



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-104A

La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence

RAPPORT

Établi par

Claire AUBIN

Danièle JOURDAIN MENNINGER

Avec la participation du Dr. Laurent CHAMBAUD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Octobre 2009 -

Synthèse

En complément du rapport de synthèse qui traite de la problématique générale de prévention des grossesses non désirées, le présent rapport analyse le fonctionnement du modèle français de contraception, et évalue l'effet des mesures prises, suite à la loi du 4 juillet 2001, en matière de contraception et de contraception d'urgence. Il examine les forces et faiblesses du dispositif actuel et formule des recommandations en améliorant l'accès et l'efficacité.

Pour procéder à cette évaluation, la mission a auditionné de nombreux professionnel(le)s de santé exerçant en ville, ainsi que dans les établissements de santé publics et privés, centres de santé, dans les centres d'éducation et de planification familiale (CEPF), en Ile de France et dans diverses régions métropolitaines, ainsi qu'en Martinique et en Guadeloupe. Elle s'est également rendue dans des établissements scolaires, sociaux, a rencontré des professionnel(le)s du secteur social, des enseignants, des élus ainsi que de multiples acteurs de terrain. Sur chacun des sites les inspectrices générales ont travaillé en étroite collaboration avec les médecins inspecteurs et autres membres de l'encadrement des DDASS et des DRASS. Au niveau national, les responsables de différentes institutions et organisations agissant dans le domaine de la contraception ont été auditionnés ainsi que des chercheurs et universitaires travaillant sur ces sujets. Les administrations centrales ont essayé d'apporter à la mission les éléments dont elles disposaient. Lors des discussions sur le projet de loi « hôpital, santé, patients, territoire », la mission a été auditionnée par la présidente de la délégation aux droits des femmes et a participé à une table ronde avec des parlementaires. En Alsace une enquête a été réalisée avec le concours de l'Inspection régionale de la pharmacie pour apprécier la mise en œuvre du dispositif de délivrance de la contraception d'urgence dans les pharmacies d'officine.

L'ensemble de ces contacts dont la liste est fournie en annexe a permis de compléter, préciser et expliquer par une approche de terrain les informations retirées de l'abondante littérature consultée sur ces sujets (cf. bibliographie en annexe).

A l'issue de ces travaux la mission constate que **le modèle français de contraception**, caractérisé par un très fort taux de diffusion des méthodes médicales, **ne présente pas l'efficacité qu'on pourrait en attendre**. Malgré l'importance des échecs contraceptifs, liés pour une large part à **des problèmes d'observance**, la contraception reste largement identifiée, tant chez les professionnels de santé que le public, à la contraception hormonale orale (pilule), alors même que les attentes et les besoins se sont diversifiés et que la demande de contraception est loin de toujours s'inscrire dans le schéma d'une sexualité prévisible et régulière de type conjugal.

Par ailleurs **le fonctionnement réel des dispositifs contredit trop souvent la priorité donnée à une approche préventive**. Ainsi l'autonomie légalement reconnue aux jeunes mineurs en matière de contraception est-elle battue en brèche lorsque ceux-ci ne peuvent l'obtenir de façon confidentielle et gratuite en dehors de centres d'éducation et de planification familiale qui ne leur sont pas toujours accessibles. Paradoxalement, la procédure d'accès à la contraception de rattrapage est plus simple, pourtant son utilisation demeure trop limitée pour faire régresser le recours à l'interruption volontaire de grossesse.

La mission conclut donc à la nécessité de **renforcer l'approche préventive** mais aussi de **privilégier dans l'effort de prévention les modalités les plus efficaces**. Il est notamment nécessaire de **diversifier la couverture contraceptive** et de l'adapter aux besoins et modes de vie des utilisatrices/eurs, de **promouvoir les méthodes moins contraignantes en termes d'observance** que la pilule, d'anticiper et de **mieux gérer par la contraception d'urgence les inévitables accidents de parcours** contraceptifs. Elle se prononce pour un **accès gratuit et**

confidentiel des jeunes à la contraception, souligne la nécessité de développer et revaloriser la fonction de conseil en matière de contraception et de **mieux préparer les médecins généralistes et sage-femmes** au rôle qu'ils sont appelés à jouer dans ce domaine, à poursuivre et développer **un effort continu de communication, d'information et d'éducation** en direction des utilisateurs potentiels qui constituent un public en perpétuel renouvellement.

Sommaire

SYNTHESE	3
LA PREVENTION DES GROSSESSES NON DESIREES : CONTRACEPTION ET CONTRACEPTION D'URGENCE	7
1. LA CONTRACEPTION : UN MODELE ET DES CHOIX A RE-INTERROGER	7
1.1. <i>Le modèle contraceptif français</i>	7
1.1.1. Une large diffusion de la contraception.....	7
1.1.2. Une forte intervention médicale	8
1.1.3. Une norme contraceptive de fait.....	9
1.2. <i>Des taux d'échec préoccupants</i>	12
1.2.1. Une efficacité réelle nettement inférieure à l'efficacité théorique	12
1.2.2. Des problèmes d'observance	13
1.2.3. Une certaine inadéquation des méthodes et pratiques	14
1.2.4. Une prise de conscience récente des acteurs et responsables de la santé publique ...	20
1.3. <i>L'accès à la contraception rencontre encore une série d'obstacles</i>	22
1.3.1. Les obstacles financiers sont les plus souvent cités :	22
1.3.2. D'autres obstacles importants nuisent à l'accessibilité	30
1.3.3. Le débat sur la nécessité d'une prescription médicale.....	32
1.4. <i>Des initiatives de terrain pour surmonter ces obstacles</i>	35
2. LA CONTRACEPTION D'URGENCE : DES ATTENTES DEÇUES	37
2.1. <i>Une solution de rattrapage face aux échecs de contraception</i>	37
2.2. <i>Une grande simplicité d'accès</i>	38
2.2.1. Un accès libre en pharmacie	38
2.2.2. La gratuité et l'anonymat pour les mineures	38
2.2.3. La délivrance par les infirmières dans les établissements scolaires	39
2.2.4. Le remboursement des prescriptions médicales	39
2.3. <i>Une progression importante du recours à la contraception d'urgence, essentiellement chez les jeunes</i>	39
2.3.1. Les remboursements par l'assurance maladie	40
2.3.2. La délivrance dans les établissements scolaires	41
2.3.3. L'accès libre en pharmacie sans remboursement	42
2.4. <i>La diffusion de la contraception d'urgence n'a pas eu d'impact notable sur les pratiques contraceptives ni sur l'IVG</i>	44
2.4.1. Des craintes non concrétisées : la contraception d'urgence n'a pas diminué le recours à la contraception régulière	44
2.4.2. Des attentes déçues : la contraception d'urgence n'a pas non plus fait régresser le recours à l'IVG	45
2.5. <i>Le rôle crucial des pharmaciens et des infirmières scolaires</i>	46
2.5.1. Les pharmaciens	46
2.5.2. Les infirmières scolaires.....	49
2.6. <i>L'insuffisance du lien avec la contraception régulière</i>	51
2.6.1. De la contraception d'urgence à la contraception régulière	51
2.6.2. De la contraception régulière à la contraception d'urgence	52

3. RECOMMANDATIONS	52
3.1. <i>Trois niveaux d'action</i>	52
3.1.1. La diffusion de la contraception	53
3.1.2. Le choix de la contraception.....	53
3.1.3. L'utilisation de la contraception	53
3.2. <i>Pour une contraception encore plus accessible</i>	53
3.2.1. Assurer un accès gratuit et confidentiel des jeunes à la contraception.....	53
3.2.2. Mieux connaître et utiliser les capacités des structures spécialisées en matière de planification familiale.....	54
3.2.3. Assurer le suivi des nouvelles mesures prises dans le cadre de la loi HPST.....	55
3.3. <i>Pour une contraception plus efficace</i>	56
3.3.1. Développer la place des méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance	56
3.3.2. Anticiper les problèmes de gestion de la contraception	57
3.4. <i>Pour une contraception mieux adaptée aux besoins et situations individuels</i>	58
3.4.1. Mieux préparer les praticiens à leur rôle en matière de contraception	58
3.4.2. Revaloriser et développer la fonction de conseil en matière de contraception.....	59
3.5. <i>Tirer un meilleur parti de la contraception d'urgence</i>	60
3.5.1. Permettre d'anticiper l'urgence	60
3.5.2. Accompagner les pharmaciens dans la délivrance en officine	60
3.5.3. Donner aux infirmeries scolaires les moyens d'améliorer encore leur réponse	61
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	63
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	65
ANNEXE 1 : CONTRACEPTION ET CONTRACEPTION D'URGENCE DANS LES OBJECTIFS DE LA LOI DE SANTE PUBLIQUE.....	75
ANNEXE 2 : LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	77
ANNEXE 3 : POSITION DU COLLEGE DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS FRANÇAIS	79
ANNEXE 4 : ENQUETE AUPRES DES PHARMACIES DE LA REGION ALSACE SUR LA DELIVRANCE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE.....	81
ANNEXE 5 : ESTIMATION DU NOMBRE DE RAPPORTS EXPOSANT A UN RISQUE DE GROSSESSE NON DESIREE DU FAIT D'UN OUBLI DE PILULE OU D'UN ACCIDENT DE PRESERVATIF	87
ANNEXE 6 : EXEMPLE DE REFUS DE DELIVRANCE GRATUITE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE A UNE MINEURE.....	89
SIGLES UTILISES	91
BIBLIOGRAPHIE.....	93

La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence

1. LA CONTRACEPTION : UN MODELE ET DES CHOIX A RE-INTERROGER

1.1. *Le modèle contraceptif français*

1.1.1. Une large diffusion de la contraception

La situation française se caractérise par un taux de couverture contraceptive élevé : la proportion de femmes ayant une activité sexuelle qui n'utilisent pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant est faible : au dessous de 5 %¹.

L'ensemble des études met en évidence la forte diffusion en France des méthodes de contraception dites « modernes » (par opposition aux méthodes « naturelles ») ou « médicales » (car elles supposent, en l'état actuel de la réglementation, une prescription médicale). Les données de l'enquête Cocon² montrent que le processus de médicalisation de la contraception entamé dès la légalisation de la pratique contraceptive en 1967 s'est encore prolongé ces dernières années, conduisant les Françaises à occuper une place de tout premier rang au plan mondial pour l'utilisation des méthodes médicales de contraception (pilule et stérilet). Celles-ci, délivrées sur prescription médicale, représentent plus de 80% de la couverture contraceptive. La pilule est le moyen le plus utilisé (60% des femmes utilisant une contraception), suivie du stérilet (23%), puis du préservatif (10%).

Le Baromètre Santé 2005 de l'INPES confirme ce constat :

Tableau 1 : Principales méthodes contraceptives utilisées en 2005 par tranche d'âge (en %)

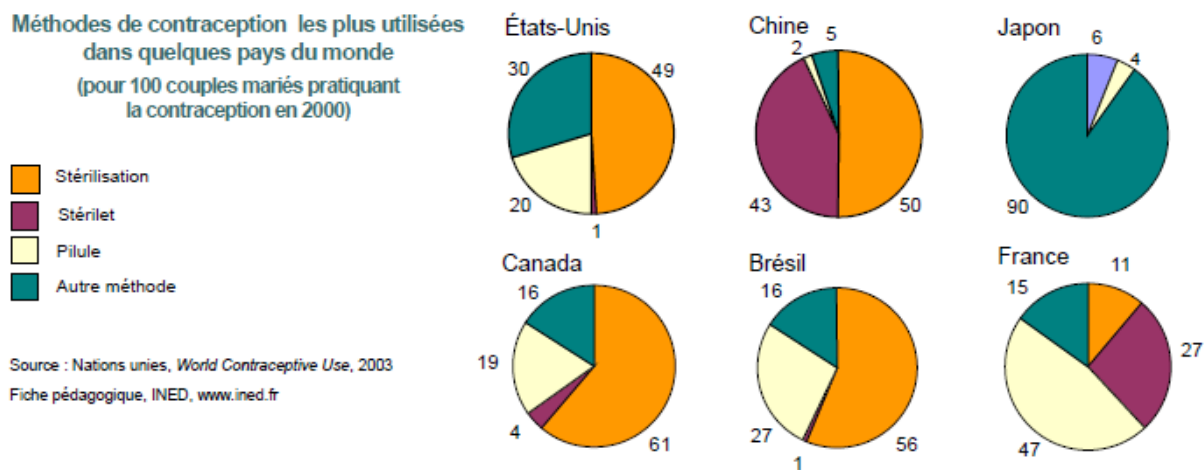
Age	Pilule	Stérilet	Préservatif masculin	Stérilisation tubaire	Implant, patch, anneau	Autres méthodes
15-19 ans	78,10	0,00	20,90	0,00	0,80	0,20
20-24 ans	87,70	1,10	9,60	0,00	1,10	0,50
25-34 ans	67,00	16,90	11,50	0,20	1,80	2,60
35-49 ans	43,30	38,20	10,60	3,90	1,10	2,90
Total	58,70	24,20	11,50	2,00	1,30	1,30

Source : Baromètre Santé 2005 ; Champ : France métropolitaine

¹ Femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non enceintes et, non stériles, ne souhaitant pas avoir d'enfant, déclarant ne pas utiliser ou utiliser de façon non systématique un moyen de contraception (source : INPES, Baromètre santé 2005)

² Enquête COCON, Unité mixte Inserm-Ined, 2000, réalisée sur un échantillon constitué de femmes de 20 à 44 ans susceptibles d'être enceintes. Des chiffres du même ordre sont fournis par le Baromètre santé 2005

Les statistiques recueillies au niveau mondial dans le cadre de l'Organisation des Nations Unies sur la diffusion des méthodes contraceptives montrent bien la spécificité du modèle français, y compris par rapport aux autres pays de niveau comparable de développement. On observe en particulier que la place prédominante occupée en France par la contraception orale n'a pas d'équivalent à l'étranger.



Une autre observation tient à la part très faible de la stérilisation en France où la contraception, à la différence d'autres régions du monde, se fonde essentiellement sur des méthodes médicalisées réversibles.

1.1.2. Une forte intervention médicale

Les méthodes de contraception réversible utilisées en France supposent une forte intervention médicale, dans laquelle les médecins spécialistes (gynécologues médicaux en particulier) tiennent une place prépondérante. Selon les données issues de « l'étude permanente de la prescription médicale » (EPPM) 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 professionnels³. Il semble que le généraliste assure plus souvent le suivi que l'initiation du traitement contraceptif, laquelle est plus fréquemment confiée au gynécologue.

Ce constat n'est pas neutre au regard de la question de l'accès effectif à la contraception. 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 des délais de rendez vous qui s'allongent, parfois jusqu'à deux ou trois mois.

Deux facteurs sont toutefois susceptibles de faire évoluer la situation, en concourant à élargir la base des praticiens prescripteurs de contraception :

- l'institution d'une compétence générale pour les sages-femmes en matière de contraception par la loi du 21 juillet 2009 (loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST)
- la féminisation de la population des médecins généralistes : en effet ceux-ci ont une activité gynécologique notoirement plus importante lorsqu'ils appartiennent au sexe féminin.

³ Panorama du médecin n° 4977 23 mai 2005. A noter qu'il s'agit là d'une répartition moyenne, recouvrant des inégalités sociales marquées selon le milieu d'appartenance de la patiente (*cf. infra*)

1.1.3. Une norme contraceptive de fait

Les travaux de recherche sur le sujet⁴ mettent en évidence l'existence en France d'une norme contraceptive qui pour n'être pas nécessairement explicitée en tant que telle, n'en est pas moins prégnante et préconise :

- le préservatif, seul ou en association avec la pilule, en début de vie sexuelle
- la pilule (sans préservatif), pour les femmes jeunes dès qu'une relation de couple stable s'installe
- le stérilet, pour les femmes déjà mères et qui ne désirent plus d'enfants

Le préservatif pour les premiers rapports sexuels

Utilisé à près de 90% lors du premier rapport sexuel le préservatif est aujourd'hui décrit par les chercheurs comme faisant partie des codes d'entrée dans la sexualité.

Il est aussi utilisé, mais dans une moindre mesure, au début d'une nouvelle relation.

Préservatif, prévention et contraception : l'apport des études

Alors qu'avant les années 1970, plus de 70% des premiers rapports sexuels avaient lieu sans aucune couverture contraceptive, l'usage du préservatif au premier rapport sexuel est aujourd'hui devenu quasi-systématique (à près de 90 % des cas), seul ou en association avec une contraception orale.

Cette diffusion spectaculaire reflète d'abord l'impact des campagnes de prévention de l'infection à VIH, mais le préservatif peut aussi être utilisé dans une optique contraceptive. Selon les chercheurs qui se sont penchés sur le sujet⁵ « tout laisse à penser que les jeunes lors des premiers rapports sexuels se réapproprient la spécificité préventive (VIH et IST) du préservatif, telle qu'elle est promue dans les campagnes de prévention, dans une perspective plus globale de santé sexuelle et reproductive ».

Enfin le préservatif se prête assez bien aux conditions d'exercice de la sexualité en début de vie affective : d'accès facile, il ne nécessite pas de consultation médicale préalable, d'usage ponctuel il ne suppose aucun pari sur l'avenir de la relation, enfin sa double finalité potentielle se révèle un atout pour son utilisation : il peut-être plus facile de proposer un préservatif en invoquant l'argument contraceptif que dans une perspective uniquement préventive.

Source : « Enquête sur la sexualité en France », INSERM- INED- ANRS, 2008

La pilule comme méthode de référence

Passé les premiers rapports sexuels la pilule devient la méthode la plus utilisée. La prédominance de la pilule en France est particulièrement forte. Elle reste avec le préservatif la méthode de loin la plus connue du côté des utilisatrices/utilisateurs et donc la plus spontanément demandée. Du côté des prescripteurs la contraception oestroprogestative est recommandée comme *une des* méthodes de première intention pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES-AFSSAPS et INPES⁶). Dans la pratique, elle est utilisée comme *la* méthode de première intention et, bien qu'elle puisse être administrée sous diverses formes (timbre, anneau vaginal,...), est massivement prescrite sous

⁴ notamment dans le cadre de l'enquête COCON précitée

⁵ Nathalie Beltzer et Nathalie Bajos, « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles » in « Enquête sur la sexualité en France », sous la direction de N Bajos et M Bozon, INSERM- INED- ANRS, La Découverte, 2008

⁶ « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », AFSSAPS, ANAES, INPES, Décembre 2004

forme de pilule, la seule forme sous laquelle elle soit remboursée. De fait, tous les facteurs convergent vers une prédominance de fait de la pilule : demande des femmes, pratiques de prescription des médecins, revendications des associations ou des politiques, qui tendent à se focaliser sur la question du remboursement des « nouvelles » pilules, de troisième ou quatrième génération, sans parler des considérations économiques et commerciales (la pilule, prise sur une base mensuelle générant un chiffre d'affaires régulier supérieur au stérilet, et faisant l'objet d'un marketing important des laboratoires) .

