



ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE

*Fondée le 3 août 1803 sous le nom de Société de Pharmacie de Paris
Reconnue d'utilité publique le 5 octobre 1877*

*« Délivrance des contraceptifs à l'officine :
rôle éducatif du pharmacien, suite de la loi HPST »*

**Rapport
De l'Académie nationale de Pharmacie**

2 octobre 2011

SOMMAIRE

DEMANDE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE.....	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	6
RAPPORT :	
Etat des lieux.....	7
Prospective.....	12
Personnalités auditionnées.....	22
ANNEXES.....	23
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL.....	35

Demande faite par la Direction Générale de la Santé A l'Académie nationale de Pharmacie

Le rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception, réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et publié en février 2010, dresse un bilan contrasté de la situation française dans ce domaine. Malgré une couverture contraceptive globalement élevée en France, les échecs contraceptifs sont fréquents, reflétant une inadéquation des méthodes et des pratiques contraceptives. Ainsi, l'IGAS recommande, notamment, la diversification et l'adaptation de la couverture contraceptive en fonction des besoins et modes de vie des utilisatrices/eurs. Par ailleurs, bien que l'accès à la contraception d'urgence ait été facilité ces dernières années, son recours reste insuffisant pour faire diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'IVG. L'IGAS reconnaît un rôle crucial des pharmaciens d'officine dans la prévention des grossesses non désirées par le biais de la délivrance de la contraception d'urgence mais souligne, dans certains cas, le défaut d'accompagnement ou de respect des conditions requises par la réglementation lors de la remise du médicament.

Le rapport de l'Académie nationale de Pharmacie précisera quel est le rôle actuel des pharmaciens d'officine en matière d'éducation à la contraception et établira un bilan critique des actions menées (concernant par exemple la remise aux utilisatrices/eurs des outils mis à disposition des pharmaciens par le CESPARM et la CNAMTS sur la contraception et la contraception d'urgence).

Au regard de ce bilan, des propositions seront faites par l'Académie pour améliorer et accroître le rôle du pharmacien, en précisant les conditions requises, l'objectif étant de faire de ce professionnel de santé un véritable acteur de la réduction des grossesses non désirées. Les propositions porteront sur les aspects suivants :

- l'information des utilisatrices/eurs sur les différentes méthodes contraceptives existantes,
- le contrôle de la bonne utilisation et de l'observance de la méthode choisie,
- l'information sur la conduite à tenir en cas de rapports non ou mal protégés,
- l'éducation à la prévention des infections sexuellement transmissibles à l'occasion de la délivrance des contraceptifs ;
- les outils opérationnels de guidance à mettre en place à l'intention des pharmaciens pour la délivrance de la contraception d'urgence,
- les conditions d'une expérimentation de la délivrance directe de la contraception oestroprogestative en pharmacie.

Les propositions prendront en compte la nécessité d'adapter l'information délivrée aux utilisatrices/eurs à leur niveau de compréhension et à leur état physiopathologique.

RECOMMANDATIONS

L'Académie nationale de Pharmacie recommande :

. Que la formation initiale des pharmaciens d'officine sur la contraception fasse l'objet d'un programme renforcé, tant en ce qui concerne le volume d'heures qui lui est consacré qu'au regard de la mise en oeuvre d'une approche interprofessionnelle.

Cette formation initiale devrait comporter à la fois :

- les aspects biomédicaux de la contraception,
- une approche sociologique,
- une dimension éducative,
- et des stages dans des structures adaptées.

. Que la formation pharmaceutique continue des pharmaciens d'officine sur les différents aspects de la contraception (voir recommandation précédente) soit encouragée.

A cet effet, la contraception devrait être intégrée parmi les thèmes prioritaires retenus dans le cadre de la formation continue conventionnelle des pharmaciens (FCC).

. Que des actions soient mises en place, notamment au travers d'actions du CESPARM, afin de rappeler leurs devoirs aux pharmaciens d'officine et de les inciter à assurer une prise en charge plus complète de la contraception d'urgence, comprenant notamment une remise systématique de brochures dédiées.

. Qu'une association plus étroite soit réalisée entre le CESPARM et l'INPES pour la mise au point de campagnes relatives à la contraception.

. Que soit encouragé le développement au sein des officines d'une large diffusion d'informations validées en matière de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles ; le site Internet du CESPARM a vocation à être un vecteur privilégié en ce domaine. Et, que dans des espaces dédiés, les pharmaciens volontaires et ayant suivi préalablement une formation adaptée puissent réaliser dans les meilleures conditions des entretiens personnalisés d'éducation à la contraception.

. Que le pharmacien d'officine renforce ses conseils à l'occasion de la délivrance d'une contraception d'urgence et soit incité à la proposer en complément d'une contraception dont l'efficacité dépend de l'observance. Lorsque celui-ci a la connaissance d'oublis répétés, qu'il présente à la femme les différents moyens de contraception pour l'aider à choisir une méthode plus adaptée à la situation de celle-ci.

. Que soient élaborés des outils de guidance pour les pharmaciens d'officine, sous la forme de protocoles définissant l'intervention du pharmacien dans différentes situations : primo-délivrance d'une contraception hormonale, renouvellement de 6 mois, dispensation d'une contraception d'urgence...

. Que soit créée sous l'égide du ministère de la santé une Commission interprofessionnelle ayant pour objectif l'élaboration d'une coordination entre tous les professionnels de santé concernés autour de la contraception en général, et des nouvelles missions issues de la loi HPST, en particulier, pour permettre une meilleure lisibilité par la population.

. Qu'une expérimentation de primo-prescription de contraception hormonale chez les femmes en bonne santé par des pharmaciens d'officine formés et volontaires, soit réalisée en France. Cette expérimentation, inspirée des études menées à l'étranger et limitée dans le temps devrait être évaluée et pourrait être menée sous l'égide de l'INSERM ou confiée à l'ARS concernée.

RECOMMANDATIONS (version courte)

L'Académie nationale de Pharmacie recommande :

. Que la formation initiale des pharmaciens d'officine sur la contraception soit renforcée et comprenne une approche interprofessionnelle et des stages dans des structures adaptées.

. Que la formation pharmaceutique continue des pharmaciens d'officine sur les différents aspects sociologiques et éducatifs de la contraception soit encouragée.

. Qu'il soit rappelé aux pharmaciens d'officine leur devoirs d'accompagnement lors de la délivrance d'une contraception d'urgence, notamment en ce qui concerne la remise systématique des brochures spécifiques à cette occasion.

. Que le CESPARM et l'INPES travaillent plus étroitement à l'élaboration de campagnes relatives à la contraception.

. Que soit encouragé le développement au sein des officines d'une large diffusion d'informations en matière de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles, et, que dans des espaces dédiés, les pharmaciens volontaires puissent réaliser des entretiens personnalisés d'éducation à la contraception.

. Que le pharmacien d'officine renforce ses conseils à l'occasion de la délivrance d'une contraception d'urgence et soit incité à la proposer en complément d'une contraception.

. Que soient élaborés des outils de guidance pour les pharmaciens d'officine concernant la primo-délivrance d'une contraception hormonale, le renouvellement de 6 mois, la dispensation d'une contraception d'urgence...

. Que soit créée sous l'égide du ministère de la santé une Commission interprofessionnelle ayant pour objectif l'élaboration d'une coordination entre tous les professionnels de santé concernés autour de la contraception.

. Qu'une expérimentation de primo-prescription de contraception hormonale chez les femmes en bonne santé par des pharmaciens d'officine formés et volontaires, soit réalisée en France.

INTRODUCTION

Bien que de nombreux moyens contraceptifs efficaces soient actuellement disponibles, on constate encore de nombreux échecs de contraception, se traduisant, notamment, par un nombre élevé d'interruptions volontaires de grossesse (IVG).

La mise à disposition de la contraception d'urgence n'a pas permis à ce jour de diminuer fortement le nombre d'IVG, qui, par ailleurs, ne régresse pas ces dernières années.

Plusieurs pays, en Europe et en Amérique du Nord, notamment, se préoccupent activement de trouver des solutions à cet important problème, tout à la fois de santé publique et social au sens le plus large. Cela en ouvrant la prise en charge de la contraception à des non médecins et en procédant à des expérimentations innovantes, dont les résultats publiés s'avèrent positifs.

Les pharmaciens d'officine, par leur solide formation scientifique, leur proximité, leur disponibilité et la confiance des patients dont ils jouissent, jouent déjà un rôle significatif en matière d'éducation à la contraception et de délivrance de la contraception d'urgence.

Ce rapport examine les voies et moyens propres à améliorer et à accroître le rôle du pharmacien dans le domaine de la contraception, l'objectif étant de faire de ce professionnel de santé un véritable acteur de la prévention des grossesses non désirées.

Notamment en ce qui concerne l'information des utilisatrices/eurs sur les différentes méthodes contraceptives existantes, le contrôle de la bonne utilisation et de l'observance de la méthode choisie, une meilleure délivrance de la contraception d'urgence et les conditions d'une expérimentation de la délivrance directe de la contraception estroprogestative hormonale en pharmacie.

1. Etat des lieux

1.1. Un enjeu essentiel de santé publique reconnu

Le rapport de l'IGAS¹ (Inspection générale des affaires sociales) « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », publié en octobre 2009, a notamment souligné que « le contexte français demeure paradoxal : la diffusion massive de la contraception n'a pas fait diminuer le nombre des IVG, qui se maintient aux environs de 220 000 par an ».

La mission, qui a également souligné que « tous les problèmes d'accès à la contraception ne sont pas résolus », a notamment formulé des recommandations « pour assurer dans les faits un accès gratuit et confidentiel des jeunes au conseil ainsi qu'à la prescription et à la délivrance des produits contraceptifs, en s'inspirant des mécanismes retenus pour la contraception d'urgence et des expériences menées dans certaines régions ».

