



Direction générale de la santé
Sous direction santé et société
Bureau Santé des populations, précarité et exclusion

STRATEGIE D' ACTIONS EN MATIERE DE CONTRACEPTION

Janvier 2007

Sommaire

Glossaire	05
Synthèse	07
Introduction	09
Contexte dans lequel s'insère cette stratégie d'actions	09
I- Histoire de la contraception	13
I.1 – Le développement récent de la contraception hormonale	14
I.2 – Son développement en France	15
II- La population concernée par la contraception	17
II.1 – Quelques caractéristiques démographiques	17
II.2 – La situation des adolescentes	19
III- Les modalités d'information et d'accès à la contraception	21
III.1 – Les lieux d'information sur la sexualité et la contraception	21
III.2 – Les lieux d'accès à la contraception	22
IV- Les données en matière d'utilisation de contraception	25
IV.1 – Les données disponibles	25
V- Synthèse des difficultés identifiées	37
V.1 – L'absence de méthode contraceptive	37
V.2 – Les difficultés de gestion quotidienne d'une méthode contraceptive notamment orale	37
V.3 – Le déficit d'accès à une information claire et validée	37
V.4 – Le coût des méthodes contraceptives	38
VI – Conclusion	39
VII – Les axes stratégiques	43
<u>Axe 1 : Agir sur l'information du grand public et de public cibles</u>	43
<u>Axe 2 : Agir sur la pratique des prescripteurs</u>	55
<u>Axe 3 : Améliorer l'accessibilité à la contraception</u>	67
<u>Axe 4a : Améliorer les connaissances en matière de contraception au niveau national</u>	79
<u>Axe 4b : Améliorer les connaissances en matière de contraception au niveau européen</u>	83
Bibliographie	89

Glossaire

ACSF	Enquête relative à l'analyse des comportements sexuels en France
AFC	Association française pour la contraception
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFTN	Anomalie de fermeture du tube neural
ANRS	Agence nationale de recherches sur le SIDA
ASMR	Amélioration du service médical rendu
ANCIC	Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CESPHARM	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CNGOF	Collège national des gynécologues obstétriciens
COCON	Cohorte contraception (Inserm U 569)
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie.
CPEF	Centre de planification ou d'éducation familiale
CSIS	Conseil supérieur de l'information sexuelle
CSP	Code de la santé publique
CU	Contraception d'urgence
DIU	Dispositif intra-utérin
EICCF	Etablissement d'information, de consultation et de conseil conjugal
ENP	Enquête nationale périnatale, INSERM U 149, DREES, DGS (février 2005)
EPPM	Etude permanente de la prescription médicale
GEU	Grossesse extra utérine
HAS	Haute autorité de santé
HCPF	Haut conseil de la population et de la famille
HCSP	Haut comité de santé publique
IMG	Interruption médicale de grossesse

INCA	Institut national du cancer
INED	Institut national des études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut national de veille sanitaire
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PRSP	Plan régional de santé publique
SAE	Statistique d'activité des établissements
SF	Sage femme
SMR	Service médical rendu
UCD	Unité commune de dispensation
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Synthèse

La situation française en matière de contraception est qualifiée de paradoxale par les chercheurs. Alors même qu'on a assisté à une diffusion massive des méthodes contraceptives au cours des trente dernières années, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse ne diminue pas.

Pour tenter de comprendre les enjeux entourant l'accès et le recours à la contraception, il convient de considérer plusieurs données.

L'ampleur du phénomène concerne, à un moment ou à un autre de leur vie, globalement 32 millions d'individus dans notre pays.

Si l'âge des français au premier rapport sexuel reste depuis plusieurs années stable, aux alentours de dix-sept ans et demi, on constate que l'âge moyen des mères à la naissance de leur enfant¹ recule régulièrement, de 3 ans en 30 ans, pour se situer à 29,6 ans en 2004 (l'âge moyen se situait à 27,4 ans en 2000 et à 23,9 ans en 1970).

Il faut garder à l'esprit que, pendant le délai de 10 ans qui existe entre le premier rapport sexuel et la première naissance, le recours à la contraception doit être adapté aux conditions de vie de chaque individu et que ce recours doit être sans faille, quelles que soient les circonstances. Si l'on considère par exemple la prise d'une contraception œstroprogestative orale, cela se traduit par la prise, jour après jour, de 2 500 pilules, ne tolérant ni un oubli, ni un retard dans la prise de plus de quelques heures.

L'indicateur conjoncturel de fécondité des femmes françaises étant de 1,9 enfant par femme, la maîtrise de la fécondité s'étend en fait bien au-delà des 10 années qui précèdent la naissance du premier enfant pour s'exercer tout au long de la vie.

Dans cet état des lieux il convient de considérer maintenant les modalités de recours de la population aux moyens contraceptifs. Plusieurs données montrent que les femmes françaises occupent la première place mondiale dans l'utilisation de méthodes médicales de contraception réversibles (pilule et stérilet), qui sont en théorie d'une grande efficacité.

Pourtant ces mêmes données permettent de préciser que près d'un tiers des grossesses ne sont pas prévues et que parmi celles-ci, la moitié se terminera par une interruption volontaire de grossesse.

Mais, phénomène très préoccupant, près de deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser un moyen contraceptif au moment de la survenue de la grossesse.

Lorsque l'on regarde attentivement les moyens contraceptifs utilisés, on remarque que la majorité d'entre eux sont en théorie très efficaces et qu'ils nécessitent l'intervention d'un médecin.

Les données de l'enquête COCON² font apparaître que seules 5% des femmes, qui ont des rapports sexuels et ne souhaitent pas d'enfants, n'utilisent pas de contraception.

Toutes les autres femmes de cette étude soit utilisaient une méthode pour éviter d'être enceinte, soit étaient enceintes ou cherchaient à le devenir soit encore souffraient de stérilité.

¹ INED, évolution annuelle de la fécondité, site www.ined.fr.

² COCON : enquête socio-épidémiologique prospective à entrée progressive, réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de femmes vivant en métropole, âgées de 18 à 44 ans. Seules les femmes susceptibles d'être enceintes sans l'avoir désiré sont concernées : sont exclues les femmes enceintes ou cherchant à l'être, les femmes stériles, stérilisées ou celles n'ayant pas de rapports sexuels.

Les méthodes employées, par ordre décroissant, sont la pilule (45,4%), le stérilet (17,3%), le préservatif (7,4%), la stérilisation féminine (4,7%). Un certain nombre de méthodes, d'une efficacité nettement moindre, sont également utilisées comme l'abstinence périodique (1,3%) ou le retrait (2,3%).

L'analyse de ces données traduit les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes dans la gestion, quotidienne et à long terme, d'une contraception très médicalisée.

Lorsqu'on les interroge, elles attribuent les « échecs » du moyen contraceptif qu'elles utilisent au fait qu'elles n'ont pu choisir la méthode qui leur a été prescrite et que celle-ci ne leur convient pas. Elles évoquent également une utilisation incorrecte de la méthode ou la survenue d'une difficulté lors de son utilisation : oubli de pilule, mauvaise utilisation ou rupture de préservatif, échec des méthodes naturelles. Elles sont également démunies lorsqu'un accident de méthode survient, car étant insuffisamment informées, elles n'adoptent pas la conduite à tenir adéquate pour éviter la survenue d'une grossesse.

C'est donc moins à un problème d'accès à la contraception que sont confrontées les femmes qu'à une inadéquation entre les méthodes contraceptives qui leurs sont prescrites et leurs conditions de vie au quotidien, ainsi qu'à une insuffisance d'explication sur les modalités d'utilisation de celles-ci. A cela s'ajoute le fait que le coût d'un certain nombre de méthodes contraceptives, non prises en charge par l'assurance maladie mais pourtant largement prescrites, peut constituer un frein pour certaines femmes en situation de vulnérabilité.

C'est sur la base de ce constat qu'ont été définies des propositions d'actions à mener, tant en direction de la population qu'en direction des professionnels de santé, pour réduire les difficultés d'accès à la contraception rencontrées par les couples.

Introduction

■ Contexte dans lequel s'insère cette stratégie d'actions

Le contrôle des naissances est un problème de santé publique qui concerne potentiellement, à un moment ou l'autre de la vie, l'ensemble de la population. Plus précisément, si l'on ne prend en compte que la population âgée de 15 à 45 ans, la contraception concerne en France approximativement 30 millions de femmes et d'hommes.

Le contrôle des naissances s'inscrit dans un cadre socialement délimité, qui ajoute à la question du nombre d'enfants qu'une femme désire avoir, la notion du « meilleur moment » pour elle ou pour son couple de l'(les) avoir. Et alors même que la période de fécondité d'une femme est plus longue qu'auparavant, le moment socialement déterminé pour « être mère » est réduit.

Le respect de cette double exigence suppose que les femmes sont aptes à « maîtriser » leur vie, sans prendre en compte les histoires de vie, les conditions matérielles et psychologiques dans lesquelles elles évoluent, les références culturelles et familiales qui sont les leurs et qui ont une influence sur leur existence.

Il est important d'analyser la situation et les difficultés existant en matière de contraception afin de prévenir la survenue de grossesses non désirées. Le cadre de référence de cette analyse est l'objectif n° 97 inscrit dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 qui fixe qu'il faut « *assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours* ».

Mais pourquoi s'attacher à définir une stratégie d'actions concernant la contraception alors que les différentes sources disponibles montrent une large diffusion des méthodes contraceptives ? Selon l'étude COCON³, seules 5% des femmes de l'échantillon, ayant des rapports sexuels et susceptibles d'être enceintes, n'utilisent pas de contraception.

Selon les données issues de l'INED⁴ en 2000, sur 100 femmes âgées de 20 à 44 ans, 74,6% utilisent une contraception. Sur les 20,7% des femmes qui déclarent ne pas utiliser de méthode contraceptive, seules 1,8% déclarent ne plus vouloir d'enfants. Les autres femmes soit sont enceintes (4), soit veulent le devenir (5,4%), soit souffrent de stérilité (1,3%), soit encore n'ont pas de partenaire au moment de l'enquête (8,3%).

Malgré cette large utilisation de la contraception, un nombre non négligeable de grossesses « non désirées » survient encore actuellement. Selon les données de l'enquête COCON, il est possible d'estimer que la dernière grossesse était non souhaitée par un tiers des femmes interrogées.

Parmi les femmes dont la dernière grossesse n'était pas souhaitée, seulement un tiers d'entre elles n'utilisait pas de contraception. Enfin la moitié de ces grossesses non souhaitées a abouti à une interruption volontaire de grossesse (IVG).

³ COCON : enquête socio-épidémiologique prospective à entrée progressive, réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de femmes vivant en métropole, âgées de 18 à 44 ans. Seules les femmes susceptibles d'être enceintes sans l'avoir désiré sont concernées : sont exclues les femmes enceintes ou cherchant à l'être, les femmes stériles, stérilisées ou celles n'ayant pas de rapports sexuels. Trois vagues de recrutement sont prévues : octobre 2000, octobre 2003 et octobre 2006. Les femmes seront interrogées chaque année et le suivi individuel est fixé à 5 ans.

⁴ C. Rossier, H. Léridon, et l'équipe COCON, Population 3-4, 2004.

Au cours de l'année 2003 (données publiées par la DREES⁵), 203 346 IVG ont été comptabilisées en France métropolitaine. Ce chiffre montre pour la première fois depuis 1996, une légère diminution qui se chiffre à 1,6% du nombre des IVG par rapport à l'année 2002. L'évolution annuelle moyenne se situait en effet, entre 1996 et 2002, autour de + 2%. Seule une surveillance du nombre des IVG sur les années à venir permettra de montrer si cette tendance se confirme.

Le recours à l'IVG est estimé en 2003 à 14,1 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, en léger recul par rapport à 2002 (14,4 IVG pour 1000 femmes). Cependant il varie fortement selon les tranches d'âge, passant de 26,7 IVG pour 1 000 femmes de 20 à 24 ans, à 18,2 IVG pour 1 000 femmes de 30 à 34 ans et à 5,6 IVG pour 1 000 femmes de 40 à 44 ans. La seule augmentation du nombre d'IVG constatée en 2003 concerne la population des 15-17 ans.

Près de 90% des femmes ayant eu recours à une IVG en 2002 avaient entre 19 et 39 ans. En 2003, la DREES estime que 80% des femmes recourant à une IVG avaient entre 20 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, une femme sur 51 est concernée par une IVG.

Si l'on regarde de plus près la situation des mineures, on constate une évolution à la hausse du nombre des IVG depuis les années 90. S'il se situait autour de 8 000 IVG entre 1990 et 1995, ce chiffre s'est accru pour atteindre 10 700 IVG en 2002 et 11 000 en 2003. L'augmentation du recours à l'IVG concerne particulièrement les mineures de 15 à 17 ans.

La DREES souligne pourtant que, rapportées au nombre de femmes de chaque génération, les IVG sont 2 fois moins fréquentes chez les jeunes filles de 15 à 17 ans que chez celles de 18 à 19 ans, ce qui est à mettre en relation avec l'âge moyen auquel les adolescents ont leurs premiers rapports sexuels (17 ans : Baromètre Santé 2000⁶, stabilité en 2005⁷).

L'enquête nationale périnatale⁸, réalisée entre le 13 et le 19 octobre 2003, sur un échantillon de 15 108 femmes interrogées au moment d'un accouchement, montre que 12,1 % des femmes ont déclaré au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG).

L'information étant recueillie dans les dossiers obstétricaux, il est possible que cette information soit moins bien connue que si elle avait été recueillie par entretien auprès des femmes.

Plus récemment, les premiers résultats du Baromètre santé 2005 font état d'une stabilité du nombre des recours à l'IVG par rapport aux résultats précédents : 17,2 % en 2005 et 18 % en 2000.

Les femmes résidant dans les départements d'outre-mer présentent des caractéristiques différentes des femmes métropolitaines. Elles ont beaucoup plus souvent recours à l'IVG, notamment en Guadeloupe (41,5‰), et en Guyane (37,3 IVG ‰), qu'en métropole (14,8‰). Chez les filles mineures des DOM, le recours plus fréquent à l'IVG est également constaté, dans un contexte de natalité lui aussi plus élevé (8,5% des naissances chez les moins de 21 ans contre 2,1% en métropole).

La diffusion des méthodes contraceptives, au cours des quatre dernières décennies en France, a eu pour effet de réduire le nombre de femmes exposées à un risque de grossesse non désirée. Cependant, lorsqu'elles sont confrontées à ce risque, on constate que les femmes ont plus fréquemment recours à une IVG qu'auparavant.

La grossesse non désirée est plus souvent associée à une déclaration tardive de grossesse et, en conséquence, à une surveillance médicale insuffisante. Ces déclarations tardives ont légèrement augmenté entre les 2 dernières enquêtes périnatales (4,4% en 1998 contre 4,9% en 2003). Une déclaration tardive est plus souvent associée à la survenue de pathologies obstétricales, avec tout ce

⁵ Etudes et résultats n° 431, octobre 2005, « les interruptions volontaires de grossesse en 2003 ».

⁶ Baromètre Santé 2000, INPES

⁷ Baromètre Santé 2005, INPES, communication des premiers résultats, mars 2006.

⁸ Enquête nationale périnatale, INSERM U 149, DREES, DGS, février 2005

que cela implique en termes de retentissement sur la santé de la mère et de l'enfant à naître, notamment prématurité et petit poids à la naissance.

La grossesse non désirée représente également un facteur de risque de troubles d'attachement entre la mère et le nouveau-né, pouvant aboutir à des situations de maltraitance active (physique ou psychologique) ou passive (carence de soins, négligence).

Si la couverture contraceptive des femmes françaises apparaît donc élevée, trois femmes sur quatre y ayant recours, il subsiste cependant un nombre non négligeable de grossesses non désirées. Parmi les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, moins de 5% ne désirent pas de grossesse.

Ce constat amène à s'interroger, d'une part sur les raisons de la non utilisation de contraception chez des femmes qui ont des rapports sexuels et ne désirent pas de grossesse, d'autre part sur les motifs des « échecs » rencontrés par les femmes qui, bien qu'utilisant une méthode contraceptive, sont confrontées à une grossesse non désirée.

I- Histoire de la contraception

La limitation des naissances n'est pas une préoccupation récente des femmes et des hommes. Elle existait en Egypte, en Grèce et à Rome dans la période antique. Si la méthode du retrait y était répandue, on a également retrouvé en Egypte la description d'un dispositif intra-utérin datant d'il y a 5000 ans (en or ou en cuivre).

Les préservatifs (vessie de chèvre, cuir, carapace molle de tortue ou boyau animal), les « obturateurs féminins » (en papier huilé) ancêtres des diaphragmes, l'utilisation de gomme arabique visant à empêcher la migration des spermatozoïdes et la lactation sont connus et utilisés dès l'antiquité.

En France, dès le III^e et IV^e siècle, le christianisme naissant prône la chasteté, le mariage étant consacré à la procréation. Il faut attendre les XVII^e et XVIII^e siècle pour que l'évolution sociale combinée à une meilleure connaissance du processus de la reproduction aboutisse à une baisse de la natalité.

La fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle voient en France l'éclosion de mouvements ouvriers et féministes qui se préoccupent de contraception, dans un contexte de préoccupation nataliste important et sous l'influence d'une Eglise puissante.

La loi de juillet 1920 réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle et en 1923, l'importation d'articles anticonceptionnels est prohibée⁹. Elle prévoyait un emprisonnement de un à six mois et une amende pour quiconque « *par des discours proférés dans des lieux ou réunions publics, par toute publication dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité*¹⁰ »

Au cours de la même année (1920) est créé aux Etats-Unis, le premier dispensaire de contrôle des naissances, sous l'impulsion des adeptes du « *birth control* ».

A la même période encore, au Japon, Kyusaku Ogino propose en 1929 une méthode qui consiste à s'abstenir de tout rapport sexuel entre le douzième et le seizième jour précédant les règles. Cette méthode nécessitait pour les femmes d'observer la périodicité de leurs 12 derniers cycles avant de pouvoir la mettre en pratique. Les calculs qu'elle imposait aux couples, auxquels s'ajoutait la variabilité éventuelle du déroulement des cycles, entraînaient des taux d'échec importants.

C'est en 1953 que le docteur Marie Andrée Lagroua Weill-Hallé dénonce en France la carence médicale dans ce domaine. Elle fonde en 1956, avec Evelyne Sullerot, une association qui a pour but de promouvoir la maternité volontaire et qui prend pour nom « la Maternité heureuse ». L'objet de l'association était de proposer la modification de la loi de 1920 qui interdisait la contraception en France, de libéraliser la contraception, afin d'éviter les avortements clandestins et les décès maternels qui s'ensuivaient. Le choix du nom de l'association traduisait la volonté de planification des grossesses.

C'est en 1960 que cette association prend le nom de Mouvement français pour le planning familial¹¹. Son objet est toujours de légaliser les moyens anticonceptionnels et de lutter contre les avortements clandestins. Mais, au-delà de la planification des grossesses, apparaît l'engagement pour la légalisation de l'avortement. Cette évolution rend compte de la transformation de la vie des femmes (travail, autonomie financière, exercice des droits). Les premiers centres d'accueil des femmes voient le jour en toute illégalité. Le premier centre ouvre à Grenoble et distribue les moyens contraceptifs importés de l'étranger.

⁹ Site Internet du Planning familial, Histoire des femmes, le corps et la sexualité.

¹⁰ Colloque « Femmes et pouvoirs », Sénat

¹¹ Colloque du cinquantenaire du MFPP, la Mutualité, 18 mars 2006.

I.1 – Le développement récent de la contraception hormonale

A l'évidence, la maîtrise des méthodes contraceptives chimiques, la sûreté et la sécurité de leurs résultats participent directement des progrès accomplis pour l'émancipation des femmes au cours du siècle dernier. A cet égard, ceux-ci ont connu une avancée notable dans le courant des années 50 quand, prenant appui sur les travaux de biologistes anglais effectués avant-guerre et qui avaient confirmé le rôle des hormones dans le processus de la conception, différentes équipes de médecins et de biologistes américains s'efforcèrent de synthétiser des hormones capables à la fois de bloquer avec efficacité l'ovulation et d'être tolérées par leurs utilisatrices.

C'est en 1956 que les médecins américains Grégory Pincus et John Rock, en associant progestérone et oestrogène, obtinrent la première pilule contraceptive durablement et effectivement active, sans effets dangereux pour la santé en cas d'utilisation normale.

Commercialisée aux Etats-Unis dès 1960 sous le nom d'Enovid® et autorisée en France à partir de 1966, cette pilule a rapidement acquis une grande efficacité, apportant ainsi aux femmes une sécurité bien plus grande que les méthodes d'auto-observation ou les autres moyens contraceptifs disponibles à cette époque. Les progrès de la recherche accomplis depuis cette date ont permis de diminuer la quantité d'hormones contenues dans les pilules et de réduire les effets secondaires désagréables qui pouvaient conduire à renoncer à la pilule comme méthode contraceptive. De nouveaux produits particulièrement adaptés à tel ou tel type de physiologie sont apparus (pilule séquentielle, minipilule, pilule biphasique, pilule triphasique, micropilule).

La recherche d'une meilleure adéquation des moyens contraceptifs aux attentes des femmes n'a pas fait disparaître l'existence de contre-indications. Une surveillance médicale reste justifiée.

Si l'arrivée de la pilule a semblé convenir à un grand nombre de femmes, la recherche de produits toujours plus sûrs et de modes d'utilisation plus diversifiés ne s'est pas pour autant interrompue.

La pilule, symbole de la libération des femmes de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, ne semble actuellement pas répondre aux attentes de certaines jeunes femmes. La prise quotidienne de la pilule, ne tolérant pas d'oubli au risque d'en compromettre l'efficacité, peut être vécue comme une « contrainte ».

C'est pourquoi les recherches ont récemment porté sur d'autres formes oestroprogestatives, comme le timbre contraceptif ou l'anneau vaginal, qui ont notamment pour objectifs de contourner la contrainte de la prise quotidienne et de pallier la survenue d'oublis.

A cette rapide présentation, il convient d'ajouter la mise sur le marché plus récente (1999 en France) des pilules dites « du lendemain » ou « contraception d'urgence », constituées d'oestroprogestatifs ou de progestatifs.

De tout temps, la contraception a relevé presque exclusivement des femmes. Les seules méthodes contraceptives masculines disponibles sont le préservatif et la vasectomie.

On peut supposer que le succès du développement des méthodes fiables de contraception féminine a eu un impact sur le retard pris dans la recherche et le développement de méthodes contraceptives masculines.

I.2 – Son développement en France

La loi de 1920 interdisait tout recours à la contraception, comme d'ailleurs à l'avortement, et punissait sévèrement la production, l'importation, la diffusion ou la vente de contraceptifs, ainsi que leur utilisation, qui était au demeurant criminalisée.

En 1960, la pilule fut autorisée à la vente comme contraceptif, aux États-Unis d'abord, puis elle se répandit dans tout le monde développé, non sans opposition de la part des gouvernements les plus conservateurs. Il faut attendre en France la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, présentée par le député et médecin Lucien Neuwirth pour légaliser la contraception. Cette loi constitue l'acte fondateur de la libéralisation de la contraception en France.

La loi de 1967 a ouvert aux femmes la possibilité de maîtriser leur fécondité en posant comme principe le droit à la contraception et à l'information, tout en l'encadrant de manière rigoureuse. Si la fabrication et l'importation des produits, médicaments et objets contraceptifs ont été autorisées, leur vente ne pouvait s'effectuer qu'en pharmacie, sur ordonnance médicale ou certificat médical de non contre-indication nominatif, et elle était limitée quantitativement et dans le temps.

En outre, la vente ou la fourniture de contraceptifs aux mineurs ne pouvait intervenir qu'après consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal. Enfin, toute « propagande » et toute publicité commerciale, directe ou indirecte, concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives étaient interdites, sauf dans les publications destinées aux médecins ou aux pharmaciens.

Ainsi, l'information ne pouvait être délivrée aux femmes que par des médecins, les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et les centres de planification ou d'éducation familiale agréés.

Le fonctionnement de ces établissements et de ces centres n'a été précisé par décret qu'en mars 1972 (les dispositions législatives relatives à la fabrication, à l'importation, à la prescription médicale et à la vente en pharmacie n'ayant elles-mêmes été rendues applicables que plus d'un an après la promulgation de la loi, par un décret du 3 février 1969).

En 1974¹², la loi « Neuwirth » est modifiée une première fois pour permettre la délivrance sur prescription médicale des contraceptifs hormonaux et intra-utérins, la possibilité de vendre des contraceptifs aux mineurs sans accord parental, la délivrance, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret.

Enfin, la publicité relative aux préservatifs et aux autres contraceptifs a été autorisée, dans le respect des dispositions générales fixées par le code de la santé publique.

Ce cadre législatif a ensuite été assoupli à plusieurs reprises (notamment en 1982, 1989 et 1991), afin, tout à la fois, de prendre en compte les évolutions de la société française et de répondre aux nécessités de la lutte contre le Sida et des infections sexuellement transmissibles.

La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse réaffirmait que l'IVG ne devait pas constituer un moyen de régulation des naissances. Elle incitait notamment au développement des moyens d'information et à la généralisation des centres de planification dans les centres de protection maternelle et infantile. Cependant la publicité relative aux préservatifs et aux autres contraceptifs restait strictement encadrée.

¹² Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974

Ce cadre législatif a ensuite été assoupli à diverses reprises pour tenir compte de l'évolution de la société. Les dernières modifications en date relèvent de :

- La loi du 23 janvier 1990 portant diverses mesures d'ordre social qui permet le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles pour tous, majeurs et mineurs, assurés sociaux ou non, dans l'anonymat.
- La loi du 13 décembre 2000 qui autorise la délivrance de la contraception d'urgence hormonale aux mineures dans des circonstances précisées par décrets, d'une part en pharmacie, d'autre part dans les établissements scolaires du second degré. Le décret n°2001-258 du 27 mars 2001 définit les conditions dans lesquelles une contraception d'urgence peut être administrée par une infirmière scolaire dans les établissements d'enseignement du second degré. Le décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 définit quant à lui les modalités de délivrance de cette contraception par les pharmaciens d'officine.
- La loi du 4 juillet 2001 qui reprend les dispositions de la loi relative à la contraception d'urgence et qui de plus ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures au consentement des titulaires de l'autorité parentale.
- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui autorise les sages femmes à prescrire une contraception hormonale dans des circonstances précises : post-abortum, suites de couches et lors de l'examen post-natal.
- La loi relative à la politique de santé publique comporte également, dans le rapport qui lui est annexé, l'objectif n° 97 ainsi libellé « Assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence...dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ».