La pilule tient une place écrasante dans la prescription contraceptive des centres de planning familial.

Le stérilet, des potentialités sous-utilisées.

Si les recommandations précitées pour la pratique clinique insistent sur le fait que « *les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares* » et qu'« *il s'agit d'une méthode contraceptive de première intention, considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action* », c'est précisément parce que ces données vont à l'encontre d'idées reçues et de réticences qui sont loin d'avoir disparu, comme la mission a parfois pu le constater dans ses entretiens.

50% des Français interrogés croient qu'on ne peut utiliser de stérilet si l'on n'a pas eu d'enfant⁷ et nombre de médecins demeurent réticents par rapport à la pose d'un dispositif intra-utérin sur une nullipare. Une gynécologue obstétricienne rencontrée dans un grand hôpital parisien raconte le cas de jeunes patientes auxquelles leur médecin de famille horrifié a retiré le stérilet qu'elle leur avait posé suite à des échecs de contraception orale ayant conduit à une IVG.

A noter par ailleurs que le DIU n'a *jamais* été cité par aucun des praticiens rencontrés au cours de la mission comme utilisable dans le cadre d'une contraception d'urgence alors qu'il assure une meilleure efficacité que la contraception d'urgence hormonale contre le risque de grossesse immédiate, en même temps qu'il offre une couverture contraceptive pour une très longue période à venir.

Le stérilet comme contraception d'urgence

Le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet est une contraception d'urgence très efficace, largement méconnue des professionnels et des femmes (enquête BVA mars 2007). Le taux d'échec est infime, avec un délai de pose qui va jusqu'à 5 jours après la date estimée de l'ovulation, alors que la contraception d'urgence hormonale (« pilule du lendemain ») doit être utilisée le plus vite possible après le rapport, dans un délai maximum de 72 heures, avec une efficacité qui diminue rapidement. Il présente toutefois l'inconvénient important de nécessiter le passage par un médecin capable de l'insérer alors que la contraception d'urgence hormonale peut être délivrée en pharmacie sans ordonnance.

Source : CESPARM - les dossiers du Comité- septembre 2007

⁷ INPES : enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans de 2004 personnes interrogées du 27 janvier au 7 février 2007.

Les méthodes nouvelles, une position très marginale

Implant, timbre (ou « patch »), anneau vaginal : ces méthodes ont en commun une longue durée d'action et une efficacité élevée en pratique courante, qui se rapproche de l'efficacité théorique puisqu'elles suppriment un biais important lié à l'observance et aux conditions d'utilisation. De ce fait elles paraissent susceptibles d'apporter une réponse particulièrement adaptées dans certaines situations, notamment pour les plus jeunes femmes, ou pour les femmes qui ont du mal à prendre une contraception orale au quotidien.

Pourtant elles restent très peu utilisées.

Elles sont en effet peu connues des utilisateurs. Selon l'INPES, moins d'un Français sur deux connaît l'existence du patch (48%), de l'implant (44%) ou de l'anneau vaginal (44%), le niveau d'information chez ceux qui les connaissent faisant apparaître des lacunes importantes⁸. Une enquête menée dans les cabinets médicaux en Ile de France fait état d'un taux de notoriété de l'anneau de 20% chez les patientes interrogées, ce taux n'étant pas plus élevé chez les femmes qui ont eu une grossesse accidentelle sous pilule⁹.

Ces méthodes ne sont pas non plus nécessairement bien connues des prescripteurs.

Par ailleurs à l'exception notable de l'implant, elles ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, les laboratoires concernés n'ayant pas déposé de demande de remboursement. Leur coût en pratique courante (de l'ordre de 150 à 200 euros par an pour l'anneau et le patch) constitue un obstacle évident à leur diffusion.

La stérilisation, grande absente du paysage contraceptif français

La stérilisation est au monde le moyen de contraception le plus répandu. Sur la plupart des continents elle est utilisée par près d'un couple sur deux pratiquant la limitation des naissances. Plus de neuf fois sur 10 c'est la femme qui procède à l'intervention. Si les pays anglo-saxons comme le Royaume-Uni ou les Etats-Unis en font largement usage, la méthode est en revanche peu prise en Europe continentale où un couple sur 10 seulement y recourt, et singulièrement en France, où elle représente une pratique très marginale : respectivement 2,3% des femmes et 1,2% des hommes étaient concernés en 2005¹⁰.

Pratiquée sans base légale jusqu'alors, la stérilisation à visée contraceptive est légalement reconnue depuis la loi du 4 juillet 2001 qui reconnaît un droit général personnel à cette intervention pour les personnes majeures et l'entoure d'un certain nombre de garanties, notamment en prévoyant un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale.

⁸ Contraception : que savent les Français ? Dossier de presse INPES, 5 juin 2007

⁹ ALLEZY V. L'anneau vaginal contraceptif, Exemple de diffusion d'un nouveau moyen de contraception, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, 2008

¹⁰ BECK.F (sous la dir de) Baromètre Santé 2005, Ed INPES, novembre 2007

Bien qu'encore très limitée cette pratique a connu une progression régulière au cours des dernières années :

Tableau 2 : Nombre d'actes pratiqués

Année	Nombre d'actes pratiqués	Dont hommes	Dont femmes (en %)
2003	19 500	1 200	18 300 (93,3 %)
2004	20 750	1 250	19 500 (94%)
2005	22 500	1 500	21 000 (93,3%)
2006	24 700	1 600	23 100 (93,5%)

Source : ATIH /Circulaire DGS du 21 janvier 2008

Mais aucun des professionnels rencontrés par la mission au cours de ses nombreux entretiens sur le terrain n'y a fait spontanément référence parmi les méthodes de contraception possibles.

1.2. Des taux d'échec préoccupants

1.2.1. Une efficacité réelle nettement inférieure à l'efficacité théorique

L'analyse des causes d'IVG fait apparaître des taux d'échecs non négligeables de la contraception.

Les données de l'enquête COCON permettent d'éclairer le paradoxe contraceptif français, à savoir la relative stabilité du recours à l'IVG dans un contexte de diffusion massive des méthodes médicalisées de contraception, dont l'efficacité est très élevée, sans comparaison avec celle des méthodes dites naturelles. On a ainsi montré que les échecs de contraception restent fréquents : aujourd'hui encore une grossesse sur trois est qualifiée de « non prévue » (contre près d'une sur deux en 1975), qui donnera lieu, dans 60% des cas, à une IVG¹¹. **Deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de la survenue de ladite grossesse.** Cette couverture contraceptive reposait dans près de la moitié des cas sur une méthode de contraception médicalisée présentant une efficacité théorique très élevée (pilule ou stérilet) ce qui ne manque pas d'interroger.

Tableau 3 : Situation contraceptive lors de la survenance d'une grossesse non prévue

Situation contraceptive	Ensemble des grossesses non prévues	Grossesses non prévues ayant donné lieu à une IVG
Pas de contraception	34,5	28,1
Pilule	20,9	23,1
Stérilet	8,7	7,0
Préservatif	11,8	19,3
Méthode naturelle	21,8	19,1
Autre méthode	2,0	3,4
Total	100 %	100%

Source : Enquête COCON¹²

¹¹ N. Bajos, C. Moreau, H. Léridon, M. Ferrand « pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » Population et Sociétés, n° 407, décembre 2004.

¹² Equipe COCON « contraception : from accessibility to efficiency », Human Reproduction, Vol. 18, n°5, 2003

Ces données traduisent les difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur pratique contraceptive, difficultés qui se traduisent par des écarts fréquents d'observance ainsi que par des arrêts ou changements contraceptifs. L'étude des trajectoires contraceptives des femmes ayant recours à une IVG montre que la moitié d'entre elles avaient changé de contraception dans les 6 mois précédant l'échec¹³.

1.2.2. Des problèmes d'observance

L'efficacité contraceptive dépend de l'observance des utilisatrices laquelle est elle-même étroitement liée à leur niveau d'adhésion à la méthode et à l'adaptation de celle-ci à leurs besoins et à leur mode de vie.

Les problèmes d'observance expliquent pour une large part la différence entre l'efficacité optimale (obtenue dans les essais) de la contraception et son efficacité constatée en utilisation pratique, différence d'autant plus significative que la méthode nécessite des conditions d'observance rigoureuses.

Tableau 4 : Efficacité pratique de différentes méthodes de contraception selon l'OMS

Niveau d'efficacité	Méthode	% grossesses en pratique courante sur 12 mois	% grossesses en utilisation optimale sur 12 mois
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
Toujours très efficace	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Toujours très efficace	Progestatifs injectables	0,3	0,3
Toujours très efficace	DIU (stérilet)	0,8	0,6
Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant	Pilule oestroprogestative ¹⁴	6 à 8	0,1
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif masculin	14	3
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif féminin	21	5
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Retrait	19	4
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Méthodes naturelles	20	1 à 9

Source : OMS

On voit que la pilule, qui est classée parmi les méthodes les plus efficaces en utilisation optimale, ne l'est plus en pratique courante. Cet écart particulièrement important entre la théorie et la pratique ne semble guère pris en compte puisque la pilule demeure le moyen de contraception le plus prescrit en France.

¹³ Données fournies par l'enquête COCON

¹⁴ Les pilules progestatives pures sont considérées en dehors de la période d'allaitement comme « un peu » moins efficaces que les oestroprogestatives. (OMS)

Les travaux de recherche sociologique tendent à démontrer que « *la logique médicale de recherche de l'efficacité maximale qui conduit souvent les médecins à prescrire la pilule (...) se heurte à des logiques psychologiques et sociales que les médecins, n'y étant pas forcément sensibles, ne sont pas toujours aptes à prendre en compte.* »¹⁵

Du côté des médecins¹⁶ certains soulignent que « *les chiffres impressionnants de l'échec de cette méthode, pourtant théoriquement infaillible, paraissent un argument de poids pour inviter à repenser son mode de prescription, en lui attribuant notamment une dimension plus humaine et personnalisée* »

Au total, comme l'indique la Direction générale de la santé dans la « stratégie d'action en matière de contraception » adoptée en janvier 2007, c'est moins à un problème d'accès à la contraception que sont confrontées les femmes qu'à une **inadéquation** entre les méthodes contraceptives qui leur sont prescrites et leurs conditions de vie au quotidien, ainsi qu'à une insuffisance d'explication sur les modalités de celles-ci.

1.2.3. Une certaine inadéquation des méthodes et pratiques

Mise en évidence par les chercheurs, fortement ressentie par les praticiens confrontés aux demandes d'IVG, l'inadéquation des méthodes et des pratiques de contraception fait l'objet d'une prise de conscience progressive parmi les acteurs et les responsables de la santé publique. Plusieurs facteurs concourent à cette inadéquation :

- 1.2.3.1. Le décalage entre une norme contraceptive rigide et des attentes et modes de vie diversifiés

Des attentes et des besoins diversifiés

La vie sexuelle des femmes et des couples s'est allongée. Elle s'est aussi diversifiée et cette diversification contraste avec la rigidité d'une norme contraceptive fondée sur la prédominance de la pilule.

Les enquêtes menées sur le sujet¹⁷ montrent que les parcours affectifs et sexuels tant des femmes que des hommes se sont diversifiés et complexifiés au cours des dernières décennies : séparations, retrouvailles, ruptures affectives ou conjugales,... La majorité des femmes et des hommes ont connu ou connaîtront plusieurs partenaires sexuels au cours de leur vie : seulement 34 % des femmes et 16% des hommes déclarent n'avoir eu qu'un seul partenaire et un sur cinq environ des hommes comme des femmes déclarent avoir connu au moins une rupture amoureuse ou séparation dans les cinq dernières années.

Cette évolution des comportements doit être prise en compte dans la gestion des enjeux contraceptifs. Il n'est pas sûr que la diversification des attentes et des modes de vie s'accommode d'une norme contraceptive relativement uniforme qui, fondée sur la prise quotidienne d'une contraception orale, reste inspirée par le schéma d'une sexualité prévisible et régulière dans le cadre d'une relation de couple stable.

La plupart des professionnels rencontrés par la mission dans les centres d'orthogénie ou de planification ont notamment souligné les énormes difficultés qu'éprouvent les jeunes filles à gérer une contraception orale lorsque leur sexualité n'est pas reconnue par leur milieu familial et social – voire carrément interdite. L'énoncé des stratagèmes auxquels elles doivent parfois recourir pour

¹⁵ N. Bajos, M Ferrand et l'équipe GINE, « De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues », INSERM,

¹⁶ J-Cl. Pons, F. Venditelli et P Lachcar, « L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention », Masson, 2004.

¹⁷ « Enquête sur la sexualité en France », sous la direction de N Bajos et M Bozon, INSERM- INED- ANRS, La Découverte, 2008.

cachez les plaquettes de pilule en dehors d'un domicile où elles n'ont pas de domaine réservé est éloquent sur les risques d'« accident ».

La pilule : une méthode parfois vécue comme contraignante.

« La contraception orale est aujourd'hui victime de son succès, de sa vulgarisation, de sa banalisation dans l'esprit des femmes et sans doute des médecins »¹⁸.

Même lorsqu'elle accompagne une sexualité régulière et reconnue, la prise quotidienne de la pilule tend à être perçue comme une contrainte par une génération de femmes qui l'ont toujours connue, et une lassitude tend également à s'installer avec le temps. Un rapide calcul montre que la prise de la pilule par une femme pendant la durée de sa vie féconde, de 17 ans, âge moyen du premier rapport sexuel à 50 ans environ, représente la gestion au quotidien de plus de 8 000 comprimés. Ceux-ci doivent être absorbés trois semaines sur quatre sans aucun oubli, sans épisode de diarrhée ou de vomissement, sans décalage horaire et en respectant rigoureusement l'intervalle de temps entre 2 plaquettes.¹⁹ On comprend, au regard de ces faits très concrets, la difficulté d'effectuer un tel parcours « sans faute »²⁰, sur une période de plusieurs décennies. La contrainte est évidemment d'autant plus mal perçue et d'autant plus difficile à assumer qu'elle n'est pas en harmonie avec le mode de vie : lorsque les relations sexuelles sont épisodiques, irrégulières, ou difficiles à prévoir mais aussi pour les femmes dont l'activité se traduit par des horaires décalés ou des rythmes irréguliers de sommeil, susceptibles de perturber l'observance.

Par ailleurs, la montée des préoccupations écologiques qui développe une aspiration à des méthodes « naturelles », la crainte des effets à long terme d'une imprégnation hormonale, que la mise en cause largement médiatisée des traitements de la ménopause a contribué par un effet d'amalgame à renforcer, alimentent un climat de suspicion voire de « ras-le-bol » pour reprendre les titres de certains magazines féminins qui préconisent « pour réduire sa consommation d'hormones » de « demander les pilules de troisième génération ou recourir au stérilet »²¹.

Comme le souligne le professeur Nisand²² « *les jeunes filles surestiment largement certains risques, en particulier les risques de stérilité ultérieure ou de cancer et sont peu nombreuses à connaître les effets positifs sur la santé de la contraception orale. Il y a un rejet de la pilule sur la base de connaissances imprécises voire erronées qui accroît le risque de grossesse non désirée, en particulier par l'utilisation de moyens peu efficaces de contraception* »

Des situations de fragilité :

Alors que les politiques publiques cherchent traditionnellement à cibler des personnes ou des groupes considérés comme « à risque » il apparaît plus pertinent en matière de santé sexuelle et reproductive de s'appuyer sur la notion de *situations* à risque. Ceci ressort tant des entretiens menés auprès des acteurs de terrain que des travaux de recherche consultés qui soulignent l'importance des contextes sociaux et relationnels²³.

Parmi ces situations à risque on peut citer : la sexualité adolescente non reconnue ou clandestine (notamment lorsque la religion ou la culture familiale interdit les relations amoureuses

¹⁸ Pons, Venditelli, Lachcar, *op cit*

¹⁹ J. Lamarche et N. Matet « l'accès en urgence : le dispositif actuel », le Concours médical tome 128 – 25/26 du 05-09-2006.

²⁰ Expression utilisée par Nathalie Bajos lors de son audition le 18 janvier 2005 par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

²¹ Cf. par exemple « contraception pourquoi tant de ratés » in Version femina 29 mars 2009

²² « Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures », rapport présenté par Israël NISAND et Laurent TOULEMON au Haut Conseil de la Population et de la Famille, décembre 2006

²³ Cf. notamment N. Beltzer et N. Bajos in « Enquête sur la sexualité en France », 2008, *op cit*

hors mariage), la sexualité de la femme plus âgée qui ne vit pas en couple, les périodes d'incertitude ou de transition affective (rupture, retrouvailles, phases de « célibat », nouvelle relation), les périodes post-partum ou post-IVG, les situations de précarité matérielle (absence de domicile fixe, par exemple) ou morale (dépendance d'une addiction,..), l'existence de rapports de pouvoir inégaux au sein du couple, a fortiori lorsque celles-ci se traduisent par des violences. Les facteurs de fragilité sont très divers et ne se situent pas toujours là où on les attend. Ainsi, la stabilisation d'une relation de couple peut être qualifiée de période « à risque » du point de vue des grossesses non planifiées, même si cela apparaît à première vue paradoxal.

Un exemple paradoxal de situation à risque : la stabilisation de la relation de couple

La période de stabilisation de la relation amoureuse apparaît paradoxalement comme une période de risque potentiel au regard de la contraception, dans la mesure où elle tend à diminuer le réflexe de protection vis-à-vis du partenaire et peut entraîner une utilisation moins systématique du préservatif (qui accompagne la plupart du temps les premiers rapports), jusqu'à la décision éventuelle du couple de l'arrêter.

La mise en œuvre de cette décision constitue en elle-même une situation de risque dans la mesure où le passage de relais vers un autre mode de contraception ne s'effectue pas toujours bien. Même si les travaux d'enquête font apparaître que l'abandon du préservatif s'accompagne dans près de 9 cas sur 10 du recours à une autre méthode de contraception, les 10% restants pourraient contribuer à expliquer la hausse constatée dans la période récente des taux d'IVG chez les moins de 25 ans.

Les analyses des chercheurs sur ce point corroborent les témoignages recueillis auprès des professionnels de terrain dont certains s'inquiètent d'une communication trop cloisonnée en matière de santé sexuelle et reproductive : ainsi plusieurs d'entre eux ont fait part à la mission des conséquences, pour certains de leurs patients, d'une campagne qui, visant à inciter les partenaires à effectuer un test de dépistage avant d'arrêter le préservatif, « oublie » de mentionner la nécessité de prévoir concomitamment une autre méthode de contraception²⁴. Ce problème de la transition du préservatif à la contraception orale est particulièrement aigu pour certaines adolescentes qui ont un dialogue difficile voire impossible avec leur famille sur les questions de sexualité.