La mission a conclu « à la nécessité impérieuse de renforcer l'approche préventive, mais aussi de réorienter l'effort de prévention vers les modalités les plus efficaces pour diminuer le nombre des grossesses imprévues, si l'on veut réduire la part des IVG évitables

1.2. Une contraception largement accessible et pourtant de nombreux échecs et un taux élevé d'IVG

La France se caractérise par une couverture contraceptive particulièrement étendue.

Selon le Baromètre Santé 2005 de l'INPES (« Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée », par Caroline Moreau, Nathalie Lydié, Josiane Warszawski et Nathalie Bajos) :

- . En France, 73 % des femmes sexuellement actives de 15 à 54 ans utilisent une contraception.
- . Dans plus de 57 % des cas (27 % au Brésil, 20 % aux Etats-Unis, 2 % en Chine), il s'agit d'une contraception hormonale orale. 88 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans recourent à la « pilule ».
- . 24 % des Françaises recourent aux dispositifs intra-utérins (DIU).
- . Dans notre pays, le préservatif n'est utilisé que dans 11 % des cas.

Pourtant, l'enquête « Cocon » (Inserm 2000 – 2004), a confirmé que les échecs de contraception restent fréquents :

- . 1 grossesse sur 3 est une grossesse non désirée, ce qui représente près de 350 000 grossesses non planifiées chaque année, contre 1 sur 2 en 1975
- . 60 % des grossesses non prévues donnent lieu à une IVG
- . **2 grossesses non désirées sur 3 surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de survenue de ladite grossesse**

Dans la population entière, seules 2 % des femmes ayant une activité sexuelle, et ne souhaitant pas être enceintes, n'ont pas de contraception.

¹ Inspection générale des affaires sociales : Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, octobre 2009

Une cause essentielle des échecs de contraception correspond à **un défaut d'observance des utilisatrices** : si aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100 %, l'efficacité apparaît très étroitement corrélée au niveau d'adhésion des femmes à la méthode choisie, elle-même fonction de l'adaptation à la situation personnelle et affective de chaque femme.

1.3. Contraception d'urgence : une grande disponibilité mais un « rattrapage » actuellement insuffisant

Le souhait d'assurer la meilleure efficacité possible à la contraception d'urgence, afin d'éviter le recours à l'IVG a conduit à organiser un circuit simple et d'accès très facile :

. **Accès libre et gratuit en pharmacie** : la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 stipule que « 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 », qu'« ils peuvent être prescrits ou délivrés aux mineures désirant garder le secret » et que « leur délivrance aux mineures s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon les conditions définies par décret ».

Le décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 précise les conditions de cette délivrance anonyme et gratuite de la contraception d'urgence aux mineures en officine.

Cette délivrance, en dehors donc d'une ordonnance médicale, est subordonnée à un entretien préalable destiné à vérifier que la situation de la bénéficiaire répond bien aux conditions d'utilisation de la contraception d'urgence et à lui fournir toutes les informations (oralement et complétées par la remise d'une documentation) pour mettre en place une couverture contraceptive et une prévention des infections sexuellement transmissibles.

Un programme d'accompagnement de la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures en pharmacie a été mis en place, dès janvier 2002, dans le cadre d'un partenariat entre la CNAMTS et le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM), afin d'informer les pharmaciens sur le dispositif et de les aider à remplir le rôle qui leur est confié.

L'annexe 7 détaille une partie des actions réalisées par le CESPHARM depuis 2002 dans le cadre de l'accompagnement de la dispensation en officine de la dispensation d'urgence.

Les brochures « Une contraception d'urgence, la pilule du lendemain », éditées dans le cadre du partenariat CNAMTS/CESPHARM, ont été diffusées dans toutes les officines en janvier 2002, avec le concours des grossistes-répartiteurs. Elles ont été ensuite actualisées à deux reprises et sont, depuis janvier 2002, disponibles en permanence, sur demande auprès du CESPHARM (en ligne sur www.cespharm.fr), la commande étant gratuite pour les pharmaciens. Au total, 1,9 million ont été diffusées depuis 2002. Une nouvelle version actualisée de cette brochure devrait être disponible à l'automne 2011.

On peut penser que des efforts supplémentaires doivent certainement être consentis par tous (rappel des obligations, mise à disposition d'outils, mise en place de formations adéquates...) afin de promouvoir davantage l'accompagnement par les pharmaciens d'officine de la dispensation de la contraception d'urgence.

Un rappel des obligations du pharmacien en matière d'éducation des jeunes filles ayant recours à la contraception d'urgence (en application du décret du 9 janvier 2002) et de la mise à disposition de la brochure spécifique a été régulièrement effectué par des articles dans le bulletin de l'Ordre des pharmaciens ainsi que sur le site Internet du CESPHARM.

Parallèlement, le CESPHARM diffuse également les brochures et affiches sur la contraception éditées par l'INPES et relaye systématiquement toutes les campagnes lancées par l'INPES et les autorités ministérielles sur ce sujet.

Parmi les actions récentes menées par le CESPARM à destination des pharmaciens, citons, notamment :

. La fiche « Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule », élaborées en partenariat avec l'Association Française pour la Contraception.

. Un rappel des obligations du pharmacien en matière de dispensation de la contraception d'urgence aux mineures, paru dans le bulletin de l'Ordre des pharmaciens (n° 1, mars 2011).

. Lancement en mars 2011 d'une campagne d'affichage sur la contraception auprès des pharmaciens adhérents du programme « Vitrites d'éducation et de prévention pour la santé ».

Néanmoins, le rapport de l'IGAS souligne les difficultés rencontrées en pratique par les pharmaciens lors de la délivrance de la contraception d'urgence, les principales concernant l'entretien préalable. Cela pourrait justifier un développement spécifique concernant l'accueil des adolescent(e)s dans les formations initiales et continues sur la contraception. Dans ce domaine, l'INPES a édité en 2009 un outil intitulé « Entre nous »² conçu par et pour les professionnels de santé afin d'aider les médecins et les pharmaciens d'officine dans leurs relations avec les adolescents.

Selon les données de l'Assurance maladie, 382 000 boîtes de contraception d'urgence ont été remboursées en 2009 (371 000 en 2008 et 322 000 en 2007).

Environ 90 % de ces boîtes ont été délivrées gratuitement à des jeunes mineures en pharmacie. Les 10 % restant ayant fait l'objet d'un remboursement après dispensation sur prescription médicale.

. **Délivrance exceptionnelle dans les établissements scolaires** : la même loi de décembre 2000 a également rendu possible l'administration d'une contraception d'urgence dans les établissements du second degré pour les élèves mineures ou majeures. La loi précise que cette délivrance doit rester exceptionnelle et qu'elle est destinée à répondre à des cas d'urgence et de détresse, lorsqu'un médecin ou un centre de planification n'est pas immédiatement accessible.

9 614 élèves ont bénéficié de ce dispositif (dont 80 % de mineures) pour l'année scolaire 2008 – 2009.

Pourtant, note le rapport de l'IGAS, « **la diffusion de la contraception d'urgence n'a pas eu d'impact notable sur les pratiques contraceptives, ni sur le nombre d'IVG** ».

Cela est d'ailleurs souligné au niveau international, notamment dans une méta-analyse publiée en 2007³.

On peut aussi remarquer que le taux d'IVG chez les jeunes filles mineures augmente de 1% par an.

Si la dispensation gratuite et anonyme de la contraception d'urgence s'est accompagnée d'une augmentation continue du nombre de boîtes de contraceptif d'urgence délivrées aux mineures, les données du Baromètre santé 2005 de l'INPES (dernières données publiées) sont plutôt rassurantes quant à l'usage de cette contraception d'urgence. En effet, plus de 2 femmes sur 3 ayant utilisé la contraception d'urgence n'y ont eu recours qu'une seule fois : dans un tiers des cas en raison d'un oubli de « pilule » et dans un autre tiers du fait d'un problème de préservatif.

Ainsi que le montre une publication française⁴, la contraception d'urgence est à la fois sous utilisée et mal utilisée, en raison principalement d'une méconnaissance des femmes sur la fertilité et le moment où elles doivent l'utiliser.

² ENTRE NOUS, Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Guide d'intervention pour les professionnels de santé, INPES, 1^{ère} édition – août 2009.

³ Population effect of increased access to emergency contraception pills Amm. college of obst and gyn vol 109, n°1, January 2007

⁴ The remaining barriers to the use of emergency contraception : perception on pregnancy risk by women undergoing induced abortion. Moreau and all, Contraception.71; 2005, 202-207

1.4. Une médicalisation de la contraception actuellement très marquée

Ainsi que le souligne le rapport de l'IGAS publié en octobre 2009 « Les méthodes de contraception réversible utilisées en France supposent une forte intervention médicale, dans laquelle les médecins – gynécologues en particulier - tiennent une place prépondérante ».

« L'étude permanente de la prescription médicale » de 1999 révélait qu'alors les gynécologues prenaient en charge plus de 61 % de la contraception féminine et les généralistes 38 %.

Mais, l'évolution de la démographie médicale tend à augmenter le délai de prise de rendez-vous, ce qui pourrait jouer un rôle dans certains échecs de contraception.

1.5. La nouvelle possibilité offerte aux pharmaciens d'officine de renouveler la contraception orale pour une durée de 6 mois

Les rôles du pharmacien dans la prévention et l'éducation sanitaire ont été officialisés par la loi HPST en ses articles 36 et 38.

L'article 89 de la loi HPST, en modifiant le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du Code de la Santé publique, **autorise le pharmacien d'officine à renouveler pour 6 mois une contraception orale**, sous certaines conditions.

En effet, celui-ci stipule maintenant (depuis le 19 mai 2011), que « S'agissant des contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois ».