II- La population concernée par la contraception

L'ensemble de la population en âge de procréer, à un moment ou un autre de sa vie, est potentiellement concernée par la planification des naissances : si on retient la tranche d'âge 15-50 ans, c'est 53% de la population féminine et 55,9% de la population masculine, soit globalement 30 millions de personnes qui sont en France concernées par l'utilisation d'une contraception au cours de leur vie (données INSEE 2004).

Bien entendu, au sein de la population de la tranche d'âge telle qu'elle vient d'être définie, tous les individus ne seront pas concernés soit du fait de leur style de vie, soit parce qu'ils souhaitent un enfant, soit encore parce qu'ils souffrent de stérilité.

II.1 – Quelques caractéristiques démographiques

La population française (métropole et DOM) est estimée au 1^{er} janvier 2006 à 62,9 millions d'individus¹³. En 2005, les naissances ont augmenté au même rythme qu'en 2004, soit de 0,9 %. Le nombre de naissances a augmenté en 2005 (807 400) et atteint presque le niveau record enregistré en 2000 (808 200).

L'âge médian au premier rapport sexuel, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des jeunes filles et des jeunes garçons ont vécu cette expérience, évolue peu ces dernières années : il se situe autour de 17 ans et demi (Baromètre Santé 2000 et 2005).

Dans les conclusions du rapport de janvier 2003 du Haut conseil de la population et de la famille (HCPF), l'Institut national des études démographiques (INED) considère que le nombre actuel de naissances, stable depuis 25 ans, ne montre pas de déficit important, au contraire des autres pays européens. Il constate que la différence entre « le nombre idéal d'enfants » souhaité par les Français et la fécondité effective est faible.

L'indice conjoncturel de fécondité des françaises est le deuxième en Europe en 2004, derrière l'Irlande (194 enfants/100 femmes contre 198 enfants/100 femmes). Cette fécondité en légère hausse compense la baisse du nombre des femmes en âge de procréer. La France se situe loin devant des pays européens comparables comme la Grèce, l'Espagne, l'Italie qui sont tous les trois au-dessous de 130 enfants/100 femmes.

L'âge moyen des mères à la naissance de leurs enfants est en constante augmentation. Même si cette caractéristique est partagée par certains autres pays, comme le Canada ou la Suède, ce facteur est souligné par certains professionnels de la naissance et par le Haut conseil de la population et de la famille¹⁴.

L'âge est passé de 26,5 ans en 1977 à 29,7 ans en 2005 (INSEE). L'enquête nationale périnatale, réalisée en 2003, retrouve quant à elle dans son échantillon un âge moyen à la naissance de 29,5 ans.

En 2005, une mère sur 2 est âgée de 30 ans et plus et 48,3 % des naissances se produisent hors mariage (contre 37,2% en 1994)¹⁵.

¹³ INSEE : Bilan démographique 2005, n° 1059, janvier 2006

¹⁴ avis du Haut conseil de la population et de la famille « Avoir un enfant de plus en plus tard, un choix qui n'est pas sans risque », avril 2005.

¹⁵ INSEE : Bilan démographique 2005, n° 1059, janvier 2006

Ce report de l'âge des mères à la naissance de leurs enfants constitue une des préoccupations du Haut conseil de la population et de la famille qui, dans son avis du mois d'avril 2005, écrit: « *Les études révèlent entre autres un phénomène que le Haut Conseil considère comme préoccupant et qui s'accroît au fil des ans, sans que les pouvoirs publics ni l'opinion ne l'identifient réellement et n'en mesurent toutes les conséquences : les grossesses sont de plus en plus tardives, notamment les premières grossesses. Les chercheurs soulignent le décalage croissant du calendrier de constitution de la descendance.*

Les femmes nées en 1970 auront en définitive presque autant d'enfants que leurs devancières nées en 1950, mais avec retard, l'âge moyen à la maternité s'étant fortement accru puisqu'il est aujourd'hui de 29,6 ans alors qu'il était de 26,7 ans il y a trente ans, cette tendance ne semblant guère s'infléchir. En particulier, l'âge moyen des femmes à la première maternité atteint des niveaux historiquement élevés, puisqu'il approche 28 ans alors qu'il n'excédait pas 24 ans au début des années soixante-dix.

De la même manière, cette évolution se poursuit ; elle tend même à s'accroître : la progression de l'âge de la première maternité a été de deux ans au cours de la seule dernière décennie et constitue désormais un véritable problème de santé publique. »

Le rapport remis par le Président de l'Union nationale des associations familiales (UNAF), dans le cadre des travaux préparatoires à la conférence de la Famille 2005, émet un certain nombre de recommandations intégrées dans le *cadre d'une politique familiale fondée sur la volonté de donner aux parents les moyens de satisfaire leurs désirs parentaux librement décidés*¹⁶.

Certaines recommandations, comme celle visant à mieux prendre en compte les étudiants - parents afin de concilier maternité et poursuite des études, ou celle qui vise à communiquer en direction des professionnels et de la population sur les grossesses tardives, sont intéressantes à suivre car elles peuvent apporter des pistes de réflexion, tant en ce qui concerne les pouvoirs publics que les professionnels.

Les risques médicaux liés au report des naissances à un âge plus avancé sont bien identifiés : l'âge maternel est un des facteurs de risque accru de décès maternel (selon la définition de l'OMS « *décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la terminaison de celle-ci, quelle qu'en soit la durée ou la localisation*¹⁷ »). Il est également corrélé à un risque plus élevé de prématurité et de grossesses multiples. Enfin, la fertilité commence à diminuer à partir de l'âge de 30 ans.

Le souhait de prolonger ses études ainsi que de s'engager dans une carrière professionnelle avant de fonder une famille, la perspective d'une existence plus longue qu'auparavant participent vraisemblablement à ce phénomène. Ce report de l'âge à la conception renvoie aux difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes couples pour concilier des études de plus en plus longues, une entrée plus difficile dans la vie professionnelle et des difficultés financières, avec un projet de maternité.

Au cours de l'année 2002 (données DREES¹⁸), 206 000 IVG avaient été comptabilisées en France métropolitaine. Ce chiffre montrait une légère progression (+ 1,7%) par rapport à 2000.

En 2003 (données DREES¹⁹), 203 346 IVG ont été comptabilisées en France métropolitaine. Ce chiffre montre une légère diminution (- 1,6 %) par rapport à 2002 contre une évolution annuelle moyenne de + 2 % entre 1995 et 2002.

La DREES observe cette diminution, récente et peu marquée du nombre global des IVG, avec précaution, soulignant qu'elle devait être confirmée par des données ultérieures. Près de 80% des femmes ayant eu recours à une IVG en 2003 avaient entre 20 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, une femme sur 51 est concernée par une IVG. Chez les plus jeunes femmes (15-17 ans) en revanche, le nombre d'IVG augmente régulièrement depuis 1993 pour atteindre 11 029 en 2003 (contre 10 722 en 2002).

¹⁶ Enjeux démographiques et accompagnement du désir d'enfants des familles ; Conférence de la famille 2005.

¹⁷ OMS, classification internationale des maladies, 10^e révision.

¹⁸ Etudes et résultats n° 348, octobre 2004, « les interruptions volontaires de grossesse en 2002 ».

¹⁹ Etudes et résultats n° 431, octobre 2005, « les interruptions volontaires de grossesse en 2003 ».

Les femmes exposées à un risque de grossesse non désirée sont moins nombreuses qu'auparavant du fait de la diffusion des méthodes contraceptives. Cependant, lorsqu'elles sont confrontées à une grossesse non désirée, on constate un recours plus fréquent à l'IVG qu'auparavant. Les facteurs en jeu dans cette situation peuvent s'expliquer par :

- l'évolution du statut des femmes, avec un taux de scolarité et un taux d'activité professionnelle de plus en plus importants ;
- l'âge moyen à la maternité qui s'est régulièrement élevé. Il se situe actuellement aux alentours de 29,7 ans (INSEE 2005). La maternité survient donc en moyenne 12 ans après les premiers rapports sexuels.

II.2 – La situation des adolescentes

L'âge moyen à la puberté est proche de 13 ans chez les jeunes filles, alors qu'il est proche de 15 ans chez les garçons²⁰.

L'âge auquel les jeunes filles et les jeunes garçons ont leur premier rapport sexuel se situe autour de 17 ans et demi. Si cet âge a peu évolué pour les garçons depuis les trois dernières décennies, il s'est en revanche abaissé, d'environ un an, chez les jeunes filles durant la même période.

A titre de comparaison, les femmes nées entre 1922 et 1936 débutaient leur vie sexuelle environ 3 années après les hommes²¹. Dans les années quarante, un quart des jeunes filles de 23 ans n'avait pas eu de relations sexuelles. Cette proportion concerne actuellement les jeunes filles de 19 ans.

L'utilisation d'un moyen de contraception lors des premiers rapports sexuels n'a cessé de progresser depuis les années soixante-dix : 51% des femmes n'utilisaient pas alors de moyen de contraception contre 30% en 1988 et seulement 16% en 1993²². Par ailleurs, le pourcentage d'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel s'établit entre 2002 et 2005 à 86 %²³, alors qu'il n'était que de 15,2 % avant 1988.

L'usage du préservatif lors des premiers rapports sexuels est donc très répandu, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes. Mais il s'agit d'un usage temporaire et le préservatif est généralement remplacé par la pilule, lorsque la relation se stabilise. Pourtant cette phase de transition apparaît comme une période à risque, comme l'a souligné Nathalie Bajos, notamment lors de la remise des premiers résultats du Baromètre Santé, car le « relais » entre le préservatif et une autre méthode contraceptive ne s'effectue pas toujours correctement.

En France, le nombre de mères adolescentes a fortement décroché, passant d'environ 10 000 par an au début des années quatre-vingt à environ 4 000 à la fin des années quatre-vingt-dix²⁴. Entre 1980 et 1997, le nombre de naissances chez les mères mineures a diminué de moitié, tandis que le nombre de grossesses diminuait de 36 %. Cette diminution est moins marquée chez les très jeunes femmes, d'un âge inférieur à 16 ans, depuis une dizaine d'années.

En 1996, les statistiques de l'INED indiquaient que 6 191 enfants étaient nés de mères mineures (sur 734 000 naissances enregistrées la même année), ce qui représentait 0,8% des naissances, dont 880 chez des femmes de moins de 16 ans. En 1997, l'INED recensait 10 614 grossesses aboutissant à 4 170 naissances d'enfants survenant chez des femmes mineures. Environ la moitié des naissances et des avortements surviennent chez des jeunes filles dont l'âge est proche de 17 ans.

La DREES, dans son n° 322 de la publication Etudes et résultats²⁵, rapporte pour 2001 le chiffre de 4 845 jeunes filles mineures de 15 à 17 ans ayant donné naissance à un enfant (4,3 ‰ contre 3,6 ‰ pour les années 1995-1999). Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse effectuées pour des mineures en 2001 est de 10 153 soit un taux de 9,1 pour 1 000 (contre 7,5 pour mille en 1995).

²⁰ Les filles sont pubères de plus en plus tôt : E. de La Rochebrochard, Fiche d'actualité scientifique, INED, n° 1, novembre 2000

²¹ A quel âge a-t-on ses premiers rapports sexuels en France ? : M. Bozon, Fiche d'actualité scientifique INED n°5, novembre 2000

²² idem

²³ Baromètre Santé 2005 ; premiers résultats, mars 2006 .

²⁴ Les maternités précoces au sein de l'OCDE, Caisse nationale des allocations familiales, n° 22, février 2004.

²⁵ DREES, Etudes et résultats, juin 2004 « La santé des jeunes »

Dans l'enquête réalisée sur l'activité du service de l'hôpital Jean Verdier²⁶ (Bondy) entre le 1^{er} septembre 1994 et le 28 février 1998, sur un échantillon de 72 adolescentes de 12 à 18 ans ayant eu recours à une IVG, 52 n'avaient aucune contraception au moment du rapport sexuel (71%), 4 avaient oublié une pilule et 16 étaient enceintes après échec d'utilisation de préservatif. L'auteur du rapport recommandait alors de mettre à disposition des jeunes filles la contraception d'urgence, ce qui a été réalisé quelques années après la remise du rapport.

Le Pr Israël Nisand²⁷ identifie, en comparant les échecs de contraception survenant chez les adultes et chez les adolescents, 2 particularités de la prévention des grossesses non désirées chez les jeunes.

La première particularité tient au fait que la proportion d'échec du préservatif est plus élevée chez eux que chez les adultes (9,4% contre 3,6%), ce qui pourrait être expliqué notamment par une fécondité plus élevée. La seconde concerne l'absence totale de contraception qui est plus fréquente dans cette tranche d'âge.

Il souligne dans ce même rapport que « *le préservatif utilisé isolément dans un but contraceptif constitue une méthode insuffisamment efficace chez les jeunes* ».

A cela s'ajoute pour cette population la difficulté de maîtriser une contraception bien souvent occasionnelle.

Cependant, de manière globale, il convient de constater que le nombre de grossesses a fortement diminué chez les très jeunes femmes de 15 à 19 ans au cours des 2 dernières décennies. Elles et leurs compagnons adoptent des comportements de maîtrise de la fécondité et repoussent l'âge de mise au monde d'un enfant.

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) note que « *si le nombre de grossesses adolescentes a diminué, en revanche la perception des grossesses adolescentes comme un problème social a, elle, augmenté* »²⁸. L'inquiétude concerne d'une part la persistance des tabous concernant la sexualité adolescente, d'autre part la marginalisation sociale des jeunes parents, notamment dans les pays anglo-saxons.

La stigmatisation des grossesses précoces semble très liée aux perceptions de la sexualité adolescente. « *Plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces* » (Unicef).

²⁶ La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes, Professeur M. UZAN, avril 1998

²⁷ L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, février 1999

²⁸ Le Monde diplomatique, Voyage au pays des maternités précoces, un indicateur de la désinsertion sociale ; décembre 2003

III- Les modalités d'information et d'accès à la contraception

III.1 – Les lieux d'information sur la sexualité et la contraception

Le dispositif d'accès à l'information en matière de contraception est diversifié :

a) Les médecins et les autres professionnels de santé

L'information sur les modalités d'accès à la contraception est disponible auprès de tout médecin, qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste. Les sages-femmes, les pharmaciens contribuent également largement à la diffusion de ces informations.

b) Les Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)

Ces centres remplissent obligatoirement cinq missions : l'organisation de consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité, la diffusion d'informations, l'organisation d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, réalisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci, une préparation à la vie de couple, des entretiens de conseil conjugal et familial, les entretiens préalables ou suivant une IVG.

L'organisation des activités de planification et d'éducation familiale relève des missions des conseils généraux. La mise en œuvre de ces activités est réalisée soit par les départements eux-mêmes, soit par d'autres collectivités locales, soit par des établissements hospitaliers, soit encore par des associations. Le décret du 6 août 1992 prévoit que le service départemental de PMI doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.

Un recensement du nombre de CPEF a été réalisé en janvier 2005, dans le cadre de la mise en ligne du dossier contraception-IVG sur le site Internet du ministère chargé de la santé²⁹. Il fait apparaître, département par département, les coordonnées de chaque CPEF.

Si l'on compte les centres de planification et leurs antennes, dans lesquelles ces missions sont assurées, parfois quelques heures par semaine, ce sont 1 196 sites auprès desquels il est possible d'obtenir des informations en matière de contraception. Les CPEF sont implantés dans tous les départements, selon une échelle qui va, en 2006, de 1 à 116.

c) Les établissements d'information, de consultation et de conseil conjugal (EICCF)

Ils relèvent du secteur associatif et sont axés sur les questions éducatives et préventives (Mouvement français pour le planning familial, Ecole des parents et des éducateurs, association CLER Amour et Famille, Association française des centres de consultation conjugale, Centres d'information des femmes et des familles, association Couple et famille...).

²⁹ www.sante.gouv.fr accès dossier par ordre alphabétique, lettres C et I

En matière de contraception, ils accueillent, informent et orientent la population sur les questions relatives à la fécondité, à la contraception, à la sexualité et à la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH. Ils n'assurent pas de consultation médicale.

Leur recensement a été réalisé dans les mêmes conditions que celui des CPEF. Ils ne sont pas présents dans tous les départements. On en dénombre 353 en janvier 2005. Ils sont financés par l'Etat, dans le cadre de conventions conclues avec les DDASS. La dotation est établie dans le cadre d'un forfait horaire, au prorata des heures d'activité réalisées par les conseillers conjugaux et familiaux au titre de l'année précédente.

d) Les collèges et les lycées

Si des initiatives locales ont pu être menées auparavant, c'est la circulaire du 23 juillet 1973 (circulaire dite « Fontanet »), qui définit les grands axes de l'information et de l'éducation sexuelle réalisées en milieu scolaire. En 1985 ont été ajoutées les thèmes concernant la puberté, la transmission de la vie, les maladies sexuellement transmissibles.

La circulaire n° 98-237 du 19 novembre 1998 instaure 2 heures obligatoires d'éducation à la sexualité destinées en priorité aux élèves de 4^e et 3^e. Cette circulaire a permis de passer de la notion d'information à celle d'éducation à la sexualité dans toutes ses dimensions. Elle établissait un plan de formation au niveau national et avait pour objectif de former des personnels ressources capables de former d'autres professionnels de terrain (formation de formateurs).

Enfin, l'article 22 de la Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, inscrit dans le code de l'Éducation le fait « *qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupe d'âge homogène* ». Les modalités de généralisation de l'éducation à la sexualité à l'ensemble des niveaux de scolarité sont précisées par la circulaire du 13 février 2003.

Un guide intitulé « L'éducation à la sexualité au collège et au lycée³⁰ », publié en 2001, a été actualisé en février 2004 pour tenir compte de cette évolution législative. Ce guide a pour objectif d'aider les formateurs dans la mise en œuvre, le développement ou le renforcement d'actions d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées.

Il contribue de la même manière à la mise en œuvre d'actions de formation destinées aux personnels participant aux séances d'éducation à la sexualité.

III.2 – Les lieux d'accès à la contraception

- Les moyens contraceptifs non médicalisés, non soumis à prescription et non remboursés sont en accès direct : il s'agit des préservatifs, masculins ou féminins, qui peuvent être achetés en pharmacie, en grande surface, dans des distributeurs publics. Ils sont également distribués gratuitement dans les CPEF et les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG). Les spermicides sont disponibles en pharmacie.
- Pour obtenir les moyens contraceptifs soumis à prescription, une consultation médicale est nécessaire. Cette dernière est prise en charge par l'assurance maladie dans les conditions habituelles. Tous les publics, y compris pour les mineures, peuvent consulter en médecine de ville, en médecine hospitalière ou dans le cadre d'un CPEF (La prescription et la délivrance ne sont plus

³⁰ L'éducation à la sexualité au collège et au lycée, guide du formateur. Collection Repères, Direction de l'enseignement scolaire

soumises à une autorisation parentale depuis l'adoption de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception).

- L'obtention de la méthode contraceptive soumise à prescription (toutes pilules, stérilet, timbre, anneau...), prise en charge ou non par l'assurance maladie, se fait en pharmacie.
- Dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), pour toute personne majeure bénéficiant d'une prise en charge, la consultation et la prescription ainsi que la délivrance de la méthode en pharmacie s'effectuent dans les mêmes conditions que les consultations réalisées en médecine de ville.
- En revanche, un accueil spécifique est organisé pour les mineur(e)s et les personnes non prises en charge par l'assurance maladie : la consultation et la délivrance de la méthode contraceptive par le CPEF sont anonymes et gratuites.
- Les pharmaciens jouent un rôle important dans le cas particulier de la délivrance d'une contraception d'urgence (CU). Le décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 précise que la délivrance d'une contraception d'urgence à une mineure est précédée d'un entretien qui permet au pharmacien de s'assurer que la situation de la personne correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de la méthode. Il précise, en outre, que le pharmacien informe sur les moyens de contraception réguliers, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Il communique enfin les coordonnées du ou des centres de planification les plus proches.
- L'administration de la contraception d'urgence (CU) est également réalisée par les infirmières scolaires, en cas d'urgence et de détresse caractérisée, pour les élèves majeures et mineures des établissements d'enseignement du second degré relevant de l'éducation nationale et de l'enseignement agricole. La CU est également délivrée gratuitement dans les CPEF.
- Malgré le dispositif existant, des difficultés d'accès peuvent subsister pour certaines populations qui peuvent être confrontées à des difficultés d'information et à des difficultés d'accès, notamment géographiques, aux moyens contraceptifs. Les difficultés d'accès peuvent également être liées à une précarité financière. Le rapport du HCSP 1998 définit la pauvreté qui « concerne l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de revenus ».

Si l'on considère la proportion d'individus vivant dans un ménage pauvre, c'est alors 8,8% de la population, soit environ 5 millions de personnes, qui sont concernées. A ces populations touchées par la pauvreté, il convient d'ajouter celles qui sont en situation de grande pauvreté (3,5% des ménages dont le revenu est inférieur ou égal à un tiers du revenu médian selon l'INSEE) et aussi celles qui sont en situation d'exclusion (0,4 à 0,5% de la population, soit environ 300 000 personnes résidant sur le territoire français, dont une population importante de jeunes).

Or l'accès à la contraception a un coût, qu'il s'agisse de celui qui permet d'accéder aux professionnels de santé ou celui qui permet d'accéder aux moyens contraceptifs qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

IV- Les données en matière d'utilisation de contraception

IV.1 – Les données disponibles

La diffusion des méthodes contraceptives a pu être suivie grâce à une série d'enquêtes menées par l'INED en association avec l'INSEE ou l'INSERM.

a) Institut national des études démographiques (INED)

Plusieurs enquêtes, menées depuis 1978 par l'INED, ont permis d'évaluer à intervalles réguliers la diffusion et l'évolution des méthodes contraceptives chez les femmes françaises.

Les données issues des enquêtes menées par L'INED et, pour celle de 2000, par l'Unité mixte INSERM-INED (Cohorte COCON) permettent de suivre la diffusion des méthodes contraceptives au cours des trente dernières années et montrent l'évolution de l'utilisation de chacune d'entre elles.

	Pour 100 femmes âgées de 20-44 ans			
	1978 (1933-1957)	1988 (1943-1967)	1994 (1949-1973)	2000 (1956-1980)
Utilisent une méthode actuellement	67,6	67,8	67,7	74,6
DONT :				
<i>Pilule</i>	28,3	33,8	40,2	45,4
<i>Stérilet</i>	8,6	18,9	15,8	17,3
<i>Abstinence périodique</i>	5,5	5,0	3,9	1,3
<i>Préservatif</i>	5,1	3,4	4,6	7,4
<i>Retrait</i>	18,0	4,8	2,4	2,3
Autre méthode(a)	2,1	1,8	0,8	0,9
Stérilisation (à but contraceptif)	4,1	4,2	3,0	4,7
<i>La femme</i>	4,1	3,9	3,0	4,7*
<i>Le partenaire (masculin)</i>	0,0	0,3	0,0	0,0

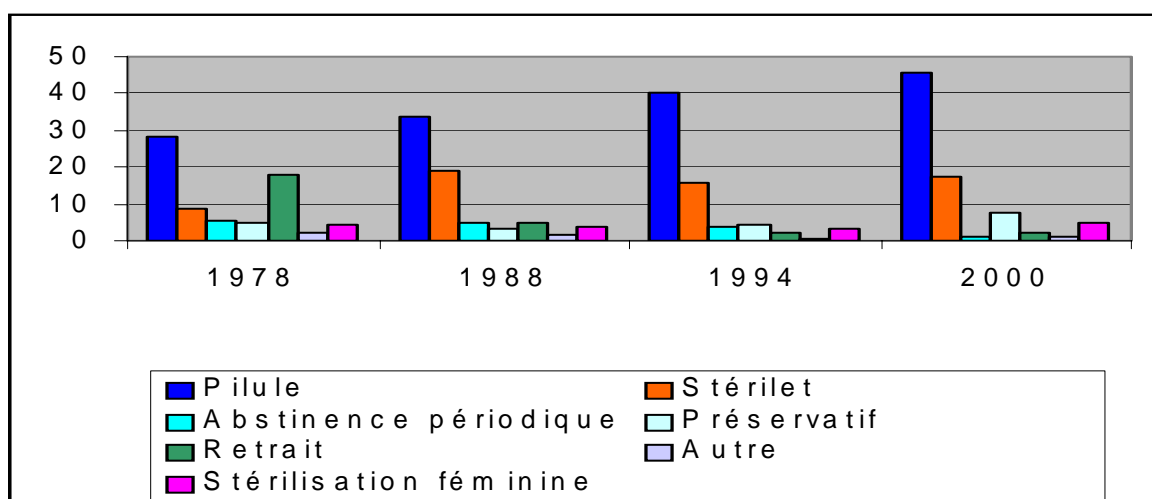
	Pour 100 femmes âgées de 20-44 ans			
	1978 (1933-1957)	1988 (1943-1967)	1994 (1949-1973)	2000 (1956-1980)
N'utilisent pas de méthode	28,5	28,2	29,4	20,7
DONT :				
<i>Stérilisées (but médical seulement)</i>	3,2	1,8	1,5	0,0*
<i>Stériles</i>	1,4	2,8	2,6	1,3
<i>Enceintes</i>	4,8	5,4	5,1	4,0
<i>Sans partenaire</i>	9,1	9,9	11,3	8,2
<i>Veulent encore un enfant(b)</i>	6,3	6,6	6,4	5,4
<i>Ne veulent plus d'enfant</i>	3,7	1,7	2,6	1,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
Population féminine totale 20-44 ans (en milliers)	8 899	10 177	10 662	10 364

Source¹ : C.Rossier, H.Léridon et l'équipe cocon. Population 3-4, 2004.