1.2.3.2. Une participation et une information insuffisante des utilisatrices /teurs

Quant au choix de la méthode :

Les analyses réalisées sur ce sujet soulignent l'importance du contexte de prescription de la contraception par rapport à la satisfaction qui en résulte pour l'utilisatrice. Ainsi plus les femmes sont impliquées dans le choix de leur méthode de contraception, plus elles en sont satisfaites, et moins elles connaissent d'échecs²⁵. Tous les prescripteurs ne sont pas conscients de la véritable dichotomie qui existe entre les connaissances scientifiques, d'une part, et le vécu subjectif de la contraception, d'autre part. Dans certains cas en effet, une méthode d'efficacité théorique plus faible mais bien comprise et acceptée par l'utilisatrice ou le couple peut se révéler plus efficace en pratique. Comme l'indiquait un médecin à la mission « *la meilleure contraception pour une femme c'est celle qu'elle a dans la tête... encore faut-il prendre le temps de savoir ce qu'elle a dans la tête* ». Dans cette perspective l'OMS a développé une méthode de « *counseling* » dans le domaine de la contraception, le modèle BERCER, fondé sur un partenariat entre le soignant d'une part, la femme ou le couple d'autre part. L'idée force est que les femmes (ou les couples) sont les experts

²⁴ Il s'agit de la campagne lancée par l'INPES à l'automne 2008 « avant d'arrêter le préservatif, faites le test » http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0806_sida/affiche_jeunes.pdf; <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1125.pdf>

²⁵ BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H., BOUYER J., et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception. Population 2004, 59.

de leur propre vie et donc à même de faire les meilleurs choix. Le rôle du médecin consiste seulement à « éclairer » ce choix en leur présentant de façon compréhensible et objective les différentes options possibles. Les recommandations de la HAS sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme se réfèrent au modèle BERCER dont elles soulignent l'intérêt pour la consultation à visée contraceptive (ce modèle est présenté plus en détail en annexe).

Quant au bon usage de la méthode et à la conduite à tenir en cas d'« accident »

L'examen, à partir des demandes d'IVG, des causes d'échec contraceptif fait apparaître des mauvaises utilisations, des arrêts pour des raisons diverses (effets indésirables, interruption de la relation, coût excessif ou rupture de stock), et des oublis. **L'oubli de pilule constitue un phénomène fréquent** : selon une étude action lancée sur 3 départements²⁶, 92% des utilisatrices de contraception orale avaient oublié de prendre leur pilule entre 1 et 5 fois dans les 6 mois précédents. D'autres études confirment l'importance du phénomène.²⁷

Pourtant l'attitude des patientes après l'oubli de pilule témoigne d'**un réel défaut d'information quant à la conduite à tenir dans ce genre de circonstances**²⁸. Plus de la moitié d'entre elles auraient en ce cas une attitude les exposant à un risque de grossesse²⁹. Dans ce contexte, il est évident que l'efficacité de la contraception passe par une meilleure information et formation des femmes tant sur les mécanismes de fonctionnement de leur contraception que sur la conduite à tenir en cas d'accident. Le ou les prescripteurs (médecin généralistes ou gynécologues, personnels des centres de planification familiale, pharmacien, notamment pour les méthodes ne nécessitant pas de prescription médicale comme le préservatif) ont un rôle essentiel à jouer de ce point de vue. Et ce d'autant plus qu'en complément de la formation de base qu'ils sont appelés à donner s'ajoute un rôle d'explication et de rectification des informations trop souvent incomplètes ou erronées qui circulent dans les divers médias ; il n'est que de voir l'importance que prennent ces questions dans les forums de discussion sur Internet.

Une information claire devrait être donnée non seulement à chaque première prescription de contraception mais à chaque renouvellement. Pourtant trop peu de prescripteurs ont ou prennent le temps de la délivrer et surtout de vérifier qu'elle a été bien comprise et assimilée. Quant à l'idée d'une prescription systématique de contraception d'urgence lors de la prescription d'une contraception orale, suggérée par certains³⁰ pour diminuer les risques de grossesse sous pilule, elle est encore très controversée, comme on le verra par la suite.

1.2.3.3. Des conditions de prescription non optimales

Ces constats interrogent sur les conditions de prescription qu'il apparaît nécessaire d'améliorer à divers égards :

- la formation des prescripteurs :

Dans un contexte contraceptif marqué par la prédominance des méthodes médicales, la contraception reste massivement prescrite par les médecins, même si la base professionnelle des prescripteurs devrait s'élargir avec l'entrée en vigueur des mesures récemment votées pour accroître la participation des sages-femmes, des infirmières et des pharmaciens.

²⁶ « prévention des grossesses non désirées dans 3 départements, Rhône, Seine St denis, Somme », FNORS, juin 2004

²⁷ Cf. notamment E. Aubeny, M.Buhler, J.C. Colau *et al* "The Coraliance study : non-compliant behaviour" Eur J Contracept Reprod Health Care 2004, 9, ainsi que F Collier « des échecs de la contraception à l'information des femmes » in Pons, Venditelli, Lachcar, *op cit*

²⁸ F Collier « des échecs de la contraception à l'information des femmes » in Pons, Venditelli, Lachcar, *op cit*

²⁹ S. Champollion, R. Ourabah, « que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? » Exercer, 2008, 80

³⁰ Cf note 29

Parmi les médecins, il faut souligner que la contraception n'est pas l'apanage du gynécologue. Les médecins généralistes jouent un rôle important dans la santé des femmes et particulièrement dans leur contraception : ainsi le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est estimé à 3,6 par femme et par an³¹. Près de 3 800 000 actes gynécologiques par an sont dispensés par des médecins généralistes, dont 35% concernent la contraception. **La gynécologie obstétrique fait donc partie de la pratique courante des généralistes, surtout des femmes.** Une interrogation menée auprès de 242 médecins généralistes du Val d'Oise³² fait état d'une fréquence hebdomadaire pour 40% d'entre eux et quotidienne pour 18%. Ces pourcentages atteignent 49% et 32 % pour les généralistes femmes.

Pourtant le temps consacré aux questions de planification familiale est faible au cours des études de médecine générale.

Variable selon les universités, la place qui lui est accordée est quasi inexistante en deuxième cycle, et se limite généralement à quelques heures de formation théorique sur la contraception délivrées lors du troisième cycle de médecine générale.

Pour leur formation pratique, les étudiants en médecine n'effectuent, pendant leur externat, qu'un stage de trois mois en service de gynécologie obstétrique où ils font peu de contraception qui est plutôt réservée à la gynécologie de ville.

Ensuite, pendant leur internat de médecine générale, les internes doivent choisir entre un stage en service de pédiatrie ou un stage en service de gynécologie obstétrique. Devant le peu de postes proposés en service de gynécologie obstétrique et l'obligation de se former en pédiatrie, une très grande partie des internes n'effectuent pas leur stage en gynécologie obstétrique.

L'étroitesse du socle de formation initiale sur ces questions, l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation se traduisent par la persistance chez certains médecins d'idées reçues que la HAS s'efforce de combattre à travers ses recommandations : comme on l'a vu, nombre de médecins excluent purement et simplement la pose d'un DIU chez une nullipare; par ailleurs on continue de voir des IVG suite à un arrêt de pilule recommandé par le médecin pour la « mise au repos » des ovaires.

– l'apprentissage d'un nouveau positionnement dans la relation médecin-patient

Indépendamment de la question des compétences techniques nécessaires, dont l'acquisition et la mise à jour nécessitent un effort important au niveau de la formation initiale et continue (cf. ci-dessous), la formation et la culture médicales ne prédisposent pas à ce type de situation où comme le souligne la HAS le soignant se trouve placé en marge de sa position traditionnelle. Il/elle est en effet confronté à une patiente en bonne santé, vis-à-vis de laquelle il ne se trouve pas dans une fonction de guérison ni même de prévention (au sens habituellement donné à ce terme, qui suppose d'éviter un état pathologique). De plus il est conduit, pour répondre à sa demande, à entrer dans un champ qui relève de la plus grande intimité.

Dans ces conditions il n'est guère étonnant d'observer que la logique de prescription est le plus souvent médicale, le praticien retenant la méthode qu'il juge techniquement la plus

³¹ Source : Observatoire Thalès (recueil des informations auprès de 620 médecins généralistes libéraux informatisés, pour étudier la prise en charge gynécologique de la femme par le médecin généraliste en évaluant le nombre d'actes gynécologiques qu'ils ont effectués) Cité dans « Gynécologie et Santé des femmes : prise en charge gynécologique », Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#haut>

³² BEDEL CHAUVAUD Julie, Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, 2004

efficace, sans nécessairement prendre en compte la trajectoire, la situation et les attentes plus ou moins claires de la femme qu'il a en face de lui³³. En l'absence de contre-indication médicale, c'est donc la pilule qui sera choisie, ce qui explique sa prédominance dans le modèle contraceptif français, et sans doute aussi son taux d'échec.

La relation soignant-consultante en contraception vue par la HAS

« Par ailleurs, le soignant n'est pas demandé dans sa fonction thérapeutique habituelle, même si celle-ci reste préventive d'états de santé potentiellement pathologiques et de la transmission d'IST. Il se trouve plutôt en marge de sa position traditionnelle :

- il œuvre non plus pour la vie et la santé mais pour une méthode qui limite la vie ;
- il entre dans le champ intime de la consultante, l'objectif n'étant pas la préservation de la santé mais de contribuer au développement d'une sexualité épanouie, parce qu'à moindre risque de grossesse. La verbalisation peut en être difficile, le genre du soignant pouvant également entrer en compte dans la relation ;

il s'adresse à une femme en bonne santé qui ne vient pas se plaindre de symptômes (sauf CI, etc.). La consultante vient avec une opinion *a priori* de la ou des méthodes qu'elle souhaite (en fonction des normes sociales et puisque certaines d'entre elles ne peuvent être obtenues que sur prescription médicale. Le fait est que la logique de prescription est le plus souvent médicale, le soignant prescrivant la méthode qu'il juge la plus efficace, sans forcément tenir compte de la trajectoire et de la situation particulière de la femme. Au mieux, le choix de la prescription se fait sous tutelle médicale, le médecin se voyant plutôt conférer un rôle de conseiller et d'éducateur qu'un rôle de décideur, et légitimant la méthode choisie. Un dernier paradoxe de cette relation réside dans le fait que la démarche relationnelle médicale peut interférer avec la logique relationnelle de couple. ».

Source : ANAES-AFSSAPS-INPES stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, argumentaire, déc2004

– l'organisation et le traitement de la consultation contraceptive

Si la prévention des grossesses non désirées passe par la mise en place d'une contraception, on voit que la portée réelle de cette prévention dépend pour une large part de l'attention portée aux besoins des utilisatrices/eurs, de la qualité du contact noué, du temps passé à déterminer les éléments d'un choix éclairé, du soin pris pour expliquer le mode de fonctionnement et d'utilisation, à informer sur les accidents de parcours éventuels et les mesures à prendre en ce cas.

D'où l'importance extrême qui s'attache à la consultation à visée contraceptive, soulignée dans de nombreux travaux sur le sujet.

Recommandations pour la consultation contraceptive

« La littérature souligne la nécessité pour le praticien :

- d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux, en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques
- d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception
- d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelle.

Une consultation bâtie sur le modèle BERGER de l'OMS pourrait être adaptée. ».

Source : ANAES-AFSSAPS-INPES stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, recommandations pour la pratique clinique, déc2004

³³ Bajos N, Ferrand M, Hassoun D. Au risque de l'échec : la contraception au quotidien. In: Bajos N, Ferrand M, Equipe GINE, éd. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Paris: Inserm; 2002. p. 33-48.

La HAS souligne dans ses recommandations que la discussion d'une méthode de contraception justifie une consultation entièrement dédiée à cette question. Il n'est que de voir l'énoncé du contenu d'une consultation optimale pour comprendre l'importance des facteurs temps et disponibilité du prescripteur. Selon l'estimation empirique de médecins rencontrés par la mission, une consultation répondant à ces objectifs représente une durée d'une demi-heure au minimum qu'il n'est pas facile de ménager dans la pratique courante d'un généraliste. Par ailleurs le système de tarification forfaitaire à l'acte se prête mal à ce type de consultation longue à fort contenu relationnel, dont la spécificité mériterait d'être reconnue et encouragée (comme l'est par exemple la consultation pour un enfant à bas âge qui fait l'objet d'une majoration).

Dans le dispositif actuellement en vigueur, la prescription pour la plupart des méthodes relève nécessairement d'un personnel médical (médecin généraliste ou gynécologue, sage-femme). Mais la fonction de conseil et d'accompagnement peut être assurée par d'autres professionnels ou personnes qualifiées et formées à cette fin. Diverses études menées sur la base d'expériences étrangères mettent en évidence l'apport positif d'« éducateurs pour la santé » intervenant en amont de la consultation médicale : les patients sont en mesure de poser des questions plus ciblées au médecin et de jouer un rôle actif dans le processus de décision³⁴. Ces constatations, qui portent sur la pratique médicale de façon générale, semblent particulièrement pertinentes pour la pratique de la prescription contraceptive. Le fonctionnement des centres de planification familiale se prête bien à ce type de schéma où ce rôle de « counseling » est assuré par les conseillères familiales et conjugales qui reçoivent les jeunes femmes en demande de contraception pour une consultation préalable à toute prescription d'une méthode médicale. Ce rôle essentiel pour la prévention des grossesses non désirées est beaucoup trop ignoré ; il n'est pas suffisamment valorisé ni exploité et il conviendrait de réfléchir aux moyens de le développer pour l'articuler avec l'activité de prescription des médecins libéraux en cabinet ou dans les maisons de santé.

1.2.4. Une prise de conscience récente des acteurs et responsables de la santé publique

1.2.4.1. Des recommandations pour la pratique clinique en matière de contraception

A la demande de la Direction générale de la Santé, des recommandations de pratique clinique en matière de contraception ont été mises au point par la Haute Autorité de santé (HAS) conjointement avec l'AFSSAPS et l'INPES. Intitulé « *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* » ce document a été rendu public en décembre 2004³⁵ et a fait l'objet d'une importante diffusion.

On trouve dans ces recommandations :

- 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.

Les recommandations reposent sur l'idée centrale que, pour être bien acceptée et bien suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa vie affective et sexuelle et de sa réalité quotidienne.

³⁴ C Fournier, « aider les femmes à choisir leur méthode », Le concours médical tome 128, 25/26 du 05/09/2006

³⁵ Il est disponible sur le site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme

Sur cette base un document synthétique et opérationnel a été publié par l'INPES « *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?* » et adressé à tous les professionnels de santé concernés : médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes³⁶.

1.2.4.2. Une stratégie d'actions en matière de contraception

Se fondant sur un état des lieux et prenant appui sur ces recommandations la Direction générale de la santé a élaboré une stratégie d'actions en matière de contraception, qui repose sur quatre axes essentiels :

1. améliorer l'information du grand public et de publics cibles - adolescents, notamment sortis du milieu scolaire, population des DOM -, ainsi que professionnels de santé. La campagne « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » s'inscrit dans ce cadre. En outre, des messages d'information sur les méthodes contraceptives ont été intégrés dans le nouveau carnet de santé de la maternité ainsi que dans le dossier guide remis à chaque femme demandant une IVG. En effet ces deux situations constituent des périodes de vulnérabilité pour les femmes.
2. agir sur la pratique des professionnels de santé, tout particulièrement les médecins, généralistes et gynécologues, les sages femmes, les pédiatres, mais aussi les pharmaciens et les infirmières scolaires. Des outils sont mis à leur disposition pour les aider à accompagner les femmes et les couples dans leur demande de contraception. Outre les recommandations de pratique clinique et le document de l'INPES précités, une rubrique spécifique a été créée à leur intention sur le site Internet de la campagne.
3. améliorer l'accès à la contraception, notamment pour les mineur(e)s dans les centres de planification ou d'éducation familiale. Dans cette perspective les professionnels de santé sont invités à prendre en compte la situation socio-économique de leurs patientes lors de la prescription d'une méthode contraceptive.
4. améliorer les connaissances en matière d'utilisation des moyens contraceptifs. Une enquête a été menée par la DREES qui devrait apporter des informations sur la situation contraceptive de femmes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse.

Une étude a par ailleurs été réalisée dans 4 pays européens afin comparer les politiques menées en matière de contraception: Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et Espagne dont les résultats devraient être prochainement disponibles.

1.2.4.3. Des actions pour la sensibilisation et la formation des professionnels de santé

Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS) a mis en place depuis 2006 une journée de formation indemnisée destinée aux médecins généralistes enseignants, ayant pour but « d'améliorer l'information, la prescription et le suivi de la contraception »³⁷. L'évaluation systématique et rigoureuse dont cette formation fait l'objet a permis de mettre en évidence un niveau élevé de satisfaction des participants ainsi qu'un développement significatif de leurs connaissances au sortir de la formation. Le nombre limité des bénéficiaires directs (168 au total en 2007) doit être apprécié en tenant compte des caractéristiques de la cible retenue : les généralistes enseignants, qui, en raison de leur position particulière, sont en mesure de relayer la formation reçue et d'en démultiplier les effets. L'impact indirect de la formation dispensée en 2007 a ainsi été évalué à près de 1 600 personnes (internes formés par les participants, autres généralistes enseignants).

³⁶ Publié dans la collection « Repères pour votre pratique », ce document est disponible sur le site de l'INPES

³⁷ RENARD V., AUBIN I., BACLE F., BOTTET A., ATTALI C. « Un partenariat original pour former les médecins généralistes » Le Concours médical, 128, 25/26, p.1057-58, Cf aussi Le Quotidien du médecin, 25/09/2008, « la prescription des méthodes contraceptives, ça s'enseigne »,

L'association française pour la contraception (AFC) a de son côté mis en place un module de formation « accompagner les femmes dans leur contraception » mais peine à recruter des participants, même si ceux-ci se montrent a posteriori très satisfaits.

1.3. L'accès à la contraception rencontre encore une série d'obstacles

1.3.1. Les obstacles financiers sont les plus souvent cités :

Lorsqu'on parle de contraception, le coût des produits contraceptifs est souvent évoqué comme un frein à leur utilisation, qui pourrait donc contribuer à alimenter la demande d'IVG.

La nécessité d'« assurer un meilleur remboursement de certains contraceptifs » figure parmi les recommandations adoptées par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, dans son rapport d'octobre 2008 sur l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception³⁸. A la suite de ce rapport un amendement d'origine parlementaire a été apporté à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui prévoit dans son article 38 bis que « *Le Gouvernement évaluera l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et étudiera les moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs dans l'objectif de mieux adapter les modes de contraception utilisés aux besoins de chacun. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement* ».

Les obstacles financiers susceptibles de limiter l'accès à la contraception méritent en effet un examen approfondi et objectif.

Il est difficile de soutenir lorsqu'on examine le très haut niveau de couverture contraceptive en France qu'il existe un problème global d'accessibilité financière.