L'article L.162-16 du Code de la Sécurité Sociale organise la prise en charge de ces médicaments par les organismes d'assurance maladie.

Ces textes permettent aux pharmaciens d'officine de jouer depuis peu un rôle plus actif en matière de contraception, comme il leur a été permis de le faire depuis plusieurs années dans le cadre de la contraception d'urgence.

Cependant, un certain nombre de pharmaciens expriment le souhait que cette nouvelle disposition s'accompagne d'un suivi en ce qui concerne sa mise en application.

On peut aussi remarquer l'absence de mention concernant le renouvellement des dispositifs transdermiques et des anneaux vaginaux dont le remboursement est proposé par l'IGAS ; deux autres modes d'administration des estroprogestatifs dont il faudrait promouvoir la diffusion pour sortir du «tout pilule» français (INPES, Campagne Contraception 2007-2010).

1.6. Une extension du rôle des sages-femmes et des infirmières en matière de contraception

1.6.1. Sages-femmes

Environ 20 000 sages-femmes exercent actuellement leur activité en France, dont 3 500 en libéral (partiellement ou totalement).

Deux textes législatifs doivent être rappelés :

. La loi de Santé publique du 9 août 2004, qui a autorisé les sages-femmes à prescrire la contraception orale post-natale.

. La loi du 21 juillet 2009 (dite loi HPST), qui a **institué pour les sages-femmes une compétence générale en matière de prescription de contraception** (y compris la pose ou l'insertion éventuelle : DIU, implant), quel qu'en soit le type et pour une durée illimitée, pour les femmes en bonne santé. Elles sont également habilitées à assurer le suivi gynécologique de prévention.

Une enquête réalisée en mai-juin 2010 à l'initiative de l'Ordre des sages-femmes, dans plusieurs régions françaises (environ 1 700 répondants), a montré que :

. 68 % déclarent exercer une activité concernant la contraception : 93 % délivrent de l'information individuelle sur la contraception et 75 % en prescrivent (surtout dans les suites de naissance et en majorité des contraceptifs oraux).

. 8,5 % pratiquent le suivi gynécologique de prévention (principalement les frottis cervicaux-vaginaux).

Il serait nécessaire que les AMM des implants contraceptifs, qui réservent aux seuls médecins l'insertion et le retrait de ceux-ci, soit modifiées pour tenir compte de l'élargissement des compétences des sages-femmes en matière de contraception.

1.6.2. Infirmières

La loi HPST a conféré aux infirmières un droit de renouvellement de prescription d'une contraception orale pour une durée maximale de 6 mois, au vue d'une prescription initiale médicale datant de moins d'un an.

Il conviendrait que les infirmières volontaires (notamment celles exerçant à titre libéral en ville) bénéficient d'une formation adaptée.

Le rôle des infirmières scolaires dans la délivrance de la contraception d'urgence et l'orientation des jeunes concernés doit être rappelé et souligné.

Environ 10 000 élèves bénéficient de ce dispositif chaque année.

On peut souligner l'intérêt qui s'attache au développement de partenariats entre les infirmières scolaires et les officinaux tant pour le bon encadrement des élèves que pour le problèmes d'approvisionnement des infirmeries scolaires en contraception d'urgence.

2. Le rôle des pharmaciens dans la prévention des IST

Les pharmaciens jouent également un rôle dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Il est souligné à ce sujet que le CESPARM a notamment relayé en 2010 les nouvelles recommandations sur le VIH pour les professionnels de santé et relaye systématiquement toutes les campagnes ainsi les événements nationaux et mondiaux concernant cette problématique et met à la disposition des pharmaciens sur son site Internet de nombreux documents d'information, affiches et brochures destinées au public à commander, parmi lesquels :

- . Dépistage du VIH et des IST : information pour les professionnels de santé
- . Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus (affiche, brochure, carte mémo)
- . Le petit livre des infections sexuellement transmissibles
- . Préservatifs : petit manuel
- . Brochure Questions d'ados (amour – sexualité)

- . Affiche « En France, 50 000 personnes vivent avec le virus du sida sans le savoir »
- . Dossier Sida (Cespharm)
- . Affiche « «Faites passer le message : On n'attrape pas le sida en embrassant une personne séropositive ».

D'autre part, il est essentiel que les IST soient toujours abordées lors d'un échange sur la contraception, notamment à l'occasion des délivrances de contraceptifs, ainsi que dans le cadre des formations sur la contraception (notamment d'urgence) dispensées aux professionnels de santé.

2. Prospective

2.1. Echecs de contraception : considérer des indicateurs pertinents

Le nombre d'IVG, relativement stable dans notre pays depuis la fin des années 80 (de l'ordre de 220 000 par an), est souvent un motif d'alarme et considéré comme un indicateur direct.

Pourtant, bien qu'il soit certes important de considérer ce dernier, il ne saurait être détaché d'un contexte plus général et d'autres paramètres clés.

De fait, il convient de **distinguer deux niveaux** :

- . **Les échecs de contraception** : qui conduisent à des grossesses non désirées
- . **Le devenir d'une grossesse non prévue** : quels sont les facteurs qui vont être pris en considération par la femme et son partenaire pour décider la poursuite ou l'arrêt de la grossesse ?

On pourrait s'attendre, *a priori*, à ce que la diminution des échecs de contraception, et donc des grossesses non prévues, entraîne une baisse du nombre d'IVG, mais, il ne semble pas exister de relation linéaire entre ces deux phénomènes. D'ailleurs, certains spécialistes estiment qu'une très forte réduction du nombre des échecs de contraception ne diminuerait peut-être que de 20 % environ le nombre d'IVG (soit de l'ordre de 40 000 IVG), ce qui représenterait déjà une diminution significative.

Ce qu'il est convenu d'appeler le « **paradoxe français** » est précisément représenté par l'association d'une diffusion massive et continue de la contraception médicale réversible (essentiellement la contraception orale et le dispositif intra-utérin ou DIU, qui sont des méthodes d'efficacité théorique très élevée ; cela étant, 20 % des IVG surviennent chez des femmes prenant mal la pilule et 7 % sur des dispositifs intra-utérins) et l'absence de baisse du nombre d'IVG.

Les enquêtes montrent que **depuis le début de la diffusion de la contraception, la proportion de grossesses non désirées n'a cessé de diminuer, passant de 1 sur 2 dans les années 70 à 1 sur 3 aujourd'hui.**

Mais, la baisse du nombre de grossesses non prévues s'est accompagnée d'une **augmentation de la probabilité d'avorter en cas de grossesse non prévue** :

- . 40 % en 1975
- . 75 % en 2000

La compensation statistique de ces deux phénomènes explique la relative stabilité du nombre d'IVG.

Or, 33 % des grossesses (soit plus de 300 000 chaque année) sont encore non prévues : 60 à 65 % se terminent par une IVG !

La forte augmentation de la probabilité d'IVG en cas de grossesses non désirées est étroitement liée aux **importantes modifications intervenues dans la société française de ce que les sociologues appellent la « norme procréative » ces 40 dernières années**, autrement dit les conditions socialement valorisées pour avoir un enfant : âge, poursuite d'études, influence du milieu social, nécessité d'avoir un partenaire stable et une situation matérielle/financière satisfaisante.

Bien que le nombre important d'IVG représente un grand problème, il semble que le problème fondamental réside donc ailleurs.

De fait, de nombreux pays ne considèrent pas le taux d'IVG comme un indicateur direct, mais placent au premier plan :

- . La satisfaction des femmes
- . La satisfaction des professionnels de santé
- . Le non abandon de la méthode de contraception ; le taux de continuation à 1 an fait partie pour l'OMS des indicateurs à surveiller

Il n'est sans doute pas inutile de rappeler que si les moyens de contraception sont parfois imparfaitement utilisés, ils sont aussi imparfaits par nature, aucun n'étant efficace à 100 %, y compris en ce qui concerne des méthodes dont l'efficacité ne dépend pas du comportement de la femme, comme les dispositifs intra-utérins, par exemple.

Dans sa publication concernant les « recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives », l'OMS souligne, notamment, que « le choix d'une méthode déterminée dépend en partie de son efficacité contraceptive, laquelle est elle-même fonction non seulement de la protection conférée par la méthode, mais aussi de la régularité et de la rigueur avec lesquelles elle est employée ». Le tableau reproduit en annexe « compare le pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle dans la première année d'utilisation de la méthode contraceptive, en cas d'utilisation parfaite (régulièrement et correctement) et en cas d'emploi typique. L'aspect relatif à la rigueur et à la régularité d'utilisation varie considérablement en fonction de caractéristiques telles que l'âge, le revenu, le désir des utilisateurs d'empêcher ou de retarder une grossesse et l'environnement culturel. Ainsi, l'efficacité des méthodes qui doivent être utilisées régulièrement et correctement est très variable ; d'une manière générale, plus les utilisateurs et utilisatrices sont familiarisés avec l'emploi de leur méthode, plus ils et elles en font un usage efficace. Cependant, les aspects programmatiques influent également considérablement sur l'utilisation efficace d'une méthode contraceptive. »

Tout ce qui peut **améliorer l'adéquation entre la méthode de contraception choisie, à un moment donné, et les attentes/contraintes de la femme** devrait donc être considéré prioritairement.

Un certain degré de démedicalisation pourrait représenter une partie de la solution, celle-ci augmentant mécaniquement l'accès à la contraception, facilitant les échanges avec les professionnels de santé et améliorant l'observance par un recours rapide à des conseils pertinents.

Démedicalisation pouvant passer, notamment, par **un rôle accru du pharmacien d'officine**.

2.2. Mieux tenir compte de la diversification croissante des trajectoires affectives et sexuelles des femmes

En 1970, 60 % des femmes n'avaient qu'un seul partenaire sexuel au cours de leur vie.