La diffusion des méthodes contraceptives est importante et continue de progresser entre chaque enquête. Elle concerne en 2000 3 femmes sur 4. Parmi les 20,7% des femmes qui n'utilisent pas de contraception, seules 1,8% déclarent ne pas vouloir d'enfants.

La contraception hormonale orale est la méthode la plus utilisée (45,4) devant le stérilet (17,3), le préservatif (7,4) et les méthodes naturelles (abstinence : 1,3 et retrait : 2,3).

Méthodes utilisées pour 100 femmes de 20 à 44 ans



b) Enquête COCON (Unité mixte INSERM / INED)

Les principales données issues de l'enquête COCON³¹ (étude de cohorte des pratiques contraceptives réalisée par l'Unité mixte INSERM-INED-Paris XI) qui a débuté en 2000 sont les suivantes (échantillon : 2863 femmes) :

- un tiers des femmes de cette étude, qui ont été enceintes dans les cinq années précédentes, n'ont pas souhaité cette grossesse et la moitié de ces grossesses non désirées s'est terminée par une IVG ;
- la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé : 45,4% des femmes (soit 60% de l'ensemble des femmes qui utilisent une contraception) ;
- le stérilet est utilisé par 17,3% d'entre elles (soit 23% des femmes utilisant une contraception) ;
- les autres méthodes sont utilisées par 16% des femmes (dont le préservatif pour les 2/3) ;
- tous motifs confondus, 5% ont eu recours à une stérilisation ;
- parmi les femmes qui n'utilisaient aucune méthode contraceptive, moins de 5% ne désiraient pas de grossesse (les autres étaient soit enceintes, soit désiraient l'être, soit étaient stériles...).

La situation contraceptive des femmes, au moment de la conception qui donne lieu à une IVG³², a été documentée par l'enquête COCON.

Leur situation était la suivante :

- **28,1%** des femmes n'utilisaient pas de contraception
- **22 %** utilisaient une méthode naturelle
- **19,1%** utilisaient un préservatif.

Mais l'échec survenait également lorsque la femme utilisait un moyen contraceptif théoriquement efficace :

- **23,1 avec la pilule** ; dans cette situation, 6 fois sur 10 on retrouve un ou plusieurs oublis de comprimés
- et **7% avec un stérilet**.

Par ailleurs, dans une autre enquête menée par l'INSERM³³, 72% des femmes sous pilule attribuent l'échec de la contraception ayant donné lieu à une IVG à l'oubli d'une ou de plusieurs pilules.

c) Baromètre Santé 2005³⁴

Les premiers résultats ont été publiés le 9 mars 2006. Ils montrent que 71% des personnes âgées de 15 à 54 ans, sexuellement actives, déclarent « faire quelque chose » pour éviter une grossesse. Cette proportion s'élève à 85,1 % chez les 15-24 ans, puis diminue ensuite à 76,6 % chez les 25-44 ans, à 50,2 % chez les 45-54 ans.

Parmi les 27,6 % de personnes qui répondent ne rien faire, 29 % sont ménopausées, 20,4 % désirent un enfant et 10,5 % sont infertiles. Environ 1,4 % des personnes interrogées ont répondu avoir recours de manière non systématique à un moyen contraceptif.

Les moyens les plus utilisés sont la pilule (57,2 %), le dispositif intra-utérin (21,9 %), et le préservatif masculin (20,9 %). Les méthodes naturelles sont peu citées. Toutes tranches d'âge confondues, la pilule est la méthode la plus utilisée devant le préservatif masculin.

³¹ COCON : enquête socio-épidémiologique prospective à entrée progressive, réalisée par téléphone sur un échantillon représentatif de femmes vivant en métropole, âgées de 18 à 44 ans. Seules les femmes susceptibles d'être enceintes sans l'avoir désiré sont concernées : sont exclues les femmes enceintes ou cherchant à l'être, les femmes stériles, stérilisées ou celles n'ayant pas de rapports sexuels. Trois vagues de recrutement sont prévues : octobre 2000, octobre 2003 et octobre 2006. Les femmes seront interrogées chaque année et le suivi individuel est fixé à 5 ans.

³² Population et Société INED n° 407 –décembre 2004

³³ Enquête relative aux obstacles à l'utilisation d'une contraception d'urgence – INSERM – Unité 159

³⁴ Baromètre santé 2005, INPES

Comme il s'agit de la première enquête depuis la mise en œuvre du dispositif d'accès à la contraception d'urgence en 2000 et 2002, comme de surcroît les mineurs sont présents dans l'échantillon, le questionnaire a été axé sur l'utilisation de la contraception d'urgence et l'existence d'éventuels recours multiples à ce mode de contraception.

Un recours à la contraception d'urgence est retrouvé chez 13,3 % des personnes interrogées (12,8 % des hommes et 13,7 % des femmes). Ce taux est en augmentation par rapport au précédent Baromètre Santé (8,4 % en 2000). Le recours est plus fréquent chez les jeunes (15-24 ans). Deux tiers des femmes l'ont utilisée une fois, 21,6 % l'ont utilisée deux fois et 11,2 % trois fois depuis le début de leur vie sexuelle.

Les femmes interrogées ont recours à cette méthode contraceptive dans 32,5 % des cas après un incident d'utilisation d'un préservatif, dans 24,9 % des cas après un ou plusieurs oublis de pilule et dans 21,8 % des cas après un rapport sexuel non protégé. Dans 91,5 % des cas, l'utilisation d'une contraception d'urgence a permis d'éviter une grossesse. Cependant, pour 7,5 % des femmes et 5,6 % des hommes, ce recours n'a pas permis de l'éviter.

Fait très important à souligner, le recours à la contraception d'urgence ne modifie pas le comportement contraceptif des femmes. Cette conclusion rejoint celle de l'étude confiée à l'Unité INSERM 569 par la DGS, sur l'impact du recours à la contraception d'urgence sur les trajectoires contraceptives des femmes.

Lors de la présentation de ces premiers résultats, il a été souligné qu'un effort important devait être réalisé pour améliorer l'information des femmes, en particulier des adolescentes, en matière de contraception et de contraception d'urgence. Elle a également souligné qu'il convenait que les professionnels de santé abordent simultanément l'ensemble des risques liés à la sexualité.

d) La santé des élèves de 11 à 15 ans en France³⁵

Cette enquête est conduite tous les quatre ans par un réseau international de chercheurs, en partenariat avec le bureau régional Europe de l'OMS : elle a pour objet « *d'appréhender la santé et le bien être des jeunes de 11, 13 et 15 ans, leurs comportements de santé ainsi que le contexte social dans lequel ils évoluent* ». La dernière a été menée entre mars et juin 2002.

Dans la partie consacrée à la sexualité, cette enquête apporte des précisions sur l'âge de survenue des premiers rapports sexuels : sur les 2 502 élèves de 15 ans interrogés en France, 25% des jeunes garçons et 17,7% des jeunes filles déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels.

Lors du dernier rapport sexuel, 89,3% d'entre eux ont déclaré avoir utilisé soit un préservatif, soit la pilule, soit les deux. Le préservatif est le plus utilisé (81,6%), puis la pilule (30,8%). La contraception d'urgence hormonale est utilisée par 14,3% des élèves. Il est important de préciser que ce recours à la contraception d'urgence se produit pour 88,2% d'entre eux dans un contexte d'utilisation régulière d'un moyen contraceptif (préservatif ou pilule).

Lors du dernier rapport sexuel, 5,5% des garçons et 12,1% des filles déclarent utiliser le retrait comme méthode contraceptive.

Les premiers rapports sexuels chez les jeunes français sont donc caractérisés par un taux élevé de déclaration d'utilisation du préservatif.

³⁵ La santé des élèves de 11 à 15 ans en France ; données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), INPES dossier de presse 31 août 2005.

e) Enquête relative aux obstacles à l'utilisation d'une contraception d'urgence, réalisée par l'INSERM (U 569)

Cette enquête a été réalisée entre juin et novembre 2002 dans 4 centres réalisant des IVG.

Cette enquête, financée par la DGS, a eu pour objet de :

- caractériser les obstacles à l'utilisation de la contraception d'urgence
- estimer la proportion de femmes qui auraient pu recourir à la contraception d'urgence dans une population de femmes amenées à interrompre leur grossesse.

La situation contraceptive des femmes interrogées, au moment de la survenue de la grossesse, était la suivante :

- 78,8% des femmes déclaraient utiliser une méthode contraceptive : préservatif (21,4%), pilule (19,5%), retrait (19,4%) et abstinence périodique ou la méthode des calculs (13,6%) ;
- les femmes attribuent les échecs à une utilisation incorrecte de la méthode ou à un problème survenu lors de son utilisation : oubli de pilule (72,1%), rupture de préservatif (78,4%), retrait tardif (84,7%) ;
- enfin 10,4% des femmes ne savent pas à quoi attribuer la survenue de la grossesse.

Leur connaissance de la contraception d'urgence était variable :

- 89,4% des femmes ont « entendu parler » de la « contraception d'urgence » ;
- les femmes les moins favorisées (non européennes, situation financière difficile, sans travail, niveau d'études bas) sont moins bien informées ;
- les femmes jeunes et les étudiantes sont les mieux informées ;
- les femmes qui avaient un antécédent de grossesse non prévue sont également mieux informées.

A la question concernant les raisons de la non utilisation de la CU, les femmes ont apporté les réponses suivantes :

- 41,4% des femmes qui ont initialement pensé avoir couru un risque lors d'un rapport sexuel ont évalué secondairement ce risque à la baisse.
- d'autres ont pensé qu'il était trop tard pour la prendre, ne savaient où se la procurer ou n'y ont pas pensé.
- Pour les plus jeunes (18-19 ans), le coût de la méthode, la gêne de la demander au pharmacien et les problèmes d'accès (distance, fermeture de la pharmacie le week-end) sont plus souvent évoqués que pour les femmes plus âgées.

Le coût de la méthode constitue plus souvent un obstacle pour les étudiantes, les femmes en situation financière difficile et les femmes sans profession.

L'absence de conscience de risque de grossesse apparaît comme un des obstacles les plus importants à la non utilisation de la CU ; cette perception semble varier dans le temps : elle peut être présente lors du rapport sexuel et s'estomper dans les heures qui suivent.

Elle dépend de la situation contraceptive des femmes au moment du rapport :

72% des femmes sous pilule attribuent l'échec à un oubli. Les oublis de pilule sont fréquents (20 à 40% d'oublis par cycles) et seraient responsables de 14% des IVG : Il semble que les femmes sont insuffisamment informées des conséquences de ces oublis et qu'elles ne savent pas quelles mesures adopter dans une telle circonstance.

f) Analyse de l'impact de l'utilisation de la contraception d'urgence sur les trajectoires contraceptives des femmes (unité mixte 569 INSERM / INED)

Trois ans après la mise en accès libre de la contraception d'urgence en pharmacie, il a semblé intéressant de regarder dans quelle mesure les femmes avaient recours à la contraception d'urgence,

comment ce recours s'inscrivait dans leur « trajectoire » contraceptive et quelles étaient les conséquences de ce recours sur leurs habitudes contraceptives.

Afin de pouvoir évaluer ces différents aspects, la DGS a financé une étude particulière à partir des données recueillies dans le cadre de l'étude de cohorte COCON depuis 2000 par l'Unité mixte INSERM / INED.

Son objet était de décrire et d'analyser l'évolution des pratiques contraceptives des femmes autour de la prise de contraception d'urgence, à partir des données prospectives recueillies au cours des 4 années de suivi de l'enquête COCON.

En 2000, les femmes étaient 8 % à déclarer avoir utilisé une contraception d'urgence, dont 2,8 % dans les 12 mois précédant l'enquête. Au cours des 4 années de suivi, 6,9 % des femmes ont eu recours à la CU. Sur un échantillon constant de femmes qui ont répondu à chacune des enquêtes de 2000 à 2004, le niveau de recours à la CU diminue, mais pourrait être expliqué par le vieillissement des femmes constituant l'échantillon.

Les résultats d'une analyse associant l'âge, la vie en couple, la situation professionnelle, le niveau d'études, les modalités de suivi médical, les antécédents d'IVG notamment, montrent que ce sont les femmes les plus jeunes, vivant moins souvent en couple, qui ont plus souvent recours à la CU, confirmant ainsi des résultats européens. Par ailleurs, le nombre d'utilisation pour une même femme reste faible car plus de la moitié des femmes ne l'a prise qu'une seule fois au cours de la période étudiée.

L'objet de l'enquête était, plus spécifiquement, d'étudier la situation contraceptive 6 mois avant la prise de la CU, au moment de la prise et 6 mois après celle-ci. Ceci a pu être réalisé pour 212 femmes. Les résultats montrent que la CU est très largement utilisée (51,9 % des cas) pour pallier des erreurs d'utilisation de la pilule et dans un tiers des cas pour pallier un mauvais usage du préservatif. Dans seulement 8,5 % des cas, les femmes n'utilisaient aucune méthode contraceptive. Enfin dans 4 cas le recours à la contraception d'urgence s'est produit alors qu'un stérilet était posé.

Six mois après la prise d'une contraception d'urgence, la situation contraceptive des femmes est aussi médicalisée (pilule, DIU et implant contraceptif) qu'au moment de la prise.

Ces résultats montrent que la contraception d'urgence est utilisée de manière ponctuelle, peu fréquente, en majorité une seule fois. Ils montrent également que l'utilisation d'une contraception d'urgence sert à pallier une erreur d'utilisation d'un moyen contraceptif (pilule dans 51,9 % des cas, préservatif dans 32% des cas). Elle n'est utilisée pour pallier un défaut de contraception que dans 8,5 % des cas.

g) Données concernant la contraception d'urgence

■ Bilan du dispositif de délivrance de la contraception d'urgence établi par l'Education nationale³⁶

Depuis la mise en œuvre du dispositif³⁷ ayant pour but la mise à disposition rapide d'une contraception d'urgence aux élèves par les infirmier(ère)s scolaires en application d'un protocole établi, un bilan annuel est réalisé.

Au cours de l'année scolaire 2003-2004, l'ensemble des 30 académies a communiqué le bilan suivant :

- 16 347 élèves sont venues à l'infirmerie pour demander une contraception d'urgence : 12 309 d'entre elles étaient mineures (soit 75 %, souvent proches de la majorité) et 4 038 étaient majeures (soit 25 %).
- 12 098 élèves (soit 74% des demandes) présentaient une situation justifiant l'administration d'une contraception d'urgence

³⁶ Bilan relatif à la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures, accessible sur le site www.sante.gouv.fr

³⁷ Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 - Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001

- Les infirmières scolaires ont administré une contraception d'urgence à 8 535 élèves (soit 71% des demandes), réparties en 6 658 élèves mineures (78%) et 1 877 élèves majeures (22%).
- 8 875 élèves ont été orientées vers un centre de planification ou d'éducation familiale soit 54,3 % des demandes (dont 6 463 élèves mineures et 2 412 élèves majeures), aussi bien pour une réelle demande de contraception d'urgence que pour un autre motif identifié lors de l'entretien avec l'infirmier(ère).

En étudiant les bilans réalisés chaque année depuis la mise en œuvre du dispositif au cours de l'année scolaire 2001-2002, on constate que :

- 75% des demandes de contraception d'urgence concernent des élèves mineures ; ce taux de recours de la part d'élèves mineures est identique chaque année ;
- La typologie des demandes est identique sur les trois années scolaires : il s'agit d'une élève mineure et lycéenne ;
- Un entretien préalable avec les élèves est absolument nécessaire puisque 20 à 25 % des demandes de contraception d'urgence ne sont pas justifiées ;
- Les infirmier(ère)s de l'éducation nationale viennent renforcer le réseau de proximité des professionnels susceptibles d'intervenir auprès des adolescentes dans le dispositif de prévention des grossesses précoces non désirées ;
- La délivrance de la contraception d'urgence ne constitue pas un acte isolé mais s'inscrit dans une démarche globale associant l'accueil des élèves, la délivrance de conseils, la surveillance de l'efficacité de la méthode et l'orientation pour une prise en charge médicale ultérieure.

■ Bilan du dispositif de délivrance de la contraception d'urgence établi par le ministère chargé de l'Agriculture³⁸

Les derniers renseignements disponibles, peu nombreux, concernent l'année scolaire 2002-2003. Aucune donnée n'a été communiquée depuis cette période.

L'enseignement agricole comptait, en 2002, 216 établissements publics (dont 144 disposaient alors d'un poste d'infirmière) et 642 établissements relevant du secteur privé.

Le bilan de l'administration d'une contraception d'urgence par une infirmière n'a concerné que 63 établissements publics et 23 établissements de l'enseignement privé. Il n'est donc pas exhaustif.

- 107 élèves ont été accueillies, 68 mineures et 39 majeures.
- La contraception a été délivrée après entretien à 86 élèves (54 mineures et 32 majeures).
- 63 élèves ont été dirigées vers un centre de planification ou d'éducation familiale (40 mineures et 23 majeures), le plus souvent à cause de l'absence d'une infirmière dans l'établissement.
- Les motifs du recours à la contraception d'urgence sont par ordre de fréquence une difficulté d'utilisation de préservatif, puis un défaut ou une absence de contraception.

Les difficultés identifiées dans ce bilan concernent d'une part la distance entre l'établissement agricole et le centre de planification, tout particulièrement en zone rurale, et d'autre part la difficulté d'obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin dans un délai rapide.

³⁸ Bilan relatif à la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures, accessible sur le site www.sante.gouv.fr

■ **Données recueillies par la CNAMTS dans le cadre du dispositif de délivrance d'une contraception d'urgence aux mineures³⁹**
(Bilan du 1^{er} septembre 2003 au 31 août 2004).

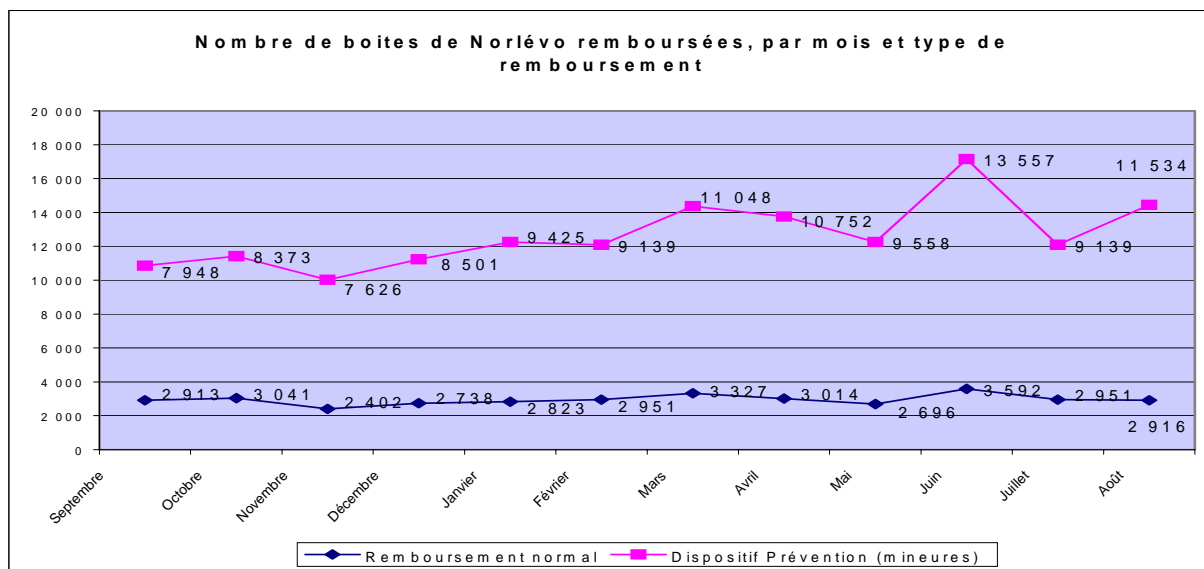
Le nombre total de boîtes de contraception d'urgence délivrées par les pharmaciens entre le 1^{er} septembre 2003 et le 31 août 2004 est le suivant :

Types de dispositifs	Sept 03	Oct 03	Nov 03	Déc 03	Janv 04	Fév 04	Mars 04	Avril 04	Mai 04	Juin 04	Juillet 04	Août 04	Total
Remboursement normal	2 913	3 041	2 402	2 738	2 823	2 951	3 327	3 014	2 696	3 592	2 951	2 916	35 364
Dispositifs Prévention (mineures)	7 948	8 373	7 626	8 501	9 425	9 139	11 048	10 752	9 558	13 557	9 139	11 534	116 600
TOTAL	10 861	11 414	10 028	11 239	12 248	12 090	14 375	13 766	12 254	17 149	12 090	14 450	151 964

SOURCE ERASME VO

Le nombre total de boîtes de Norlévo® facturées à l'assurance maladie du 1^{er} septembre 2003 au 31 août 2004, sans **distinction de l'âge du bénéficiaire et de la nature du remboursement (65% ou 100%), atteint 151 964 (contre 114 653 de septembre 2002 à août 2003)**. On enregistre au cours de cette période une augmentation de 32,54%.

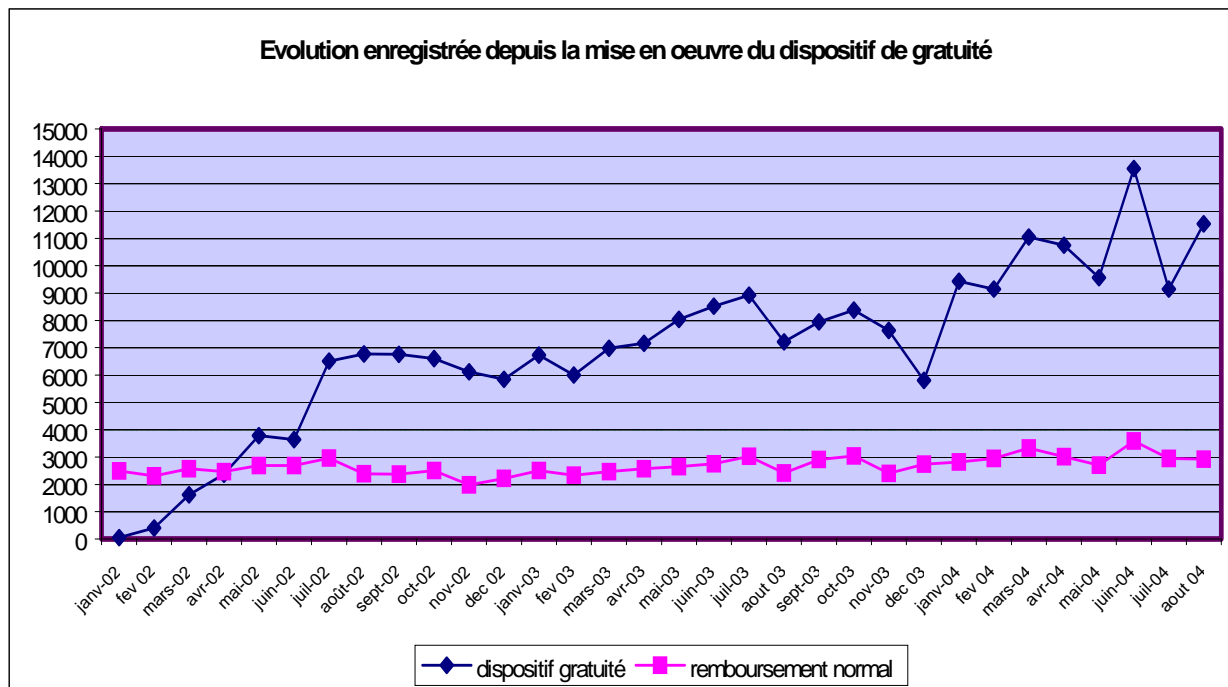
Les statistiques mensuelles recueillies de septembre 2003 à août 2004 montrent une augmentation régulière et une courbe toujours ascendante mais plus accidentée de juin à août 2004. Cette évolution est vraisemblablement liée à l'activité des caisses pendant la période de vacances et n'est probablement pas significative.



³⁹ Données recueillies par la CNAMTS dans le cadre du suivi du dispositif d'accès des mineures à la contraception d'urgence. Dossier accessible sur www.sante.gouv.fr

L'observation des données mensuelles montre que l'augmentation du nombre total de boîtes remboursées est étroitement liée à la montée en charge du dispositif de gratuité aux mineures qui enregistre une progression de 37%. La délivrance aux personnes majeures ne subit pas d'évolution significative. Cette observation est constante depuis le début de la mise en place du dispositif.

Observations depuis la mise en œuvre du dispositif de gratuité en janvier 2002

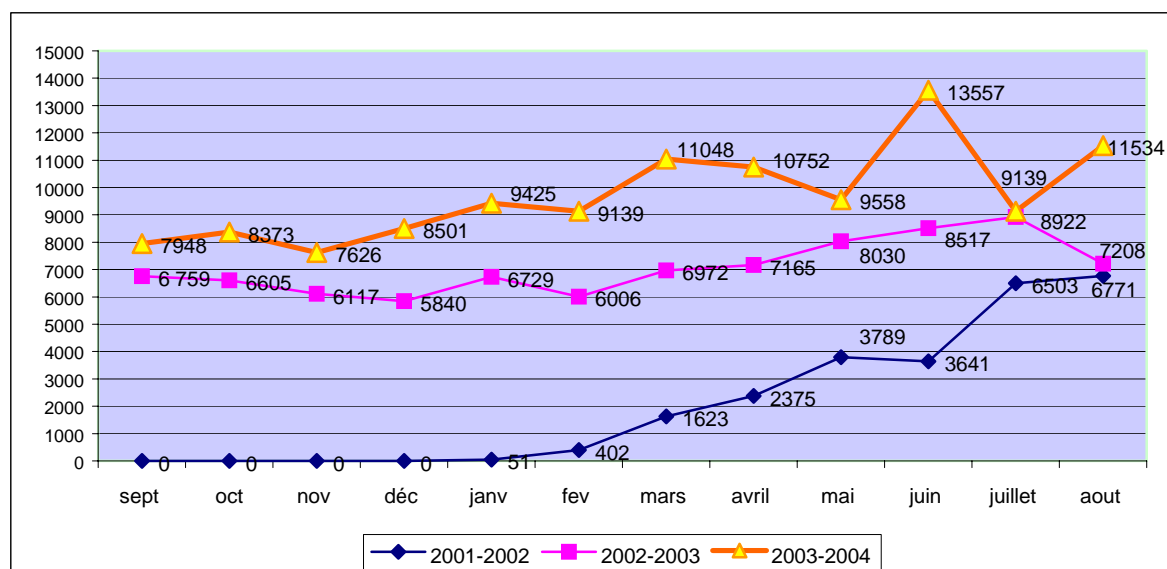


Si l'on observe l'évolution depuis la mise en œuvre du dispositif de gratuité, en janvier 2002, on constate une progression importante du remboursement aux mineures. La progression est moins rapide en 2003-2004 mais reste encore significative, plus de 2 ans après le début de la montée en charge du dispositif.

