Depuis cette époque le cadre légal encadrant la contraception régulière ou d'urgence a également beaucoup évolué. Depuis la loi Neuwirth de 1967, permettant aux femmes d'accéder à une contraception, les mesures mises en place ont eu pour but de faciliter l'accessibilité de ces méthodes contraceptives, notamment chez les mineures.

Par exemple, en 2000, les mineures peuvent accéder à une contraception d'urgence gratuitement et anonymement en pharmacie, et en 2001 l'autorisation parentale n'est plus demandée pour la prescription, la délivrance et l'administration de contraceptif.

Cependant, malgré ces avancées, il subsiste toujours des freins d'accès à la contraception d'urgence, à la prise en charge des mineures. Ce document a été établi afin d'identifier ces freins, d'y apporter des solutions, et d'étudier des mesures mises en place ou que l'on pourrait instaurer afin d'améliorer la prise en charge relative à la contraception en général.

TITLE:**EMERGENCY CONTRACEPTION AND MANAGEMENT OF MINORS****ABSTRACT:**

Emergency contraception is a catch-up method following unprotected intercourse or in the event of failure of a contraceptive method. Described for the 1st time in 1974 by Albert Yuzpe who gave his name to the 1st emergency contraceptive method.

Since that time, the legal framework governing regular or emergency contraception has also evolved considerably. Since the Neuwirth law of 1967, allowing women access to contraception, the measures put in place have aimed to facilitate the accessibility of these contraceptive methods, especially among minors.

For example, in 2000, minors can access emergency contraception for free and anonymously in pharmacies, and in 2001 parental authorization is no longer required for the prescription, delivery and administration of contraceptives.

However, despite these advances, barriers still remain in access to emergency contraception and care for minors. This document has been drawn up in order to identify these obstacles, provide solutions, and investigate measures implemented or that could be implemented in order to improve the management of contraception in general.

DISCIPLINE : Sciences Pharmaceutiques

MOTS-CLES : Contraception d'urgence, Prise en charge des mineures, Freins d'accès à la contraception d'urgence, Freins d'accès à la prise en charge des mineures

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Université de Bordeaux
UFR des Sciences Pharmaceutiques
146 rue Léo Saignat 33 076 Bordeaux