Et, sans doute en partie conséquence de ce fait, la norme procréatrice était beaucoup plus souple.

Actuellement, ce n'est plus le cas : les femmes évoluent dans un contexte de diversification de trajectoires affectives et sexuelles... alors **que la norme contraceptive demeure beaucoup trop figée** :

- . Préservatifs en début de vie sexuelle
- . Contraception orale dès que la vie sexuelle se stabilise
- . DIU quand le nombre d'enfant souhaité a été atteint (on sait pourtant que les DIU peuvent être également utilisés chez les nullipares)

Le fait que **les normes de contraception et les logiques de prescription ne répondent qu'imparfaitement à la diversité des modes de vie et de la sexualité des femmes** (avec une succession de phases de vie : avec ou sans rapports sexuels, avec ou sans désir de grossesse, avec ou sans la nécessité « sociale » d'une non-visibilité de la méthode contraceptive, avec un partenaire avec lequel existe ou non une perspective de parentalité) explique le nombre élevé de grossesses non désirées, car une femme qui se trouve dans une situation affective et sexuelle non socialement acceptée est une femme en difficulté d'accès à la contraception.

Un point fondamental : il n'y a pas, dans l'absolu, une bonne méthode de contraception, mais **des bonnes méthodes**, avec **la nécessité de choisir la méthode qui convient le mieux à un certain moment de la vie de la femme** et d'en changer, parfois rapidement, en cas de besoin.

Selon les données de l'enquête « Cocon » (Inserm 2000 – 2004), on estime qu'une femme changera tout au long de sa vie génitale une dizaine de fois de méthode contraceptive.

Ainsi que l'indique l'INED dans sa publication « Populations et Société » de mars 2010⁵, l'âge moyen de la maternité s'élève actuellement à 30 ans en France.

2.3. Mieux informer et mieux éduquer à la contraception

Ainsi que l'a pointé le rapport de l'IGAS, les connaissances de la physiologie de la reproduction présentent des lacunes qu'il serait important de combler, en commençant dès le plus jeune âge. La non perception par les femmes du risque de grossesse semble en effet le principal facteur limitant l'utilisation de la contraception d'urgence⁶.

La question de l'information « de base » proprement dite sur la contraception ne semble se poser de manière aiguë que chez les jeunes filles de milieu très défavorisé.

Mais, il n'en est pas de même des éléments pertinents qui doivent déterminer l'adéquation entre le choix de la méthode de contraception et la phase de vie de chaque femme.

Cela étant, il est également important de se défier des **risques potentiels de la diffusion d'informations erronées, souvent glanées sur Internet**, notamment sur les multiples forums :

- . Stigmatisation de l'importance de la contrainte d'une prise quotidienne, éventuellement à heure fixe
- . Crainte irraisonnée de complications, alors que ces dernières sont en fait très rares (par exemple : grossesse extra-utérine sous DIU)
 - . Peur d'une prise de poids sous pilule, d'une baisse de la libido, ou d'une stérilité
 - . Diabolisation des hormones
 -

⁵ France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans, Gilles Pison, Populations et Société, N°465, mars 2010

⁶ The remaining barriers to the use of emergency contraception : perception on pregnancy risk by women undergoing induced abortions. Moreau and all, Contraception.71 ;2005, 202-207

Face à de telles problématiques, un professionnel de santé, **le pharmacien d'officine, disponible et formé à cette nouvelle mission de santé publique, pourrait très utilement rectifier des erreurs ou des défauts d'interprétation, pouvant être à l'origine de comportements aux conséquences néfastes.**

Il aurait également vocation, le cas échéant, à orienter la femme vers une consultation de médecin ou de sage-femme, en raison du faible nombre de gynécologues médicaux.

2.4. L'importance de la formation des professionnels de santé

La formation des professionnels de santé en matière de contraception ne devrait pas se limiter à la physiologie, à la biologie et à la pharmacologie et **se restreindre à l'efficacité théorique**, mais être considérée également **sous l'angle de l'efficacité pratique.**

Cela implique d'inclure dans leur formation initiale, ainsi que continue, **la prise en compte des enjeux sociologiques, épidémiologiques, démographiques et éducatifs de la contraception.**

L'Académie souligne à ce propos, l'importance qui s'attache à la réalisation de formations en toute indépendance ainsi qu'à leur évaluation indépendamment de leurs organisateurs.

Dans cet objectif, il semble également très souhaitable de prévoir **des enseignements, des échanges interprofessionnels et des retours d'expérience.**

Le but est que le professionnel de santé, médecin, pharmacien, sage-femme et infirmière puisse recommander à chaque femme **une diversité de méthodes de contraception, préciser pour chacune ses avantages et ses inconvénients, afin que la femme soit en capacité de choisir elle-même la méthode la plus adaptée.**

Sans perdre de vue que parler de contraception implique de parler aussi de sexualité ; ce qui suppose que le professionnel ait acquis une compétence suffisante pour aborder ce sujet d'une manière adéquate.

Au total, il semble à l'Académie qu'en ce qui concerne la formation continue des pharmaciens, **il conviendrait de remettre la contraception d'urgence au centre de la contraception.**

L'annexe 5 présente des exemples d'actions de formation continue dispensées aux pharmaciens d'officine sur la contraception, sous l'égide de l'UTIP Formation Pharmaceutique Continue et de l'Association Française pour la Contraception (AFC).

Questionnés sur le sujet de la formation, les interlocuteurs de notre groupe de travail à la Direction Générale de l'Organisation des Soins ont fait les réponses suivantes.

Formation initiale

En ce qui concerne la formation initiale des pharmaciens en matière de contraception, l'arrêté du 17 juillet 1987 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie prévoit l'apprentissage de la sémiologie gynécologie-obstétrique en 4ème année dans le cadre de l'enseignement de la sémiologie.

La contraception est elle abordée plus tardivement, notamment en 5ème année pour la délivrance de la « pilule du lendemain » et du « surlendemain » ; y sont abordées également les IVG.

Par ailleurs, l'entrée de la formation pharmaceutique dans le schéma LMD est en cours, pilotée par le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et s'appliquera par étapes à compter de l'année universitaire 2011-2012.

Les référentiels de formation de chaque filière (industrie, officine, internat) seront revus dans le cadre de la commission pédagogique nationale des études de santé (CPNES) où siègent professeurs, étudiants, internes, doyens des UFR de pharmacie et professionnels.

L'arrêté qui met en place le diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques conduisant au grade de licence a d'ores-et-déjà été publié le 15 avril 2011 et vient refondre le déroulement et le contenu des enseignements des trois premières années des études de pharmacie.

Il prévoit qu'à partir de la 3ème année LMD un enseignement des pathologies soit assuré sous la thématique (annexe de l'arrêté): "pathologies, sciences biologiques et thérapeutique". Les UFR, autonomes dans leur mode d'organisation des enseignements, pourront donc programmer un enseignement se rapportant par exemple à la grossesse et aux IST.

On peut "certifier" qu'un enseignement des premiers éléments concernant ces thèmes (contraception/IST) aura lieu au cours de la licence, l'aspect thérapeutique proprement dit sera totalement traité et/ou complété dans les trimestres supérieurs.

La réforme des études prévoit l'abord de toutes les pathologies "courantes" au cours des 5ème, 6ème semestres de la licence (3ème année) et au cours du 1er semestre des masters (M1S1-pour toutes filières); le tronc commun incluant effectivement le 1er trimestre de M1.

En suite logique de l'arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques, le travail sera mis en route dès septembre en CPNES concernant le contenu des masters.

Dans ce cadre, il nous sera possible au besoin et sous l'égide du MESR, de mettre l'accent sur la contraception dans le cadre des dernières années de formation de l'étudiant en sciences pharmaceutiques filière officine.

Développement professionnel continu (DPC)

Sur le second sujet relatif à la place de la thématique de la contraception dans le développement professionnel continu (DPC) des pharmaciens et en l'état actuel, et de façon plus pragmatique, dans l'attente de la publication des textes relatifs au DPC, dans la formation pharmaceutique continue des pharmaciens d'officine, il est effectivement souhaitable de renforcer les aspects sociologiques, épidémiologiques, démographiques et éducatifs de la contraception.

Ces dimensions ne sont pas nécessairement prises en compte dans l'offre de formation continue aujourd'hui. Cette dernière s'inscrit davantage sur une offre de module de formation sous forme de e-learning le plus souvent pour les pharmaciens, avec davantage des connaissances à valider et de l'auto évaluation pour répondre de façon pragmatique à la nécessité de remédier aux situations d'échec de la contraception.

Les programmes de DPC lorsqu'il seront opérants permettront plus facilement que dans le cadre d'actions de formation continue pharmaceutique la réalisation non seulement d'enseignements mais d'analyse des pratiques professionnelles interprofessionnelle et tout particulièrement par les professionnels de santé concernés suivants : médecin, pharmacien, sage-femme et infirmier dans leur champ de compétences mais de façon plus coordonnée pour recommander aux femmes une diversité de méthodes contraceptives.

Un même programme de DPC sur la contraception pourra être suivi par l'ensemble des professionnels d'un même secteur géographique par exemple.

Enfin, le dispositif du DPC prévoit par le biais des commissions scientifiques indépendantes de chacune des professions médicales et paramédicales d'évaluer les organismes de DPC porteurs des programmes notamment au plan de l'indépendance.

2.5. ... et d'une meilleure formation des enseignants

Il est suggéré que les enseignants effectuant des cours d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires complètent leur formation en suivant des enseignements sur ce sujet au sein des UFR de Médecine et/ou de Pharmacie.

On peut également envisager que ces derniers fassent des stages au contact des femmes en centre d'orthogénie, afin d'être en mesure d'apprécier cette dimension du soin chez la femme.