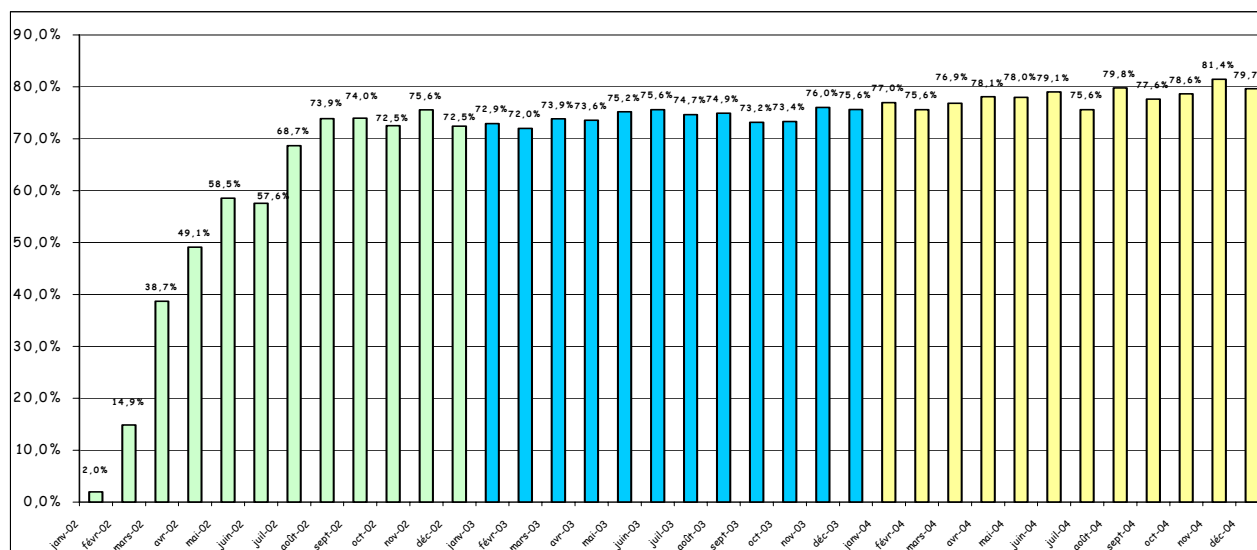
En 2002, le nombre moyen de boîtes remboursées mensuellement aux mineures était de 3 144, en 2003 de 7 072 et en 2004 de 9 491.

Le nombre de boîtes remboursées aux majeures est très stable (entre 2 500 et 3 000 boîtes par mois). L'inscription du Norlévo® sur la liste des médicaments remboursables en novembre 2001 ne paraît pas avoir d'incidence significative sur les demandes de remboursement.

Comparatif mensuel 2001-2001 , 2002-2003, 2003-2004



Part du dispositif dans l'ensemble des remboursements de Norlévo



En moyenne le remboursement de la contraception d'urgence aux mineures a représenté, en 2004, **78%** de l'ensemble des remboursements de Norlévo® contre 74% en 2003.

Âge des bénéficiaires

Compte tenu des modalités de délivrance de cette contraception, il n'est pas possible de connaître précisément le profil des mineures. Mais il semble que la tranche d'âge 15-18 ans soit la plus fortement représentée depuis le début de la mise en œuvre du dispositif.

Répartition régionale

Le nombre de boîtes remboursées aux mineures a augmenté de plus de 37% en moyenne au niveau national entre l'exercice 2002-2003 et 2003-2004, il a progressé de manière assez significative dans chacune des régions. Pour 7 d'entre elles la progression est supérieure à la moyenne nationale (Alsace, Aquitaine, Franche Comté, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur) l'Île-de-France et la Picardie enregistrent une progression de plus de 50%.

Régions	2001-2002	2002-2003	2003-2004	% d'évolution 2003-2004/ 2002-2003
ALSACE	784	3 071	4230	37,74%
AQUITAINE	1 188	3 580	5037	40,70%
AUVERGNE	784	1 610	1965	22,05%
BASSE NORMANDIE	339	1 471	1949	32,49%
BOURGOGNE	494	2 504	3015	20,41%
BRETAGNE	1 616	4 612	6108	32,44%
CENTRE	1 205	3 340	4344	30,06%
CHAMPAGNE-ARDENNE	670	2 074	2457	18,47%
CORSE	35	119	157	31,93%
FRANCHE-COMTE	469	1 891	2732	44,47%
HAUTE-NORMANDIE	803	2 750	3682	33,89%
ILE DE FRANCE	3 810	14 808	22365	51,03%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	1 471	4 681	5875	25,51%
LIMOUSIN	213	670	837	24,93%
LORRAINE	1 150	4 383	5860	33,70%
MIDI-PYRENEES	956	3 268	4328	32,44%

Régions	2001-2002	2002-2003	2003-2004	% d'évolution 2003-2004/ 2002-2003
NORD-PAS-DE-CALAIS	1 465	5 677	8132	43,24%
PAYS-DE-LA-LOIRE	1 748	4 882	6434	31,79%
PICARDIE	848	1 755	2681	52,76%
POITOU-CHARENTES	630	1 657	2115	27,64%
PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR	2 160	6 634	9604	44,77%
RHÔNE-ALPES	2 279	9 417	12693	34,79%
TOTAL	25 117	84 854	116 600	37,41%

(Les données issues de la base Erasme sont incomplètes pour les DOM).

Rapportés à la population cible (*données INSEE 1999*), et sous réserve des précautions d'interprétation des données⁴⁰, les chiffres recueillis montrent que le dispositif couvre, pour la période 2003-2004, entre 1 et 9% de la population cible.

Les départements dans lesquels le nombre de boîtes délivrées est le plus faible par rapport à la population cible est celui de la Corse, les régions dans lesquelles le nombre de boîtes délivrées est le plus élevé sont le Languedoc-Roussillon et le Nord-Pas-de-Calais.

Les caisses d'assurance maladie sont invitées à formuler chaque année leurs observations sur le dispositif de gratuité à l'occasion de leur demande de dotation faite à la CNAMTS.

Les caisses d'assurance maladie de métropole ne font pas état de difficultés majeures dans la délivrance de la contraception d'urgence. Les modalités de remboursement sont maintenant bien connues des pharmaciens et le remboursement intervient dans un délai de quelques jours.

Elles soulignent la nécessité d'informer les jeunes filles sur la contraception d'urgence mais aussi la contraception de manière plus générale par le biais d'actions d'éducation à la santé.

Elles attirent l'attention sur le peu de documents d'information disponibles actuellement et la forte demande des partenaires locaux pour les supports diffusés dans le cadre de cette campagne d'information.

Dans les Départements d'Outre-Mer, les observations des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) montrent toujours la nécessité d'une action concertée entre l'ensemble des partenaires pour faire progresser le dispositif. Elles montrent également d'importantes réticences d'ordre sociologique qui constituent un frein à l'utilisation d'une contraception.

■ Le conseil national de l'ordre des pharmaciens

Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM) est une des commissions permanentes du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Il a pour missions de développer le rôle du pharmacien en matière de prévention et d'éducation sanitaire, d'éditer et de diffuser des produits de communication adaptés.

Il participe aux campagnes d'information concernant la contraception d'urgence dans le cadre d'un partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie. L'actualisation de la brochure « une contraception d'urgence : la pilule du lendemain », qui accompagne la délivrance de la contraception d'urgence par les pharmaciens, a été réalisée dans ce cadre. Un tirage de 1 million d'exemplaires a permis de diffuser 114 400 exemplaires aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Le

⁴⁰ Il est rappelé que l'on ne peut associer une boîte à une jeune fille; la même jeune fille pouvant recourir plusieurs fois au médicament

CESPHARM dispose de 885 600 exemplaires qui serviront à approvisionner les pharmaciens à leur demande.

Une carte d'information, de format carte de crédit, a également été éditée à 2 millions d'exemplaires par le CESPARM et la CNAMTS. 1 730 000 exemplaires ont été adressés aux CPAM qui sont chargées de les diffuser localement auprès de toutes les structures intéressées accueillant une population jeune. Cette carte est mise à disposition des pharmaciens également sur une simple demande de leur part au CESPARM qui dispose à ce titre de 270 000 exemplaires.

Enfin ces 2 documents ont fait l'objet d'une édition adaptée (graphique spécifique et mention des adresses locales) pour les départements d'outre-mer : 400 000 exemplaires de la brochure d'information ont été adressés aux CGSS par la CNAMTS et 520 000 exemplaires de la carte d'information ont été diffusés. Les délégations locales de l'Ordre des pharmaciens ont également été destinataires de ces outils d'information.

En outre les 70 000 pharmaciens ont été destinataires d'un rappel du dispositif d'accès des mineures à la contraception d'urgence dans plusieurs numéros de la lettre Les Nouvelles pharmaceutiques depuis 2002. Le dernier rappel date de décembre 2005⁴¹.

Y sont présentés également les liens avec le site du ministère de la santé et des solidarités (dossier contraception) et avec celui de la Haute Autorité de santé (recommandations « stratégie de choix des méthodes contraceptives »). Le CESPARM met enfin à disposition des pharmaciens qui la demandent, la brochure « contraception : pour une prescription adaptée » réalisée par la direction générale de la santé.

L'ensemble du dispositif ainsi qu'une analyse sur les aspects juridiques et pratiques des modalités de délivrance sont par ailleurs présentés sur le site du Conseil de l'ordre des pharmaciens (www.ordre.pharmacien.fr), à la rubrique « documents de référence ».

⁴¹ La Lettre « Les Nouvelles pharmaceutiques » n° 310, 20 décembre 2005.

V- Synthèse des difficultés identifiées

Les difficultés identifiées sont de plusieurs types, alors même, rappelons-le, que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes françaises est extrêmement importante.

Les données 2000 issues de l'INED montrent que **74,6%** des femmes **utilisaient**, au moment de l'enquête, **une méthode contraceptive**. Parmi les 20,7% des femmes qui ont déclaré ne pas utiliser de contraception, 1,3% étaient stériles, 4% étaient enceintes, 5,4% désiraient un enfant, 8,2% n'avaient pas de partenaire et 1,8% ne désiraient plus d'enfant.

V.1 – L'absence de méthode contraceptive

La proportion de femmes qui ne souhaitent pas d'enfants et qui n'utilisent pas de contraception est faible, se situant au-dessous de 5% (COCON, Baromètre Santé). Les femmes qui ont été enceintes sans l'avoir souhaité citent des raisons variées à la non utilisation d'une méthode contraceptive. Elles revendiquent notamment l'accès à une contraception adaptée à leur mode de vie et à leurs attentes.

V.2 – Les difficultés de gestion quotidienne d'une méthode contraceptive, notamment orale :

La médicalisation de la prescription a eu pour effet de tenir compte de l'efficacité théorique maximale de la méthode qui était prescrite, sans envisager ni les difficultés rencontrées dans des conditions d'utilisation quotidienne, ni le degré de satisfaction ou d'insatisfaction de la femme et du couple :

- La non implication de la femme et du couple dans le choix de la méthode ;
- La maîtrise sans faille de la prise d'une pilule durant toute une vie ;
Pour une femme qui prend une pilule toute sa vie, cela suppose entre **6 000 et 7 000** prises de comprimés, sans aucun oubli de comprimé, ni décalage de prise entre 2 plaquettes.
C'est l'utilisation **régulière** de la méthode qui est en cause, sans droit à l'erreur : préservatif, pilule.
- Le recours, non négligeable, à des méthodes contraceptives « naturelles » et peu efficaces
- mais aussi la survenue d'effets secondaires qui entraînent un arrêt intempestif de la méthode

V.3 – Le déficit d'accès à une information claire et validée

Les difficultés d'accès à l'information et aux moyens contraceptifs existe plus spécifiquement pour certains groupes de populations, en particulier les adolescents (échanges intrafamiliaux difficiles sur ce thème, non information de la part des parents et/ou non réponse devant une demande, non reconnaissance de leur sexualité, information par les pairs insuffisante ou tronquée, information relevant des seuls cours de biologie du lycée...)

V.4 – Le coût des méthodes contraceptives

a) Certaines méthodes sont prises en charge par l'assurance maladie :

6 pilules de 2^e génération (dont 2 génériques) ; pour 2 des pilules les plus prescrites, le coût annuel se situe autour de 30 euros (7,24 euros la boîte de 3 plaquettes), remboursé à 65%.

DIU au cuivre (prix fixé dans la liste des produits et prestations remboursables: 27,44 euros)

DIU au Lévonorgestrel : il est remboursé à 65%

Implant progestatif : 138,15 euros remboursé à 65%

CU : 7,95 euros, lorsqu'elle est prescrite remboursement à 65% (gratuité pour les mineures).

b) D'autres ne sont pas inscrites sur la liste des médicaments remboursables :

La totalité des pilules OP de 3^e génération dont le prix est libre, y compris leurs génériques. Le coût annuel de ces médicaments oscille autour de 110 euros. Leurs génériques sont commercialisés autour de 75 euros.

L'anneau vaginal : 180 euros / an (15 euros/ mois)

Le timbre contraceptif : 175,20 euros / an (14,60 euros / mois)

c) Ne sont pas remboursés :

Les préservatifs masculins (0,23 à 0,77 euros l'unité) et féminins (2,14 euros l'unité)

Les spermicides : environ 6 euros les 6 doses

La contraception d'urgence, sans prescription, sauf en ce qui concerne les mineures.

V.5 – La non reconnaissance sociale de la sexualité

Cela concerne particulièrement les populations les plus jeunes, mais aussi des femmes plus âgées dont la sexualité n'apparaît pas « légitime » (rapports sexuels avant le mariage ou en dehors du mariage).

V.6 – Les rapports hommes / femmes et la domination masculine

Dans certains cas, ce sont le refus, l'indifférence, les difficultés relationnelles au sein du couple, voire l'hostilité du conjoint, qui sont sources de difficultés : refus d'utiliser un préservatif ou de pratiquer le retrait.

V.7 – L'ambivalence des femmes vis à vis du désir de grossesse

Elle n'explique pas et de loin toutes les grossesses non prévues. Mais le désir de grossesse, l'envie d'être enceinte, de se rassurer sur sa fertilité peuvent intervenir.

VI – Conclusion

La couverture contraceptive des femmes françaises apparaît élevée, trois femmes sur quatre, et pourtant il subsiste un nombre non négligeable de grossesses non prévues. Parmi les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, moins de 5% ne désirent pas de grossesse.

Les femmes qui utilisent une contraception attribuent les échecs à une utilisation incorrecte de la méthode ou à un problème survenu lors de son utilisation : oubli de pilule, problème rencontré lors de l'utilisation d'un préservatif, échec des méthodes naturelles.

L'accès des femmes à la contraception est donc globalement positif. Cependant, pour certaines d'entre elles, l'accès peut s'avérer plus compliqué (jeunes filles et jeunes hommes sortis du milieu scolaire, femmes en situation de vulnérabilité, femmes étrangères ou issues de l'immigration, femmes souffrant d'un handicap...).

Pour ces femmes confrontées à un déficit d'informations, il est nécessaire de développer des actions d'information ciblées, du type du programme « Contraception, sexualité, vulnérabilité », mis en œuvre par le réseau MFPP à la demande et avec le soutien financier de la DGS.

La survenue de grossesses non prévues correspond à des situations individuelles très hétérogènes. Cependant, elle traduit les difficultés que rencontrent les femmes à adopter, sur le long terme, une pratique contraceptive qui corresponde à une parfaite « maîtrise » de leur fécondité.

Compte tenu des différentes situations rencontrées, il est nécessaire de s'interroger sur ce que les pouvoirs publics sont en mesure de mettre en œuvre pour répondre aux situations rencontrées et d'identifier les leviers sur lesquels il leur est possible d'agir.

Certaines interventions relèvent de la place que la société française réserve à la femme et dépassent le strict cadre de la contraception. Toutes les actions qui auront pour finalité l'amélioration de la place des femmes dans la société, contribueront à modifier les normes et les pratiques dans le domaine de la sexualité.

Comme l'écrivent Nathalie Bajos et Michèle Ferrand en conclusion de l'étude qualitative GINE⁴² ; « ... toutes les mesures visant à accroître l'autonomie et le respect des femmes, parce qu'elles contribueront indirectement à modifier les normes sociales en matière de sexualité, favoriseront des rapports plus harmonieux entre femmes et hommes et des projets parentaux qui correspondent mieux aux attentes des unes et des autres ».

En revanche tout ce qui est de l'ordre de l'amélioration de la formation des professionnels de santé qui prescrivent ou sont amenés à délivrer des conseils en matière de contraception, de l'information du public, en particulier des publics jeunes et des publics vulnérables, d'une plus grande accessibilité aux structures et aux moyens de contraception, relève d'une action publique en matière de santé.

⁴² De la contraception à l'avortement, Sociologie des grossesses non prévues, Inserm

VII – Les axes stratégiques

Quatre axes stratégiques, déclinés en quatorze objectifs

1 – Agir sur l'information du grand public et de publics cibles

- **Objectif 1** Mettre à disposition du grand public et des publics cibles des informations accessibles, claires, validées et actualisées ;
- **Objectif 2** Assurer une information spécifique des femmes dans les suites d'un accouchement et dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse.

2 – Agir sur la pratique des prescripteurs

- **Objectif 3** Impulser une dynamique de modification des pratiques médicales ;
- **Objectif 4** Faire de la consultation de contraception une véritable consultation de prévention ;
- **Objectif 5** Renforcer l'information des professionnels intervenant dans le cadre des commissions régionales de la naissance et des permanences téléphoniques régionales ;
- **Objectif 6** Rechercher de nouvelles voies d'information pour les professionnels de santé.

3 – Améliorer l'accessibilité à la contraception

- **Objectif 7** Faciliter la délivrance des médicaments dans les centres de planification ou d'éducation familiale ;
- **Objectif 8** Favoriser la prescription et la délivrance de contraceptifs au moindre coût pour les femmes et l'assurance maladie ;
- **Objectif 9** Assurer un plus grand accès à la contraception en expérimentant la possibilité pour les sages-femmes de prescrire.

4 – Améliorer les connaissances en matière de contraception aux niveaux national et européen

a) Au niveau national

- **Objectif 10** Améliorer les connaissances en matière d'utilisation des moyens contraceptifs ;
- **Objectif 11** Poursuivre le recueil effectué chaque année depuis 2002 dans le cadre du dispositif d'accès des mineures à la contraception d'urgence.

b) Au niveau européen

- **Objectif 12** Participer aux travaux européens en matière de santé reproductive dans le cadre de Reprostat 2 ;
- **Objectif 13** Repérer, dans les pays européens de niveau de vie comparable, les mesures qui ont permis de réduire la survenue de grossesses non désirées ;
- **Objectif 14** Impulser et organiser en France un colloque européen sur la contraception.

Agir sur l'information du grand public et de publics cibles

Objectif 1

Mettre à disposition du grand public et des publics cibles (jeunes, population des départements d'outre-mer, population en situation de précarité, personnes issues de l'immigration) des informations accessibles, claires, validées et actualisées.

La production de recommandations de pratique clinique destinées aux professionnels de santé représente la première phase d'une opération visant à améliorer la situation relative à la contraception.

La seconde phase consiste à mener, en parallèle, un travail d'information de la population utilisatrice de contraceptifs. Il est en effet nécessaire, pour qu'elle soit en mesure d'effectuer un choix éclairé, que chaque utilisateur(trice) soit en possession de messages qui soient compréhensibles, qui soient validés et actualisés. C'est à ce prix que chaque utilisatrice pourra être un acteur responsable de sa propre contraception et qu'elle sera en mesure d'engager un dialogue avec le prescripteur.

1.1 – Constat

a) Déficit d'information

Les échanges intrafamiliaux sont parfois difficiles, voire impossibles, sur les thèmes de la sexualité et de la contraception. Or, la non reconnaissance de la sexualité par les parents ou par la société est un frein important à l'accès à une contraception.

En effet, le fait pour certaines femmes de vivre une sexualité familialement ou socialement stigmatisée a pour conséquence de les maintenir dans une situation de grande vulnérabilité vis-à-vis de la contraception et vis-à-vis des moyens d'information.

C'est parfois le cas de jeunes adolescentes dont la sexualité est jugée précoce ou inacceptable par les parents, ou encore de femmes issues de l'immigration pour lesquelles la sexualité hors mariage, par exemple, est interdite.

Les connaissances transmises par les parents ou par les pairs peuvent être insuffisantes ou de mauvaise qualité. Enfin l'information sur la contraception relève parfois des seules connaissances acquises lors des cours de biologie au lycée. Or cette information n'est pas nécessairement adaptée aux questions pratiques que peuvent se poser les adolescents.

Il convient d'ajouter à ces difficultés le fait que de nouvelles méthodes contraceptives font régulièrement leur apparition sur le marché, notamment dans le but de pallier les difficultés d'utilisation des méthodes contraceptives au long cours.

Sans information spécifique dans ce domaine, les femmes ne peuvent ou ne savent comment y avoir recours, comme en témoignent par exemple les résultats d'une enquête menée par l'INSERM (U 569) sur l'identification des obstacles à l'utilisation de la contraception d'urgence. Les premiers résultats du Baromètre santé 2005 soulignent, quant à eux, que ce sont les modalités d'utilisation de la contraception d'urgence qui ne sont pas maîtrisées.

Les caisses primaires d'assurance maladie, qui sont chargées de la mise en œuvre au niveau local du dispositif d'accès des mineures à la contraception d'urgence, se font également l'écho de la demande pressante de leurs partenaires locaux qui souhaitent disposer de supports d'information sur les méthodes contraceptives.

La nécessité de mener une information sur la contraception constitue une demande permanente et forte du ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité (service des droits des femmes et de l'égalité), du Conseil supérieur de l'information sexuelle (CSIS) et des associations œuvrant dans ce domaine (MFPF, ANCIC, AFC⁴³) ainsi que des chercheurs et des professionnels de la santé et de l'éducation.

Il convient d'ajouter enfin qu'un certain nombre de laboratoires pharmaceutiques, impliqués dans le domaine de la contraception, mettent à disposition des femmes, par l'intermédiaire des médecins, des outils d'information dans ce domaine, outils nécessairement orientés sur leur gamme de produits.

En janvier 2000 une campagne nationale a été menée sur le thème « La contraception : à vous de choisir la vôtre ». Le contenu de celle-ci - spots télévisés, annonces radio, affiches - a fait l'objet d'une évaluation par l'INSERM, à la demande de la DGS.

L'évaluation de l'INSERM a conclu que sur la forme, si cette campagne nationale a été bien appréciée du public, elle n'a cependant bénéficié que d'un faible niveau d'identification de la part des femmes et d'une faible implication pour les personnes chez qui la contraception pose problème.

En revanche, elle souligne que sur le fond, après un silence de vingt ans, il était important qu'existe de la part des pouvoirs publics une « prise de parole » sur la contraception. Ceci constitue à ses yeux un levier pouvant avoir un impact positif sur les changements de normes sociales concernant les droits des femmes.

Une seconde campagne a été organisée en 2002. Depuis, aucun relais ni aucune prise de parole officiels n'ont été organisés.

Pourtant, chaque année, des milliers d'adolescents ont leurs premières relations sexuelles, sans que soit mise à leur disposition une information adaptée à leur situation.

Il est donc nécessaire de concevoir et de mettre à disposition des utilisateurs de contraception des supports contenant des informations objectives, claires, adaptées et accessibles afin de réduire le nombre de grossesses survenant dans un contexte de déficit d'information.

Cette information doit prendre également en compte le déficit actuel de connaissances de la population en matière de contraception d'urgence (CU). Il s'agit d'une méthode d'apparition récente et dont les premiers axes de communication ont concerné les mineures. Les résultats du Baromètre santé 2005 font apparaître que, si 99,4 % des personnes interrogées ont entendu parler de cette contraception, seules 9,7 % en connaissent réellement le délai d'efficacité.

Les résultats d'une enquête, réalisée en 2003 par l'INSERM⁴⁴ dans 4 centres d'IVG soulignent que **seulement 9% des femmes ont utilisé une CU** pour prévenir la grossesse qui donne lieu à l'IVG. Les raisons avancées pour expliquer ce faible recours sont, d'une part, la non conscience du risque de grossesse, en particulier chez les femmes qui avaient adopté une contraception régulière (pilule ou

⁴³ Conseil supérieur de l'information sexuelle, Mouvement français pour le planning familial, Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, Association française pour la contraception .

⁴⁴ Unité mixte 569 INSERM/INED, enquête ayant pour but d'identifier les obstacles à l'utilisation de la contraception d'urgence

méthodes des dates) au moment de la survenue de la grossesse, et d'autre part, la méconnaissance de son existence ou des modalités précises de son utilisation.

Les résultats de cette enquête, ainsi que ceux du Baromètre santé 2005, font apparaître un déficit d'informations sur les modalités d'utilisation chez les femmes, excepté chez les jeunes filles scolarisées.

Il est vrai que les informations qui ont accompagné la mise en œuvre du dispositif d'accès des mineures à la contraception d'urgence ont été dirigées exclusivement en direction des infirmières scolaires et des pharmaciens et ciblées sur les mineures. Aucune information n'a été menée ensuite en direction d'un public féminin plus vaste.

Certaines régions (PACA notamment) font état des difficultés rencontrées pour mener une information sur la contraception d'urgence en direction de la population, alors même que ce thème est prioritaire.

b) Les besoins et publics identifiés

■ Population générale

Une prise de parole publique sur le thème de la contraception, accompagnée de ce qu'il convient d'appeler un « bruit de fond », témoignerait de l'engagement du ministère de la santé ainsi que de la priorité qu'il souhaite accorder à cette mesure de prévention.