Néanmoins les facteurs financiers interviennent à divers égards. La question la plus couramment soulevée est celle du non remboursement de certains contraceptifs par l'Assurance maladie, et singulièrement celle de pilules dites de « troisième génération ». Le remboursement des nouvelles formes de contraception de longue durée comme le timbre contraceptif (ci-dessous désigné sous son appellation courante, le « patch »), ou l'anneau vaginal, ou encore d'une forme traditionnelle comme le préservatif est en revanche moins souvent évoqué malgré leur intérêt au regard de l'élargissement de l'offre contraceptive.

Au total le problème du financement mérite d'être posé, notamment sous l'angle :

- de la non neutralité du régime de prise en charge financière, qui contribue à orienter la demande et/ou la prescription contraceptive vers certains types de produits plutôt que d'autres

Dans l'idéal le choix du mode de contraception devrait se faire en fonction des besoins de la personne/ du couple, entendus au sens large : caractéristiques physiques et état de santé, afin de garantir le moins de risque et la meilleure tolérance possible, mais aussi situation personnelle, style de vie, souhaits, afin de garantir la meilleure observance et partant la meilleure efficacité possible.

Dans la réalité si les critères médicaux sont bien pris en compte, les critères financiers tendent à prévaloir dans le choix de la contraception sur les autres critères d'adaptation, de confort et d'observance.

³⁸ « Suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception », Rapport d'information déposé par Mme Bérengère Poletti, députée, au nom de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, octobre 2008.

Il faut signaler dans ce contexte l'intérêt d'une initiative telle que celle de La Mutuelle des Etudiants (LMDE) qui propose en couverture complémentaire un forfait contraception qui laisse le libre choix de la méthode de contraception. Ce forfait couvre les dépenses jusqu'à un montant annuel de 55 euros indépendamment de la contraception choisie, qu'elle soit ou non remboursée par la sécurité sociale : sont donc couverts y compris les pilules nouvelles générations, anneau et patch contraceptifs.

- des circuits de remboursement qui ne permettent pas le respect de la confidentialité pour les utilisatrices qui sont ayant droit d'un assuré social par rapport à la personne dont elles dépendent : en clair des jeunes filles par rapport aux parents ou des femmes par rapport à leur conjoint/partenaire.

Selon l'article 24 de la loi du 4 juillet 2001 « *le consentement des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptif aux personnes mineures* ».

Une telle disposition peut être mise en échec si la prise en charge financière de la prescription et la délivrance des contraceptifs n'est pas assurée indépendamment des parents.

Dans certains contextes familiaux la crainte de voir figurer la trace d'une consultation et d'une prescription sur le relevé adressé par la caisse de sécurité sociale et/ou la mutuelle peut constituer un véritable obstacle qui sera examiné ci-dessous, au titre des obstacles matériels.

- enfin le problème du coût de la consultation contraceptive, souvent oublié derrière celui des produits contraceptifs eux-mêmes, mérite également d'être évoqué, d'autant plus que la majorité des prescriptions contraceptives sont actuellement assurées par des spécialistes (*cf. supra*).

1.3.1.1. Le remboursement des « nouvelles pilules », un dossier qui évolue

La question du remboursement des « nouvelles pilules » est posée depuis plusieurs années. Selon l'enquête COCON 39% des femmes sous pilule en 2000 soit plus d'une sur 3 avait recours à une spécialité de troisième génération non remboursée par la Sécurité sociale.³⁹

En 2006, il y a eu 2 555 032 prescriptions de contraceptifs oraux de 3ème génération, soit 27,5% des prescriptions totales de contraceptifs. A noter toutefois que leur part dans les prescriptions apparaît en baisse, peut-être en raison de la publication de données récentes sur l'aggravation possible de certains risques (*cf. infra*).

Tableau 5 : Prescriptions des pilules de troisième génération

	2002	2006
Nombre de prescriptions	2 822 310	2 555 032
% des prescriptions de contraceptifs oraux	30,4%	27,5%

Source : *Observatoire Thalès. Etude de la prévalence des moyens de contraception en médecine générale et en gynécologie libérale.*

Les contraceptifs oraux de 3ème génération sont prescrits nettement plus fréquemment par les médecins gynécologues que par les généralistes : en 2006, ils ont représenté 35,3% des prescriptions d'oestrogostatifs par des gynécologues libéraux contre 22,2% des prescriptions par des médecins généralistes. L'exploitation des données de l'enquête COCON confirme ce

³⁹ BAJOS N, OUSTRY P, LERIDON, BOUYER J et a les inégalités sociales d'accès à la contraception. *Population* 2004, 59, 3-4, p.479-502

phénomène du côté des utilisatrices : la probabilité pour une femme sous pilule d'utiliser un produit de 3^{ème} génération est deux fois plus élevée lorsqu'elle est suivie par un gynécologue (46%) que lorsque son suivi gynécologique est assuré par un généraliste (21%).

Tableau 6 : Répartition des utilisatrices de la pilule par type de pilule utilisée selon le mode de suivi gynécologique (en %)

Suivi gynécologique dans les 12 derniers mois	Pilule de 1ère ou 2ème génération	Pilule de 3ème génération
Médecin généraliste	79%	21%
Gynécologue	54%	46%
Ensemble des femmes prenant la pilule	61%	39%

Source : N Bajos et al « les inégalités sociales d'accès à la contraception en France » (op cit)

Dans un contexte où le mode de suivi gynécologique des femmes est largement corrélé avec leur milieu social d'appartenance, l'ensemble des facteurs convergent vers une différenciation sociale marquée dans l'accès aux pilules dites nouvelles : qu'il s'agisse des attitudes de prescription des professionnels ou du plus grand niveau d'exigence des patientes les mieux dotées socialement.

Ainsi 56 % des femmes ayant un diplôme supérieur qui prennent la pilule déclarent utiliser une pilule de troisième génération, contre seulement 22 % des femmes n'ayant aucun diplôme ou seulement un certificat d'études primaires.

Au total les travaux menés sur le sujet définissent le profil type de l'utilisatrice d'une pilule de troisième génération comme celui d'une femme diplômée, cadre, bénéficiant d'une mutuelle et dont le suivi contraceptif est assuré par un médecin gynécologue⁴⁰.

Il y a donc bien des inégalités sociales marquées dans l'accès aux nouveaux contraceptifs oraux. On peut d'ailleurs penser que ces inégalités concourent à leur tour à renforcer le prestige des produits concernés, indépendamment de leurs qualités intrinsèques.

Car il n'est pas prouvé que ces inégalités sociales aboutissent à de réelles inégalités de santé. Les travaux scientifiques menés sur les nouveaux produits n'ont pas à ce stade démontré la supériorité du service médical rendu (cf infra). Par ailleurs l'interrogation des utilisatrices de pilule ne fait pas non plus apparaître un meilleur niveau de satisfaction parmi celles qui utilisent les pilules de troisième génération⁴¹.

Service médical rendu par les contraceptifs oraux de troisième génération

La Commission de la transparence du médicament avait examiné en 2002 certains contraceptifs oraux (une quinzaine de spécialités) dans la perspective de leur inscription en ville et aux collectivités. Se fondant sur les résultats de l'évaluation du rapport bénéfice/risque menée par l'agence européenne du médicament (EMEA) elle avait conclu à un service médical rendu important et à l'absence d'amélioration du SMR par rapport aux contraceptifs de 2^{ème} génération et émis un avis favorable à l'inscription en ville et aux collectivités.

Saisie par le Ministre de la santé et des solidarités d'une demande de réévaluation des contraceptifs oraux de 3^{ème} génération sur la base d'un « état actuel de la science en vue d'une éventuelle admission au remboursement » la Commission a émis le 10 octobre 2007 un nouvel

⁴⁰ BAJOS N, OUSTRY P, LERIDON H, BOUYER J et a Les inégalités sociales d'accès à la contraception. *Population* 2004, 59, 3-4, p.479-502

⁴¹ Cf. N Bajos et al « les inégalités sociales d'accès à la contraception en France » (op cit)

avis qui va dans le même sens. Elle note qu'« au terme de l'analyse de l'ensemble des données nouvelles, il n'existe aucun argument scientifique de niveau de preuve suffisant permettant de démontrer pour les contraceptifs oraux de troisième génération un meilleur profil de tolérance en termes de survenue d'AVC ischémiques ou d'infarctus du myocarde par rapport aux contraceptifs oraux de deuxième génération » et qu'en revanche « il semble exister un surcroît de risque thromboembolique veineux sous contraceptifs oraux de troisième génération en comparaison aux contraceptifs oraux de deuxième génération, surcroît qui avait été précédemment souligné par la Commission ». Elle réitère par conséquent ses conclusions précédentes sur :

- l'importance du service médical rendu
- l'absence d'amélioration du service médical rendu par rapport aux contraceptifs de 2^{ème} génération.

Sur la stratégie thérapeutique d'utilisation, la Commission estime que le choix de la spécialité doit se faire en fonction de l'examen de chaque cas particulier. Elle précise toutefois que selon les experts les contraceptifs de 3^{ème} génération ne peuvent être recommandés aux nouvelles utilisatrices en première intention.

C'est ce constat qui a longtemps expliqué la situation selon laquelle les produits de troisième génération, bien que largement diffusés, n'étaient pas remboursés par l'Assurance Maladie. Non pas d'ailleurs, comme le pensent nombre d'interlocuteurs rencontrés par la mission, que les pouvoirs publics aient refusé le remboursement de ces produits mais parce qu'ils refusaient de les rembourser sur la base d'un prix nettement supérieur aux autres produits de deuxième génération, estimant que le surcoût n'était pas justifié par une amélioration du service médical rendu. Ce qui a jusqu'à une période récente dissuadé les entreprises concernées de présenter une demande de remboursement qui les aurait empêchées de fixer les prix au niveau qu'elles souhaitaient.

Il reste que cette situation, pour justifiable qu'elle soit, n'est pas complètement satisfaisante :

- Une part non négligeable des prescriptions de produits contraceptifs dont l'efficacité médicale n'est pas contestée n'est pas remboursée.
- Une part non négligeable des prescripteurs estime, à partir de la pratique empirique, que ces produits permettent à certaines femmes un meilleur confort d'utilisation et partant, favorisent, directement ou indirectement une meilleure observance.

Le témoignage d'une gynécologue libérale

« les pilules de 3^{ème} génération sont à mon avis utiles dans certains cas :

1. acné ou alopécie androgénique (chute des cheveux) qu'elles permettent de traiter ou de ne pas aggraver (symptômes relativement fréquents et ennuyeux). Les pilules de 2^{ème} génération peuvent aggraver ou donner de l'acné chez des femmes prédisposées.
2. rétention d'eau, douleurs dans les seins sous pilule de 2^{ème} génération. Ces symptômes très gênants pour les femmes disparaissent souvent sous pilule de 3^{ème} génération.
3. les oublieuses qui ne recommencent pas leur plaquette de pilule à la date prévue. Seules des pilules de 3^{ème} génération sont présentées avec une prise continue (24 comprimés actifs + 4 comprimés placebo), qui permet d'éviter les oublis de reprise, les plus dangereux au point de vue contraceptif. ».

A noter que l'avis précité de la Commission de la transparence du médicament ne conteste pas l'intérêt que peut avoir en termes de stratégie thérapeutique le recours aux contraceptifs de troisième génération. :

Extrait de l'avis de la Commission de la transparence

(...) Aucune donnée ne permet, en termes d'efficacité contraceptive et de contrôle du cycle, de privilégier la prescription d'un type particulier de pilule oestroprogestative (selon sa génération ou son caractère mono-, bi-, ou triphasique). La notion de « climat hormonal » est difficile à apprécier et varie en fonction de la réceptivité de chaque femme, ce qui peut conduire à des adaptations de la prescription en fonction de la tolérance individuelle à la pilule testée.(...) les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération sont des traitements efficaces au même titre que les autres méthodes contraceptives. Cependant, compte tenu de leur profil de tolérance, leur prescription ne doit se faire qu'après prise en compte des contre-indications et des facteurs de risque associés. (...). Les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération sont des traitements de deuxième intention (avis d'experts).

- Le non remboursement de ces produits produit une inégalité sociale d'accès qui peut d'ailleurs paradoxalement contribuer à en accroître la demande en les rendant plus désirables. Il conduit les prescripteurs –dans le meilleur des cas- à effectuer un choix en tenant compte de critères économiques.

Le témoignage d'un médecin généraliste

« Je vois souvent des jeunes filles pour leur première pilule. Sauf si elles ont un problème particulier, je leur prescris une pilule minidosée monophasique remboursée (ex. : Minidril, Ludéal Gé...) et leur demande de revenir pour faire le point au bout de trois à six mois. (...) Certaines ont d'abord consulté un gynécologue qui leur a prescrit une pilule « chère », et viennent ensuite me demander une pilule remboursée. Il ne faut pas sous-estimer le problème économique qui peut être une cause d'arrêt de contraception, surtout chez les jeunes ! »

- Dans les cas moins favorables, le produit de troisième génération sera prescrit à une femme pour qui elle représente un effort financier important, et qui pourra pour cette raison être amenée à interrompre sa contraception sans nécessairement avoir le réflexe de se tourner vers d'autres produits (et un autre prescripteur). De nombreux interlocuteurs de la mission ont mentionné ce cas de figure parmi les causes d'IVG rencontrées. Ainsi le collègue des gynécologues -obstétriciens français s'inquiète t-il de ce que « *certaines femmes n'achètent pas leur pilule en période financière difficile et décident de « faire attention », ce qui est source de grossesses non désirées et d'IVG* »⁴².

Le témoignage d'une gynécologue travaillant dans un centre de planning familial

« (...) le packaging est soigné par une boîte de communication (couleurs à la mode...), on laisse des échantillons...ce qui est très habile ... la femme, valorisée d'avoir un nouveau produit très «mode», gratuit pour débiter et pour peu qu'elle se sente bien avec cette pilule ne voudra pas en essayer une autre par peur de moins bien la supporter, au risque de l'arrêter sans la remplacer si elle a des problèmes financiers. (...) ».

⁴² Dans un courrier adressé le 1^{er} juin 2008 à Mme Poletti, Députée

- Dans un centre de planning familial, la mission a même rencontré des responsables conduits à limiter drastiquement le volume des boîtes de pilule délivrées pour appliquer la politique du Conseil général de ne délivrer que des pilules de troisième génération. Ce cas est à vrai dire exceptionnel, tous les autres centres s'en tenant aux pilules de deuxième génération tant pour des raisons d'enveloppe budgétaire que pour ne pas accoutumer les jeunes filles à un produit qu'elles risquent de ne pouvoir financer par la suite.

Le témoignage d'une gynécologue travaillant dans un CPEF

« Ayant travaillé dans plusieurs CPEF, la gestion des médicaments dépendant des départements et n'ayant pas toujours à disposition toutes les générations de pilules, nous avons dû apprendre à mieux réfléchir à ce que nous faisons ».

- Enfin, on ne peut exclure que la situation actuelle ne contribue à encourager une certaine inflation tant au niveau des prix que de la promotion commerciale

Le témoignage d'un praticien

« Je ne suis pas sans observer avec amusement, parfois, je les reçois pour mieux analyser le discours, le formatage et la pression de l'industrie via les visiteurs médicaux pour influencer les prescripteurs pressés et peu y résistent : on nous présente un nouveau produit, une ou deux publications payées par l'industrie dont les phrases importantes sont déjà surlignées pour gagner du temps, ».

La ministre de la Santé, dans une intervention le 19 juin 2009 sur la santé des femmes, a réaffirmé l'objectif de diversifier l'accès à toutes les formes de contraception et dans cette perspective de favoriser le remboursement des pilules de troisième génération.

Intervention de Mme Roselyne Bachelot, le 19 juin 2009 (extrait)

« (...) Diversifier l'accès à la contraception : Jusqu'à présent, cet accès se heurtait au non-remboursement des pilules de troisième génération. Cette difficulté sera bientôt résolue : en effet, le dossier de demande de remboursement d'une première pilule de troisième génération est passé en commission de transparence en mai et son lancement est prévu pour la rentrée. (...) ».

Source : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Dossier de presse officiel 19 juin 2009

L'annonce de l'aboutissement d'un premier dossier de remboursement à l'automne 2009 pourrait entraîner le dépôt de nouvelles demandes par les fabricants. Le fait que toutes les pilules de troisième génération, à l'exception d'une, disposent aujourd'hui d'une version générique⁴³, quel que soit leur statut vis-à-vis du remboursement, devrait faciliter la recherche d'une telle solution.

Compte tenu de l'avis précité de la Commission de la transparence, qui voit dans les contraceptifs de troisième génération des traitements de deuxième intention, il y aurait lieu de lancer une réflexion sur les pratiques de prescription et de déterminer les cas dans lesquels leur administration apparaît pertinente et justifiée.

⁴³ Source : Afssaps, novembre 2008

1.3.1.2. Le coût des autres formes de contraception, un frein à la diversification

Longtemps focalisé sur cette question des « nouvelles pilules », le débat sur les coûts se pose surtout pour les autres méthodes susceptibles de diversifier de façon plus fondamentale l'offre contraceptive.

En effet la contraception hormonale est aujourd'hui disponible sous d'autres formes que le comprimé à prendre quotidiennement par voie orale. Ces nouvelles formes présentent par rapport à la pilule des traits distinctifs qui peuvent, surtout pour certaines femmes, constituer un avantage décisif : celui de procurer une couverture contraceptive de plus longue durée, (1 semaine pour le patch, 1 mois pour l'anneau, 3 ans pour l'implant), libérée des contraintes de prise quotidienne et donc de diminuer considérablement le risque d'oubli dont on a vu qu'il contribue pour une très large part à creuser l'écart entre efficacité théorique et efficacité réelle de la contraception orale ; celui aussi d'offrir une discrétion d'emploi appréciable pour les femmes dont l'environnement familial (parents ou conjoint) est hostile à la pratique contraceptive, et pour lesquelles la découverte d'une plaquette de pilules peut susciter un drame.

De ces nouvelles formes de contraception seul l'implant contraceptif bénéficie actuellement d'un remboursement par l'Assurance maladie.