2.6. Des bénéfices à attendre d'une plus grande coopération entre professionnels de santé

Toutes les personnalités auditionnées ont souligné le très grand intérêt potentiel qu'il y aurait à faire en sorte que **tous les professionnels de santé impliqués dans la contraception, à un titre ou à un autre, puissent travailler en étroite concertation**, une approche d'ailleurs encouragée d'une manière générale dans la loi HPST.

Cette **interprofessionnalité** pourrait prendre la forme, notamment, d'un échange téléphonique ou par lettre de liaison entre médecins et pharmaciens en cas de prescription difficile, comme chez une femme souffrant de migraine, par exemple.

Questionnés sur le sujet de l'interprofessionnalité, les interlocuteurs de notre groupe de travail à la Direction Générale de l'Organisation des Soins ont fait la réponse suivante.

Concernant l'interprofessionnalité, il est certain que le Développement Professionnel Continu (DPC) renforce la possibilité de s'inscrire en même temps dans une démarche de DPC sur la thématique par exemple de la contraception et communément aux professions visées dont les pharmaciens, les médecins, les sages-femmes, infirmiers.

L'article 51 de la même loi permet sur la base de protocoles autorisés, des transferts d'actes et d'activité qui peuvent potentiellement concerner le pharmacien et ce quel que soit son secteur d'exercice. Ce dispositif offre des perspectives d'évolution de l'exercice professionnel très variées et intéressantes. Ainsi, un protocole élaboré entre un pharmacien et un médecin, ou une sage femme pourrait porter sur le droit de prescription pour les pharmaciens en matière de contraceptif ou encore sur l'accentuation du rôle du pharmacien en matière de prévention et dans ce cadre prévoir des interventions dans le domaine de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles IST. Si un tel protocole était validé par l'ARS (réponse à un besoin de santé) et la HAS, des pharmaciens pourraient effectivement y adhérer (démarche effectuée auprès de l'ARS) et l'appliquer. Une extension de ce protocole à tout le territoire national peut également être décidée par la HAS.

L'Académie estime qu'une expérimentation de primo délivrance de contraceptifs en officine pourrait, notamment, être fondée sur cet article 51.

Enfin, prolongement de leur rôle de conseiller au service du public, les pharmaciens pourront mieux faire connaître aux femmes les différents interlocuteurs et intervenants potentiels en matière de contraception, ce qui suppose une meilleure connaissance et un rapprochement entre tous les professionnels concernés.

2.7. Les atouts des pharmaciens d'officine au service d'une plus grande adéquation des méthodes contraceptives

Les pharmaciens d'officine ont de nombreux atouts pour jouer un rôle plus important qu'aujourd'hui, du fait de leurs compétences multiformes, de leur proximité et de leur disponibilité.

En effet :

. Ils bénéficient d'une formation initiale solide, scientifique et médicale, en matière de contraception, même si elle pourrait être enrichie sous certains aspects.

. Les emplacements des officines sont connues de la population ; elles sont réparties harmonieusement sur tout le territoire national et disposent d'une forte amplitude d'ouverture, à laquelle s'ajoute un service de garde performant.

. Les pharmaciens sont immédiatement accessibles au sein de leurs officines.

. Les pharmaciens ont le plus souvent une connaissance globale de leurs patients, intégrant le contexte familial, les caractéristiques sociales, psychologiques et culturelles de leurs patients ; autant d'atouts majeurs pour une intervention éducative pertinente (y compris au bénéfice des personnes présentant d'importants problèmes sociaux), notamment en matière de contraception.

. Un nombre progressivement croissant d'officines dispose d'un espace de confidentialité.

. **Les pharmaciens disposent de multiples « portes d'entrée » pour échanger sur la contraception avec les personnes concernées** : délivrance de tous les types de contraception (orale, implant, DIU, anneau contraceptif, préservatif...), renouvellement de 6 mois de la contraception orale, contraception d'urgence, tests de grossesse, conseils délivrés au cours du post-partum...

. Les pharmaciens, sur l'ensemble du territoire français, disposent d'un outil performant de sécurisation de la dispensation, le Dossier Pharmaceutique (prescriptions antérieures de contraceptifs, détections de possibles interactions médicamenteuses, identifications d'éventuelles co-morbidités pouvant inciter à la prudence ou contre-indiquer une contraception hormonale).

Il est souligné qu'une plus large utilisation du Dossier Pharmaceutique dans le cadre du suivi des interventions des pharmaciens d'officine dans la contraception pourrait impliquer d'augmenter le temps de conservation des données, actuellement limité à 4 mois.

Pour autant, le rôle du pharmacien est encore très insuffisamment identifié en matière de contraception, notamment en ce qui concerne les contraceptions au long cours.

2.8. Prescription des contraceptifs hormonaux par le pharmacien : les exemples à l'étranger

2.8.1. Expérimentation en cours au Royaume-Uni

Cette expérimentation, menée sous l'égide du NHS, a débuté en octobre 2009, initialement dans 3 officines situées au sud de Londres, dans une zone caractérisée par un taux élevé d'IVG et s'adressant aux femmes de 14 à 16 ans (suivant le degré de compréhension) jusqu'à 50 ans.

Le protocole, similaire à celui élaboré pour les infirmières (qui peuvent dans ce pays déjà prescrire la contraception), comprend pour les pharmaciens volontaires :

. Une formation préalable

. Un stage dans un centre de planification

. La possibilité de prescrire et délivrer la contraception initiale (contraceptifs figurant sur une liste limitative)

. La possibilité de renouveler sans limitation leurs prescriptions

En pratique :

. Seuls les pharmaciens formés présents à l'officine peuvent prescrire la contraception

. Ils portent un badge les identifiant spécifiquement

. Lors d'un entretien dédié (durée mesurée entre 18 et 22 minutes), le pharmacien remplit une fiche par patiente

. Chaque pharmacien est en relation avec un médecin référent

. Cet essai a été annoncé au public dans des journaux locaux et les médecins en ont été informés par l'envoi d'un courrier

Les premiers résultats d'un bilan à 6 mois de cette expérimentation ont été présentés en septembre 2010 à Séville (Espagne) dans le cadre d'un congrès international.

Il ressort des données communiquées que durant cette période:

- . 189 consultations de contraception ont été réalisées
- . 89 % ont donné lieu à prescription et délivrance de contraceptifs
- . 25 % des patientes concernées n'avaient jamais eu recours à une contraception d'urgence
- . 6 % ont été orientées vers le médecin référent
- . 4 % ont été orientées pour une contraception de longue durée (implant, DIU)

Les femmes bénéficiaires étaient majoritairement jeunes :

- . 16 – 19 ans : 23 %
- . 20 – 24 ans : 47 %
- . 25 – 30 ans : 24 %

Le bilan apparaît favorable :

- . **Les femmes se sont déclarées satisfaites**
- . **95 % des femmes ont déclaré qu'elles étaient à l'aise pour discuter de contraception avec la pharmacien**
- . **81 % sont venues dans leur pharmacie de proximité**
- . 10 % ont dit qu'elles n'auraient pas utilisé un autre service

A ce stade, les premières conclusions qui peuvent être tirées de cette expérimentation (toujours en cours) sont que celle-ci permet:

- . Un accès plus facile et plus simple à la contraception
- . Une augmentation de l'autonomie des femmes
- . Une économie en termes de coûts, évitant une addition des actes

2.8.2. L'expérience du Canada (province du Québec)

Les informations suivantes ont été communiquées par le Dr Édith Guilbert, médecin-conseil Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, Canada.

Depuis 2007, le Québec a mis en place un modèle d'**ordonnance collective de contraception hormonale** qui a été validé au terme de 3 ans de discussions environ par le collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des Infirmières et Infirmiers (OIIQ) et l'Ordre des Pharmaciens (OPQ), avec le soutien du Ministère de la Santé (MSSS) et à l'initiative de l'Institut National de Santé Publique (INSPQ).

Le consensus stipule qu'un ou plusieurs médecins d'un établissement de santé délèguent la tâche d'initiation de la contraception hormonale aux infirmières et à un groupe de pharmaciens désignés ou à tous les pharmaciens de la province.

Cette initiation est valable pour une durée de 6 mois non renouvelable et permet de dispenser aux femmes en bonne santé une contraception hormonale orale, transdermique, vaginale ou injectable.

Cette délivrance, réalisée selon un protocole normalisé, est suivie de l'envoi d'un bulletin de liaison au médecin référent et d'un bordereau au conseil de l'Ordre des pharmaciens.

En outre, la femme peut consulter le médecin référent après un délai de 6 mois.

Cette initiative n'est pas restreinte aux établissements publics (15% dans le privé) et est autorisée par la loi 90 qui encadre ce type de stratégie de partage de tâches.

L'ordonnance collective est donnée conjointement aux deux professionnels : infirmière et pharmacien, dont les tâches sont parfaitement définies dans le protocole.

Les professionnels bénéficient d'une solide formation.

Depuis 2007, près de 4 000 infirmières ont été formées. Leur formation est actuellement réalisée en ligne. 60% des infirmières ont été formées à cette pratique.

La formation des pharmaciens est assurée par un module d'auto-apprentissage disponible en ligne mis en place par l'Ordre des Pharmaciens.

Il est prévu que tous les pharmaciens communautaires soient formés.

Les organisateurs sont très satisfaits de cette nouvelle stratégie, et sur le terrain, le respect s'installe. Dans chaque région, les responsables travaillent à aplanir les « résistances ». Sur un plan statistique, on observe une réduction du nombre d'IVG, malgré une augmentation de la natalité au Québec.

2.8.3. L'expérience de Seattle (Etat de Washington - Etats-Unis)

26 pharmaciens ayant suivi une formation ont prescrit des contraceptifs hormonaux à 195 femmes âgées de 18 à 45 ans, après que celles-ci aient remplies un test d'auto-évaluation relu par le professionnel pour identifier d'éventuelles contre-indications et après que le pharmacien eut mesuré le poids et pris la tension artérielle.