Cette démarche faciliterait et optimiserait les actions plus ciblées en direction de certains publics ainsi que les actions de proximité menées par les différents acteurs œuvrant dans ce domaine.

Le choix des supports véhiculant les messages sur la contraception reste à définir, en gardant à l'esprit qu'ils doivent être conçus pour être déclinés également en direction de publics cibles, afin que chacun puisse s'identifier aux messages portés.

L'information, menée en parallèle avec l'actualisation réalisée en direction des professionnels (Haute Autorité de santé, l'INPES, DGS), doit contribuer à donner aux femmes les moyens d'exercer un véritable choix de leur méthode contraceptive, choix qui est le garant de la meilleure utilisation de celle-ci.

En complément de l'information grand public, il est indispensable d'élaborer des messages actualisés, clairs et compréhensibles par le plus grand nombre, en direction d'un certain nombre de publics cibles.

■ Publics cibles

► En premier lieu sont concernés les adolescents et adolescentes, parce que l'information doit être renouvelée de manière permanente. En effet, chaque année, une classe d'âge comportant environ 770 000 individus peut être concernée par une première expérience sexuelle. L'âge médian auquel surviennent les premiers rapports sexuels se situant aux alentours de 17 ans, il est nécessaire d'informer plus précocement encore les adolescents.

Dans le cadre de la scolarité, des actions d'éducation à la sexualité sont d'ores et déjà organisées. Le ministère de l'Éducation nationale, en partenariat avec le ministère chargé de la santé, a pris en compte depuis plusieurs années la question de l'éducation à la sexualité. La circulaire de 1998⁴⁵ a instauré des séances obligatoires de deux heures d'éducation à la sexualité pour les élèves des classes de 4^e et de 3^e de collège et de lycée professionnel.

⁴⁵ circulaire n° 98-237 du 19 novembre 1998

Des formations spécifiques ont été mises en œuvre pour les intervenants et des documents ont été élaborés à leur intention, notamment celui intitulé « L'éducation à la sexualité au collège et au lycée : guide du formateur ».

Le développement de l'éducation à la sexualité permet une approche éducative qui tient compte à la fois des impératifs de santé publique (prévention du sida et des infections sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées, des violences sexuelles..), d'une démarche pédagogique en lien avec certains enseignements, et d'une éthique collective fondée sur les notions de respect de l'intimité et de responsabilité individuelle et collective.

L'importance de la place de l'éducation à la sexualité a été réaffirmée par la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception qui a, d'une part, autorisé l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires selon un protocole précisé par décret, et d'autre part, confié à l'Education nationale le soin d'organiser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées ».

Les modalités de mise en œuvre, de développement et d'accompagnement de ces séances d'éducation à la sexualité sont précisées par la circulaire du ministère de l'Education nationale du 17 février 2003. Des supports méthodologiques destinés aux intervenants sont en cours d'élaboration.

Un contrat cadre de partenariat en santé publique a été signé le 17 juillet 2003 par les ministres chargés de la santé et de l'éducation nationale. L'éducation à la sexualité constituait l'un des objectifs prioritaires pour l'année scolaire 2004-2005.

Une des mesures contenues dans la stratégie d'actions « santé des enfants et des jeunes⁴⁶ » a pour objectif d'inscrire l'évaluation des actions d'éducation à la sexualité menées dans ce domaine.

Le ministère de l'agriculture a également développé depuis une dizaine d'années un partenariat avec le ministère de la santé dans le but de développer des actions de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire.

Entre 1994 et 2000, environ 400 professionnels de santé des établissements scolaires agricoles ont reçu une formation dans le domaine de l'éducation à la santé et à la sexualité. Des modules spécifiques ont été ensuite inscrits dans les enseignements des élèves des établissements de l'enseignement agricole et des outils pédagogiques ont été mis à leur disposition.

► Une attention particulière doit être accordée aux adolescents et aux jeunes adultes qui sont scolarisés dans les filières techniques et à ceux qui sont sortis du système scolaire. Certaines enquêtes montrent en effet un niveau d'information relatif à ces thématiques inférieur à celui des jeunes qui sont scolarisés en filière générale. Les données épidémiologiques concernant les jeunes filles scolarisées dans les filières techniques indiquent par ailleurs qu'elles sont plus souvent confrontées à la survenue d'une grossesse non désirée, d'une IVG ou d'IST.

Il est nécessaire de mettre à la disposition de ces jeunes garçons et de ces jeunes filles des informations adaptées pour qu'ils puissent s'approprier l'information qui permettra, notamment, d'éviter la survenue de grossesses non désirées. De même, les professionnels de la santé et de l'éducation amenés à intervenir auprès d'eux, doivent pouvoir disposer de supports d'information actualisés et cohérents.

Cette information doit également prendre en compte les difficultés rencontrées par les adolescents, qui plus que d'autres sont confrontés aux difficultés d'accès à la prévention et au système de soins.

⁴⁶ Stratégie d'actions Santé des enfants et des jeunes, juillet 2005, Direction générale de la santé, Bureau Santé des populations, précarité et exclusion.

► L'information doit également être adaptée aux particularités **des populations rencontrant une situation de vulnérabilité**. L'enjeu consiste alors à décliner des actions d'information et de sensibilisation de proximité, destinées aux hommes et aux femmes rencontrant des difficultés particulières, soit parce qu'ils sont issus de l'immigration, soit parce qu'ils rencontrent des difficultés d'accès au dispositif d'information et de soins.

Un programme d'actions intitulé « contraception, sexualité, vulnérabilité » a été conçu dans le cadre d'un partenariat entre la direction générale de la santé et le Mouvement français pour le planning familial (MFPF), formalisé par une convention triennale (2003-2005).

Ce programme a pour objectifs de favoriser l'accessibilité aux dispositifs et aux droits en matière de contraception des populations vulnérables et de travailler sur les contraintes et obstacles spécifiques qu'elles rencontrent, que les obstacles soient d'ordre culturel, social, ou économique.

La population cible bénéficiant de ces actions est identifiée par les animatrices locales du MFPF dans les structures accueillant des jeunes en difficulté (missions locales, centres de réinsertion, structures relevant des services de la protection judiciaire de la jeunesse...), dans les structures accueillant les populations précaires (foyer d'hébergement, de réinsertion, associations humanitaires...) ou encore dans les structures accueillant les populations migrantes (foyers migrants, groupe d'alphabétisation...).

Le programme a été conçu de manière à apporter une formation spécifique aux animatrices du MFPF, qui ont été recrutées sur la base du volontariat, pour développer des actions nouvelles en direction de ces publics. A l'issue de cette formation, les animatrices sont chargées d'animer, au niveau local, des interventions et des animations en direction des publics cibles du programme, en utilisant les outils pédagogiques et les supports développés spécifiquement dans le cadre du programme.

Des professionnels relais, intervenant auprès des publics cibles, sont également formés. Il s'agit de professionnels ou de membres d'associations qui accueillent au quotidien les publics cibles : personnels des missions locales, intervenants dans le cadre de la politique de la ville, éducateurs, membres d'associations communautaires ou humanitaires par exemple.

Cette formation leur permet d'orienter plus efficacement les populations en situation de vulnérabilité vers les réseaux d'accueil et de consultation parce qu'eux-mêmes les connaissent mieux.

Enfin la parole est donnée aux populations concernées au sein de « groupes de parole ». A l'aide des supports d'information et des outils mis à leur disposition et adaptés selon les types de population rencontrés, les animatrices répondent aux questions et informent sur les dispositifs susceptibles de les accueillir, comme par exemple les centres de planification.

Ces groupes de parole permettent en outre aux personnes qui rencontrent des difficultés d'un autre type, comme les situations de violence, de pouvoir être orientées de manière adaptée.

► L'information doit être adaptée aux particularités **des populations vivant dans les départements d'outre-mer**. La proportion des grossesses non désirées y est, pour 3 départements sur 4, nettement plus élevée qu'en métropole. Devant cette situation, chacun des quatre départements d'outre-mer élabore une stratégie tentant de répondre aux difficultés identifiées.

Les difficultés identifiées sont pour une part identiques à celles de métropole lorsqu'il s'agit de difficultés d'accès aux structures, de l'importance de la précarité de certaines populations ou de la non reconnaissance de la sexualité des jeunes filles. D'autres difficultés sont plus spécifiques à certains DOM lorsqu'il s'agit d'envisager la place de la femme dans la société au regard d'une domination masculine prégnante, ou lorsqu'il s'agit de croyances et d'idées fausses véhiculées localement.

En **Guadeloupe**, département dans lequel 4 conceptions sur 10 se terminent par une IVG, un état des lieux a été récemment réalisé sous l'égide de la DSDS. Il recommande de mettre l'accent sur la formation des prescripteurs pour répondre aux attentes des femmes et des hommes guadeloupéens. Un

envoi de 800 plaquettes « contraception, pour une prescription adaptée » ; a été réalisé à l'attention des professionnels (41 gynécologues obstétriciens, 500 médecins généralistes et 150 sages-femmes). Une formation sera réalisée d'ici la fin de l'année par l'Association française pour la contraception, à la demande de la DSDS, sur la base du travail financé en 2004 par la DGS.

Le travail réalisé en Guadeloupe recommandait de mener un effort d'information en direction de la population sur les modalités et les lieux d'accès à la contraception.

La DGS a choisi, avec le MFPPF, de cibler dès 2005 ce département pour y développer le programme « contraception, sexualité, vulnérabilité ». Ce programme a pour objectifs de sensibiliser à la contraception les professionnels qui sont quotidiennement au contact des femmes en situation de vulnérabilité (issues de l'immigration haïtienne, jeunes sortis du milieu scolaire, populations en situation de précarité).

Enfin, la prévention des grossesses non désirées devrait constituer un des volets prioritaires du PRSP de la Guadeloupe.

La Guyane connaît une forte démographie (3,9 enfants / femme) et la proportion de grossesses chez les adolescentes est nettement plus importante qu'en métropole : 8,9% des grossesses surviennent chez les jeunes femmes de moins de 18 ans contre 0,5% en métropole.

Un récent état des lieux en matière de planification montre qu'un très petit nombre de femmes fréquente les structures délivrant information et moyens contraceptifs (moins de 5%).

Une implication plus forte du Conseil général devrait permettre le recrutement d'une personne qui coordonnera les actions menées dans les différents centres de santé et celles menées par le biais du « Camion de Santé » et qui désignera un référent planification dans chaque centre.

Le programme « contraception, sexualité, vulnérabilité » sera développé en Guyane à partir de 2006.

En Martinique, une enquête qualitative a été menée en août 2004 pour identifier les difficultés rencontrées par les femmes dans l'accès à la contraception. Les résultats montrent que c'est l'absence de prise en compte de leur choix par le prescripteur qui est le principal frein et renvoient à la problématique de sensibilisation et de formation de celui-ci.

Des atouts existent dans ce département, en termes tant de nombre de centres de planification existants que d'accessibilité géographique et financière, car il existe une gratuité de tous les contraceptifs.

Cependant le nombre de grossesses non désirées reste élevé et il convient d'informer les femmes de manière claire et objective sur la contraception.

A l'île de **La Réunion**, l'accès à la contraception, via les centres de planification familiale, les dispensaires de PMI et le maillage des médecins libéraux, n'est pas différent de ce qui existe en métropole, même si quelques difficultés ont été identifiées chez des pharmaciens qui refusaient de délivrer la CU. Cette situation fait suite à une politique d'information dynamique qui y a été menée en 2004 :

- un magazine sur la contraception a été largement diffusé ;
- une information sur la contraception d'urgence a été relayée (CESSPHARM/CNAMTS) ;
- 3 courts métrages sur la contraception ont été réalisés et projetés à la Réunion et dans les autres DOM, via RFO.

► Enfin il convient de permettre aux **personnes souffrant de handicap** l'accès à une information adaptée sur la contraception. L'article L. 6121-6 du code de la santé publique précise qu' « une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées ».

c) Les messages à faire passer

Un certain nombre de messages sont des « pré-requis » à l'utilisation correcte d'une contraception, assurant à ceux et celles qui l'utilisent une plus grande efficacité. Ils sont identifiés dans les différentes enquêtes menées sur ce sujet :

- **Ne pas interrompre une contraception** pour « tester » sa fertilité, pour laisser l'organisme « au repos ». Les femmes qui prennent une contraception pendant des années s'interrogent parfois sur le délai qui existe entre le moment où elles décident d'interrompre la contraception et le moment où survient la grossesse. Les données de la dernière enquête nationale périnatale montrent qu'à l'arrêt d'une contraception⁴⁷, le début de la grossesse s'est produit pour 26,8% d'entre elles le mois suivant l'arrêt de la contraception, et au total 85 % des femmes étaient enceintes dans un délai inférieur à un an.
- **Connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule**, en cas de retard à la prise d'une plaquette, en cas de retard dépassant le délai de 7 jours avant la pose d'un nouvel anneau vaginal ou d'un timbre contraceptif. **A lui seul ce message permettrait d'éviter bon nombre de grossesses non désirées** et par voie de conséquence d'IVG ;
- Informer largement le grand public sur les **modalités d'utilisation de la contraception d'urgence** : les adolescentes sont mieux informées que leurs aînées sur les modalités d'accès et les conditions d'utilisation des contraceptions de rattrapage ;
- **Connaître les indications et les modalités d'accès à la contraception d'urgence hormonale** : méconnaissance du délai de recours à la CU (Baromètre santé 2005) et place du DIU dans cette indication (recommandations de la HAS);
- Savoir que l'utilisation « régulière » d'une contraception d'urgence hormonale **est moins efficace** que l'utilisation d'une contraception « normale » ;
- **Combattre les idées fausses** (dont certaines peuvent être confortées par les programmes scolaires, par exemple que la période fertile dans un cycle se situe autour du 14^e jour). Elles concernent aussi la croyance que le premier rapport sexuel n'est pas fécondant, que l'oubli d'une pilule ne compromet pas l'efficacité de la pilule... ;
- Savoir que **les pratiques médicales concernant la pose d'un DIU ont évolué** et que les femmes peuvent en parler à leur médecin (pose possible chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants) ;
- Savoir utiliser « correctement » **un préservatif masculin et féminin** ;
- Savoir que l'utilisation d'un préservatif lors des premiers rapports sexuels doit impérativement être relayée par une autre contraception lorsque l'inquiétude vis-à-vis des IST-VIH a disparu ;
- Attirer l'attention des femmes sur certaines situations de **vulnérabilité** : période de transition entre 2 méthodes contraceptives, suites d'un accouchement, suites d'une IVG.

⁴⁷ Enquête nationale périnatale 2003, échantillon de 15 000 femmes interrogées dans les suites d'un accouchement

1.2 – L'existant

Un certain nombre de documents ont été élaborés ou financés par la direction générale de la santé (DGS) sur ce thème.

a) Conception d'une cassette vidéo

La DGS a co-financé et participé à la conception **d'une cassette vidéo** intitulée « Petites histoires d'amour et de contraception » réalisée par l'association française pour la contraception (AFC). Le Conseil régional d'Ile-de-France, les conseils généraux des Hauts-de-Seine, de l'Essonne, du Val-de-Marne, des Yvelines et du Val d'Oise ainsi que la Mutualité française ont également co-financé cette cassette et participé à sa conception.

Disponible depuis septembre 2002, elle est utilisée par les professionnels de la santé et de l'éducation qui la présentent, selon un thème choisi parmi les 7 proposés, aux adolescents de 15 à 18 ans. Elle permet notamment d'amorcer un dialogue sur les moyens contraceptifs efficaces, la prévention des infections sexuellement transmissibles, la contraception d'urgence, les préservatifs masculins et féminins, le rôle des hommes dans la contraception et les lieux d'information complémentaires.

Cette cassette, disponible également sous forme de CD-Rom, est diffusée par l'Association française pour la contraception et rencontre un vif succès auprès des médecins qui interviennent dans les centres de planification ou auprès de publics adolescents, par exemple dans le cadre de l'éducation nationale par exemple.

b) Réalisation d'une brochure d'information

Une déclinaison des recommandations de pratique clinique de la Haute Autorité de santé sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », a été réalisée sous la forme d'une brochure « **Contraception : pour une prescription adaptée** ».

Si elle est avant tout destinée aux professionnels de santé, elle comporte néanmoins des informations qui peuvent être directement délivrées aux femmes et aux couples lors des consultations de contraception. Ceci concerne particulièrement les conseils à donner en cas d'oubli de pilule ainsi que des informations relatives à la contraception d'urgence.

A ce jour, elle a été diffusée à plus de 25 000 exemplaires, ce qui témoigne d'une forte demande (journée de l'Association française pour la contraception, Assises nationales des sages-femmes, journée contraception du Collège national des sages-femmes, Entretiens de Bichat, journées de la Société française de médecine périnatale, journées nationales du Collège national des gynécologues obstétriciens).

c) Un dossier d'information sur la contraception et l'IVG

Un dossier d'information sur la contraception et l'IVG a été mis en ligne sur **le site Internet du ministère chargé de la santé** par la DGS. Ce dossier est destiné à la population générale et aux professionnels. Il est accessible sur le site www.sante.gouv.fr (accès aux dossiers par ordre alphabétique, lettre C).

Il précise les missions et donne les coordonnées des permanences téléphoniques régionales, des centres de planification ou d'éducation familiale et des établissements d'information, de consultation et de conseil familial. Il comporte une description de chaque méthode contraceptive disponible et répond aux questions les plus fréquemment posées par les utilisatrices.

Il permet d'accéder à l'ensemble des rapports actuellement disponibles sur le sujet, notamment ceux qui concernent la contraception d'urgence, ainsi qu'au livret d'information concernant la stérilisation à visée contraceptive. Il informe sur l'ensemble de la législation en vigueur et crée des liens, notamment avec le site de la HAS.

Il apporte également toutes les informations relatives à l'interruption volontaire de grossesse (ensemble des textes législatifs et réglementaires découlant de la loi de juillet 2001, dossier guide destiné aux femmes, dispositif relatif à la mise en œuvre de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse).

1.3 – Mesures

■ **Inscrire la thématique « contraception » dans le programme de travail 2006/2007 de l'INPES et organiser la diffusion d'une information adaptée aux publics suivants :**

- Population générale ;
- Publics cibles : adolescents (y compris ceux qui sont sortis du milieu scolaire), personnes souffrant d'un handicap, personnes en situation de vulnérabilité, populations des DOM.

La déclinaison de cette thématique en direction des adolescents s'appuiera en particulier sur la collaboration mise en œuvre entre le ministère de l'Education nationale et l'INPES, dans le cadre du contrat cadre signé entre le ministère de la santé et celui de l'Education nationale.

■ **Poursuivre l'information des populations en situation de grande vulnérabilité**, dans le cadre du programme « Contraception, sexualité, vulnérabilité », en métropole et dans les DOM, sur la base d'une nouvelle convention triennale signée entre le ministère de la santé et des solidarités et le Mouvement français pour le planning familial.

■ **Soutenir l'information sur la contraception d'urgence mise en œuvre par la CNAMTS et le CESSPHARM ;**

■ **Mettre à jour régulièrement le dossier contraception du site Internet du ministère chargé de la santé www.sante.gouv.fr ;**

■ **Mettre à jour les informations sur la contraception disponibles sur le site www.jeunesse.gouv.fr.**

1.4 – Calendrier

- Programme de travail INPES : 2006-2007
- Programme triennal «contraception, sexualité, vulnérabilité» : 2006-2008
- Mise à jour par la DGS des sites Internet : chaque année

1.5 – Indicateurs

- Nombre de supports d'information créés, produits, diffusés et évalués en direction du grand public et des publics cibles par l'INPES.
- Nombre de départements et nombre de professionnels et de population cible inclus dans le programme « contraception, sexualité, vulnérabilité ».

1.6 – Impact des mesures

Améliorer l'information de la population en matière de contraception et lui donner les moyens de dialoguer avec les praticiens.

Objectif 2

Assurer une information spécifique aux femmes dans les suites d'un accouchement et dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse.

2.1 – Constat

Après un accouchement, il est classique d'attendre l'examen postnatal pour prescrire un moyen contraceptif, même si une information a été délivrée à la femme lors de l'hospitalisation en suites de couches. Or la possibilité de survenue d'une grossesse existe avant même que l'examen postnatal ne soit réalisé. C'est ainsi que 5% des interruptions volontaires de grossesse surviendraient dans les 6 mois qui suivent une naissance et que près de 11 000 femmes seraient concernées chaque année⁴⁸.

Il est nécessaire qu'une information claire et validée sur la possibilité de survenue d'une nouvelle grossesse soit donnée aux femmes. Selon qu'une femme a choisi ou non d'allaiter les possibilités de choix seront différentes. La HAS⁴⁹ préconise qu'une information sur les moyens contraceptifs utilisables en suites de couches soit délivrée aux femmes durant la grossesse.

En effet, la durée moyenne de séjour après une naissance est réduite à quelques jours, durant lesquels les femmes sont particulièrement vulnérables. Elles sont sollicitées par les soins à apporter à leur enfant nouveau-né et elles subissent de profonds bouleversements physiologiques et psychologiques. Les informations concernant la contraception, lorsqu'elles sont délivrées uniquement en suites de couches, percutent un nombre élevé d'autres recommandations et conseils et semblent peu efficaces.

De nombreuses informations erronées circulent également sur ce sujet, notamment lorsque la femme a choisi d'allaiter. Les recommandations de pratique clinique de la HAS⁵⁰ précisent que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode utilisable, « au moins jusqu'au retour de couches et pendant les 6 premiers mois », aux conditions que l'allaitement soit exclusif jour et nuit et que l'aménorrhée persiste. Si ces 2 conditions ne sont pas respectées, il est nécessaire de conseiller une contraception.

⁴⁸ Mulet F. Guide de la contraception. Propriété de l'association Gynove (Angers) 2006.

⁴⁹ Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, ANAES, décembre 2004

⁵⁰ Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant, Mai 2002

Une autre période de vulnérabilité se situe au décours d'une interruption volontaire de grossesse. Lorsqu'une femme a recours à une IVG, une information sur les moyens de contraception qui sont à sa disposition dans les suites immédiates de cette IVG lui est délivrée. Il est indispensable qu'à l'appui des informations délivrées par un professionnel de santé elle puisse se référer à un support qui reprend et relaie ces informations.

2.2 – Mesures

- Intégrer des messages d'information sur les méthodes contraceptives dans le carnet de santé de la maternité ;
- Intégrer des messages d'information sur les méthodes contraceptives dans le dossier guide remis à chaque femme qui demande une IVG.

2.3 – Calendrier

Diffusion du contenu actualisé du guide IVG : 2006.

Diffusion du carnet de santé de la maternité : 2006- 2007.

2.4 – Indicateurs

Nombre de dossiers guides délivrés aux femmes chaque année.

Nombre de carnets de maternité délivrés aux femmes chaque année.

2.4 – Impacts des mesures

Réduire la survenue de grossesses non désirées dans les suites d'une naissance ou d'une IVG. Cet item sera intégré au volet contraception du questionnaire de l'enquête DREES sur l'IVG qui sera réalisée en 2007. Il sera répété lors des enquêtes ultérieures afin de repérer une évolution de cet indicateur.

Agir sur la pratique des prescripteurs

Objectif 3

Impulser une dynamique de modification des pratiques médicales

3.1 – Constat

Les conclusions des travaux menés par l'INSERM font apparaître que les échecs de contraception peuvent résulter, d'une part, de la faible implication de la femme dans le choix de son contraceptif parce que celui-ci est décidé par le médecin, et d'autre part, de l'insuffisante information délivrée par le prescripteur concernant la conduite à adopter en cas d'accident de méthode.

La Direction générale de la santé a confié à l'ANAES, en lien avec l'AFSSAPS et l'INPES, l'élaboration de recommandations de pratique clinique en matière de contraception. Le rapport,⁵¹ qui a fait l'objet d'une importante diffusion auprès des professionnels de santé concernés, comporte :

- la mise à jour des méthodes contraceptives disponibles en France ;
- les options contraceptives disponibles dans certaines situations particulières, physiologiques et pathologiques ;
- les critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d'une méthode ;
- les moyens d'accompagner une femme/un couple dans le choix d'une méthode.

Ce rapport rappelle la nécessité pour le prescripteur de rechercher tout facteur de risque, notamment cardio-vasculaire, contre-indiquant le recours à une contraception oestroprogestative. Lorsqu'une telle situation existe, il recherchera avec la femme une méthode adaptée à sa situation.

3.2 – Qui sont les prescripteurs ?

Les prescripteurs de contraceptifs sont majoritairement les médecins généralistes et les gynécologues, obstétriciens ou médicaux. Depuis le vote de la loi relative à la politique de santé publique⁵² les sages-femmes sont autorisées à prescrire une contraception dans certaines circonstances.

Quelques données issues de « l'étude permanente de la prescription médicale » (EPPM) indiquent qu'en 1999, les généralistes prenaient en charge 37,9% de la contraception féminine, contre 61,4% pour les gynécologues et 0,7% pour les autres spécialistes⁵³.

⁵¹ ANAES, décembre 2004 : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme

⁵² Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, publiée au J.O. le 11 août 2004.

⁵³ Panorama du médecin/ 23 mai 2005 / n° 4977.

a) Les médecins généralistes

Ils sont 62 000 en exercice, ils prescrivent une contraception soit d'emblée, soit en relais d'une prescription initiée par un gynécologue.