Tableau 7 : Les différentes méthodes de contraception, coût et remboursement

	Prix approximatif	Périodicité de prise ou pose	Prise en charge par l'assurance maladie (remboursement à 65%)	Reste à charge annuel pour l'utilisatrice (après remboursement assurance maladie et avant remboursement éventuel)
Pilules de 2e génération	Environ 30 euros/an pour les plus prescrites	Journalière	OUI	Env 10 euros /an (7 euros pour les génériques)
Dispositif intra-utérin au cuivre	27 euros	5 à 10 ans	OUI	Env 2 euros /an (calcul sur une durée moyenne de 5ans)
Dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel	130 euros	5 ans	OUI	Env 9 euros /an (calcul sur une durée de 5 ans)
Implant progestatif	124 euros	3 ans	OUI	Env 14 euros /an
Pilules de 3e génération	Prix libre, variable Env 110 euros/an (70 euros pour les génériques)	Journalière	NON, Sauf une ⁴⁴	70 à 110 euros /an
Anneau vaginal	170 euros/an	Mensuelle	NON	170 euros /an
Timbre contraceptif (patch)	175 euros/an	Hebdomadaire	NON	175 euros /an
Préservatif masculin	0,23 à 0,77 euros l'unité	A chaque rapport	NON	Variable. 54 euros sur la base de 9 rapports par mois ⁴⁵ et d'un coût moyen de 0,5 euros
Préservatif féminin	2,14 euros l'unité	A chaque rapport	NON	Variable 231 euros sur la base de 9 rapports par mois ⁴⁴

Source : Tableau établi avec la collaboration de médecins et pharmaciens rencontrés par la mission. Les prix peuvent varier et constituent des ordres de grandeurs indicatifs

⁴⁴ Un arrêté ministériel publié au JO du 11 septembre 2009 inscrit pour la première fois sur la liste des médicaments remboursables un contraceptif de troisième génération. Le prix est similaire aux pilules de première et deuxième génération (2,90 euros/mois) et remboursé comme elles à 65%

⁴⁵ La fréquence habituelle moyenne des rapports par mois avec le dernier partenaire est évaluée à 8,8 pour les femmes et 8,7 pour les hommes «Enquête sur la sexualité en France », sous la direction de N Bajos et M Bozon, INSERM- INED-ANRS, La Découverte, 2008.

Pourtant, plus encore que le remboursement de la pilule de troisième génération, celui de ces nouvelles méthodes comme le patch ou l'anneau constituerait une ouverture susceptible de lever des verrous par rapport à la situation actuelle, marquée par la prédominance de la contraception orale dont tous les acteurs rencontrés soulignent qu'elle n'est pas la solution la plus adaptée pour toutes les femmes, ce qui se reflète dans le fort taux d'échecs contraceptifs.

Les interlocutrices rencontrées dans les centres de planification familiale soulignent l'intérêt des nouvelles méthodes et font état d'une demande de la part des jeunes, notamment pour le « patch », demande qui ne peut être satisfaite pour des raisons financières : même si les budgets des centres permettaient d'initier une contraception de ce type, la plupart des jeunes femmes ne seraient pas en mesure de la poursuivre passée la période de gratuité.

Les facteurs financiers font donc obstacle au développement de véritables alternatives à la pilule. C'est ce qui explique sans doute pour une large part certains phénomènes, dénoncés par nombre de pharmaciens, d'usage réitéré de la contraception d'urgence (Cf ci-dessous). En effet pour les femmes, quel que soit leur âge, qui ont une vie affective et sexuelle irrégulière ou à éclipses, il y a un vrai problème de concordance des temps qui est difficile à concilier avec la prise quotidienne d'un contraceptif.

Il ne faut pas non plus sous-estimer les phénomènes de lassitude par rapport à la prise quotidienne d'un comprimé sur une longue durée.

Enfin, les femmes qui ont des horaires irréguliers (travail de nuit, décalage horaire) pourraient également bénéficier d'une contraception hormonale accessible sous d'autres formes que la pilule.

1.3.1.3. Le coût de la consultation médicale

Dans ce débat sur les coûts, celui de la consultation médicale est rarement mentionné alors qu'il peut constituer un frein réel pour accéder à une contraception qui est pour l'essentiel subordonnée à une prescription médicale.

Cet obstacle est d'autant plus réel que dans l'esprit de nombreuses utilisatrices la prescription contraceptive suppose la consultation d'un gynécologue. Des médecins généralistes rencontrés par la mission lui ont fait part de l'étonnement de certaines patientes apprenant qu'ils « avaient le droit » de prescrire la pilule. Le passage par le gynécologue peut se traduire, notamment dans les grandes villes, par des dépassements d'honoraires importants puisque la majorité d'entre eux exerce en secteur 2⁴⁶.

Dans les conditions normales, le financement de la consultation est nettement moins problématique et ne pose problème que dans le cas où le remboursement entre en conflit avec la confidentialité souhaitée, notamment par les jeunes ayants droit de leurs parents. Car, comme le souligne I.Nisand dans son rapport, les jeunes ne disposent généralement pas des moyens nécessaires pour payer une consultation médicale, aussi modique soit-elle.

La mise en place d'une consultation de prévention annuelle et gratuite chez le médecin généraliste pour les jeunes, garçons et filles, de 16 à 25 ans annoncée dans le plan Santé Jeunes du 27 février 2008 devrait, selon ses concepteurs, permettre notamment de faire le point sur la prévention des risques liés à la sexualité, et sur la contraception. Compte tenu de son caractère transversal et du nombre des domaines à aborder, cette consultation ne saurait toutefois offrir le temps nécessaire à une véritable consultation contraceptive. A noter d'ailleurs que la gratuité de la consultation ne s'étend pas aux prescriptions auxquelles elle pourrait donner lieu et ne couvre donc

⁴⁶ Selon l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) 51% des gynécologues médicaux exerçaient en secteur 2 en 2001. (rapport 2005 tome 3)

pas la prise en charge des produits contraceptifs. Cette consultation pourrait en revanche permettre de sensibiliser les jeunes concernés, de délivrer une première contraception à titre de dépannage et de planifier une éventuelle autre consultation à visée contraceptive, ou de les orienter vers un centre de planification familiale

1.3.2. D'autres obstacles importants nuisent à l'accessibilité

La nécessité de passer par un médecin pour accéder à la contraception peut dans certains cas se révéler un frein pour des raisons qui ne sont pas toutes d'ordre financier. C'est pourquoi la « démedicalisation » de la contraception fait l'objet d'un débat qui tend aujourd'hui à se focaliser sur la question d'un accès plus direct à la pilule.

De façon générale la question du remboursement ne doit pas occulter l'existence d'obstacles non financiers qui limitent l'accès à la contraception qu'ils soient d'ordre matériel, psychologique ou social.

1.3.2.1. L'accessibilité des centres de planification

Seuls les centres de planification permettent actuellement d'apporter une réponse immédiate, gratuite et confidentielle aux problèmes de contraception pour certaines catégories : jeunes et personnes en difficulté sociale). Encore faut-il les connaître et y avoir accès.

Les connaître :

L'information des publics- cible et en particulier des jeunes sur les centres de planification – existence, prestations offertes, conditions d'accès - constitue un enjeu majeur en termes de prévention des grossesses non désirées. Plusieurs circonstances se prêtent particulièrement à une telle information : ainsi le pharmacien qui répond à une demande de délivrance de la contraception d'urgence est-il tenu par la réglementation de communiquer les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche (Article D 5134-1 du Code de la santé publique). D'autre part les séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires et les autres structures fréquentées par les jeunes sont un moyen de faire passer cette information, surtout lorsque les intervenants sont eux-mêmes issus d'un centre de planification. Une partie non négligeable des jeunes qui fréquentent les centres en ont appris l'existence lors d'une intervention dans le cadre scolaire et les centres de planification disent enregistrer des phénomènes d'affluence clairement liés à ces séances, surtout lorsqu'elles ont eu lieu ou ont été suivies d'une visite *in situ*. On voit donc qu'il y a une forte continuité et des synergies évidentes et très concrètes entre les diverses actions, qui vont des séances collectives d'éducation à la sexualité à la prévention des grossesses non désirées en passant par le conseil individuel et à la délivrance des contraceptifs.

Y avoir accès :

La réponse apportée par les centres de planification n'est pas disponible partout. La densité des structures d'information et de planification familiale, mesurée par leur nombre, rapporté au nombre de femmes de 15 à 49 ans, varie fortement d'un territoire à l'autre : on recensait en 2002 plus de 30 CPEF pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans en Seine St Denis contre 2,8 dans le Pas de Calais et 2,1 en Loire Atlantique⁴⁷. Certaines régions comme les Pays de Loire, le Poitou-Charentes, et le Centre, apparaissent particulièrement sous équipées à cet égard. L'importance des besoins non satisfaits dans les zones rurales suscite le développement d'initiatives à caractère expérimental pour essayer de pallier ces lacunes (cf ci-dessous).

Le mode de fonctionnement des centres et singulièrement leurs horaires d'ouverture n'offrent pas non plus toujours la souplesse requise pour satisfaire aux besoins d'une population

⁴⁷ Jeandet-Mengual E. Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 04/07/01 relative à l'interruption volontaire de grossesse. Rapport 2002 145 Dec. 2002.

contrainte par des horaires scolaires ou professionnels. Si la plupart des centres sont ouverts et accessibles sans rendez-vous le mercredi après-midi, ils sont généralement fermés le soir et le week-end.

Leur localisation constitue un aspect particulièrement stratégique, qui suppose de concilier proximité et facilité d'accès d'une part, anonymat et discrétion par rapport à l'environnement familial et social, d'autre part.

1.3.2.2. Les situations de grande difficulté sociale

Pour certaines femmes comme le soulignait Nathalie Bajos devant les membres de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale⁴⁸, la question de la contraception ne se pose même pas car elles sont dans une situation de précarité telle qu'elle n'ont pas sur leur vie quotidienne la maîtrise suffisante pour engager un projet de ce type : la nécessité de prévoir, de faire des démarches pour se procurer les prestations nécessaires, d'observer un suivi régulier, suffisent à rendre la contraception inaccessible pour elles. Ainsi l'absence de domicile fixe constitue un exemple de situation à risque particulièrement difficile à traiter en termes préventifs.

Une autre catégorie de situation à risque soulignée dans les centres de planification est constituée par les femmes qui se trouvent en situation de dépendance affective, matérielle ou psychologique par rapport à leur partenaire leur rendant pratiquement impossible une démarche contraceptive.

Enfin nombre d'acteurs rencontrés dans les centres de planification, les écoles et les hôpitaux insistent sur le lien fréquent entre grossesse non prévue et violences sexuelles allant jusqu'à l'inceste.

Il est clair que toutes ces situations relèvent en premier lieu d'une prise en charge et d'un traitement social qui constitue un préalable indispensable à toute action efficace de prévention sanitaire.

1.3.2.3. Les obstacles et réticences d'ordre psychologique

L'accès et le bon usage de la contraception se heurtent également à une série d'obstacles de nature psycho-sociologique.

Parmi ceux-ci, il ne faut pas sous-estimer l'importance des idées reçues et des préjugés. Ceux-ci reflètent sans aucun doute un manque d'information ou d'appropriation de l'information mais leur caractère tenace témoigne probablement, par delà ces lacunes, des réticences individuelles ou collectives plus profondes.

L'étude INPES sur « Les Français et la contraception »⁴⁹ fait apparaître la persistance de représentations erronées sur la contraception chez une partie significative de la population française et tout particulièrement chez les jeunes :

- près d'un quart des Français pensent que la pilule peut rendre stérile (22%) et qu'elle fait grossir (24%). La proportion est d'un tiers chez les jeunes de 15 à 20 ans.
- 50% des Français croient que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant.

Selon le rapport au Haut Conseil de la Population et de la Famille sur la prévention de l'IVG chez les mineures⁵⁰, deux tiers des jeunes filles en classe de troisième pensent que les

⁴⁸ Compte rendu d'audition dans le Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale, octobre 2004-novembre 2005, Assemblée Nationale, n° 2714

⁴⁹ Cette étude est fondée sur une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 2000 personnes représentatif de la population française. Cf INPES « contraception : que savent les Français ? »

premiers rapports ne sont pas féconds et les trois quarts d'entre elles sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles.

Ces idées fausses sont d'autant plus difficiles à combattre qu'elles se diffusent très rapidement dans un contexte où l'information par les pairs via les forums de discussion prend le pas sur la consultation des sites officiels ou la lecture des brochures mises à disposition du public.

Certains comportements d'évitement contribuent également à freiner l'accès à une contraception efficace : la nécessité de prendre rendez-vous avec un médecin inconnu –ou au contraire trop connu- et la crainte de devoir faire face à des investigations indiscrettes en font partie. Comme le souligne le professeur Nisand, les jeunes ne connaissent pas l'existence du secret médical ou ont du mal à s'y fier. Par ailleurs les réticences des jeunes filles par rapport à la consultation contraceptive, de peur d'avoir à subir un examen gynécologique, sont connues et soulignées par l'ensemble des professionnels⁵¹. Dans les recommandations aux professionnels de santé sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme⁵² un chapitre spécifique aborde la consultation contraceptive avec une adolescente, qui insiste sur le fait qu'en règle générale « *l'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la première consultation* » et que « *les examens sanguins peuvent également être programmés pour une consultation ultérieure* ».

1.3.3. Le débat sur la nécessité d'une prescription médicale

1.3.3.1. Les raisons d'un débat

Le débat autour de la prescription médicale obligatoire en matière de contraception n'est pas nouveau et se trouve aujourd'hui au point de convergence entre plusieurs approches :

- une approche politique et idéologique, fondée sur la contestation de principe de la médicalisation de la santé reproductive et de l'importance du pouvoir médical, en général et plus particulièrement sur la vie sexuelle des femmes.
- mais cette contestation rejoint également une analyse plus empirique selon laquelle l'obligation de prescription médicale pourrait rendre l'accès à la contraception plus difficile : délais de consultation qui supposent une démarche d'anticipation pour la première prescription comme pour le renouvellement, oubli d'ordonnance pendant les vacances, réticences psychologique des jeunes, coût, ...
- enfin l'apport des études récentes selon lesquelles l'intervention médicale conduit à privilégier dans le choix d'une méthode de contraception une approche scientifique fondée sur des critères d'efficacité théorique alors que les critères psycho-sociaux sont déterminants pour l'efficacité réelle.

L'ensemble de ces facteurs convergent pour donner un caractère d'actualité à la question de la prescription médicale contraceptive qui est ouvertement posée tant dans les cercles professionnels que dans le débat parlementaire.

La question était déjà abordée dans le rapport précité du professeur Nisand au Haut Conseil de la population et de la famille. Celui-ci préconisait de limiter les circonstances où une ordonnance médicale est indispensable, tout particulièrement pour la première utilisation, qui survient souvent dans une relative urgence. Toutefois il considérait que ce serait une erreur de dispenser systématiquement du contact médical préalable à la contraception orale, l'évaluation des

⁵⁰ NISAND I et TOULEMON L, op cit, 2006

⁵¹ cf par ex la prise de position du syndicat national des infirmiers et infirmières éducateurs de santé dans le courrier du 28 novembre 2008 à Mme Poletti, Députée.

⁵² Op cit

risques et le choix du type de contraception adapté à la patiente constituant bel et bien une démarche d'ordre médical.

1.3.3.2. Des développements récents en France

Lors de la neuvième journée nationale de l'Association Française pour la Contraception le 23 mars 2009 un des quatre ateliers proposés portait sur « délivrance des contraceptifs hormonaux : avec prescription, sans prescription et par qui ? », qui a été de loin le plus suivi.

A l'occasion de la discussion sur portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST au printemps 2009, le dépôt de propositions d'amendement parlementaires visant à assouplir les règles de délivrance de la contraception a donné lieu à un débat sur cette question. Il a abouti à ouvrir de nouvelles possibilités de renouvellement par les infirmiers et par les pharmaciens d'officine. L'ordonnance périmée devrait moins que jamais dans ce nouveau dispositif conduire une femme à interrompre sa contraception.

Avec ces mesures qui s'ajoutent à la reconnaissance d'une compétence générale des sage-femmes en matière de prescription contraceptive, la loi HPST promulguée le 21 juillet 2009 réalise au total un élargissement significatif. Une ordonnance de contraception orale peut désormais être utilisée jusqu'à 18 mois pour obtenir la délivrance des produits et des alternatives sont ouvertes au rendez-vous chez le médecin pour son renouvellement.

Tableau 8 : Dispositions nouvelles introduites par la loi du 21 juillet 2009 en matière de prescription et délivrance de la contraception

Professionnels	Base légale (Code de la santé publique)	Type de contraception	Condition	Avant la loi HPST	Après la loi HPST	Prise en charge par l'assurance maladie ⁵³
Infirmier(e)	Art L 4311-1	Contraception orale	Etre en possession d'une prescription datant de moins d'un an		Renouvellement de la prescription pour 6 mois maximum	Oui
Pharmacien	Art L 5125-23-1	Contraception orale	Etre en possession d'une ordonnance périmée datant de moins d'un an	Délivrance à titre exceptionnel d'une seule boîte avec obligation d'informer le médecin ⁵⁴	Délivrance pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum	Oui
Sage-femmes	Art L 4151-1 Art L 5134-1	Contraception hormonale et locale		Prescription limitée pour la contraception hormonale aux suites de couches ou d'IVG	Prescription sans restriction (sauf situations pathologiques qui doivent être renvoyées vers un médecin)	Oui

En revanche la disposition votée par le Parlement concernant l'ouverture d'une expérimentation de délivrance directe de la contraception oestroprogestative par les pharmaciens pour une période de 3 mois a été annulée par la décision du Conseil constitutionnel du 16 juillet 2009⁵⁵.

⁵³ Sous réserve que les produits concernés soient inscrits sur la liste des produits remboursables

⁵⁴ Disposition commune à tous les traitements chroniques afin d'éviter une interruption

⁵⁵ Les motifs de la décision, qui tiennent à l'absence d'échéance fixée pour l'expérimentation mais non à la nature de l'expérimentation elle-même ne semblent pas faire obstacle à sa reprise ultérieure dans un autre véhicule législatif.

Article 38 bis de la loi HPST annulé :

Une expérimentation est menée dans une région connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse tendant à autoriser les pharmaciens d'officine ayant reçu une formation spécifique à délivrer, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception œstroprogestative aux femmes de plus de quinze ans et de moins de trente-cinq ans, dans des conditions définies par voie réglementaire.

Ce débat sur la prescription médicale n'est pas propre à la France et suscite des initiatives dans d'autres pays qui méritent d'être examinées.

1.3.3.3. Les expériences étrangères*« L'ordonnance collective » au Québec*

L'expérience québécoise d'« ordonnance collective » offre un exemple de dispositif intéressant, associant divers corps de métier (infirmières, pharmaciens), tout en maintenant une responsabilité médicale d'ensemble sur la façon dont la délivrance est collectivement organisée et mise en œuvre. Ce dispositif ne se limite pas à la définition d'un cadre réglementaire. Il repose sur l'organisation d'une coopération territoriale avec un responsable désigné dans chaque région et est accompagné du lancement d'un important programme de formation à destination des professionnels participant⁵⁶.

L'ordonnance collective de contraception hormonale au Québec

Afin d'améliorer l'accessibilité des méthodes contraceptives, l'Ordre des infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, le Collège des médecins du Québec, le ministère de la santé et des services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec ont élaboré conjointement une modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale à l'intention de l'infirmière et du pharmacien. Cette ordonnance collective permet aux femmes en bonne santé d'avoir accès, pour une période maximale de 6 mois, à la contraception hormonale en pharmacie partout au Québec. Elle repose sur une liste de questions destinées à vérifier l'absence de contre-indication à la contraception hormonale avant la délivrance à une femme donnée.