Les femmes étaient recrutées dans la clientèle, par le « bouche à oreilles » ou par une médiatisation dans le voisinage : affiches, brochures...

Les femmes éligibles pouvaient choisir, au cours d'un entretien pharmaceutique, entre trois modes d'administration : orale, transdermique ou vaginale.

L'expérience était limitée à 1 an.

L'évaluation, particulièrement rigoureuse, a été réalisée par enquête téléphonique auprès des femmes concernées après 1, 6 et 12 mois et par des entretiens avec les pharmaciens volontaires (focus groupes ou via des entretiens téléphoniques).

Un contrôle qualité concernant le respect du protocole a été mis en place par des entretiens téléphoniques et des déplacements sur les sites.

Dans cette étude, près de 87 % des femmes avaient déjà utilisé une contraception. Ce point est essentiel à remarquer, car il souligne l'importance de la notion que de nombreuses femmes arrêtent leur contraception antérieure, mais manque du temps nécessaire (activité professionnelle ou familiale) pour obtenir une nouvelle ordonnance. Situation à laquelle il est essentiel de suppléer.

Il est intéressant de remarquer que 61 % des femmes avaient choisi de recourir au pharmacien pour des raisons de facilité (proximité, horaires d'ouverture) et 30 % parce qu'elles ne voulaient pas subir d'examen gynécologique. 98 % se sont déclarées satisfaites, notamment en termes de facilité d'accès et ont déclaré souhaiter continuer à voir le pharmacien pour ce service bien qu'il soit payant.

Dans un autre ordre d'idée, toujours aux Etats-Unis, on peut remarquer la publication en mars 2011 (dans la revue Contraception) d'une étude, réalisée en 2006 dans l'Etat de Californie sur environ 84 000 femmes, que le fait de faciliter l'approvisionnement en contraceptifs des femmes entraîne une diminution du nombre de grossesses non prévues et du recours à l'IVG.

De tels résultats vont dans le sens de bénéfices de la « démedicalisation » de la contraception et des recommandations de l'Académie dans ce domaine.

. **L'intérêt de mesurer l'impact de la prescription de la contraception par le pharmacien**

Les résultats positifs des essais menés à Londres (Royaume-Uni) et à Seattle (Etats-Unis), ainsi que l'expérience acquise depuis plusieurs années par les pharmaciens canadiens exerçant dans la province du Québec, militent pour le lancement d'une expérimentation dans notre pays, limitée dans le temps, de primo-prescription de contraception par le pharmacien d'officine chez les femmes en bonne santé.

En effet :

. **Le pharmacien est facile d'accès et dispose d'un important capital de confiance** dans la population.

. La prescription d'une contraception hormonale chez une femme en bonne santé **ne nécessite pas obligatoirement d'examen gynécologique préalable** (réalité encore souvent ignorée de nombreuses femmes et type d'examen récusé d'ailleurs par une fraction des femmes, il convient de le rappeler). En effet, les recommandations professionnelles publiées en décembre 2004 par l'ANAES (Recommandations pour la pratique clinique – « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme »), précisent, notamment, que, sous couvert d'une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux – hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques – et en l'absence d'un problème médical familial ou personnel identifié, « les examens gynécologiques et sanguins peuvent être expliqués et programmés pour une consultation ultérieure (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes ». D'ailleurs, la campagne contraception 2007 – 2010 a notamment relayé vers les jeunes filles le fait que l'examen gynécologique n'est pas obligatoire initialement pour pouvoir prendre la « pilule ».

. Les effets indésirables possibles de la contraception hormonale sont aujourd'hui **très bien connus et certains d'entre eux qui représentent de fréquents facteurs d'abandon intempestif peuvent être pris en charge par le pharmacien en première intention, comme une acné ou une prise de poids**. La formation des pharmaciens pour l'ordonnance collective au Québec a d'ailleurs particulièrement traité ce sujet et définit avec une grande précision le domaine d'intervention du pharmacien et le renvoi au prescripteur en cas de besoin.

. **Le seul examen recommandé par l'OMS en première intention consiste dans la mesure de la pression artérielle, complétée éventuellement par celle du poids ; deux mesures aisément réalisables par le pharmacien.**

Si une telle expérimentation devait conduire à l'attribution aux pharmaciens d'officine, volontaires et ayant suivi une formation adaptée, d'un droit de primo-prescription de la contraception hormonale, l'Académie nationale de Pharmacie suggère que celle-ci s'accompagne d'**un renforcement des campagnes d'information auprès des femmes de la nécessité d'une surveillance gynécologique régulière** (par un médecin ou une sage-femme), notamment pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ; et qu'une information dans ce sens soit systématiquement délivrée par les pharmaciens lors des entretiens de contraception.

Le protocole de cette expérimentation demeure à définir et pourrait faire l'objet d'un nouveau travail de réflexion mené par l'Académie nationale de Pharmacie.

Personnalités auditionnées

- . Elisabeth Aubeny : spécialiste en Gynécologie Médicale, Présidente de l'Association Française pour la Contraception
- . Nathalie Bajos : Directeur de recherche, Inserm Unité 822 (Santé reproductive, Sexualité, Infection à VIH, Epidémiologie, Démographie et Sciences sociales), Paris
- . Patricia Bristol-Gauzy : Conseillère technique à la Direction générale de l'enseignement scolaire (Bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité), ministère de l'Education Nationale
- . Pierre Gavid : Pharmacien officinal, Trésorier du Conseil Central A de l'Ordre national des Pharmaciens
- . Dominique Le Boeuf : Présidente de l'Ordre des Infirmiers
- . Jean-Marie Longuet, pharmacien-adjoint, Paris
- . Marie-Josée Keller : Présidente de l'Ordre des Sages-Femmes
- . Elisabeth Paganelli : spécialiste en Gynécologie Médicale, Vice-Présidente du Syngof (Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France)

En raison de la complexité du sujet de la contraception, il aurait été certainement intéressant d'auditionner également des représentants de l'Ordre national des Médecins, du Collège national des généralistes enseignants et du Mouvement Français pour le Planning Familial.

Cela pourrait être envisagé au cas où il serait décidé de donner une suite au présent travail.

ANNEXES

Annexe 1

Principales recommandations de la mission de l'IGAS

« La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence » Octobre 2009

1. Mettre en place un réseau de professionnels de santé acceptant le tiers payant pour assurer l'accès gratuit des jeunes à la contraception et leur information sur les questions de santé sexuelle.
2. Etendre le principe de la gratuité au-delà de 18 ans pour les jeunes jusqu'à 25 ans dépourvus de couverture sociale autonome et en faisant la demande.
3. Lancer une évaluation de la situation des centres et établissements de planification.
4. Définir et mettre en place un dispositif d'évaluation pour apprécier l'impact des différentes mesures introduites par la loi du 21 juillet 2009.
5. Analyser l'expérience britannique de délivrance directe des contraceptifs en pharmacie.
6. Envisager un nouveau projet législatif pour lancer en France une expérimentation de délivrance directe, limitée dans le temps et accompagnée d'un protocole précis et rigoureux.
7. Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée, et en particulier le stérilet.
8. Présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception.
9. Engager une négociation avec les laboratoires pharmaceutiques en vue du remboursement des nouvelles formes de contraception hormonale non orale.
10. Mettre à disposition du grand public des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception.
11. Mettre en oeuvre l'objectif du Plan santé jeunes visant à adapter le conditionnement des contraceptifs pour améliorer l'observance.
12. Promouvoir la prescription d'une contraception d'urgence en complément de la contraception orale.
13. Développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins.
14. Encourager le développement d'actions de formation médicale continue axées sur la contraception.
15. Adapter le programme des études de sage-femmes aux nouvelles compétences que leur reconnaît la loi du 21 juillet 2001 en matière de contraception.
16. Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée

contraceptive.

17. Améliorer le statut, actualiser le positionnement et développer l'intervention des conseillères conjugales et familiales.

18. Encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence « à l'avance ».

19. Développer des outils opérationnels de guidance pour les pharmaciens dans la délivrance de la contraception d'urgence.

20. Elargir les possibilités pour l'infirmière scolaire d'apporter une réponse de premier recours.

21. Organiser et financer l'approvisionnement des pharmacies scolaires.

22. Développer des formations sur la contraception d'urgence pour les infirmières scolaires et les doter d'outils d'aide à la décision.

Annexe 2

Efficacités comparées des méthodes contraceptives

Méthode contraceptive	Pourcentage des grossesses non désirées durant premières années d'utilisation	
	Utilisation typique	Utilisation parfaite
Absence de contraception	85	85
Spermicides seuls	29	18
Retrait	27	4
Abstinence périodique	25	
Méthode de calendrier		9
Méthode d'ovulation		3
Méthode de température		2
Cape cervicale et spermicide		
Chez les femmes déjà mères	32	26
Chez les femmes nullipares	16	9
Éponge		
Chez les femmes déjà mères	32	20
Chez les femmes nullipares	16	9
Diaphragme	16	6
Préservatif masculin	15	2
Préservatif féminin	21	5
Pilules et mini pilules combinées	8	0,3
Patch	8	0,3
Anneau cervical (Nuvaring)	8	0,3
Injection (Depo-Provera)	3	0,3
Injection combinée	3	0,05
Stérilet en cuivre	0,8	0,6
Stérilet hormonal Mirena	0,1	0,1
Implants	0,5	0,5
Stérilisation de la femme	0,5	0,5
Stérilisation de l'homme	0,15	0,1

Efficacité de la contraception d'urgence (pilule du lendemain) utilisés dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé : 75 %

References:

Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (WHOMECEC), 3rd edn. Geneva: WHO, 2004. Data from: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F et al, eds. Contraceptive Technology, 18th revised edition. New York: Ardent Media, 2004.