Les données issues d'une enquête menée dans le cadre du réseau EPI, afin de mieux cerner la pratique des médecins généralistes en cabinet (enquête EPILULE menée du 16 juin au 31 décembre 2003 auprès de 208 médecins du réseau EPI), montrent que :

- les généralistes ont prescrit 15 contraceptions orales, principalement de 2^{ème} génération (46,5% remboursées, 24,9% non remboursées). Les médecins femmes prescrivent davantage de contraceptifs que les hommes (18,2% contre 15,2%).
- lors d'une 1^{re} prescription, ils sont 60,4% à délivrer une information orale ; dans 20% des cas, un support visuel ou des brochures explicatives sont utilisés.
- lors des renouvellements de prescription, 48,1% s'informent systématiquement de possibles oublis, 35,4% de temps en temps et 16,5% le font rarement.
- le rappel de la conduite à tenir en cas d'oubli est fait systématiquement par 34%, de temps en temps par 51,4% et rarement par 14,6% d'entre eux.
- pour la moitié de leurs patientes (51,3%), ils ont initié la 1^{re} prescription (60% pour les médecins femmes) ; dans 51,9% des cas la prescription initiale a été réalisée par un gynécologue.
- 1/3 des médecins généralistes de cette enquête posent un stérilet (37,7%), mais peu dans une année (3,3 en moyenne). Pour 70% des médecins qui n'en posent pas, c'est le manque de formation qui est signalé. Ce point doit être souligné car les recommandations de pratique clinique de la HAS placent le DIU comme méthode contraceptive de première intention, y compris chez les femmes nullipares.
- La proximité d'un gynécologue semble avoir une influence directe sur les modalités de suivi : plus il est installé loin, plus le généraliste assure la totalité de la prise en charge des femmes.
- 86% des médecins se sentent « à l'aise » pour s'occuper de contraception dans leur clientèle, 89% interrogent facilement les femmes sur ce sujet. Toutefois, 14% préfèrent que le suivi soit assuré par un gynécologue, principalement par manque de formation (10%).

b) Les gynécologues et les obstétriciens

Ils sont environ 5 352⁵⁴ en activité. Nous ne disposons que des résultats d'une enquête menée par le Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF) : enquête téléphonique menée du 20 au 26 octobre 2003 auprès de 100 femmes de 18 à 65 ans.

70% des femmes interrogées ont déjà consulté un gynécologue obstétricien (GO), 43% consultent l'un d'eux régulièrement.

L'accouchement et la continuité du suivi représentent pour les femmes 78,1% des raisons de choisir un GO. A l'inverse, la raison invoquée pour ne jamais avoir consulté un GO est l'absence de besoin, lié à l'absence de grossesse.

Dans cette enquête, il n'est pas fait expressément mention de contraception : la prescription et le suivi médical qui s'ensuit semblent néanmoins être inclus dans les termes « suivi gynécologique classique ».

Les gynécologues obstétriciens, auditionnés par les experts de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, constatent que les difficultés rencontrées par la profession en termes de démographie ont pour conséquence que « *les délais, pour obtenir un rendez vous s'allongent, parfois jusqu'à deux ou trois mois* ».

⁵⁴ Observatoire national de la démographie des professions de santé, audition des gynécologues obstétriciens.

Ils concluent qu'à l'avenir l'exercice de gynécologue obstétricien devra prendre en compte les évolutions suivantes :

- les médecins généralistes ayant une formation en gynécologie pourraient assurer les soins primaires de gynécologie ;
- le développement des cabinets de groupe ;
- les sages-femmes pourraient prendre une part accrue dans la prise en charge non pathologique des grossesses.

c) Les sages-femmes

Elles sont environ 16 000 en activité. Jusqu'à la loi relative à la politique de santé publique, elles étaient autorisées à prescrire une contraception d'urgence hormonale, un diaphragme ou une cape. Par ailleurs elles participent aux consultations de planification familiale (art. L. 4151-1 du code de la santé publique).

La loi du 9 août 2004 a étendu leurs compétences : elles sont désormais habilitées à prescrire toute contraception hormonale dans les suites d'une IVG et d'un accouchement, en suites de couches et lors de l'examen postnatal. A la suite de cette extension de compétences, une journée de formation continue thématique a été organisée par le Collège national des sages-femmes.

Les périodes au cours desquelles elles sont habilitées à intervenir sont des périodes de profondes transformations pour les femmes, voire de vulnérabilité.

Les données issues du Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 font apparaître qu'en matière de contraception, d'IST et de VIH, les professionnels adaptent leur pratique aux nouvelles données.

- Ainsi 98,6% des médecins généralistes considèrent que la prévention en matière de comportements sexuels à risque fait partie de leurs fonctions, 65,4% ont le sentiment qu'ils peuvent aider efficacement les patients à changer de comportement vis-à-vis du préservatif.
- 85,4% des pharmaciens déclarent évoquer l'utilité d'un bilan biologique lors de la délivrance d'un contraceptif, 74,5% évoquent la consommation de tabac en lien avec la contraception.
- 71,4% déclarent avoir mené un entretien lors de leur dernière dispensation de contraception d'urgence. Plus le pharmacien est jeune, plus il réalise cet entretien (78,8% chez les moins de 40 ans contre 64,8% chez les plus de 51 ans). Les pharmaciens femmes le réalisent plus souvent (76,5% contre 65,6% chez les hommes). Rappelons que la délivrance de la contraception d'urgence est précédée d'un entretien mené par le pharmacien, dont les grandes lignes sont précisées dans le décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002.

3.3 – Les mesures

a) Agir sur la formation initiale des professionnels de santé

- Actualiser la thématique « contraception » en formation initiale des étudiants de 2^e cycle des études médicales, au regard des recommandations de la HAS.
- Intégrer l'élargissement des compétences en matière de prescription contraceptive dans le programme d'enseignement de 2^e phase des études de sages-femmes.

b) Impulser une dynamique de formation continue

■ En direction des médecins

- Impulser le développement de programmes de formation des médecins généralistes, par l'intermédiaire des généralistes enseignants
- Evaluer, à distance, l'impact de la formation sur la modification des pratiques médicales
- Faire inscrire la thématique « Contraception » dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle par la mission formation des professionnels de santé de la CNAMTS.
- Réfléchir à des modalités de formation innovantes compte tenu du montant de l'indemnisation journalière des médecins pour perte d'activité.

■ En direction des sages-femmes

- Impulser des actions de formation continue au sein des sociétés savantes
- Faire inscrire la thématique contraception dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle de la CNAMTS.

c) Diffuser des informations fiables et actualisées

■ Les recommandations de la HAS aux :

- médecins généralistes
- gynécologues et gynécologues obstétriciens
- endocrinologues

■ La synthèse des recommandations et la plaquette « Contraception : pour une prescription adaptée », réalisée par la DGS, au(x) :

- services déconcentrés et conseils généraux ;
- commissions régionales de la naissance ;
- conseils des ordres : médecins, sages-femmes, pharmaciens ;
- sociétés savantes (Collège national des gynécologues obstétriciens, Société française de médecine périnatale...) ;
- doyens des facultés de médecine ;
- présidents des URML ;
- présidents des conseils de formation médicale continue ;
- directrices des écoles de sages-femmes ;
- président des directeurs techniques des écoles de sages femmes ;
- collège national des sages-femmes ;
- présidents d'associations de médecine du travail.

■ La plaquette DGS « Contraception : pour une prescription adaptée », aux :

- congrès de sages-femmes : assises nationales, journée du collège national des SF + journée thématique contraception
- congrès de médecins généralistes : entretiens de Bichat, MEDEC
- congrès de gynécologues : Société française de médecine périnatale, journées du Collège national des gynécologues et obstétriciens français.

■ Dans le cadre d'autres réseaux :

- Mutualité française (établissements, professionnels)

■ Associer les pharmaciens

Associer plus étroitement le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens aux actions menées en mettant à leur disposition des informations utiles : mettre par exemple à leur disposition les coordonnées des CPEF. Les pharmaciens sont d'ores et déjà particulièrement impliqués dans l'information et la délivrance de la majorité des moyens contraceptifs, particulièrement dans la dispensation de la contraception d'urgence et l'orientation de la population vers les CPEF.

3.4 – Calendrier

- Proposer l'Inscription de la thématique dans le cadre de la formation initiale des étudiants en médecine du 2^e cycle et des sages femmes : 2006- 2007
- Développer un programme de formation continue des médecins généralistes : à compter de 2006
- Evaluer l'impact sur les pratiques de cette formation : 2007
- Diffuser les informations : 2006-2007

3.5 – Indicateurs

- Nombre de documents diffusés ;
- Nombre de colloques relayant l'information ;
- Nombre de participants ;
- Mise en œuvre du programme de formation des médecins généralistes enseignants.

3.6 – Impact des mesures

Réduire le nombre de grossesses non désirées survenant chez des femmes adoptant un moyen contraceptif. Cet item sera intégré au volet contraception du questionnaire de l'enquête DREES sur l'IVG qui sera réalisée en 2007. Il sera répété lors des enquêtes ultérieures afin de repérer une évolution de cet indicateur.

Objectif 4

Faire de la consultation de contraception une véritable consultation de prévention

La consultation de contraception constitue un temps fort de la prévention des grossesses non désirées, mais plus largement, elle doit constituer un temps fort de prévention des autres risques relatifs à la sexualité. Elle peut enfin, dans certaines circonstances, contribuer à préparer de meilleures conditions de déroulement de grossesses ultérieures.

Il s'agit d'un moment clé, qui permet d'aborder différents thèmes de prévention, faisant actuellement l'objet d'une prise en charge morcelée comme le dépistage des infections sexuellement transmissibles et du VIH, le dépistage de certains types de cancers ou encore la vérification du statut sérologique de la rubéole.

La consultation de contraception, peut être également l'occasion d'informer la femme sur les comportements préventifs à adopter pour une future grossesse.

L'examen prénuptial remplit, mais seulement en partie, ce rôle de prévention. En effet, l'ensemble de la population à laquelle il s'adresse n'en bénéficie pas car :

- 44,3% de l'ensemble des naissances se produisent chez des couples non mariés (337 000 sur un total de 761 630 naissances),
- 56% des premières naissances ont lieu hors mariage.

L'Académie nationale de médecine, dans un avis très récent⁵⁵, sur la base d'un constat identique, insiste sur « *la nécessité de prendre en temps voulu toutes les mesures qui corrigent efficacement les comportements à risque et qui préviennent les risques infectieux et les troubles métaboliques* ». Pour mettre en œuvre cette prévention, elle recommande la mise en place :

- d'une consultation préconceptionnelle générale en cas de grossesse programmée ou d'arrêt de contraception
- d'une consultation préconceptionnelle pluridisciplinaire en cas d'antécédent maternel de pathologie chronique.

Sont notamment visées la prévention du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'usage des drogues, l'information et les mesures de protection contre les infections graves transmissibles de la mère à l'enfant (VIH, CHB, VHC), la correction de certaines pathologies (diabète, obésité) et la supplémentation en folates.

4.1 – Constat

Au cours de l'année 2000, si une lente évolution à la baisse du nombre de cas de SIDA s'est dessinée, le nombre de cas de transmission hétérosexuelle a augmenté régulièrement pour représenter plus de 50% de l'ensemble des cas depuis 2002⁵⁶.

La lutte contre le VIH et les IST est inscrite dans les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique :

- Objectif n° 36 s'agissant de la réduction de 20% des cas de SIDA en 5 ans,

⁵⁵ La prévention des risques pour l'enfant au cours de la grossesse. Nécessité d'une information précoce sur ces risques : conférence de presse, mardi 21 mars 2006.

⁵⁶ Programme national de lutte 2005-2008 contre le VIH/SIDA et les IST, bureau 6A DGS

- Objectif n° 41 qui fixe la réduction de l'incidence des gonococcies et de syphilis, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2,
- Objectif n°43 qui prévoit d'offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici à 2008.

Les données les plus récentes font apparaître qu'en matière de transmission du VIH, les **rapports hétérosexuels représentent le premier mode de contamination** (51,1% des nouveaux cas de sida et 57% des nouveaux cas VIH) et la proportion des femmes est élevée dans la population nouvellement dépistée (43% des nouveaux diagnostics VIH déclarés à l'INVS en 2003).

L'infection par le VIH est une maladie mortelle, stigmatisante ; si les progrès en matière de traitement ont permis d'améliorer l'espérance de vie, les effets indésirables des traitements, la non éradication virale notamment, en font une maladie à la qualité de vie très altérée.

Parmi les IST, si on s'attache en particulier aux infections à Chlamydia Trachomatis, le taux de positivité est particulièrement élevé chez les femmes de moins de 25 ans et chez les hommes quel que soit leur âge (10%) .

Ces infections sont totalement asymptomatiques chez 70% des femmes et 50% des hommes. Elles sont responsables chez la femme de complications sévères, qui vont de la grossesse extra-utérine (GEU) aux infections pelviennes aiguës ou chroniques ainsi qu'à la stérilité tubaire. Le diagnostic et le traitement de cette IST permettraient de prévenir le risque de GEU, de salpingite et de recours à une fécondation in vitro.

A lui seul l'aspect économique de la lutte contre les IST est interpellant : en 2000, le coût direct du quart des 3 557 GEU attribué aux infections à Chlamydia Trachomatis, s'élève aux alentours de 6,8 millions d'euros⁵⁷ (chiffre PMSI), tandis que le prix unitaire d'une fécondation in vitro s'élève environ à 3 500 euros et celui de la prise en charge d'une salpingite à 200 euros. Le fait que les prévalences maximales sont observées dans les classes d'âge où l'activité sexuelle est la plus importante (<30 ans) milite pour que la consultation de contraception s'attache à dépister ces infections pour en prévenir les conséquences physiques, psychologiques et financières.

Le constat récemment réalisé avec les représentants du CNGOF⁵⁸ fait apparaître que les gynécologues ne réalisent pas systématiquement une information ou un rappel d'information sur la prévention des IST/VIH lors des consultations à visée contraceptive.

Les campagnes d'information qui, depuis des années, ont été menées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA ont bénéficié à la prévention de leur transmission. En revanche on constate une difficulté d'articulation entre les messages visant à prévenir ces infections et ceux visant à prévenir une grossesse.

Le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel se maintient à un niveau très élevé, de l'ordre de 86,7%⁵⁹.

Les données disponibles montrent qu'à partir du moment où les deux partenaires sont « rassurés » sur leur statut sérologique au regard du VIH, ils abandonnent le préservatif, sans pour autant adopter immédiatement un autre mode de contraception. Le message « prévention des IST/SIDA » domine le message « prévention d'une grossesse non désirée ». Or, un rapport sexuel non ou mal protégé expose la femme à un risque de grossesse non désirée supérieur à celui d'une transmission par le virus du Sida.

La consultation de contraception représente un des temps d'accès au dépistage du papillomavirus humain, responsable de 70% des cancers du col utérin (HPV 16 et HPV 18) et de deux tiers des lésions

⁵⁷ Fiche relative à la lutte contre les IST, bureau SD6A, avril 2005.

⁵⁸ Entretiens en marge des journées du Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF), décembre 2004, avec le secrétaire national du CNGOF et un membre du bureau de ce même collège.

⁵⁹ Baromètre santé 2005 INPES, avec le soutien de la CNAMTS, du ministère de la santé et de l'OFDT.

précancéreuses. Il n'existe pas à proprement parler de « groupe à risque » car tous les individus sexuellement actifs sont potentiellement à risque d'infection, le risque de contamination au cours d'une vie étant globalement de 70%.

Certains types de prévention s'adresseront aux individus ayant exprimé un désir de maternité. C'est le cas de la prévention des anomalies de fermeture du tube neural qui nécessite la mise en place d'une stratégie de prévention avant même le début de la grossesse. L'objectif n° 13 de la loi relative à la politique de santé publique indique qu'il faut « diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural⁶⁰ ».

Actuellement, la prévalence des anomalies de fermeture du tube neural, essentiellement spina bifida et anencéphalie, concerne en France près de 1 naissance pour mille naissances vivantes et interruptions médicales de grossesse (IMG). Ces anomalies se constituent très tôt au cours de la grossesse, lors de la troisième et de la quatrième semaine de vie embryonnaire.

Ces anomalies surviennent en l'absence d'antécédents dans environ 95 % des grossesses. Le risque de récurrence est en France estimé entre 3 et 5 %. Le risque est multiplié par 10 en cas d'antécédent de grossesse porteuse de ce type d'anomalie.

Si la survenue de ces malformations est d'origine multifactorielle (facteurs génétiques, environnementaux...), il est cependant établi par de nombreuses études qu'elle est corrélée à des apports faibles en acide folique (ou vitamine B9) : apports par l'alimentation et apports médicamenteux.

Il convient cependant de rappeler que cette prévention n'est pas absolue mais qu'elle devrait contribuer à réduire la conception d'enfants porteurs de ce type de malformations. La difficulté de la mise en œuvre de cette prévention réside dans le fait qu'elle doit débiter avant même que la femme ne soit enceinte⁶¹.

Un certain nombre de dépistages sont actuellement prévus dans le cadre de l'examen médical prénuptial mais ce dispositif a ses limites liées à l'évolution sociétale notamment et à celles de l'offre de prévention.

Le cadre de la famille ayant considérablement évolué durant les dernières décennies, le mariage n'est plus un préalable à la naissance des enfants. Ainsi, en 2005, 59% des premières naissances surviennent chez des couples non mariés. Toutes naissances confondues, ce sont 48,3% qui se produisent hors mariage.

En conséquence il est nécessaire de permettre à chaque jeune fille ou jeune femme ainsi que leurs conjoints, et pas seulement à ceux et celles qui se marient, d'avoir accès aux mêmes dépistages que ceux qui sont proposés dans le cadre de l'examen prénuptial.

La consultation de contraception semble également un moment approprié pour les informer et les inciter à adopter un comportement préventif par exemple au regard de la consommation de tabac ou d'alcool.

4.2 – Mesures

Saisir la CNAMTS pour faire inscrire, parmi les thèmes du parcours de prévention du médecin traitant, une réelle consultation de prévention de l'ensemble des risques liés à la sexualité, organisée autour de la consultation de contraception. Cette consultation pourrait notamment être l'occasion de :

- Informer et dépister IST et VIH

⁶⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁶¹ Recommandations pour la prévention des anomalies de fermeture du tube neural ; communiqué de presse DGS, 31 août 2000.

- Informer, prévoir et organiser une prévention primaire des AFTN (notamment consommation d'aliments riches en folates⁶² et supplémentation médicamenteuse)
- Identifier groupe sanguin et facteur rhésus
- Délivrer des informations sur tabac, alcool ...
- Rechercher le statut sérologique des femmes consultant pour une demande de contraception en ce qui concerne :
 - **la rubéole** : pour vacciner les jeunes filles et jeunes femmes qui n'auraient pas bénéficié de cette vaccination dans leur enfance, lorsqu'elles sont protégées par une contraception ;
 - **la toxoplasmose** : pour que les femmes sachent si elles ne sont pas immunisées (conseils de prévention au moment de la grossesse).

4.3 – Calendrier

Saisir le Directeur général de la CNAMTS pour étudier les modalités de mise en œuvre de cette mesure : 2006.

4.4 – Impact des mesures

Rendre plus cohérente et plus opérationnelle la prise en charge des risques liés à la sexualité par le médecin traitant.

Objectif 5

Renforcer l'information des professionnels intervenant dans le cadre des commissions régionales de la naissance et des permanences téléphoniques régionales.

5.1 – Constat

L'objectif de cette mesure est d'attirer l'attention des professionnels de santé sur les enjeux qui entourent la prescription d'une contraception.

Les missions des commissions régionales de la naissance ont été redéfinies par l'arrêté du 8 janvier 1999, modifié par l'arrêté du 16 novembre 2001. Leur champ d'intervention a été précisé par les circulaires des 6 juillet et 17 novembre 1999 et du 26 juin 2000. Centré sur la mise en œuvre de la politique périnatale dans la région, le champ de leurs missions recouvre celui de la régulation des naissances, comme le précise la circulaire du 8 janvier 1999.

⁶² Brochure INPES 2005 ; « Les folates, n'attendez pas d'être enceinte pour les inviter à votre table »

Leur composition pluridisciplinaire (médecins généralistes, spécialistes de la périnatalité, sages-femmes, puéricultrice, assistants de service social) permet de mobiliser des professionnels intervenant dans les départements constituant la région, dont les modes d'exercice sont différents (établissements de santé publics et privés, exercice libéral, services de PMI).

Les commissions régionales de la naissance mobilisent, en outre, l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral, l'Agence régionale de l'hospitalisation, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie, la Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité, l'Observatoire régional de santé, une caisse d'allocation familiale et le secteur associatif intervenant en particulier dans le domaine de la contraception et dans celui de l'IVG.

Les permanences téléphoniques régionales, chargées d'informer et d'orienter les femmes en matière de contraception au niveau de chaque région, ont été créées par la circulaire DH/DGS/DREES/SEDF/99 n° 628 du 17 novembre 1999 qui a étendu les missions des commissions régionales de la naissance. Il est donc essentiel qu'elles soient en possession de la totalité des informations récentes et actualisées concernant la contraception pour orienter de manière pertinente les femmes en demande d'information.

Il revient à l'administration centrale de veiller à ce que des informations actualisées soient mises à disposition des professionnels intervenant dans le cadre des permanences régionales téléphoniques, en lien avec l'objectif n° 97 du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique « *Assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours* ».

5.2 – Mesures

Diffuser à ces instances un dossier d'information actualisé comportant :

- **Les recommandations de pratique clinique** intitulées « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » réalisées par l'ANAES en décembre 2004.
- Un rappel concernant **la mise en ligne d'un dossier d'information relatif à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse** sur le site Internet du ministère de la santé et des solidarités : www.sante.gouv.fr (accès dans les « dossiers classés par ordre alphabétique » par la lettre C ou I).
- **Une brochure réalisée à l'intention des professionnels de santé « Contraception, pour une prescription adaptée »** qui présente de manière synthétique la conduite à tenir en cas d'oubli d'une ou de plusieurs pilules, et les modalités de recours à la contraception d'urgence.
- **Une présentation du dispositif d'accès à la contraception d'urgence**, notamment pour les mineures.

5.3 – Calendrier

2007

5.4 – Indicateurs

Diffusion des documents : 2007.

5.5 – Impact des mesures

Améliorer la qualité des réponses apportées par les permanences téléphoniques aux femmes et aux professionnels en matière de demande d'information et d'orientation sur la contraception. Une enquête concernant l'activité de ces permanences, tant quantitative que qualitative, sera réalisée par les DRASS un an après réception du dossier.

Objectif 6

Rechercher de nouvelles voies d'information pour les professionnels de santé

6.1 – Constat

Adapter la formation continue des professionnels de santé aux nouveaux enjeux est une nécessité.

La baisse de la démographie médicale, le manque de temps des professionnels pour s'informer et se former, le coût élevé des formations basées sur un regroupement physique⁶³ ont pour effet de ne permettre qu'à un petit nombre de professionnels d'accéder à une information actualisée, de qualité.

Parallèlement, les réseaux et les supports informatiques existent, la grande majorité des professionnels de santé sont informatisés. L'utilisation de ces supports pour relayer des informations médicales fiables et actualisées pourrait être une solution d'avenir.

6.2 – Mesure

Etudier la faisabilité d'utiliser les réseaux destinés aux professionnels de santé pour introduire les thèmes de santé publique prioritaires pour la DGS. Le thème « contraception » pourrait servir de test de faisabilité à ce nouveau mode d'approche des professionnels de santé.

De cette manière les professionnels de santé accèderaient aux dossiers de formation médicale continue à leur rythme, à partir de leur ordinateur, sans se déplacer et à un coût inférieur à celui des formations classiques.

■ Public potentiellement concerné :

médecins généralistes, gynécologues obstétriciens et médicaux, sages-femmes, pharmaciens...

6.3 – Calendrier

⁶³ Coût : 700 euros / jour/ personne formée comportant une indemnité de 15 C est accordée pour pertes de ressources.

2007

6.4 – Impact de la mesure

Contribuer à l'actualisation des connaissances des praticiens.

Améliorer l'accessibilité à la contraception

Objectif 7

Faciliter la délivrance des médicaments dans les centres de planification ou d'éducation familiale

7.1 – Constat

La loi n° 89-899 du 19 décembre 1989 portant organisation et missions du service départemental de protection maternelle et infantile fixe notamment aux conseils généraux la mission d'organiser « *des activités de planification familiale ou d'éducation familiale dans des conditions fixées par décret* ».

Le décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile précise que « *...le service départemental doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants de 15 à 50 ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales* »

Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) ont été recensés par la DGS dans le but de communiquer leurs coordonnées à la population et aux professionnels de santé, notamment par le biais du site Internet du ministère de la santé. Début 2006, ils sont au nombre de 1 196, en comptant les antennes, à remplir leurs missions auprès de la population. Mais la répartition géographique est inégale sur le territoire et dépend de l'implication de chaque conseil général.

a) Rappel des missions des CPEF

Ils exercent les missions suivantes :

- des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité
- la diffusion d'information et la mise en œuvre d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernées
- une préparation familiale à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal
- entretiens préalables à l'IVG
- entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG

b) Population concernée

- Toute population dans le cadre de consultations pour les personnes assurées sociales
- Les mineurs et les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, désirant garder le secret, peuvent obtenir, à titre gratuit, des produits ou objets contraceptifs.

c) Frein à la délivrance des moyens contraceptifs et des traitements d'infections sexuellement transmissibles.

La consultation et la prescription de moyens contraceptifs ne posent pas de difficultés particulières.

En revanche, **la délivrance** de produits contraceptifs aux mineures et aux personnes non assurées sociales est strictement encadrée : l'article R. 2311-13 du Code de la santé publique précise :

*« A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, **nommément désigné**, peut être **autorisé par le préfet**, après **avis du pharmacien inspecteur régional de la santé à gérer et à délivrer** directement les médicaments, produits ou objets contraceptifs aux personnes mentionnées au premier alinéa ».*

Ainsi, un CPEF ne peut délivrer des contraceptifs aux mineurs et aux personnes non assurées sociales que par l'intermédiaire du médecin dirigeant le centre de planification. Cette disposition constitue une des dérogations prévues au monopole pharmaceutique.

Les mêmes modalités de délivrance de médicaments s'appliquent aux CPEF qui assurent des activités de dépistage et de traitement des IST, à la demande des consultants mineur(e)s et non assurés sociaux ou sur proposition du médecin.

« A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le préfet, après avis du pharmacien inspecteur régional de la santé à gérer et à délivrer directement ces médicaments aux personnes mentionnées au premier alinéa. » (art. R 2311-17 du CSP).