Les responsabilités légales d'une ordonnance collective sont partagées par les professionnels impliqués : les médecins prescripteurs ou signataires sont responsables de respecter les exigences du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* du Collège des médecins du Québec relativement à l'ordonnance collective, les données actuelles de la science médicale. Les autres professionnels sont responsables de s'assurer qu'ils remplissent les conditions préalables énumérées dans l'ordonnance collective, des actes qu'ils posent dans le cadre de l'ordonnance collective (activités réservées aux infirmières, activités réservées aux pharmaciens).

A noter que ce cadre d'ordonnance collective ne se limite pas à la contraception orale et concerne l'ensemble des dispositifs hormonaux, incluant notamment : anneau, patch et contraception injectable

⁵⁶ Un site web dédié à cette expérience a été mis en place qui fournit de plus amples informations : www.inspq.qc.ca/contraception

Un test de délivrance directe en pharmacie au Royaume-Uni

Le Ministère de la santé anglais a lancé une expérimentation en janvier 2009 dans 3 quartiers de Londres où les pilules contraceptives seront délivrées en pharmacie sans prescription après entretien avec le pharmacien. Si l'étude menée sur cette base est jugée concluante il est envisagé d'étendre le dispositif au niveau national. Cette initiative a suscité un débat intéressant au Royaume-Uni entre :

- les partisans de la délivrance directe qui voient dans l'obligation de prescription « une barrière paternaliste » à l'usage des contraceptifs, non justifiée par les contre-indications limitées de la pilule, qui pourraient être détectées par d'autres professionnels que les médecins⁵⁷
- les opposants qui voient dans cette initiative une « fausse bonne idée » consistant à rendre plus disponible une méthode insuffisamment fiable compte tenu des problèmes d'observance et pour lesquels l'enjeu majeur vise à mieux adapter la contraception en développant tout particulièrement les méthodes « non utilisatrices dépendantes »⁵⁸.

Le récent vote exprimé par le Parlement qui visait à autoriser le lancement d'une expérimentation similaire en France renforce encore l'intérêt de suivre de près les conditions et le déroulement de cette initiative anglaise. L'envoi d'une mission d'information au Royaume-Uni apporterait une contribution très utile pour juger de l'opportunité de relancer la démarche et de ses conditions éventuelles de mise en œuvre dans notre pays.

1.4. Des initiatives de terrain pour surmonter ces obstacles

Diverses expériences ont été lancées sur le terrain avec pour objectif de prévenir les grossesses non désirées, notamment chez les jeunes. Ces initiatives visent à agir sur les divers obstacles recensés – coût des produits contraceptifs mais aussi de la consultation médicale, besoin d'informations et de conseil, conditions d'accès conciliant proximité et confidentialité.

Plusieurs projets visent à pallier l'absence de structure de planification familiale dans des zones rurales isolées en s'appuyant sur les professionnels de santé du secteur géographique concerné (médecins et pharmaciens essentiellement). La plupart s'inspirent du projet fondateur initié en 2002 par le professeur Nisand en Alsace, dans la vallée de la Bruche, avec le soutien la CPAM de Sélestat. Cette action est décrite dans son rapport au Haut Conseil de la population et de la famille « pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. »⁵⁹

Limousin : « Info Ado 87 » expérimentation d'un réseau d'accès anonyme et gratuit à la contraception de manière en zone rurale pour les mineures (canton de Chalus).

Lancé à l'initiative du CHU de Limoges en partenariat avec les médecins, les pharmaciens les laboratoires et avec le soutien financier des organismes payeurs (CPAM, MSA) et du GRSP ce projet expérimental se déroule sur un an (septembre 2008-septembre 2009) dans le canton de Chalus.

Il est prévu pour accueillir 25 adolescentes dont chacune devrait pouvoir bénéficier de 2 consultations médicales, d'un bilan sanguin, et d'une prescription de pilule contraceptive pour une durée totale de 12 mois, Son coût total est évalué à 12 930 euros dont environ la moitié pour le financement d'une vacation de praticien attaché au CHU (une demi-journée par semaine) le projet est financé à hauteur de 7 920 euros par le GRSP et 3 510 euros par l'assurance maladie.

⁵⁷ Grossman D. et al, British Medical Journal 2008, 3037 -3044

⁵⁸ Jarvis S, British Medical Journal 2008, 3037 -3044

⁵⁹ « Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures », rapport présenté par Israël NISAND et Laurent TOULEMON au Haut Conseil de la Population et de la Famille, décembre 2006

- GRSP : total 7 920 euros (subvention)
- Vacation de praticien attaché 5920 euros
- Frais de transport et logistique 1 500 euros
- Plaquettes d'information 500 euros

Assurance maladie : total 3 510 euros (remboursement aux professionnels de santé)

- 50 consultations de généraliste 1 100 euros
- 25 prescriptions de pilule sur 1 an 2 160 euros
- Bilans sanguins 250 euros

CHU : total 1 500 (mise à disposition de moyens)

- gestion du projet, mise à disposition de locaux, matériel, véhicule ...

18 médecins sur les 20 du canton ont accepté d'être conventionnés pour cette expérience qui implique un paiement direct par l'assurance maladie. De la même façon 10 pharmaciens conventionnés acceptent de délivrer les plaquettes de pilule en tiers payant aux jeunes filles porteuses d'une ordonnance identifiée « Info-ado ».

Un dispositif répondant à des préoccupations similaires a été élaboré par le MFPP des pays de Loire

Un projet d'accès anonyme et gratuit à la contraception dans des communes rurales des pays de Loire

Ce projet, mis en place par le MFPP en association avec plusieurs communes demandeuses, vise à reproduire dans plusieurs zones géographiques éloignées des centres de planification existants les mêmes conditions d'accès –gratuité et anonymat–pour les publics concernés. Il repose sur :

- Des équipes mobiles de conseillères conjugales et familiales pour assurer une permanence hebdomadaire d'information dans des locaux mis à disposition par les communes concernées.
- L'accès gratuit et anonyme à des consultations de contraception assurées à leur cabinet par des médecins libéraux conventionnés par le MFPP
- La délivrance gratuite et anonyme de la contraception prescrite dans des pharmacies conventionnées par le MFPP.

Concrètement, les usager(e)s se rendent à la permanence hebdomadaire et voient une conseillère qui leur remet un bon de consultation à utiliser chez l'un des médecins conventionnés lequel établit une prescription contraceptive qui lui sera délivrée gratuitement chez l'un des pharmaciens conventionnés.

L'expérience prévue sur 3 ans bénéficie d'un cofinancement des communes concernées (sous forme de mise à disposition des locaux), des Conseils généraux (subvention et remboursement des frais médicaux sur factures), et d'une aide au démarrage financée par le GRSP.

D'autres dispositifs expérimentaux sont en cours ou en préparation qui visent par exemple à rembourser pour les moins de 25 ans des contraceptifs actuellement non remboursés, tels que patch, anneau et pilule en continu, partant du constat que « la contraception qui marche n'est pas remboursée » (CPAM de St Nazaire).

Expérience lancée par la CPAM de Saint Nazaire

L'expérimentation vise 2 objectifs essentiels : informer les prescripteurs de l'efficacité et de l'usage facilité des contraceptions retenues (anneau vaginal, patch, pilules en continu..) et mettre à disposition gratuitement ces contraceptions pour en mesurer l'acceptation chez les utilisatrices potentielles.

Initialement envisagée pour l'ensemble des jeunes de 16 à 25 ans du département, cette action sera finalement ciblée sur les jeunes femmes de 20 à 25 ans fréquentant le centre de planification familial.

Afin de permettre d'évaluer l'impact de cette expérimentation, une photographie de la contraception remboursée et non remboursée est faite avant le démarrage du dispositif, elle sera reprise dans les mêmes termes dans un an.

Ces initiatives dont on pourrait trouver d'autres exemples –comme dans l'Hérault où ont été mises en place des permanences de planification en milieu rural- témoignent, par la proximité de leur inspiration et de leurs objectifs, de l'existence de besoins non satisfaits, notamment en milieu rural, pour assurer l'accès à la contraception. Elles montrent qu'il est possible de mettre en place des procédures d'accès relativement simples et efficaces en s'appuyant sur les professionnels en place dans les territoires pour remédier à l'absence de structures spécialisées ou les relayer. Elles présentent également l'intérêt d'une approche intégrée, combinant information et éducation à la sexualité, conseil et délivrance des contraceptifs. L'accent est mis sur le rôle pédagogique du médecin, au-delà de son rôle de prescripteur : ainsi les médecins participant à ce type de réseau sont également sollicités pour assurer des séances d'information dans les établissements scolaires.

Si leur intérêt opérationnel est indéniable il est dommage que les « bonnes pratiques », mises en place à l'initiative des acteurs de terrain restent dispersées, mal connues et peu exploitées d'un point de vue global. Outre l'effet d'apprentissage mutuel qui s'attache à l'échange d'expériences, dont bénéficient les promoteurs de projets, l'analyse de ces dispositifs est en elle-même riche d'enseignements sur les lacunes du système actuel d'accès à la contraception et leur évaluation selon des protocoles rigoureux permettrait de mieux apprécier la portée et l'impact des différentes solutions envisageables.

Une remarque s'impose toutefois : ces expériences présentent généralement un coût élevé, rapporté au nombre de personnes concernées. En effet elles supposent un fort investissement en termes de montage, coordination, maintenance,... et les coûts de cette ingénierie cumulée semblent en définitive nettement plus importants que le coût des produits contraceptifs eux-mêmes. Il convient d'en tenir compte pour relativiser le coût pour la collectivité d'éventuelles mesures générales de gratuité qui éviteraient de multiplier des dispositifs spécifiques et coûteux.

2. LA CONTRACEPTION D'URGENCE : DES ATTENTES DEÇUES

2.1. Une solution de rattrapage face aux échecs de contraception

Oubli de pilule, rupture de préservatif, rapport imprévu non protégé... diverses circonstances exposent au risque d'une grossesse non désirée. Dans ces cas, où la prévention primaire que constitue la prise d'une contraception régulière a été mise en échec, la contraception dite d'urgence constitue une solution de rattrapage qui s'apparente à une forme de prévention secondaire, et permet d'éviter le recours éventuel à l'interruption volontaire de grossesse.

La forme la plus connue de la contraception d'urgence est la « pilule du lendemain ». Actuellement seules deux spécialités contenant du levonorgestrel dosé à 1,5 mg sont

commercialisées⁶⁰. Conditionné et administré sous forme d'un comprimé en prise unique, le levonorgestrel empêche la nidification de l'embryon dans la paroi utérine quand le rapport a été fécond. Il doit être pris dans les 72 heures qui suivent un rapport non ou mal protégé. Son efficacité est d'autant meilleure qu'il est pris précocement après le rapport.

Une autre méthode de contraception d'urgence est constituée par la pose d'un dispositif intra utérin dans les 5 jours après la date estimée de l'ovulation. Cette méthode, peu connue et peu utilisée, présente pourtant l'avantage, une fois mise en place, de fournir une couverture contraceptive efficace pendant plusieurs années.

La pilule du lendemain n'est pas efficace à 100% et son efficacité est fortement corrélée à sa rapidité d'utilisation : elle est estimée à 95% dans les 24h suivant le rapport, à 85% entre 24 et 48 heures, à 58% entre 49 et 72 heures⁶¹. A noter qu'un nouveau produit vient toutefois d'être mis sur le marché à l'automne 2009, que certains qualifient de « pilule du surlendemain ». A ce stade délivré sur ordonnance et non remboursé, il est utilisable jusqu'à 5 jours après le rapport. Cette innovation est trop récente pour que son impact puisse être apprécié dans le cadre de la présente évaluation.

Des résultats nettement meilleurs sont obtenus avec le dispositif intra utérin (taux d'échec de 0,1% à 0,2%) qui est considéré comme la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé⁶². Mais elle a l'inconvénient d'être moins accessible que la contraception d'urgence hormonale puisqu'elle suppose obligatoirement une intervention médicale.

L'accès à la contraception d'urgence fait partie des objectifs de la politique de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004 (Objectif n° 97). L'information portant sur le « volume d'unités de contraceptifs d'urgence délivrées dans les pharmacies et les établissements d'enseignement du second degré » fait partie des indicateurs de suivi de cette loi.

2.2. Une grande simplicité d'accès

Le souci d'assurer la meilleure efficacité possible à cette formule de rattrapage pour éviter le recours à l'IVG a conduit à ménager un circuit simple et facile d'accès à la pilule du lendemain.

2.2.1. Un accès libre en pharmacie

A la différence de la contraception hormonale régulière, la contraception d'urgence est délivrable en pharmacie sans prescription médicale obligatoire. La France est le premier pays à avoir autorisé l'accès sans ordonnance à la « pilule du lendemain » dès mai 1999. La loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence prévoit que « les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à prescription obligatoire ».

2.2.2. La gratuité et l'anonymat pour les mineures

La loi du 13 décembre 2000 autorise également la délivrance de la contraception d'urgence à titre gratuit par les pharmaciens aux mineures désirant garder le secret. Le décret du 9 janvier 2002 pris pour l'application de cette disposition met en place une filière directe de remboursement par l'assurance maladie aux pharmaciens des boîtes délivrées à ce titre⁶³. Il subordonne la

⁶⁰ Le Norlevo et, depuis 2007, le Levonogestrel-Biogaran

⁶¹ N. Matet « La contraception d'urgence, une méthode « de rattrapage », Vocation SageFemme n° 64 –juillet-août 2008

⁶² Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, recommandations pour la pratique clinique, ANAES-AFSSAPS-INPES, décembre 2004

⁶³ Ce remboursement passe par le Fonds national de prévention et d'intervention en santé (FNPEIS) de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

délivrance à un entretien préalable destiné à vérifier que la situation de la destinataire répond aux conditions d'utilisation de la contraception d'urgence et à lui fournir toutes les informations utiles – par oral et avec remise d'une documentation- pour mettre en place une couverture contraceptive et une prévention des maladies sexuellement transmissibles. Il précise que la condition de minorité qui ouvre droit à la délivrance gratuite est justifiée par simple déclaration orale de l'intéressée.

2.2.3. La délivrance par les infirmières dans les établissements scolaires

La contraception d'urgence peut également, aux termes de la loi du 13 décembre 2000, être administrée par les infirmières dans les établissements d'enseignement du second degré pour les élèves mineures et majeures. La loi précise que cette délivrance, destinée à répondre aux cas d'urgence et de détresse, se fait à titre exceptionnel lorsqu'un médecin ou un centre de planification n'est pas immédiatement accessible. Les infirmières doivent s'assurer de l'accompagnement psychologique de l'élève et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical.

Un protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire annexé au décret du 27 mars 2001 pris en application de la loi détermine les conditions de mise en œuvre de ces dispositions. Il prévoit notamment que l'infirmier propose à l'élève d'entrer en contact avec ses parents mais que l'élève peut le refuser.

2.2.4. Le remboursement des prescriptions médicales

Depuis le 18 août 2001 le Norlevo est également remboursable quel que soit l'âge de la femme lorsque celle-ci est en possession d'une prescription délivrée par un médecin ou une sage femme⁶⁴.

S'il peut être difficile de consulter dans le délai très bref que suppose le rattrapage d'un accident de contraception, rien n'interdit d'anticiper une telle éventualité par la prescription d'une contraception d'urgence « au cas où » accompagnant par exemple une ordonnance de contraception orale régulière. « *L'urgence ça se prévoit* » est d'ailleurs le slogan retenu pour la campagne sur la contraception d'urgence mise en place par l'Association Française pour la Contraception selon laquelle « la contraception d'urgence, mieux vaut l'avoir à l'avance pour l'utiliser vite en cas d'échec contraceptif »⁶⁵.

Au total, le circuit mis en place pour la contraception d'urgence peut apparaître exemplaire pour sa simplicité et son accessibilité. Paradoxe souligné dans leur rapport commun par Israël Nisand et Laurent Toulemon⁶⁶, la contraception d'urgence est avec l'IVG la seule voie totalement confidentielle et gratuite pour une jeune fille mineure d'éviter une grossesse non désirée (sauf à se rendre pour la contraception dans un centre de planification familiale dont l'accessibilité n'est pas toujours facile).

2.3. Une progression importante du recours à la contraception d'urgence, essentiellement chez les jeunes

Les diverses sources d'information disponibles font état d'une forte augmentation du recours à la contraception d'urgence depuis son accès libre en pharmacie (1999). Comme le soulignait déjà le rapport remis au Parlement en 2002 sur les mesures visant à faciliter l'accès des jeunes mineures à la contraception d'urgence « *la mise à disposition de médicaments ayant pour*

⁶⁴ L'arrêté du 12 octobre 2005 prévoit la prescription par les sages-femmes de la contraception hormonale d'urgence.

⁶⁵ Cette démarche se heurte toutefois à des réticences notamment du côté de l'Afssaps, pour laquelle la prescription par anticipation n'est pas nécessairement justifiée, cf. infra

⁶⁶ « Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures », rapport présenté par Israël Nisand et Laurent Toulemon au Haut Conseil de la Population et de la Famille, décembre 2006

but la contraception d'urgence délivrés sans prescription médicale obligatoire répond à une réelle demande des femmes ».

Une grande partie des données est fournie par le rapport réalisé chaque année par la DGS et la DGESCO sur l'accès des mineures à la contraception d'urgence. Soucieux de suivre l'impact de mesures qui avaient été très controversées lors de leur adoption, le législateur avait prévu dans la loi du 13 la remise avant le 31 décembre 2002 d'un rapport au Parlement dressant bilan de l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires et de sa délivrance gratuite aux mineures par les pharmaciens. Après la remise de ce rapport la Direction générale de la santé et la direction générale de l'enseignement scolaire ont continué de dresser un bilan annuel de l'application de ces mesures.