Source: Trussell J. Contraceptive efficacy. Dans : Hatcher RA, et al., *Contraceptive technology: eighteenth revised edition*. New York NY: Ardent Media, 2004.

PARTICIPATION DES PHARMACIENS AUX CAMPAGNES NATIONALES SUR LA CONTRACEPTION

Dès 2000, les pharmaciens ont été associés et ont participé aux campagnes nationales sur la contraception.

✚ **Campagne « La contraception, à vous de choisir la vôtre » (2000)** lancée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale et le secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes et à la formation professionnelle.

L'objectif était d'informer les jeunes, les célibataires et les couples sur les différents modes de contraception et l'importance de choisir la méthode la plus adaptée. La campagne a été déclinée sous la forme de spots TV, de messages radio, d'encarts dans la presse. Une plate-forme téléphonique d'information a été activée et un « guide de poche de la contraception » destiné au public a été édité.

Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm)⁷ a relayé cette campagne en éditant et diffusant à tous les pharmaciens des fiches techniques (à usage professionnel) sur la contraception et en mettant à la disposition des confrères les « guides de poche » à remettre au public. 155 000 « guides de poche sur la contraception » ont été diffusés par les pharmaciens dans le cadre de cette campagne.

✚ **Campagne « La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place » (2002)** à l'initiative du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Cette campagne avait pour objectif de favoriser l'utilisation effective de la contraception par les femmes et de mobiliser les professionnels de santé et les principaux relais d'information sur ce thème. Elle comprenait la diffusion de spots radio, d'affiches et d'un « mémo contraception » pour le public présentant les différentes méthodes contraceptives.

Dans le cadre de cette campagne, toutes les officines ont reçu un lot de « mémo contraception » à remettre au public, le réapprovisionnement étant assuré par le Cespharm.

✚ **Campagne « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » (2007-2010)** lancée par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'INPES.

L'objectif était de faire connaître la diversité des méthodes contraceptives tout en soulignant qu'une contraception efficace est une contraception choisie et adaptée à sa situation personnelle et affective. La campagne a été déclinée sous la forme de films TV, de spots radio, d'un site internet dédié et d'un numéro d'appel gratuit pour toute question sur la contraception. Des affiches et brochures à remettre au public ont également été éditées et diffusées.

Le Cespharm a relayé cette campagne auprès des pharmaciens en diffusant les affiches et les brochures à remettre au public ainsi qu'une sélection de documentation à usage professionnel. Plusieurs campagnes d'affichage en officine ont été lancées à l'initiative du Cespharm pour promouvoir ce message sur la contraception. 150 000 brochures ont été diffusées par les pharmaciens dans le cadre de cette campagne.

⁷ Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française est une commission permanente de l'Ordre des pharmaciens chargée d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention et l'éducation pour la santé.

Annexe 4

Quels examens ou tests faut-il faire aux personnes présumées en bonne santé à titre systématique avant de fournir une méthode de contraception ?

Données extraites du document OMS « Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives »

Deuxième édition (2005)

Organisation mondiale de la Santé, Genève

Département Santé et Recherche génésiques
Santé familiale et communautaire

	Contraceptifs oraux combinés	Contraceptifs progestatifs purs	Préservatifs	Spermicides
Examen des seins	C	C	C	C
Examen gynécologique	C	C	C	C
Dépistage du cancer du col utérin	C	C	C	C
Examens de laboratoire	C	C	C	C
Tension artérielle	±*	±*	C	C

Critères de classification :

Classe A = essentiel et obligatoire dans tous les cas pour une utilisation sûre et efficace de la méthode contraceptive.

Classe B = joue un rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'utilisation, mais la mise en oeuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque rattaché au fait de ne pas effectuer un examen ou un test doit être pesé en regard des avantages présentés par le fait de mettre à disposition la méthode contraceptive.

Classe C = ne joue pas un rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'emploi de la méthode contraceptive.

Cette classification renvoie essentiellement au rapport existant entre les examens ou les tests et la mise en route en toute sécurité d'une méthode contraceptive. Elle ne vise pas à étudier le bien-fondé de ces examens ou de ces tests dans d'autres situations.

* Bien qu'il soit « souhaitable de disposer de mesures de la tension artérielle avant de démarrer certaines méthodes de contraception, « dans certains contextes, il n'est pas possible de mesurer la tension artérielle. Dans beaucoup d'entre eux, les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les méthodes hormonales figurent parmi les rares méthodes largement disponibles. Dans ces endroits, on ne refusera pas aux femmes des méthodes hormonales simplement parce qu'on ne peut pas mesurer leur tension artérielle ».

Annexe 5

Exemples d'actions de formation continue dispensées aux pharmaciens d'officine sur la contraception

. Sous l'égide de l'UTIP Formation Pharmaceutique Continue

. Sur la contraception d'urgence : 45 réunions ayant rassemblé au total 2 600 participants

. Sur la contraception : parcours de formation en ligne sur le thème « gynécologie » (3 modules, contraception, ménopause, IST) ayant reçu l'agrément du Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue.

2 000 formations en ligne (formation d'une durée de 4 heures, incluant des pré et post tests, 3 cas cliniques de 20 questions et une auto-évaluation), ont été proposées aux officines en 2010.

. Sous l'égide de l'Association Française pour la Contraception (AFC) :

. Ile de La Réunion septembre 2010: 60 participants (soirée UTIP), animation de 3 ateliers à l'initiative de RESPIRE (Réseau des Pharmaciens Indépendants de La Réunion)

. Nantes octobre 2010: environ 160 participants (soirée UTIP)

. Angers juin 2010: journée de formation interprofessionnelle en ateliers ouverte aux médecins, pharmaciens et sages-femmes, sur le thème « La contraception pour en parler autrement », mise en place sous l'égide de l'ARS (Agence Régionale de Santé) Pays de Loire et avec le soutien des trois Ordres.

. Mai 2011 : 3 interventions prévues à Angers, Le Mans et Laval, sur le thème « La contraception en 2011, le rôle du pharmacien » (organisation : PHARMEPU).

. Autre formation agréée par le Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue

. DMVP Formation/ La contraception (formation en ligne)

Annexe 6

Exemples d'actions contraception en officine

. **Journées contraception à l'officine octobre 2008** : microprojet relayé sur le site www.contraceptionpharma.fr; une initiative personnelle d'une pharmacienne du Maine et Loire.

. **Action contraception du réseau RESPIRE** (réseau de pharmaciens de La Réunion) autour de la Journée mondiale de la contraception, 26 septembre 2010 : vitrines d'information sur la contraception, stands au sein des officines, formation des équipes officinales, initiation à un dialogue sur la contraception grâce à un quizz...

Annexe 7

ACCOMPAGNEMENT DE LA DISPENSATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Afin d'accompagner la publication du décret n°2002-39 du 9 janvier 2002 fixant les conditions de la délivrance gratuite et anonyme de la CU aux mineures par les pharmaciens d'officine, le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm)⁸ et le département des politiques de santé de la CNAMTS se sont associés pour promouvoir l'accompagnement éducatif par le pharmacien des jeunes filles ayant recours à la CU.

A cet effet, le Cespharm et la CNAMTS ont réuni un groupe de travail composé de représentants de l'Association française pour la contraception, du Mouvement français pour le planning familial, de Fil Santé jeunes, de spécialistes des adolescents et de pharmaciens.

Différentes actions ont ainsi été menées depuis 2002 :

- **diffusion régulière d'information professionnelle aux pharmaciens** par la Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques (bulletin de l'Ordre des pharmaciens) puis le site internet du Cespharm (www.cespharm.fr) pour rappeler les modalités et les obligations relatives à la dispensation d'une contraception d'urgence aux mineures et proposer des outils éducatifs
- **conception, édition et diffusion de documents d'information pour les jeunes filles :**
 - o **une brochure d'aide à la dispensation de la contraception d'urgence** : « Une contraception d'urgence, la pilule du lendemain ». Destiné à être remis systématiquement par le pharmacien avec le médicament de contraception d'urgence, ce document rassemble les principaux messages à délivrer lors de cette dispensation : conditions et modalités d'utilisation, prévention des infections sexuellement transmissibles, importance d'une contraception régulière et d'un suivi médical... Une version « métropole » et une version spécifique pour les départements d'outre-mer ont été élaborés.
 - o **une carte d'information sur la contraception d'urgence** destinée à être plus largement diffusée auprès du public pour faire connaître l'existence de la contraception d'urgence, tout en en précisant les

⁸ Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française est une commission permanente de l'Ordre des pharmaciens chargée d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention et l'éducation pour la santé.

limites et rappelant certains messages de prévention. Une version « métropole » ainsi qu'une version spécifique à chaque département d'outre-mer ont été éditées.

Les brochures d'aide à la dispensation de la contraception d'urgence ont été diffusées dans toutes les officines par les grossistes-répartiteurs en janvier 2002 afin d'accompagner la publication du décret. Depuis 2002, ces outils d'information et d'accompagnement des jeunes filles ayant recours à la contraception d'urgence sont disponibles pour les pharmaciens sur simple demande auprès du Cespharm (www.cespharm.fr).

Diffusion :

- **1,9 millions de brochures « Une contraception d'urgence, la pilule du lendemain » diffusées depuis 2002** (1,5 millions diffusées systématiquement et 400 000 sur demande des pharmaciens)
- **3,5 millions de cartes diffusées depuis 2002** (3,3 millions diffusées systématiquement et 200 000 sur demande des pharmaciens).