Pour améliorer le service rendu à ces populations, il convient de simplifier les modalités de délivrance des médicaments en autorisant l'ensemble des professionnels à le faire, dans les limites de leurs compétences, sous la responsabilité du médecin nommément désigné (tout médecin intervenant dans un CPEF et toute sage-femme dans le cadre de ses compétences).

En effet la philosophie des CPEF, depuis leur création, est de permettre aux mineur(e)s d'accéder rapidement à une contraception : consultation anonyme et gratuite, accompagnée, si nécessaire, de la délivrance de contraceptif, dépistage anonyme et gratuit des IST.

La délivrance des contraceptifs et des médicaments indiqués dans le traitement des IST étant actuellement réservée au médecin nommément désigné, cela a pour conséquence de limiter considérablement leur accès, dans les CPEF dépourvus de pharmaciens.

7.2 – Mesure

Modifier les conditions de délivrance des médicaments dans les centres de planification (articles R. 2311-13 et R. 2311-17 du code de la santé publique) pour permettre leur délivrance par les professionnels intervenant dans le CPEF, sous l'autorité du médecin désigné.

7.3 – Calendrier

Modifier le code de la santé publique, niveau décret : échéance 2007

7.4 – Impact de la mesure

Simplifier les conditions de délivrance des contraceptifs dans les CPEF.

Objectif 8

Favoriser la prescription et la délivrance de contraceptifs au moindre coût pour les femmes et l'assurance maladie

8.1 – Constat

Un grand nombre de moyens contraceptifs ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, soit parce qu'ils sont en vente libre (préservatifs masculins et féminins, spermicides, contraception d'urgence), soit parce que, soumis à prescription, ils ne sont pas inscrits sur la liste des médicaments remboursables (toutes les pilules de 3^e génération, certaines pilules microprogestatives, le timbre contraceptif, l'anneau vaginal). En revanche sont remboursés les pilules de 2^e génération, l'implant progestatif, les dispositifs intra-utérins au cuivre et celui à la progestérone.

a) L'accès à la contraception a donc un coût qui est réparti de manière suivante :

■ Produits contraceptifs sans prescription et non remboursés :

- préservatifs masculins : 0,23 à 0,77 euros l'unité ;
- préservatifs féminins : 2,14 euros l'unité ;
- spermicides ;
- contraception d'urgence (gratuité pour les mineures).

■ Des médicaments ou dispositifs médicaux délivrés sur prescription obligatoire, remboursés à 65% :

- pilules de 2^e génération ainsi que leurs génériques : pour 2 des pilules les plus prescrites, le coût annuel se situe autour de 30 euros (7,24 euros la boîte de 3 plaquettes - laissé à charge : 10,50€).
- contraception d'urgence lorsqu'elle est prescrite (gratuité pour les mineures) : 7,95 euros (3 euros non pris en charge).

Il convient de moduler le coût des moyens contraceptifs qui suivent, du fait de leur longue durée d'action (3 à 5 ans) :

- *DIU hormonal : 125,45 euros (48 euros non pris en charge) ;*
- *DIU au cuivre (LPP) : 27,44 euros (17,84 euros non pris en charge) ;*
- *Implant progestatif : 138,15 euros, remboursé à 65%.*

■ Des médicaments délivrés sur prescription qui ne sont pas remboursés :

- timbre : 175,20 euros par an (14,60 euros / mois) ;
- anneau vaginal : 180 euros par an (15 euros / mois) ;
- pilules dites de 3^e génération, ainsi que leurs génériques, dont le prix est libre : le coût annuel des médicaments princeps oscille autour de 110 euros par an. Pour leurs génériques le coût se situe autour de 75 euros.

8.2 – D'autres dispositifs de prise en charge existent

a) Pour certains publics, la gratuité existe

- les mineures et les personnes ne relevant pas d'un régime d'assurance maladie peuvent obtenir une contraception dans les CPEF ;
- la contraception d'urgence progestative est délivrée gratuitement aux mineures qui en font la demande en pharmacie (prise en charge du coût par le Fonds national de prévention de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - FNPEIS) et dans les établissements d'enseignement du second degré.

b) Certains contraceptifs, non remboursés par l'assurance maladie, peuvent faire l'objet d'une prise en charge, variable, selon le niveau de couverture, par les assurances complémentaires :

- forfaits allant de 30 à 60 euros selon le type de complémentaire choisi, versé une fois/an sur présentation d'une facture ;
- forfait « contraception d'urgence » de 10 euros ;
- forfait « préservatifs féminins » à hauteur de 10 euros/an ;
- La Mutualité française, dans son mémento du médicament 2002, souligne que les « meilleures ventes » des médicaments non remboursables sont des contraceptifs de 3^e génération (2 pilules 3^e génération dans les 5 premiers médicaments non remboursés vendus par l'industrie pharmaceutique).

8.3 – Les populations en situation de précarité

Le coût de certains contraceptifs, non remboursés, peut constituer un frein à l'utilisation de la contraception pour un certain nombre de femmes, en particulier les jeunes filles et les femmes en situation de vulnérabilité. Il existe cependant des moyens contraceptifs faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ou comportant des génériques.

a) Si l'on considère la proportion d'individus vivant dans un ménage pauvre⁶⁴

c'est alors 8,8% de la population soit environ 5 millions de personnes qui sont concernés. Outre ces populations touchées par la pauvreté, il convient d'ajouter celles qui sont en situation de grande pauvreté (3,5% des ménages dont le revenu est inférieur ou égal à un tiers du revenu médian selon

⁶⁴ Stratégies d'actions Santé Précarité (SD6D N. Prisse).

l'INSEE) et celles touchées par l'exclusion (0,4 à 0,5% de la population soit environ 300 000 personnes résidant sur le territoire français), dont une population importante de jeunes.

b) Les résultats de l'enquête périnatale⁶⁵

Elle montrent que, dans une population de femmes venant d'accoucher, celles qui étaient identifiées par les enquêteurs comme ayant des ressources précaires (définies comme ayant des ressources provenant de l'API, du RMI, d'une allocation chômage ou de stage, ou encore n'ayant aucune ressource) ont moins de consultations prénatales que les autres.

Cette enquête souligne également qu'un certain nombre de femmes ont renoncé à des examens ou à des consultations du fait de difficultés financières. Ces femmes sont plus souvent seules, plus souvent étrangères, avec un niveau d'études plus souvent inférieur aux autres femmes de l'échantillon. Ces difficultés se sont accompagnées d'un nombre de consultations prénatales inférieur à la norme : 23,7% d'entre elles ont eu moins de 7 consultations contre 8,7% des femmes ne déclarant pas de difficultés financières.

c) Enquête INSERM sur le recours à la contraception d'urgence

Les résultats de l'enquête réalisée entre juin et novembre 2002 par l'unité mixte 569 INSERM/INED sur les obstacles à l'utilisation d'une contraception d'urgence indiquent que pour 5,2% des femmes se déclarant en situation financière difficile ou très difficile, le coût de la méthode constituait un obstacle à son utilisation, contre 1,7% pour les autres.

d) Enquête sur la santé et la protection sociale 2000, CREDES⁶⁶

Cette enquête ne donne pas d'éléments directs sur l'accès à la contraception. Néanmoins, indirectement, les résultats permettent de souligner que les adultes vivant dans une famille monoparentale déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières deux fois plus souvent que les adultes vivant dans des ménages constitués de 2 adultes et d'enfants.

Ils montrent également que les femmes qui ont des conditions de vie difficiles sont les moins suivies sur le plan gynécologique. Les femmes dont le dernier examen gynécologique excède un délai raisonnable de 2 ans, soit 14% de l'échantillon de cette enquête, présentent un profil socio-économique peu favorable.

e) Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France (INSERM⁶⁷)

Cet article montre que les disparités d'accès à la contraception se sont déplacées depuis 1967. En 1978, l'accès à la contraception était caractérisé par des différences sociales marquées. Les femmes les plus âgées, les moins diplômées, les ouvrières et les agricultrices utilisaient moins souvent une contraception, notamment la pilule ou le stérilet.

Au début des années quatre-vingt-dix, des inégalités sociales subsistent. Elles concernent notamment le niveau de diplôme et la catégorie socioprofessionnelle de femmes pour qui l'accès au stérilet reste faible. En revanche l'accès à la pilule a bénéficié à l'ensemble des groupes sociaux .

⁶⁵ Enquête nationale périnatale 2003

⁶⁶ Question d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé n° 46, décembre 2001, CREDES

⁶⁷ Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France, Population, volume 59, n° 3-4 2004.

En 2000, si l'accès global à la contraception n'est plus socialement déterminé, les résultats font apparaître que la diffusion de la contraception hormonale ne s'est pas faite de manière homogène sur le territoire national.

Cette étude souligne que l'analyse du recours aux pilules de troisième génération non remboursées par l'assurance maladie permet de mettre en évidence une recomposition des inégalités sociales autour de l'accès aux nouveaux produits contraceptifs.

En 2000, 39% des femmes qui utilisent une pilule ont recours à une pilule de 3^e génération non remboursée. Les freins à l'accès à une pilule de 3^e génération semblent être un niveau de revenu inférieur à 560 euros, le fait de ne pas bénéficier d'une mutuelle, le fait enfin de ne pas avoir de diplôme ou d'être titulaire du BEPC.

Les modalités de recours aux prescripteurs sont également différentes : les femmes cadres s'adressent dans 90% des cas à un gynécologue contre 50% chez les ouvrières pour assurer le suivi de la contraception. Or les gynécologues prescrivent plus souvent que les médecins généralistes des pilules de 3^e génération (46% contre 21%).

Cette étude s'intéresse aussi à l'appréciation que portent les femmes sur leur contraception. Globalement 86% des femmes utilisant une pilule déclarent qu'elle leur convient « tout à fait », 10% « plutôt » et 4% « plutôt pas ou pas du tout ».

Au total, les femmes qui utilisent les pilules de 1^e ou de 2^e génération ne sont pas moins satisfaites que celles qui utilisent une pilule de 3^e génération. En conséquence, l'inégalité d'accès aux pilules de 3^e génération ne s'accompagnerait pas d'inégalités en termes de santé.

8.4 – La répartition des ventes des contraceptifs hormonaux

Les contraceptifs génériques sont moins souvent prescrits et moins souvent délivrés que les médicaments princeps.

Les données disponibles sont issues du Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS) et présentent les données de ventes des médicaments aux hôpitaux et aux pharmacies.

a) Profil des ventes de médicaments contraceptifs aux hôpitaux

Les données sont présentées en unités communes de dispensation (UCD), c'est-à-dire en comprimé ou en gélule. La lecture de ces données ne permet pas de savoir comment sont utilisés ces contraceptifs par les hôpitaux .

A titre d'illustration, si l'on compare les volumes des ventes (en UCD) d'un médicament princeps et de son générique pour l'année 2004, on constate une faible utilisation de ce dernier :

- **Pilule OP 2^e génération** : 2 140 635 UCD et son générique : 373 338 UCD
- **Pilule OP 3^e génération** : 841 218 UCD et son générique : 2 159 UCD

b) Profil de ventes des médicaments contraceptifs en officine

L'unité de vente en officine est la boîte.

■ Si l'on compare les volumes de ventes d'une pilule oestroprogestative de 2^e génération et de son générique, on constate que le générique est nettement moins souvent délivré :
> **40 432 195 boîtes** pour le médicament princeps et 9 223 330 de boîtes pour le générique.

■ Si l'on compare les volumes de ventes d'une pilule oestroprogestative largement prescrite de 3^e génération et du générique, on constate que sont délivrées :
> **608 157 boîtes** pour le médicament princeps et 57 145 boîtes pour le générique sur la même période.

Les pilules dites de troisième génération sont très nombreuses. Elles sont largement prescrites, plus souvent par les spécialistes que par les médecins généralistes, et aucune n'est remboursée.

Dans ce contexte, pour clarifier la situation tant en direction des professionnels que qu'en direction des femmes concernées, Il convient de faire évaluer par la Haute Autorité de santé, le niveau de service médical rendu (SMR) par les pilules oestroprogestatives de 3^e génération et l'amélioration de ce service (ASMR) par rapport aux autres oestroprogestatifs mis sur le marché.

L'AFSSAPS, dans son rapport « **Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France entre 1993 et 2003** »⁶⁸, souligne que les contraceptifs hormonaux présentent la « *particularité de posséder de nombreuses spécialités non remboursables, mais obligatoirement prescrites. Si l'on raisonne en nombre de traitements vendus, les spécialités remboursables continuent à être majoritairement prescrites, même si leur part de marché a diminué au cours de la période 1993-2003.* »

Ce rapport souligne que « *ce partage du marché, sans équivalent dans d'autres classes, résulte du fait que les contraceptifs les plus récents, dits de troisième génération, sont commercialisés en non remboursables* ». Il souligne également que « *les médicaments non remboursables, soumis à prescription obligatoire (dont les contraceptifs), sont des médicaments beaucoup plus onéreux que la moyenne* ».

Rappelons enfin qu'au nombre des recommandations figurant dans le rapport du Pr. Israël Nisand⁶⁹ figurait le remboursement des moyens contraceptifs prescrits, la baisse du prix des préservatifs et la mise en place de dotations en préservatifs et contraceptifs dans les hôpitaux réalisant des IVG.

8.5 – Mesures

■ **Saisir la CNAMTS** afin de promouvoir la prescription et la délivrance de génériques chaque fois que possible. Cette mesure s'inscrit dans le sillage des campagnes menées par la CNAMTS pour la promotion des médicaments génériques.

■ **Saisir la HAS** pour étudier le SMR et l'ASMR des contraceptifs oraux de 3^e génération, dans la perspective d'un éventuel remboursement

■ **Informar les femmes** qu'il existe des génériques de certaines pilules, afin qu'elles participent activement au choix de leur contraceptif (cf. axe stratégique n°1).

⁶⁸ Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1993-2003, AFSSAPS, juillet 2005, page 48.

⁶⁹ L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport réalisé à la demande du ministre de l'emploi et de la solidarité, février 1999.

■ **Intégrer, au cours de la formation initiale et continue des médecins, des sages-femmes et des pharmaciens**, la prise en compte de la dimension socio-économique des prescriptions supportée par les patients et la collectivité (cf. axe stratégique n°2).

8.6 – Calendrier

A compter de 2006

8.7 – Indicateurs

Augmentation du nombre de boîtes de génériques vendues.

8.7 – Impact des mesures

Faciliter l'accès à la contraception par la réduction des coûts.

Objectif 9

Assurer un plus grand accès à la contraception en expérimentant la possibilité pour les sages-femmes de prescrire

9.1 – Constat

Si la couverture contraceptive des femmes françaises est importante, on constate que des difficultés d'accès aux professionnels peuvent exister, tant en zone rurale qu'en zone urbaine. On constate également chez les utilisatrices un déficit d'information concernant l'utilisation optimale des moyens contraceptifs prescrits.

Des progrès restent donc à faire pour que les professionnels s'inscrivent, conformément aux recommandations de la HAS, dans une démarche d'information, d'explication et d'écoute permettant aux femmes et aux couples d'opérer un choix éclairé du moyen contraceptif qui leur convient le mieux.

Pour ces raisons, la mobilisation de l'ensemble des professionnels formés à l'écoute, au conseil et à la prescription d'une contraception est nécessaire.

a) La profession de sage-femme

C'est l'une des **3 professions médicales** (art. L 4111-1 du CSP). Les sages-femmes possèdent un statut de personnel médical à compétence définie et encadrée.

■ **L'exercice de la profession de sage-femme (art. L. 4151-1 DU CSP) comporte la pratique des actes nécessaires :**

- au diagnostic et à la surveillance de la grossesse ;
- à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement ;
- à la surveillance et à la pratique de l'accouchement ;
- à la surveillance et à la pratique des soins postnataux pour la mère et l'enfant ;

- à l'examen postnatal si la grossesse et l'accouchement ont été normaux ;
- à la participation aux consultations de planification familiale.

■ **Les sages-femmes sont autorisées à :**

- prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'AFSSAPS (art. L. 4151-4 du CSP et arrêté 12 octobre 2005) ;
- pratiquer certaines vaccinations (art. L. 4151-2 du CSP et arrêté 12 octobre 2005) ;
- prescrire des arrêts de travail (articles D 331- 1 et D. 331-2 du code de la sécurité sociale).

La définition de la capacité professionnelle des sages-femmes relève du domaine législatif, laquelle se trouve complétée par les dispositions du Code de déontologie des sages-femmes (articles R. 4127-301 à R. 4127 362 du CSP).

■ **En ce qui concerne la contraception, la sage-femme est actuellement autorisée à :**

- prescrire les contraceptifs locaux,
- prescrire et poser les diaphragmes, les capes (la première pose du diaphragme ou de la cape est faite par un médecin ou une sage-femme),
- prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une interruption volontaire de grossesse (art. L. 5134-1 du CSP).

L'arrêté du 12 octobre 2005 précise la liste des contraceptifs qu'elle peut prescrire : spermicides, contraception d'urgence hormonale, contraceptifs hormonaux – oestroprogestatifs et progestatifs par voie orale, anneau vaginal, progestatifs injectables ou implantables.

Enfin l'article R. 4127-318 du CSP précise que la SF peut surveiller les dispositifs intra-utérins (2^e alinéa).

■ **La pratique actuelle des sages femmes s'exerce dans les secteurs suivants⁷⁰ :**

- En établissement de santé public : 9 549
- En établissement de santé privé : 2 248
- En établissement de santé privé participant au service public : 839
- En secteur libéral : 1 624
- Dans le cadre du conseil général – secteur de PMI et centres de planification : 783

Le cursus de formation

Il est le suivant :

- PCEM 1: classement en rang utile (affectation tenant compte du choix indiqué par le candidat)
- Suivi de 4 années d'études dispensées dans des écoles agréées.

Le programme des 4 années d'études, organisé en deux phases, est défini par l'arrêté du 11 décembre 2001.

La régulation des naissances est enseignée en **première phase** des études, dans le module « gynécologie » qui comporte 60 heures de cours :

⁷⁰ Source : Ordre des sages-femmes

- les méthodes, la surveillance des moyens de contraception féminine et masculine, les textes législatifs, les aspects médico-socio-démographiques et psychologiques de la contraception ;
- Les infections sexuellement transmissibles ;
- La prévention en gynécologie : prévention de l'IVG et des IST.

La contraception fait également partie du module « gynécologie » de la **seconde phase** des études dans les chapitres « Contraception, éducation, prévention » et « Place de la sage-femme en matière d'éducation sexuelle et de conseil conjugal ».

Elle est également traitée dans le chapitre « pharmacologie » d'une durée totale de 30 heures « œstrogènes, progestérone et progestatifs, association oestroprogestative ».

A cette formation théorique s'ajoutent deux stages optionnels en centre de planification familiale

- **en phase 1** : 3 semaines soit 120 heures
- **en phase 2** : 3 semaines soit 120 heures

Si l'on regarde ce qui se passe en Europe⁷¹, deux approches différentes de formation peuvent être distinguées : la voie spécifique où la formation est d'emblée obstétricale (ex. France, Allemagne) et la spécialisation après le diplôme d'infirmière (ex. Espagne). En Grande-Bretagne les deux voies coexistent depuis quelques années.

Sont formées par les universités les sages-femmes grecques, allemandes (avec des différences suivant les Länder), anglaises, danoises, suédoises. Dans ce dernier pays notamment, les sages-femmes ont des compétences très élargies superposables à celles des obstétriciens français.

Les perspectives démographiques pour les prochaines années

Au 1^{er} janvier 2002, la DREES recense 15 122 sages-femmes soit une densité de 104 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, soit 26 pour 100 000 habitants. Le Conseil de l'ordre des sages-femmes dénombre 14 316 inscrits en activité, en août 2000.

Les projections tablent sur une progression continue mais ralentie du nombre de sages-femmes en exercice. Il devrait se stabiliser autour de 17 000 en 2020 dans l'hypothèse du maintien des quotas actuels.

Le taux de féminisation est supérieur à 99%. Le nombre des hommes dans cette profession augmente cependant très légèrement puisque l'on compte environ 2% d'homme parmi les étudiants, contre 1% au début des années 90. Le recrutement au travers du concours de PCEM1 pourrait accélérer la masculinisation de la profession.

b) Les modalités de surveillance biologique d'une contraception hormonale

Les recommandations de pratique clinique concernant la surveillance d'une contraception orale ont été définies par la HAS.

Ces références précisent :

- que le bien fondé d'un examen clinique annuel n'est pas remis en cause ;
- qu'il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance biologique d'une contraception orale, chez une femme de moins de 35 ans, lorsque ni le premier bilan comprenant nécessairement la mesure à jeun de la glycémie, du cholestérol total et des triglycérides plasmatiques, ni les bilans de contrôle effectués trois mois puis douze mois après n'ont montré d'anomalies, de pratiquer d'autres explorations biologiques

⁷¹ Rapport de la mission « Démographie des professions de santé » présidée par le Pr. Y. Berland.

- qu'il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance biologique d'une contraception orale, chez une femme de moins de 35 ans, lorsque le premier bilan et les bilans de contrôle effectués trois mois puis douze mois après, n'ont pas montré d'anomalies, de répéter les examens de contrôle plus d'une fois tous les 2 ans, en l'absence de faits nouveaux.

c) Le constat réalisé dans le cadre du rapport Berland⁷² et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Dans le rapport remis par le Professeur Y. Berland, relatif au transfert des tâches et des compétences entre professionnels de santé, les sages-femmes y évoquent des « *modifications législatives qui permettraient un réajustement de leurs compétences, notamment en matière de prévention* ».

Le rapport indique aussi « *qu'il s'agit dans le cadre des rapports entre les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes plus de prévoir l'organisation du travail en toute collaboration que d'envisager des transferts de compétences à une profession dont la compétence pleine et entière en matière d'accouchement non pathologique est établie* ». Cependant il n'y est pas fait spécifiquement mention du champ de la contraception.

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)⁷³ quant à lui souligne qu'il est essentiel d'envisager de façon urgente les solutions qui permettraient de répondre à la diminution des effectifs médicaux annoncée entre 2008 et 2015 (compte tenu des départs à la retraite qui ne seront pas remplacés). Ce constat est encore plus vrai en matière de gynécologie obstétrique.

Les experts, auditionnés dans le cadre du groupe de travail réunis par l'ONDPS, considèrent que « *la mission de santé publique qui englobe les actions de dépistage et de contraception ne peut être assurée que si les généralistes la prennent en charge. Selon les experts, les gynécologues médicaux ne pourront pas faire face à cette mission, même dans le cas d'une forte augmentation de leur nombre. Ils estiment, au regard du faible taux actuel de la couverture des besoins par les gynécologues médicaux (dont une part importante est en secteur 2), que 80% des soins pourraient être assurés par des généralistes bien formés* ».

Il convient d'ajouter la prise de position des gynécologues médicaux (réunis au sein du Syndicat national des gynécologues obstétriciens français) qui, affirmant que la gynécologie médicale est une spécialité, revendiquent « *...leur droit d'exercer leur rôle de médecin spécialiste dans les domaines d'expertise que sont le dépistage, l'annonce et le suivi de cancers, l'infertilité, la sexologie, les contraceptions difficiles, le suivi des grossesses et l'accompagnement de la ménopause...* ».

Les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux renvoient donc vers d'autres professionnels, tout particulièrement les généralistes, le soin d'assurer la prise en charge des « *contraceptions ne présentant pas de difficultés particulières* ».

Ils reconnaissent par ailleurs que, compte tenu de la démographie de cette spécialité et des multiples tâches qui sont les leurs, « *les délais pour obtenir un rendez vous s'allongent parfois à 3 ou 4 mois* »

Dans le même temps il semble que l'ensemble des généralistes ne soient pas impliqués de manière égale dans la prise en charge de la contraception, soit par manque de disponibilité, soit par défaut de mise à jour des connaissances, soit par manque de formation permettant d'engager un dialogue sur la sexualité de leurs patientes.

Certaines données semblent montrer que les médecins généralistes femmes sont davantage impliquées dans ce domaine que les hommes et elles ont en moyenne une clientèle féminine plus importante.

⁷² « Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences » octobre 2003.

⁷³ ONDPS, Audition des gynécologues obstétriciens

Enfin, l'entrée en vigueur de la réforme « médecin traitant » pourrait ne pas améliorer la disponibilité des médecins généralistes.

Une enquête a été réalisée auprès des médecins généralistes et de leurs patientes au sujet de la contraception⁷⁴. Elle avait pour objectif d'explorer, d'une part, la connaissance des femmes sur la contraception, d'autre part le rôle du médecin généraliste dans la prescription, le conseil et le suivi de la contraception.

Ses résultats montrent que respectivement 2,1% et 20,9% des femmes d'un échantillon constitué de 2 756 patientes, s'estimaient pas du tout et insuffisamment informées sur la contraception. En ce qui concerne la contraception d'urgence, elles étaient respectivement 15,6% et 47,5% à s'estimer pas du tout et insuffisamment informées.

Les résultats montrent également que, si l'information des femmes interrogées provient du gynécologue (5,5% des cas) et du médecin traitant (5%), elle est aussi le fait des médias (3,1%), de l'entourage (3,3%), de l'enseignement scolaire (2,6%) et d'une autre provenance (0,4%).

Rappelons enfin que les médecins généralistes enseignants se sont engagés, en 2006 et dans 8 UFR, dans des actions de formation concernant la prescription d'une contraception. Leur action s'exercera tant dans le cadre de la formation initiale des internes en médecine générale, au cabinet ou en formation théorique, que dans le cadre de la formation continue des généralistes maîtres de stage.

9.2 – Mesures

Saisir l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) afin qu'il définisse et coordonne une expérimentation visant à permettre la prescription de la contraception, hors contexte de pathologie, par les sages-femmes.

Cette expérimentation devra intégrer une évaluation rigoureuse du niveau de service rendu :

- en termes de réduction des délais de prise en charge dans les secteurs considérés ;
- en termes d'évaluation de la qualité de prise en charge des femmes (niveau d'information des femmes sur leur moyen contraceptif, sur la conduite à tenir en cas d'accident de méthode, sur les modalités d'accès à la contraception d'urgence) ;
- en termes de dynamique inter professionnelle.

9.3 – Calendrier

Second semestre 2006.