2.3.1. Les remboursements par l'assurance maladie

Selon les données de l'Assurance maladie, le nombre de boîtes de contraception d'urgence ayant fait l'objet d'une demande de remboursement en 2007 s'élève à 332 000 pour environ 59 000 patientes

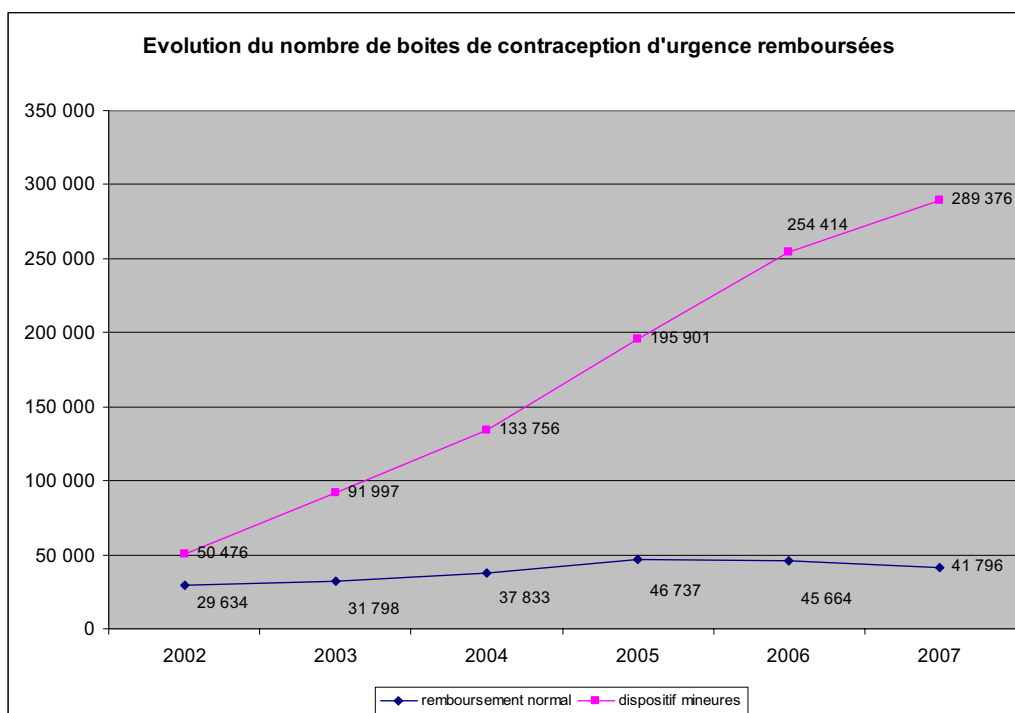
Tableau 9 : Remboursement du Norlevo

	Année 2006		Année 2007	
	Nombre de patients	Nombre de boîtes délivrées	Nombre de patients	Nombre de boîtes délivrées
Total	61 907	307 027	58 992	332 383

Source : CNAMTS données de remboursement du Régime général, France entière, y compris sections locales mutualistes

Près de 90% de ces boîtes ont été délivrées gratuitement par les pharmaciens à des jeunes mineures ou déclarées telles selon la procédure prévue. Le remboursement aux patientes sur prescription médicale ne représente que 42 000 boîtes, soit moins de 13% du total.

On constate en effet que c'est la mise en place du dispositif de délivrance gratuite et anonyme pour les mineures, opérationnel depuis 2002, qui explique l'essentiel de la progression des remboursements de contraception d'urgence depuis cette date : alors que les remboursements sur prescription médicale ont peu augmenté, la délivrance gratuite aux mineures est passée de 50 476 en 2002, année de mise en place du dispositif à 289 376 en 2007, soit un coefficient multiplicateur de 5,7.



Source : CNAMTS

En 2006 la délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures représentait un budget d'environ 2 millions d'euros pour le FNPEIS. Un avenant à la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2000-2003 prévoyait l'ajout dans la programmation pluriannuelle du FNPEIS d'une ligne budgétaire identifiée « contraception d'urgence », abondé à due concurrence des dépenses réelles en cas de dépassement des évaluations prévisionnelles (fixées à 7,7 MF en 2001, 8,5 MF en 2002 et 9,3 MF en 2003).

Mais les remboursements par l'Assurance maladie ne rendent compte que d'une partie du phénomène : s'y ajoute la contraception d'urgence délivrée par les infirmières scolaires, par les centres de planification familiale et enfin l'achat direct en pharmacie sans remboursement.

2.3.2. La délivrance dans les établissements scolaires

Pour l'année scolaire 2006-2007, 9 672 élèves en ont bénéficié dont 79% d'élèves mineures. 14 268 élèves sont venues à l'infirmerie demander une contraception d'urgence. Parmi celles-ci, 11 925 soit 84% des demandes ont justifié l'administration d'une contraception d'urgence qui dans 8 cas sur 10 a été délivrée directement par l'infirmière, les autres élèves ayant été orientées vers une structure spécialisée ou une pharmacie.

Tableau 10 : La contraception d'urgence dans les établissements publics locaux d'enseignement – évolution

Année scolaire	(1) Elèves venus à l'infirmier demander une CU	(2) Elèves dont la situation justifiait une CU en % de (1)	(3) Elèves ayant reçu la CU de l'infirmière en % de (2)	(4) Part des mineures dans l'administration de CU par les infirmières en % de (3)
2001/2002 (sur 30 académies)	15 171	9 735 (64%)	5 826 (59,8%)	79,4%
2002/2003 (sur 24 académies)	12 039	8 215 (68,2%)	4 520 (55,2%)	77,7%
2003/2004 (sur 30 académies)	16 347	12 098 (74%)	8 535 (71%)	78%
2004/2005 (sur 29 académies)	14 605	11 576 (79,2%)	8 619 (74,4%)	80%
2005/2006 (sur 29 académies)	14 264	11 263 (79%)	8 836 (78,4%)	80,2%
2006/2007 (sur 30 académies)	14 268	11 925 (84%)	9 672 (81,1%)	79%

Source : Tableau élaboré à partir des chiffres des bilans annuels de la DGESCO-Bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention. Inclut les collèges, lycées, lycées professionnels et EREA⁶⁷

On constate que

- Le niveau de la demande dans les infirmeries scolaires est resté globalement stable depuis 2002, alors que la demande en pharmacie a plus que quintuplé dans la même période. Ce contraste ne manque pas d'interroger notamment sur l'information des élèves et sur l'image qu'elles/ils ont de l'institution scolaire en tant que recours dans ce type de situation.
- Parmi les élèves venues à l'infirmier pour une contraception d'urgence durant l'année scolaire 2006-2007, 84% se trouvaient effectivement dans une situation relevant de la contraception d'urgence, contre seulement 64% en 2001-2002. On peut voir dans cette progression l'effet probable d'une meilleure information sur la méthode. Une analyse plus qualitative des demandes jugées irrecevables pourrait fournir des informations intéressantes sur le type de mesures à prendre pour promouvoir le recours à la contraception d'urgence dans de meilleures conditions. Il serait particulièrement intéressant de savoir dans quelle mesure cette irrecevabilité de la demande est liée au dépassement du délai d'utilisation de la contraception d'urgence.
- Le taux de couverture de la demande par les infirmeries scolaires a significativement augmenté depuis 2002 puisque la contraception d'urgence y est délivrée directement dans 8 cas sur 10 (contre 5 à 6 cas sur 10 en 2002-2003). Il reste que 20% des élèves qui se sont adressées à l'infirmière et dont le besoin d'une contraception d'urgence a été reconnu sont réorientées vers l'extérieur de l'établissement scolaire, ce qui paraît en contradiction avec l'objectif de prévention et la situation d'urgence effective dans laquelle elles se trouvent.

2.3.3. L'accès libre en pharmacie sans remboursement

Il apparaît que l'essentiel de la consommation se fait sous cette forme. En effet l'ampleur du recours à la contraception d'urgence dépasse de beaucoup ce que laissent apparaître les remboursements par l'assurance maladie et les statistiques des établissements scolaires. En effet le

⁶⁷ Les établissements d'enseignement agricoles ne sont pas comptabilisés. Les chiffres recueillis auprès du Ministère de l'agriculture font état de 111 délivrances par les infirmières scolaires au cours de l'année scolaire 2005-2006 et de 133 en 2006-2007 mais se fondent sur une collecte incomplète (162 établissements interrogés dont 89 ont répondu). Dans les deux cas, les établissements d'enseignement privé ne sont pas pris en compte.

laboratoire HRA Pharma qui fabrique la spécialité Norlevo déclarait en commercialiser en 2006 plus de 1200 000 boîtes.

Une partie de la contraception d'urgence peut également être dispensée dans les centres de planification familiale. Le coût est alors couvert par les conseils généraux. Les données étant éparpillées entre les administrations départementales et les centres associatifs dépendant du planning familial, il n'est pas possible d'en estimer le montant global. Mais on peut penser qu'il demeure relativement marginal, la couverture géographique et horaire des centres de planification étant bien inférieure à celle des pharmacies et ne se prêtant guère à une utilisation massive dans des conditions d'urgence.

Il semble donc que la plus grande partie des utilisatrices recourt à l'achat direct en pharmacie sans demander de prise en charge financière (l'assurance maladie prend en charge à 100% pour les mineures et à 65% pour les majeures disposant d'une prescription). Ce type d'utilisation peut correspondre à un choix délibéré : il préserve mieux la confidentialité, évitant, notamment pour les mineures, des questions et un entretien auxquelles elles préfèrent se dérober, et leur permettant d'utiliser un intermédiaire. Le coût du produit (entre 6 et 8 euros) est probablement considéré comme supportable par nombre de femmes pour une utilisation ponctuelle. Mais le paiement reflète aussi l'ignorance par les femmes de leurs droits : nombre de mineures se le voient réclamer en pharmacie sans savoir qu'elles ont droit à un accès gratuit ou sans oser le demander.

Au total c'est probablement plus par la voie des enquêtes que par les statistiques administratives que l'on peut avoir une vision d'ensemble du recours à la contraception d'urgence. Dans cette perspective, les enquêtes menées pour le « Baromètre Santé » de l'INPES font apparaître une augmentation significative du recours à la contraception d'urgence : 14 % des femmes sexuellement actives de 15 à 54 ans interrogées en 2004 l'avaient déjà utilisée au moins une fois contre seulement 8 % en 2000.

La progression est particulièrement marquée chez les jeunes femmes qui en sont les premières utilisatrices : près d'1 sur 3 des femmes entre 15 et 24 ans interrogées à la fin 2004 avaient déjà eu recours à la contraception d'urgence contre 1 sur 7 dans l'ensemble de la population concernée de 15 à 54 ans.

Une illustration : la délivrance du Norlevo en Languedoc-Roussillon.

Une étude réalisée par la DRASS Languedoc-Roussillon⁶⁸, fondée sur les données recueillies par les grossistes répartiteurs qui approvisionnent quotidiennement les pharmacies fournit des informations intéressantes concernant la délivrance du Norlevo dans cette région sur la période 2002-2006.

Elle confirme une montée en charge importante de la contraception d'urgence : le nombre de boîtes de Norlevo achetées par les pharmacies a augmenté de 86% entre 2002 et 2006, alors que la population féminine de 15 à 49 ans n'a progressé que de 6% sur la même période dans la région. L'étude attribue cette montée en charge à une amélioration de la connaissance du dispositif (existence, disponibilité, conditions d'utilisation) chez les utilisatrices potentielles ainsi qu'à une amélioration des conditions de distribution dans les pharmacies.

Elle montre par ailleurs que la distribution se généralise dans les pharmacies : entre 2002 et 2006 le nombre de communes dotées de pharmacies ayant acheté au moins une boîte de Norlevo a progressé. Toutefois on observait en 2006 que 7 pharmacies (sur 1033 au total dans la région), implantées dans de petites communes, n'en commandaient jamais.

⁶⁸ G Chatenay et S Maille et al, DRASS Languedoc-Roussillon, « délivrance du Norlevo en Languedoc-Roussillon, 2002-2006, étude par territoire »

Elle fait également apparaître que le recours à la contraception d'urgence est plus important en milieu urbain : 44% des boîtes facturées dans la région le sont dans les 5 communes chef lieu de département qui représentent seulement 26% des femmes de 15 à 49 ans. Mais le lieu d'achat ne correspond pas nécessairement au lieu de domicile et peut être délibérément différent pour des raisons de discrétion. Dans cette perspective le recours à la ville offre à l'évidence de meilleures garanties d'anonymat.

Enfin l'étude suggère que pour certaines jeunes filles ou femmes le recours à la « pilule du lendemain » tendrait à devenir une stratégie à part entière aux côtés des dispositifs de contraception plus conventionnels, lesquels ne répondent pas toujours aux attentes des femmes et à leurs modes de vie. Dans cette perspective « il paraît intéressant de s'interroger sur la notion d'utilisation en urgence associée au Norlevo puisque son utilisation paraît de plus en plus planifiée ».

2.4. *La diffusion de la contraception d'urgence n'a pas eu d'impact notable sur les pratiques contraceptives ni sur l'IVG*

2.4.1. *Des craintes non concrétisées : la contraception d'urgence n'a pas diminué le recours à la contraception régulière*

Une crainte fréquemment exprimée vis-à-vis de la contraception d'urgence est qu'elle pourrait s'ériger en méthode de substitution plutôt que de rattrapage, en dissuadant les utilisatrices de recourir à une contraception régulière. Ce débat ressurgit régulièrement à chaque train de mesures visant à faciliter l'accès à la « pilule du lendemain ».

Pourtant l'observation des pratiques contraceptives démontre que la contraception régulière n'a pas faibli depuis 1999. La part des femmes sans couverture contraceptive a au contraire diminué et le recours à la contraception médicale s'est développé chez les 18 et 19 ans ainsi que chez les 35-44 ans entre 1999 et 2004⁶⁹.

Par ailleurs l'usage de la contraception d'urgence semble répondre dans la majorité des cas à celui pour lequel elle a été conçue : celui d'une méthode de rattrapage des échecs ou erreurs de contraception. Les données du Baromètre santé 2005 de l'INPES montrent que plus de 2 femmes sur 3 ayant eu recours à la contraception d'urgence ne l'ont utilisée qu'une seule fois. Un tiers des utilisations font suite à un oubli de pilule et un autre tiers à un problème de préservatif. Dans 85% des cas les femmes recourent à une contraception régulière dans le mois qui suit la prise d'une contraception d'urgence.

Si les acteurs de terrain s'inquiètent légitimement des cas qu'ils rencontrent d'utilisations répétées de la « pilule du lendemain » qui tendrait à être utilisée en lieu et place d'une contraception régulière (ou qui dans certains cas peut aussi refléter l'inadaptation de la méthode de contraception régulière utilisée), il apparaît que ces cas ne concernent qu'une part marginale de la population concernée. Il n'en est pas moins nécessaire de s'en préoccuper, dans la mesure où il peut s'agir de populations particulièrement exposées au risque de grossesse et où une telle utilisation de la méthode est susceptible d'alimenter le recours à l'IVG dont on constate qu'il n'a pas fléchi.

⁶⁹ MOREAU C et BAJOS N. « Impact de la démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France », Le Concours médical tome 128 – 25/26 du 05-09-2006.

MOREAU C., TRUSSEL J., MICHELOT F., BAJOS N. « The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives », *American Journal of Public Health*, march 2009, vol 99, n°3

2.4.2. Des attentes déçues : la contraception d'urgence n'a pas non plus fait régresser le recours à l'IVG

Les mesures prises pour faciliter l'accès à la contraception d'urgence étaient explicitement motivées par la volonté de voir diminuer le nombre des grossesses non désirées notamment chez les jeunes filles et donc de prévenir les avortements. Force est de constater que cet objectif est pour le moment resté lettre morte malgré la montée en charge de la « pilule du lendemain », puisque l'on observe une stabilité globale du nombre d'IVG pratiquées avec une tendance à l'augmentation chez les jeunes.

En effet il apparaît **le niveau d'utilisation de la contraception d'urgence est sans commune mesure avec l'importance des expositions à un risque de grossesse non désirée**, dans un ordre de grandeur de 1 à 20.⁷⁰

Le rapport au Parlement précité préconisait le développement des études épidémiologiques pour apprécier le nombre de femmes qui se trouvant en situation d'interruption volontaire de grossesse auraient pu bénéficier de la contraception d'urgence et de comprendre les raisons de sa non utilisation. Ces recommandations restent d'actualité pour éclairer un phénomène qui reste insuffisamment expliqué.

Des analyses sociologiques⁷¹ mettent en évidence les fausses représentations autour de la contraception d'urgence : des rumeurs circulent dans les groupes de pairs, relayées sur les forums Internet qui font état de risques, notamment en cas d'utilisation répétée qui entrainerait une baisse de la stérilité voire rendrait stérile. L'insistance mise dans le discours officiel sur le fait que la contraception d'urgence constitue une solution de dépannage qui ne saurait être utilisée régulièrement peut de ce point de vue être mal interprétée. L'ambiguïté de la dénomination « pilule du lendemain » contribue également à brouiller son image, une partie des utilisatrices ignorant qu'elle peut être utilisée au-delà du lendemain, d'autres l'assimilant à la « pilule abortive » (autre dénomination du RU486).

Par ailleurs les professionnels rencontrés dans le cadre de la mission soulignent que **le recours à la contraception d'urgence en cas de rapport mal ou non protégé est loin d'être systématique**. Il est dans les faits conditionné à une appréciation par la femme du risque de grossesse, appréciation qui comporte une large part de subjectivité, et se fonde trop souvent sur un pari approximatif quant à la période supposée « dangereuse ». Dans cette perspective, les praticiens mettent en cause l'information théorique véhiculée dans les manuels scolaires (SVT) selon laquelle l'ovulation intervient au quatorzième jour du cycle. Cette information qui est souvent prise à la lettre par les jeunes alors que cette tranche d'âge se caractérise par un très haut niveau de fertilité a conduit nombre de jeunes filles vers l'IVG. L'adaptation des manuels scolaires constitue pour l'Association Française pour la Contraception (dont la présidente a saisi des éditeurs en ce sens) une nécessité absolue, le message à faire passer auprès des jeunes étant au contraire qu'il est possible de tomber enceinte à n'importe quel moment du cycle et qu'il importe donc de se protéger de façon systématique contre le risque de grossesse.

Si elle est consciente du risque de grossesse encouru, la femme doit encore être informée des possibilités de rattrapage par la contraception d'urgence et de ses conditions de délivrance. Elle doit enfin être en mesure de se la procurer rapidement ce qui peut être matériellement difficile, surtout dans certaines circonstances (jours fériés, lieu isolé, nécessité de bousculer un emploi du

⁷⁰ Un chiffre, dont le détail figure en annexe, du nombre des oublis de pilule et des accidents de préservatif permet d'estimer à environ 24 millions le nombre annuel des rapports « à risques » -chiffre plancher auquel il faudrait ajouter le nombre de rapports non protégés et les risques engendrés par l'utilisation d'autres méthodes comme les méthodes naturelles, difficiles à évaluer. Ces 24 millions doivent être rapprochés du 1,2 million de boîtes vendues en 2006

⁷¹ Y. Amsellem-Mainguy « La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes. » Thèse de doctorat, université. Cf également du même auteur « recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence », La santé de l'homme, n° 399- janvier-février 2009.

temps chargé...).Le passage obligé, dans un délai très court, par une pharmacie voire par un médecin (si l'on est majeure et souhaite être remboursée) peut constituer une difficulté réelle. Par ailleurs on peut aisément s'imaginer que, comme l'exprime un praticien, « *venir en urgence raconter son immédiate vie sexuelle n'est pas très apprécié par les femmes* »⁷². Tout ceci contribue à expliquer que « *nombre d'entre elles ne font rien* ».

2.5. Le rôle crucial des pharmaciens et des infirmières scolaires

2.5.1. Les pharmaciens

Les pharmaciens sont au centre du dispositif de prévention des grossesses non désirées à travers la contraception d'urgence.