Vers une nouvelle approche de la contraception : Evolution des mentalités à partir des expériences étrangères

En matière de contraception, des réflexions se déroulent depuis de nombreuses années, au niveau international, sous l'égide de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), pour évoluer vers un certain degré de «dé-médicalisation» de la contraception qui consiste à confier le plus possible la contraception des femmes en bonne santé à d'autres professionnels de santé que des médecins ; la trop grande médicalisation étant défavorable à l'accessibilité⁸ et à l'appropriation de la contraception par les femmes, avec pour effet pervers un abandon de l'autonomie et de la responsabilité des utilisatrices et paradoxalement un mauvais contrôle des grossesses non prévues.

La contraception hormonale est d'ailleurs en vente libre dans certains pays, comme au Mexique par exemple, ce qui permet des études intéressantes sur le comportement des femmes dans les zones frontalières³.

Le débat est ouvert entre partisans d'une «dé-médicalisation» raisonnable et encadrée de la contraception et les « opposants farouches » qui brandissent l'argument de la sécurité et craignent un abandon par les femmes des soins de prévention, en particulier de l'examen gynécologique qui permet la pratique du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il convient à cette occasion de bien préciser que le frottis est un dépistage des conséquences d'une infection très lente sexuellement transmissible, IST, due à des papillomavirus oncogènes et que, s'il fait bien partie du soin en santé reproductive de la femme, il ne faut pas le confondre avec la contraception. La tendance est de découpler ces deux concepts. Aux Etats Unis, cette réflexion se développe depuis 20 ans et déjà en 2001 une publication du JAMA précisait que pour beaucoup de femmes la sécurité de la contraception hormonale est uniquement basée sur l'histoire médicale et la mesure de la tension artérielle et ne nécessite pas d'examen des seins ou du pelvis¹³. Dans ce même pays sont pointées dans diverses enquêtes les résistances des gynécologues obstétriciens dont beaucoup limitent la durée des prescriptions aux femmes dont le frottis de dépistage n'est pas à jour¹⁰, ce qui n'est pas sans rappeler ce que nous avons observé et observons encore en France.

Pourtant, si l'on considère les statistiques françaises dans les très récentes recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus du 07-2010⁹, dans un pays où la contraception est très médicalisée (5 7% d'utilisatrices de «pilules» chez les femmes en âge de procréer, 27 % de Dispositifs Intra Utérins...), il n'y a qu'environ 60 % des femmes de moins de 50 ans qui font un frottis de dépistage conforme aux recommandations professionnelles : 2 à un an d'intervalle au plus tard à 25 ans, puis un tous les 3 ans⁹. Force est de constater que certaines femmes échappent au dépistage(souvent les plus précaires qui ne consultent pas les gynécologues) et l'orientation se fait vers des dépistages organisés qui ont montré à l'étranger une efficacité supérieure au dépistage individuel. Ceci explique et justifie les programmes qui se mettent en place actuellement dans des départements pilotes en France⁹.

La meilleure synthèse de ce débat sur la «dé-médicalisation» est détaillée dans le British Medical Journal du 16 Décembre 2008 dans un face à face entre Daniel Grossman et Sarah Jarvis⁷.

Faciliter l'accès à la contraception pour éviter le taux important de discontinuation à un an par exemple ou faciliter l'approvisionnement en cas de besoin sont les sujets de réflexions dans lesquels la participation du pharmacien, par son expertise, son implantation et sa facilité d'accès sont valorisés^{2,11}.

Aux Etats Unis, par exemple, pour lutter contre les abandons de couverture contraceptive avec les injections trimestrielles de dépoprovera® (Dépoprovera®), des réflexions sont menées pour envisager que des pharmaciens formés puissent réaliser les injections en s'appuyant sur leur rôle démontré dans certains Etats pour augmenter la couverture vaccinale de la population contre la grippe, à la grande satisfaction de la population¹¹. En 2003, dans deux pharmacies de Californie, 69 femmes de 19 à 45 ans ont reçu 143 injections de Progestatif trimestriel dans le cadre d'un projet pilote, Les femmes qui travaillaient ont particulièrement apprécié ce service en raison des larges plages d'ouverture des officines¹⁵.

Dans une étude très récemment publiée en août 2010, 50 femmes de plus de 18 ans ont été randomisées pour recevoir leurs deux prochaines injections de dépo-médroxyprogestérone sous cutanées (nouvelle forme d'administration) soit à la pharmacie, soit à la clinique. Il n'y a pas de différence de satisfaction entre les deux groupes, 100 % des femmes ont estimé que la pharmacie est un site privé très correct et que les professionnels de santé qui y officient sont respectueux. Les auteurs concluent que les injections à la pharmacie sont faisables, les femmes étant satisfaites des deux approches¹⁶

Toujours aux Etats Unis, dans une enquête téléphonique auprès de 811 femmes de 18 à 44 ans interrogées sur leur intérêt pour la pharmacie comme source d'approvisionnement facilité en contraception hormonale, 68 % ont répondu qu'elles utiliseraient ce service s'il leur était offert et 63 % qu'elles approuveraient ce service si les pharmaciens les interrogeaient pour sécuriser l'usage de la contraception¹².

Dans ce contexte, des expérimentations pilotes impliquant les pharmaciens en contraception hormonale se mettent en place dans certains pays «développés»: Etats-Unis, Canada (Québec), Royaume Uni^{1,2,6}.

Elles ont pour point commun d'exiger des aménagements pour rendre légale la prescription eu égard aux lois des pays concernés. La solution retenue est la délégation par des médecins ou par un groupe de médecins à des professionnels de santé formés (infirmier-es, pharmacien-nes) de la possibilité de prescription et dispensation de contraceptifs hormonaux, pilules, patchs, anneaux vaginaux, injections trimestrielles ...

Dans les protocoles mis en oeuvre, les conditions d'inclusion, les interventions cliniques (prise de la tension artérielle, poids) et les produits à délivrer sont parfaitement définis ainsi que les interventions possibles et les circonstances de recours au prescripteur^{2,4}. Après approbation par les ministères de la santé, des conventions sont signées pour un temps déterminé.

Au Royaume Uni, le projet pilote en cours a été soutenu par la «Faculty of sexual and reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists»¹.

Au Québec, le projet d'ordonnance collective a été soutenu par les Ordres et l'Ordre des Pharmaciens qui a mis au point en mai 2008 un manuel d'autoformation à la contraception hormonale à l'intention des pharmaciens⁵.

Aux Etats Unis, après le succès de l'expérience «accès direct», des enquêtes sont menées pour interroger les pharmaciens sur leur intérêt au sujet de la contraception en pharmacie. Dans une récente publication, 2 725 pharmaciens ayant répondu à une enquête se sont déclarés être intéressés par cette démarche, les obstacles évoqués étant le temps nécessaire, l'absence de remboursement du service et les éventuelles résistances des médecins⁸.

Les mentalités semblent évoluer vers une libéralisation de la contraception avec implication du pharmacien comme acteur de santé. Une réflexion a également lieu pour mieux accompagner les femmes pour leurs choix contraceptifs dans le contexte de la vie moderne, lever les barrières inutiles à l'accessibilité, aider les femmes à s'y reconnaître au milieu de tout ce qui fait frein à leur appropriation de la contraception (médias, prix des contraceptifs ...) ¹⁴, réflexions qu'il serait capital d'intégrer dans les formations initiales et continues des officinaux.

Bibliographie

- 1- Pharmacists are to offer the pill in London pilot scheme, BMJ 2008; 337 - 316
- 2- Pharmacist prescribing of hormonal contraceptives : results of the direct Access study : J. Am Pharm Assoc. 2008; 48/212-221
- 3- Clinic Versus Over -the-Counter Access to oral Contraception : Choices Women Make Along the US-Mexico Border : American Journal of Public Health, june 2010, vol 100, 6
- 4- Patient Group Directions for the supply or administration of Hormonal contraceptives in Lambeth Community Health Sexual & Reproductive Health Service
- 5- Contraception hormonale, conseiller et guider dans la bonne direction, Ordre des pharmaciens du Québec, mai 2008

- 6- Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale (Québec), mise à jour 2009
- 7- Should the contraceptive pill be available without prescription? yes or no
BMJ 2008; 337 - 344
- 8- Pharmacist interest in and attitudes toward direct pharmacy access to hormonal contraception in the United States Sharon Landau and all J Am Pharm Association 2009; 49:43-50
- 9- HAS : état des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010
- 10- Cervical cancer screening continues to limit provision of contraception. Elenor Bimla Schwartz and all, Contraception 72 (2005) 179-181
- 11- Pharmacist-administred depo medroxyprogesterone acetate, Carla Picardo, Contraception73 (2006) 559-561
- 12- Birth control within reach : a national survey on women's attitudes toward and interest in pharmacy access to hormonal contraception. Sharon Cohen Landau and all, Contraception 74 (2006) 463-470
- 13- Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception : current practice vs evidence. Stewart FH and all, JAMA 2001 Aug 8; 286 (6) : 671-2
- 14- Beyond a prescription : strategies for improving contraceptive care.
Rameet Singh and all, Editorial Contraception79 (2009) 1-4
- 15-Pharmacy and clinic partnerships to expand access to injectable contraception
Nicole J.Monastersky Maderas, PublicHealth Institute, Oakland, Calif.
- 16- Pharmacists administred subcutaneous depomedroxyprogesterone : a pilot randomised control trial .
Contraception 2010 Aug;82(2) :160-7

Dr Françoise Tourmen
Vice-Présidente de l'Association Française pour la Contraception
27-12-2010

Composition du Groupe de Travail

*« Délivrance des contraceptifs à l'officine :
rôle éducatif du pharmacien, suite de la loi HPST »*

Animateur du Groupe de Travail : Didier Rodde

Fabienne Blanchet

Pierre Faure

Marina Jamet

Jean Lamarche

Renée-Claire Mancret

Raphaël Moreau

Françoise Tourmen