9.4 – Impact de la mesure

Réduire la survenue de grossesses non désirées. Cet item sera intégré au volet contraception du questionnaire de l'enquête DREES sur l'IVG qui sera réalisée fin 2006. Il sera répété lors des enquêtes ultérieures afin de repérer une évolution de cet indicateur.

⁷⁴ Etude EPILULE, réseau EPI, 16 juin au 31 décembre 2003

Améliorer les connaissances en matière de contraception au niveau national

Objectif 10

Améliorer les connaissances en matière d'utilisation des moyens contraceptifs

10.1 – Travaux en cours

Un certain nombre d'études et d'enquêtes intégrant des données relatives à la contraception sont en cours. Elles apporteront des données quantitatives et qualitatives sur les modalités de recours aux différents moyens contraceptifs.

a) Etude de cohorte COCON (Unité 569 INSERM/INED)

L'étude de cohorte des pratiques contraceptives en France métropolitaine (COCON) a concerné un échantillon représentatif de 2 863 femmes qui ont été interrogées initialement en 2000, puis ré-interrogées en 2001, 2002, 2003 et 2004. L'objectif était à chaque fois de ré-interroger l'ensemble des femmes de la vague précédente.

L'objet des questionnaires annuels de suivi est d'apporter des renseignements sur les changements intervenus depuis la dernière interrogation, et notamment sur la situation affective et professionnelle, la vie génésique, les contraceptions utilisées, ainsi que les raisons des éventuels changements.

L'exploitation et la publication des résultats de ces enquêtes de suivi apporteront en particulier des informations et des précisions sur les difficultés vécues par les femmes en matière d'accès et d'utilisation d'une contraception à long terme. Certains points feront, comme par le passé, l'objet de travaux de recherche complémentaires à la demande du ministère chargé de la santé.

b) Enquête DREES

Une enquête nationale auprès des femmes ayant recours à une interruption de grossesse, auprès des structures d'accueil et des médecins va être réalisée, afin de décrire, non seulement les caractéristiques sociodémographiques des femmes, mais aussi leur parcours de soins, leurs conditions d'accès et de prise en charge au moment de l'IVG. Une attention particulière sera portée aux IVG réalisées chez les mineures.

Dans le cadre de cette enquête, les femmes seront notamment interrogées sur la situation contraceptive qui était la leur au moment de la survenue de la grossesse qui donne lieu à l'IVG, sur l'utilisation ou non d'une contraception, sur les difficultés qu'elles ont rencontrées par rapport à celle-ci. Le questionnaire portera également sur les raisons d'un défaut de recours à la contraception d'urgence et sur les raisons qui, selon elles, peuvent expliquer la survenue de cette grossesse.

Cette enquête sera réalisée en 2007.

c) Enquête relative à l'analyse des comportements sexuels en France (ACSF)

L'enquête « comportement sexuel des français », menée sous l'égide de l'ANRS en 2006, apportera également des renseignements sur les pratiques contraceptives des français.

10.2 – Travaux à mener

Un groupe de travail composé de chercheurs de 8 pays a été réuni par le **Programme des monographies du Centre international de recherche sur le cancer**⁷⁵, agence de recherche sur le cancer de l'OMS. Ces chercheurs ont rassemblé toutes les études scientifiques disponibles sur la relation contraceptifs oestroprogestatifs et risque de cancer.

Ils en ont fait la synthèse et ont conclu que les contraceptifs oestroprogestatifs relevaient de la classification des traitements cancérogènes de groupe 1, c'est-à-dire n'entraînant aucune recommandation particulière.

Selon cette classification, les contraceptifs hormonaux accroîtraient le risque de survenue de certains cancers (col de l'utérus, sein et foie) mais diminueraient le risque de survenue de certains autres (ovaires, endomètre, colon).

Le groupe de chercheurs réuni par le CIRC émet l'hypothèse que « *puisque l'utilisation de contraceptifs combinés augmente le risque de certains cancers et diminue le risque de certaines autres formes de cancers, il est possible que le résultat net pour la santé publique soit bénéfique, mais une analyse rigoureuse est nécessaire pour le démontrer. Celle-ci devrait être menée pays par pays et prendre en compte les effets de maladies autres que le cancer* ».

10.3 – Mesures

- **Analyser et tirer les conséquences** des résultats des travaux récents ou en cours.
- **Saisir l'Institut national du cancer (INCA)** sur les suites à donner aux préconisations du Centre international de recherche sur le cancer.

10.4 – Calendrier

- **Les différents travaux de recherche en cours** : 2007-2008
- **Saisine de l'INCA** : 2007.

⁷⁵ Centre international de Recherche sur le Cancer : communiqué de presse n° 167 du 29 juillet 2005 intitulé « le programme des monographies du CIRC classe les contraceptifs œstroprogestatifs et l'hormonothérapie ménopausique comme cancérogènes ».

Objectif 11

Poursuivre le recueil effectué chaque année depuis 2002 dans le cadre du dispositif d'accès des mineures à la contraception d'urgence

11.1 – Constat

Un rapport relatif à la mise en œuvre de ce dispositif entre septembre 2001 et août 2002 a été remis au Parlement au printemps 2003. Depuis, chaque année, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère chargé de l'Education nationale et le ministère chargé de l'agriculture assurent le recueil du nombre de boîtes de contraception d'urgence délivrées ou administrées aux mineures.

Le ministère chargé de la santé assure la coordination et la rédaction d'un rapport quantitatif annuel.

11.2 – Mesures

- **Poursuivre la réalisation des bilans annuels** en lien avec le ministère de l'Education nationale, la CNAMTS et le Conseil de l'ordre des pharmaciens.
- **Inciter le ministère chargé de l'agriculture à réaliser un bilan de l'administration de la CU** dans les établissements d'enseignement du second degré qui dépendent de lui.
- **Intégrer les données issues de ces bilans contribuant à l'objectif 97** de la loi relative à la politique de santé publique, au tableau de bord de suivi des actions.

11.3 – Calendrier

Publication des bilans relatifs aux années scolaires 2004-2005 et 2005-2006: 2007

11.4 – Indicateur

Fournir un bilan et le mettre en ligne sur le site du ministère chargé de la santé.

Améliorer les connaissances en matière de contraception au niveau européen

Objectif 12

Participer aux travaux européens en matière de santé reproductive dans le cadre de Reprostat 2

12.1 – Constat

Projet Européen : reproductive Health Indicators in the European Union (Reprostat)⁷⁶.

La finalité de ce rapport remis en 2002, co-financé par la Commission européenne, a été de proposer aux pouvoirs publics, aux chercheurs et aux professionnels de santé, un certain nombre d'indicateurs communs à 15 Etats membres, pour mesurer et évaluer la santé reproductive dans l'Union européenne.

Certains indicateurs concernent directement la contraception, d'autres concernent de façon plus globale le domaine de la santé sexuelle et reproductive (VIH, IST, grossesses chez les adolescentes, taux de fertilité, taux d'IVG, grossesse et AMP, taux d'hystérectomie).

Il convient de regarder précisément si nous disposons en routine des indicateurs proposés dans le cadre de Reprostat.

Plusieurs indicateurs concernant directement la contraception, sont ciblés :

- **L'âge moyen lors du premier rapport sexuel** : cet indicateur est disponible dans le cadre de l'enquête Baromètre santé INPES. Cette enquête est réalisée à intervalles réguliers d'environ 5 ans (2000 et 2005).
- **L'utilisation d'un moyen contraceptif lors du premier rapport sexuel** : également disponible dans l'enquête du Baromètre Santé INPES ;
- **Le nombre de naissances chez les adolescentes** : recensement annuel des naissances : INSEE ;
- **La prévalence des contraceptifs** : pour cet indicateur il existe plusieurs sources de données :
 - d'une part, le Baromètre Santé INPES qui interroge sur les méthodes utilisées au moment de l'enquête, sur les modalités d'utilisation de la contraception d'urgence (CU), sur les circonstances qui ont amené à la prise d'une CU (échec de méthode), et les circonstances qui ont amené à la réalisation d'une IVG ;

⁷⁶ Reprostat : Portugal, Pays Bas, Royaume Uni, Danemark, Belgique, Espagne, Italie, Suède, Finlande, Autriche, Grèce, Allemagne, Irlande et France. Août 2003.

- d'autre part, l'étude de cohorte des pratiques contraceptives en France métropolitaine (COCON) qui a pour objectifs d'étudier le recours aux différentes méthodes de contraception, l'évolution des modalités d'utilisation des différents produits et méthodes, les échecs de contraception, les conditions de recours à l'IVG en cas d'échec, la perception des femmes sur les différentes méthodes, sur les risques et les avantages pour la santé, les effets éventuels, positifs ou négatifs à court et moyen terme ;
- Ces données sont complétées par des enquêtes complémentaires qui ont pour but d'apporter un éclairage spécifique sur des aspects particuliers de ce domaine ;
- Ainsi en 2005, à partir des données recueillies par l'étude COCON, la DGS a demandé à l'Unité 569 INSERM/INED de travailler sur les trajectoires des femmes après le recours à la CU : le statut contraceptif avant le recours à la CU, les raisons qui expliquent le recours, les choix contraceptifs après l'utilisation d'une CU,
- ainsi qu'un certain nombre d'autres indicateurs de problématique proche :
 - *prévalence des chlamydiae : un suivi est assuré par le Baromètre santé*
 - *nombre d'IVG : recueil existe (plusieurs sources de données).*

12.2 – Mesures

- **Etudier avec l'InVS les modalités de participation au suivi de Reprostat**
- **Actualiser régulièrement le tableau de bord de suivi de ces indicateurs.**

Objectif 13

Repérer, dans les pays européens de niveau de vie comparable, les mesures qui ont permis de réduire la survenue de grossesses non désirées

13.1 – Constat

Au sein de l'Europe, les politiques d'accès de la population à la contraception sont variées, tant du point de vue de l'organisation de la politique de santé, que des modalités d'accès aux structures de soins, du profil des prescripteurs, des modalités d'accès aux moyens contraceptifs ou encore de leur coût. Au total on constate d'énormes disparités entre les différents Etats membres et au sein des Etats.

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a remis le 26 août 2004 un rapport intitulé « Stratégie européenne pour la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs ». Elle recommande aux Etats membres d'adopter des stratégies nationales d'ensemble concernant la santé sexuelle et reproductive et d'apporter le financement approprié en vue d'atteindre ces objectifs. Elle recommande au Comité des ministres de charger le Comité européen de la santé de promouvoir un échange d'expériences sur les approches nationales réussies et d'établir des lignes directrices.

Elle définit la santé reproductive comme « *un bien être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités* ».

Cette définition implique que les hommes et les femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, méthode qui doit être sûre, efficace, abordable et acceptable. Ils ont également le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et l'accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Chaque pays est invité à procéder à l'évaluation de ses propres besoins et à élaborer ses propres stratégies et notamment en ce qui concerne la contraception à :

- Améliorer et augmenter la connaissance des individus et des couples quant à leur droit de faire des choix libres et éclairés sur le nombre d'enfants qu'ils désirent et le moment de la grossesse et de promouvoir l'objectif que chaque enfant soit un enfant désiré ;
- Augmenter la prévalence de méthodes contraceptives fiables ;
- améliorer l'accessibilité des services de contraception pour tous ceux qui souhaitent y avoir recours ;
- Accroître la participation active et la responsabilité des femmes en matière de prise de décision éclairée sur les questions de santé sexuelle et reproductive et encourager l'utilisation de préservatifs masculins et féminins ;
- Diminuer le nombre de grossesses adolescentes.

La difficulté rencontrée pour accéder au détail des politiques menées actuellement ne permet pas de repérer quels types d'actions mises en œuvre dans tel ou tel pays se sont montrés concluantes, après évaluation.

Certains pays sont actuellement montrés en exemple pour avoir réussi à réduire le nombre des interruptions volontaires de grossesse (Pays-Bas, Suisse) ou pour avoir réduit le nombre de grossesses chez les adolescentes (Pays-Bas). Cependant, sans expertise précise, il est impossible de déterminer les actions qui ont eu un effet positif sur les indicateurs tels que la réduction du nombre des IVG ou la réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes.

La situation au regard des grossesses non désirées chez les jeunes en Europe⁷⁷ montre qu'en l'absence de « comportement responsable » et de contraception, le recours à une IVG est fréquent. Il n'existe pas de statistiques sur l'avortement ni en Autriche, ni en Irlande, ni au Luxembourg ni au Portugal. Les données de certains autres pays sont incomplètes : c'est le cas de l'Allemagne, de la Grèce, des Pays-Bas et de l'Italie.

Pour les Etats membres disposant de données complètes, les résultats diffèrent sensiblement. En 1996, les pays qui faisaient état des taux les plus importants pour les grossesses adolescentes étaient l'Angleterre et le Pays de Galles (22 pour mille), la Suède (18) et le Danemark (16). A l'inverse, les taux les plus faibles étaient retrouvés en Espagne (5) et en Belgique (6).

Si l'on considère la classe d'âge des 20-24 ans, pour la même année, les taux les plus faibles sont enregistrés en Espagne (8) et en Belgique (9) ; les taux les plus élevés sont retrouvés en Suède (28) et au Danemark (24).

Les taux d'avortements enregistrés au milieu des années 90 sont assez semblables à ceux du milieu des années 80 sauf au Danemark et en Finlande où ils ont baissé de manière constante.

Les quelques exemples suivants montrent la diversité des réponses apportées par les gouvernements pour répondre au problème d'accès à la contraception et à la prévention des grossesses non désirées. Cependant, il serait extrêmement intéressant de pouvoir comparer les dispositifs dans leur ensemble.

⁷⁷ Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'Union Européenne, document de travail des services de la Commission

La **Suède**, souvent citée en exemple, a développé des politiques de contraception et d'information volontaristes grâce à la création d'un réseau national de cliniques pour les jeunes afin que soit fournie une information confidentielle sur la contraception et l'IVG. Cette politique considère par exemple la sexualité des jeunes comme une activité « *ni désirable, ni indésirable, mais simplement inévitable*⁷⁸ ».

Pourtant, il est fait état d'une augmentation du nombre d'IST notamment chez les jeunes, ainsi que d'une augmentation du nombre d'IVG. Certains aspects sont comparables entre la Suède et la France : même âge moyen au premier rapport sexuel aux environs de 16-17 ans, âge moyen à la première maternité proche de 30 ans, taux d'IVG stable aux environs de 18 – 20/1.000 femmes (taux le plus important se situant chez les femmes entre 20 – 24 ans ; toutefois le taux chez les jeunes, avant 19 ans, a augmenté ces sept dernières années).

Le **Royaume Uni** s'est doté d'une agence, « Teenage Pregnancy Unit », pour réduire le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes. Son programme poursuit deux objectifs qui sont, d'une part, de réduire de moitié le nombre de grossesses parmi les jeunes de moins de 18 ans d'ici 2010, d'autre part, de diminuer le risque d'exclusion sociale à long terme pour les parents adolescents et leurs enfants, en les incitant à rejoindre les structures d'enseignement, de formation et d'emploi.

Le constat réalisé montre en effet que les jeunes ont recours à des moyens de contraception de manière « irrégulière et incohérente ».

La majorité d'entre eux consultent des centres de planification familiale après avoir eu leurs premiers rapports sexuels. En 2001 le nombre d'IVG était de 176 000 et le nombre de grossesses chez les adolescentes, bien qu'en diminution, était le plus élevé d'Europe occidentale.

Les actions qui ont pour but de faciliter l'accès des jeunes femmes et des jeunes hommes à ces services sont des éléments clés de la politique du Gouvernement en la matière et représentent l'un des points d'action spécifiques de la politique de lutte contre la grossesse des adolescentes.

En **Belgique**, à l'heure actuelle, les chiffres relatifs à l'IVG oscillent aux alentours de 16 000 par an (15 666 en 2002, 16 653 en 2003). En 2003, une grossesse sur huit s'est achevée par un avortement. Au plan international, la Belgique se range ainsi parmi les pays au taux d'avortement le plus faible. Chez les adolescentes également, le nombre d'avortements tend à se stabiliser et concerne environ 3 000 jeunes femmes de 13 à 20 ans. Parmi les IVG des femmes de 15 à 19 ans, près de la moitié n'avait pas utilisé de moyen de contraception (2/3 chez les moins de 15 ans).

La Conférence interministérielle des ministres de la santé du 11 décembre 2001 s'est penchée sur la problématique et a identifié plusieurs freins à l'utilisation d'une contraception. En premier lieu « *le prix de la pilule constitue un frein à son utilisation* ».

En conséquence le Ministre fédéral des affaires sociales a décidé d'améliorer l'accessibilité des moyens contraceptifs, spécifiquement pour les jeunes.

A partir du 1^{er} mai 2004, une réduction d'un montant de 3 euros a été appliquée sur tous les moyens contraceptifs prescrits aux jeunes femmes de moins de 21 ans. Un stock de 500 000 préservatifs a mis à disposition pour être délivré systématiquement à toute jeune fille achetant un contraceptif en pharmacie. Au total la Belgique a consacré, entre 2004 et 2006, 5,259 millions d'euros à ce dispositif.

Cette réduction de 3 euros a eu pour effet de rendre gratuits les pilules de 2^e génération et le stérilet au cuivre. Enfin la contraception d'urgence est gratuite pour les moins de 21 ans.

Ces mesures ont été accompagnées d'une campagne d'information de la population via les mutuelles et les pharmaciens. Une campagne médias (TV et cinémas), renvoyant vers un site Internet, a été menée suivant deux axes : baisse des coûts des moyens contraceptifs et usage du préservatif.

⁷⁸ Les maternités précoces dans les pays développés, problèmes, dispositifs, enjeux politiques. CNAF, dossier n° 53, février 2004.

Plusieurs laboratoires pharmaceutiques ont alors, de manière unilatérale, demandé le déremboursement de la plupart des pilules commercialisées en Belgique, ce qui leur permettait d'en augmenter le prix de vente. Les associations féministes et le Mouvement pour le planning familial ont dénoncé avec virulence cette décision.

Un accord est intervenu au début de l'automne 2005 entre les firmes pharmaceutiques et le ministre et, depuis le 1^{er} janvier 2006, toutes les pilules sont remboursées à hauteur de 20% de leur prix.

En **Irlande**, seul pays européen dans lequel les femmes n'ont pas accès à l'IVG, de profondes divisions existent entre l'influence traditionaliste de l'Eglise catholique et les valeurs modernisatrices de la société. La légalisation du divorce et celle de la contraception sont intervenues récemment, mais l'IVG demeure illégale.

Les moyens contraceptifs sont accessibles et 42,9% des femmes déclarent y avoir recours constamment. Le taux de fécondité y est le plus élevé d'Europe. Chaque année, environ 6 000 femmes vont se faire avorter au Royaume Uni.

En octobre 2001, la « *Crisis Pregnancy Agency* » (Agence de prévention des grossesses non désirées) a été créée. Une stratégie nationale sur les grossesses non désirées est adoptée par le Gouvernement à la fin de l'année 2003.

Elle a pour objectifs de réduire le nombre de grossesses non désirées (par la mise à disposition de services d'information, de conseils, de contraception), de réduire le nombre de femmes qui, face à une grossesse non désirée, ont recours à l'IVG (grâce à des services et un soutien proposant de meilleures alternatives), de fournir des services médicaux et des services d'aide après une grossesse non désirée.

Cette stratégie prône un programme d'éducation pour la santé, obligatoire dans le programme des cycles primaire et secondaire, « *Social, Personal and Health Education* » (SPHE), qui encourage les jeunes à différer le début de leur activité sexuelle, tout en les préparant à celle-ci, plutôt que de promouvoir l'abstinence seule.

Les services d'accès à la contraception pour la population sont peu développés en Irlande. Les services de contraception sont limités au milieu rural. L'accès à la contraception d'urgence devrait jouer un rôle important.

La réalisation de ce rapide tour d'horizon ne permet ni d'appréhender la totalité des enjeux au sein de chaque pays, ni d'approcher finement les mesures décidées et mises en œuvre, ni encore de mesurer l'impact de celles-ci.

13.2 – Mesures

Réaliser une étude permettant :

- d'identifier quelques pays européens, de niveau de vie comparable à celui de la France, ayant adopté des mesures dans le but de réduire le nombre de grossesses non désirées et ayant enregistré une diminution du nombre des grossesses non désirées ou ayant conservé un taux bas ;
- de comparer les dispositifs d'accès de la population à la contraception (législatifs, financiers, organisationnels...) ;
- de repérer les mesures efficaces au regard de la réduction du nombre de grossesses non désirées.

13.3 – Calendrier

De 2006 à 2008

13.4 – Coût

Etude inscrite au programme de travail 2007 de la DREES.

Objectif 14

Impulser et organiser en France un colloque européen sur la contraception

14.1 – Constat

Sur la base du constat qui aura été réalisé et sur la base des travaux menés par les chercheurs au niveau européen, il est proposé de réunir, sous l'égide du ministère de la santé, décideurs, chercheurs et professionnels de santé de différents pays européens pour débattre sur le thème de l'accès à la contraception et de la prévention des grossesses non désirées.

14.2 – Mesure

Organiser un colloque à Paris après la remise des résultats de cette étude.

14.3 – Calendrier

Perspective 2008-2009.

14.4 – Indicateur

Organisation du colloque.

Bibliographie

Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)

- **Les maternités précoces dans les pays développés : problèmes, dispositifs, enjeux politiques**
dossiers d'études n° 53

Direction générale de la Santé (DGS)

- **Enquête DGS/INSERM** portant sur les obstacles à la prise de la CU
- **Evaluation du dispositif d'accès des mineures à la contraception d'urgence 2001-2002**
rapport remis au Parlement dans le cadre de la Loi du 13 décembre 2000
- **Evaluation du dispositif d'accès des mineures à la contraception d'urgence 2002-2003**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- **La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national** (Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné)
Etudes et résultats n° 352, novembre 2004
- **La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections** (Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné)
Etudes et résultats n° 352, novembre 2004

Haut Conseil de la population et de la famille

- **La fécondité en France depuis 25 ans** (Laurent TOULEMON)
Rapport, janvier 2003
- **Avoir un enfant de plus en plus tard : un choix qui n'est pas sans risques**
Avis du HCPF – Avril 2005

Institut national des études démographiques (INED)

- **Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ?** (H. Kafé et N. Brouard)
Population et Sociétés n°361, octobre 2000
- **La médicalisation croissante de la contraception en France** (H. Léridon, P. Oustry, N. Bajos)
Population et Sociétés, n° 381, juillet-août 2002
- **A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes** (M. Bozon)
Population et Sociétés n°391, Juin 2003
- **La fécondité des immigrées : nouvelles données, nouvelle approche** (L. Toulemon)
Population et Sociétés n° 400, avril 2004

- **Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans** (Nathalie Bajos, Caroline Moreau, Henri Leridon, Michèle Ferrand)
Population et Sociétés n°9-10/2005.

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

- **Bilan démographique 2004**
INSEE Première, n° 1004, février 2005
- **Les interruptions volontaires de grossesse en 2002**
Etudes et résultats n° 348 – octobre 2004
- **L'évolution démographique récente en France**
(F. Prioux. Population-F) – 59(5), 2004, 683-724

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

- **De la contraception à l'avortement, sociologie des grossesses non prévues** (N. Bajos, M. Ferrand)
Questions en santé publique, INSERM U 569, 2002.
- **Enquête COCON**
- **Etude sur les obstacles relatifs à l'utilisation d'une contraception d'urgence**
INSERM U 569/DGS, janvier 2004.
- **Analyse de l'impact de l'utilisation de la contraception d'urgence sur les trajectoires contraceptives des femmes**
Caroline Moreau, François Michelot, Nathalie Bajos, Inserm-Ined U. 569/DGS.

Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)

- **Baromètre Santé 2000**
- **Baromètre santé Médecins/pharmaciens 2003**
- **Questionnaire Baromètre santé 2004**
- **Baromètre Santé 2005**

Loi relative à la santé publique

- **Reproduction, contraception, IVG**
Rapport GTNDO

Rapports

- **La prévention et la prise en charge des grossesses chez les adolescentes**
(Mme le Professeur UZAN), avril 1998
- **L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes**
Rapport de M. le Professeur I. NISAND, février 1999

Colloque

- **La contraception et les sages-femmes**
journée à thème organisée par le collège national des sages-femmes, 7 juin 2005

Bibliographie étrangère

Alan Guttmacher Institute

- **Comportements sexuels et reproductifs des adolescents : comparaison entre pays développés** (N. Bajos et S. Durand)
Etude pour la France – novembre 2001

Centre international de recherches contre le cancer

- **Combined estrogen-Progestogen contraceptives**
Monographie n° 1, section 5, vol 91

EU Community

- **Reproductive Health indicators in the European Union**
Reprostat – august 2003

O.M.S, Conseil de l'Europe

- **Stratégie européenne pour la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs**
Doc. 10266, 26 août 2004. Rapporteur : Mme Christine Mc Cafferty, Royaume-Uni
- **La responsabilité des hommes, et particulièrement des jeunes hommes, en matière génésique**
Doc. 10207, 10 juin 2004. Rapporteur Mme Rosmarie Zaplf-Helbling, Suisse
- **Incidences de la « politique de Mexico » sur le libre choix d'une contraception en Europe**
Doc. 9901, 11 septembre 2003. Rapporteur Mme Zwerver, Pays Bas

O.N.U

- **World Fertility Report 2003**
Population Report, DESA, United Nations

USA

- **Waiting for plan B – The FDA and non prescription use of emergency contraception** (Robert Steinbrock M.D.)
- **The FDA: Politics and plan B** (Jeffrey M. Drazen, M.M., Michael F. Greene, M.D., and Alastair J.J. Wood, M.D.)
- **The limits of conscientious objections: May pharmacists refuse to fill prescriptions for emergency contraception ?** (Juliet Cantor, J.D, Ken Baum, M.D. J.D.)

WHO

- **Planification familiale après avortement** : guide pratique à l'intention des responsables de programmes

Belgique

- **Commission IVG et Euthanasie du ministère de la santé**
Planning Familial

Grande-Bretagne

- **Teenage Pregnancy Unit**

Irlande

- **Crisis Pregnancy Agency**

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Direction générale de la santé

14 avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00 – Fax : 01 40 56 40 56
www.sante.gouv.fr - www.sante.fr