Les 23 000 officines de pharmacie offrent une couverture géographique plus complète et plus dense qu'aucune autre structure sanitaire ou sociale, notamment en milieu rural. Elles fournissent un accès de proximité, sans rendez-vous, sur une grande amplitude horaire, particulièrement adapté à la délivrance d'un produit comme la CU qui doit être pris rapidement pour être efficace. Le pharmacien a l'obligation de délivrer la CU à qui le lui demande, sans exigence de prescription médicale. Il a l'obligation de la délivrer à titre gratuit aux jeunes filles qui déclarent être mineures, une procédure spécifique de remboursement étant prévue en ce cas.

Mais leur rôle va bien au-delà de la simple délivrance. En l'absence de prescription obligatoire, on estime à 90 % la part de la contraception d'urgence délivrée sans ordonnance dans les officines. Si le produit est en lui-même considéré comme sans danger pour la santé, sa délivrance intervient souvent à un moment où son utilisatrice est en situation de fragilité et reflète par définition un échec ou un défaut de couverture contraceptive. Premier et parfois seul interlocuteur, le pharmacien est appelé à jouer un rôle particulièrement important d'information et de conseil dans une circonstance et sur un sujet particulièrement délicats, qui peut s'avérer décisif en termes de prévention. Pour les jeunes mineures cette responsabilité du pharmacien est précisée et organisée par la réglementation. Selon les termes du décret du 9 janvier 2002⁷³ « *la délivrance par le pharmacien est précédée par un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical* ». Le décret prévoit enfin que le pharmacien doit remettre à la jeune fille une documentation écrite sur ces sujets et lui indiquer les coordonnées du centre de planification le plus proche

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens et les conseils locaux se sont mobilisés pour favoriser une bonne application dans les officines de la législation sur la contraception d'urgence.

Un programme d'accompagnement de la délivrance aux mineures en officine a été élaboré en partenariat entre la CNAMTS et le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM)⁷⁴ afin d'informer les pharmaciens sur le dispositif et de les aider à remplir le rôle particulier qui leur est confié par la réglementation.

⁷² E. Aubeny, « contraceptif postcoïtal : pas avant ! » Prescrire, décembre 2005

⁷³ Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence.

⁷⁴ Le CESPHARM est l'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 à la mise en œuvre de ces missions.

Comme le souligne le rapport remis en 2002 au Parlement la démarche éducative requise du pharmacien est délicate à mettre en œuvre du fait notamment :

- de la situation d'urgence dans laquelle se trouve la jeune fille, qui ne la met pas a priori dans une position d'écoute. Soucieuse d'obtenir un médicament elle ne l'est généralement pas d'un entretien qu'elle n'a pas demandé et qu'elle peut au contraire redouter.
- de l'absence de connaissance (la plupart du temps) par le pharmacien de l'environnement de la jeune fille et de ses conditions de vie
- du manque de confidentialité de l'officine, qui peut constituer un frein au dialogue

Divers outils d'information ont été élaborés en direction des pharmaciens eux-mêmes et du public (utilisatrices de la contraception d'urgence)

- à l'attention des pharmaciens :

« La lettre des nouvelles pharmaceutiques » a à plusieurs reprises publié des articles d'information sur le dispositif. Le CESPARM met par ailleurs à leur disposition la brochure « contraception : pour une prescription adaptée » réalisée par la DGS.

- à l'attention du public

Intitulée « une contraception d'urgence-la pilule du lendemain », la brochure destinée à être remise aux jeunes filles lors de la délivrance de la contraception d'urgence a été élaborée par un comité de pilotage composé d'experts, sous l'égide de la CNAMTS et du CESPARM. Cette brochure a été diffusée systématiquement dans les officines par lots de trente, accompagnés d'un bon de commande les invitant à se réapprovisionner au fur et à mesure de leurs besoins auprès du CESPARM.

Par ailleurs une carte de format carte de crédit a été éditée en direction de la population générale des jeunes afin de faire connaître l'existence de la contraception d'urgence et ses limites d'utilisation. Diffusée via les CPAM elle est mise à disposition des pharmaciens sur demande.

Le bilan qui peut être dressé à ce stade au regard des données disponibles et des éléments recueillis sur le terrain tient en deux points essentiels :

- l'accès à la contraception d'urgence dans les pharmacies a très nettement progressé

les refus explicites de délivrance constatés lors de la mise en place du dispositif sont devenus rares. La procédure de remboursement aux pharmacies des boîtes dispensées gratuitement fonctionne de façon très satisfaisante selon les dires des professionnels, supprimant une cause initiale de réticence. Les refus de principe apparaissent aujourd'hui relativement rares même s'ils n'ont pas totalement disparu et le planning familial signale quelques cas qui sont remontés aux conseils départementaux de l'ordre. Les allégations de rupture de stock sont plus difficiles à réfuter mais peuvent couvrir en réalité un refus de vente. On peut ainsi s'interroger sur l'exemple précité en Languedoc Roussillon des pharmacies qui n'ont jamais commandé de boîte de Norlevo.

Il reste que certains pharmaciens rechignent à délivrer gratuitement la pilule du lendemain aux mineures et persistent à subordonner la délivrance à un paiement. Une enquête menée en 2006 par l'équipe d'un service de gynéco-obstétrique de Nice auprès de 53 pharmacies à travers des « mineures-test » établit que plus d'une officine sur trois a refusé de la délivrer; ces refus étaient dans 80% des cas liés à une exigence de paiement⁷⁵.

- mais sa délivrance s'effectue rarement dans les conditions prescrites par la réglementation et l'accompagnement fait gravement défaut

⁷⁵ DELOTTE J. et al « délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises, *Gynécologie, Obstétrique, fertilité*, vol 36 n°1, janv 2008. Cf. également *Prescrire*, « Contraception postcoïtale : trop de pharmaciens en défaut », octobre 2008, tome 28 n°300.

Certains pharmaciens ne se satisfont pas de la déclaration orale de minorité prévue par la réglementation et réclament une pièce d'identité, exigence indue contraire au respect de l'anonymat. Dans l'enquête précitée menée à Nice, c'est le cas d'une officine sur trois ayant accepté de délivrer la CU.

Même dans les pharmacies ayant accepté de délivrer le produit gratuitement, près d'une fois sur deux le paiement a été demandé dans un premier temps avant que la mineure ne rappelle ses droits. La mission a rencontré des pharmaciens qui revendiquent ce comportement en considérant que la gratuité est un encouragement à réitérer.

Mais c'est au niveau de l'accompagnement et de la démarche d'éducation sanitaire que les manques les plus importants sont constatés. Confrontés à des jeunes pressées et qui cherchent à se dérober, manquant eux même souvent de la disponibilité nécessaire en raison de l'afflux de clientèle, ayant du mal à ménager les conditions d'intimité nécessaires à l'entretien, les pharmaciens reconnaissent eux-mêmes éprouver des difficultés à s'acquitter des responsabilités qui leur ont été confiées en la matière. Dans l'enquête précitée aucune mineure n'a eu d'information sur une contraception régulière, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles ni n'a été orientée vers le centre de planification ou d'éducation.

Certains pharmaciens n'ont pas même connaissance de l'existence de la brochure d'aide à la dispensation alors qu'ils sont pourtant tenus par la réglementation de remettre une documentation écrite pour compléter l'information dispensée par oral. Les chiffres recueillis auprès du CESPARM sont éloquentes de ce point de vue : la diffusion de la brochure est en chute libre (diminution de moitié d'une année sur l'autre) et se situe à un niveau très inférieur au nombre de boîtes délivrées qui ne cesse au contraire d'augmenter : 28 500 brochures ont été commandées par les officines entre le 1^{er} septembre 2005 et le 31 août 2006 alors que 254 000 boîtes de Norlevo ont été délivrées gratuitement aux mineures en 2006.

	Nombre de brochures diffusées (1)	Nombre de boîtes délivrées (2)
2005	57 000	195 901
2006	28 000	254 414
2006/2005	- 51%	+ 30%

Source : CESPARM (1) – Diffusion métropole entre le 1^{er} septembre de l'année précédente et le 31 août de l'année concernée de la brochure « une contraception d'urgence, la pilule du lendemain ».
CNAMTS (2) – Nombre de boîtes de contraception d'urgence remboursées aux officines dans le cadre du dispositif de délivrance gratuite aux mineures.

Une enquête réalisée en Alsace dans le cadre de la présente mission auprès de 462 pharmacies d'officine avec le concours de l'inspection régionale de la pharmacie a permis de recueillir leur point de vue sur le dispositif de délivrance de la contraception d'urgence dix ans après sa mise en place. Il ressort de cette enquête dont les résultats sont présentés de façon plus détaillée en annexe que si la majorité d'entre eux considèrent que le bilan est positif, voire très positif, une part significative (57%) fait état de difficultés dans la mise en œuvre du dispositif.

Difficultés rencontrées par les pharmaciens dans la délivrance de la contraception d'urgence

Une part significative des pharmacies (57 %) fait état de difficultés dans la mise en œuvre du dispositif. La tenue de l'entretien préalable à la délivrance de la contraception d'urgence apparaît comme la principale source de préoccupation, avant les problèmes d'information.

Les difficultés rencontrées pour l'entretien sont diverses :

Le manque de réceptivité, surtout chez les jeunes est une des remarques les plus souvent formulées par les professionnels interrogés.

La demande formulée par un tiers, évidente (partenaire masculin) ou supposée (« amie ») ne

permet pas de mener un entretien en direct

La difficulté d'assurer la confidentialité, qui peut résulter d'un problème de disposition des locaux, de l'affluence, (surtout pendant les gardes), ou d'un environnement peu favorable à l'anonymat (dans les villages)

Le manque de temps, surtout du côté de la clientèle qui fuit l'entretien, mais aussi parfois du côté des pharmaciens, dont certains reconnaissent une disponibilité insuffisante en période d'affluence et pendant les gardes.

Les problèmes d'information

90 % des professionnels estiment avoir une information suffisante sur le produit lui-même et ses conditions de délivrance.

Certains regrettent de ne pas disposer en quantité suffisante de la documentation qu'ils sont supposés remettre aux utilisatrices, d'autres semblent en ignorer l'existence. Les carences d'information de la clientèle sur le produit lui-même mais aussi, de façon plus large, sur la vie reproductive et sexuelle sont signalées comme un facteur de difficulté pour le pharmacien.

La déclaration de minorité

La loi prévoit la gratuité pour les mineures, sur simple déclaration de celles-ci. L'incertitude sur l'âge réel de la demandeuse en l'absence de justificatif est un motif de préoccupation qui embarrasse certains pharmaciens au point qu'ils semblent en oublier la législation en exigeant parfois une pièce d'identité.

Par ailleurs un certain nombre de professionnels hésitent sur la conduite à tenir dans certains cas :

Les demandes « à l'avance »

Les demandes réitérées

Source : Enquête menée auprès des pharmaciens d'Alsace avec l'Inspection régionale de la pharmacie (cf présentation en annexe)

2.5.2. Les infirmières scolaires

La possibilité pour l'infirmière scolaire d'administrer la contraception d'urgence aux élèves en faisant la demande et répondant aux conditions d'utilisation efficace du produit a donné lieu à des critiques et débats particulièrement vifs. Outre les oppositions de fond qu'elle a pu susciter quant à la prise en charge de cette problématique en établissement scolaire une telle mesure a soulevé les critiques au regard notamment du monopole des pharmacies quant à la délivrance des médicaments ainsi qu'au regard du statut de la profession infirmière, auquel le pouvoir de prescrire n'est pas reconnu. Ces débats sont perceptibles à travers le luxe de précautions dont est assortie dans la loi l'autorisation donnée aux infirmières scolaires de délivrer la contraception d'urgence : « si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible », « à titre exceptionnel », « dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée », et dans des conditions strictement encadrées par un protocole national déterminé par décret.

Comme pour les pharmaciens, le rôle des infirmières ne s'arrête pas à la délivrance du médicament et la loi précise qu'« elles s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical ».

L'ouverture d'une possibilité d'accès à la contraception d'urgence via les infirmières scolaires s'explique par la priorité donnée à l'objectif de prévention et par la prise en considération des faits : une jeune fille scolarisée est limitée dans ses mouvements. Elle correspond à un réel besoin : les acteurs de terrain racontent comment ils sont confrontés à la détresse et à l'angoisse de la jeune fille qui vient les voir lundi matin à la suite d'un rapport de week-end non ou mal protégé, alors qu'elles n'ont pas l'autorisation de quitter l'école si elles sont mineures et que les centres de planification familiale sont fermés ainsi que de nombreuses pharmacies.

Pourtant, comme on l'a vu plus haut, la délivrance par cette voie demeure limitée et la demande de la part des élèves, loin de suivre la progression enregistrée de façon générale en matière de contraception d'urgence, demeure globalement stable.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à freiner cette demande du côté des élèves, parmi lesquels :

- la fermeture de l'infirmerie en l'absence de personnel lorsque le poste est vacant ou lorsque l'infirmière scolaire se partage entre plusieurs établissements (c'est le cas pour les établissements du premier degré où l'exercice infirmier se fait en poste mixte) ;
- Les efforts menés du côté de l'Education nationale pour renforcer les effectifs infirmiers devraient contribuer à améliorer la situation sans pour autant permettre la présence d'une infirmière pour répondre à la demande dans chaque établissement
- un souci de confidentialité vis-à-vis de l'équipe éducative et des pairs : la visite à l'infirmerie passe difficilement inaperçue auprès des camarades de classe et peut donner lieu à des questions gênantes. La notion de secret professionnel n'est pas toujours bien connue des jeunes qui redoutent la divulgation d'informations par l'infirmière scolaire, perçue d'abord comme un personnel de l'établissement
- la crainte que la famille soit prévenue : selon le protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire « l'infirmier(e) propose à l'élève, qui peut le refuser, de s'entretenir avec l'un des titulaires de l'autorité parentale de la démarche d'aide et de conseil mise en œuvre ». Les bilans annuels dressés par la DGESCO mentionnent que 5 à 6 % seulement des élèves concernées acceptent que leurs parents soient avertis lors de la délivrance d'une contraception d'urgence.
- les conséquences aléatoires d'une telle démarche qui ne débouche pas nécessairement sur la délivrance directe de la contraception d'urgence par l'infirmière scolaire mais conduit l'élève à engager un dialogue et un suivi dont l'élève n'est pas nécessairement demandeur.

Du côté des infirmières scolaires les bilans annuels font état de problèmes pratiques tels que

- l'absence ou l'insuffisance de budget pour procéder à l'achat de la contraception d'urgence, qui conduit, comme l'illustre l'exemple ci-dessous, à une politique d'administration malthusienne. A noter que la mise à disposition de boîtes gratuites par les CPAM ou le Conseil général permet parfois de pallier ces difficultés.

Le dilemme de l'infirmière scolaire

La personne rencontrée est responsable de l'infirmerie d'un lycée de 2000 élèves. Elle dispose d'un budget de 200 euros par an –soit 10 centimes par élève- pour approvisionner et faire fonctionner la pharmacie. Dans ces conditions il lui paraît impossible d'avoir plus d'une boîte de Norlevo en stock (dont elle surestime d'ailleurs le prix, en l'évaluant à 15 euros, soit près de deux fois son prix réel). Confrontée à une demande le lundi matin, elle hésite à se défaire de son exemplaire unique de peur de ne pouvoir faire face à une demande ultérieure plus prioritaire encore. Au total elle estime satisfaire en moyenne une dizaine de demandes par an, les autres étant orientées vers des relais extérieurs (centre de planification, médecin,..).

Source : Entretien mené par la mission

- l'éloignement des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) dont les jours et horaires d'ouverture ne sont pas compatibles avec les disponibilités des élèves (2 ou 3 jours par semaine, fermeture le mercredi et à partir de 17 heures,...) même si l'excellence du partenariat est par ailleurs très souvent soulignée
- la difficulté à décrocher des rendez-vous en urgence, à obtenir une autorisation de sortie de l'établissement pour les élèves sans trahir la confidentialité de la démarche, à organiser leur transport et leur accompagnement

L'analyse des instructions internes à l'Education nationale ainsi que les entretiens avec les personnels infirmiers renforcent par ailleurs l'impression d'une gestion particulièrement prudente des compétences dévolues en matière de contraception d'urgence.

Le texte du bulletin officiel de l'Education nationale sur les soins d'urgence⁷⁶ témoigne d'une lecture particulièrement rigoureuse de la loi et des conditions fixées pour la délivrance par l'infirmière scolaire de la contraception d'urgence: la notion « d'urgence et détresse caractérisée » qui y figure pourrait être considérée comme remplie dès lors qu'une jeune fille se présente à l'infirmier suite à un rapport non protégé et demande à bénéficier d'une contraception d'urgence. Mais il semble que l'interprétation donnée en soit plus restrictive, de même que celle relative à l'impossibilité d'accéder immédiatement à un médecin ou un CPEF qui paraît pourtant établie dès lors que la jeune fille se trouve dans l'enceinte de l'établissement pendant les horaires scolaires. Le renvoi à des partenaires extérieurs, qui tend il est vrai à diminuer, apparaît pour le moins paradoxal par rapport à l'esprit du texte qui vise bien à faciliter l'accès à la contraception d'urgence pour des jeunes filles qui pourraient se la procurer librement en pharmacie si elles ne se trouvaient dans l'enceinte scolaire.

D'une manière générale il semble que les infirmières scolaires, pour diverses raisons dont certaines viennent d'être exposées, ne soient pas nécessairement très enclines à distribuer elles-mêmes la contraception d'urgence et se considèrent plutôt comme un tout dernier recours. Certaines d'entre elles craignent en outre de procéder à une mauvaise appréciation du risque de grossesse et des conditions techniques d'utilisation de la contraception d'urgence et préfèrent se couvrir par le recours à un médecin. Ainsi l'une des infirmières rencontrées par la mission fait-elle état des difficultés qu'elle rencontre pour évaluer la conduite à tenir lors d'un oubli de pilule, compte-tenu de la grande variété des cas possibles, qui la conduisent à se référer systématiquement au Samu pour un conseil technique.

2.6. L'insuffisance du lien avec la contraception régulière

Bien que la contraception d'urgence par progestatif seul ne présente pas de contre-indication, les recommandations pour la pratique clinique⁷⁷ déconseillent son utilisation répétitive en raison de son insuffisante efficacité et des effets indésirables qu'elle est susceptible d'engendrer. Elles envisagent donc la contraception d'urgence comme une « méthode passerelle ». En tant que telle, la contraception d'urgence est supposée intervenir en complément d'une autre méthode de contraception et constitue une sécurité supplémentaire en cas d'oubli ou de défaillance de cette méthode.

Dans la pratique il semble pourtant que les liens de complémentarité soit peu développés entre ces deux démarches qui sont trop rarement associées et semblent plutôt fonctionner en parallèle

2.6.1. De la contraception d'urgence à la contraception régulière

L'un des objectifs explicites de l'entretien prévu par la réglementation lors de la délivrance d'une contraception d'urgence vise à fournir l'information nécessaire pour l'accès à une contraception régulière. Le pharmacien doit orienter la jeune fille vers un médecin ou vers le CEPF le plus proche. Ce rôle de conseil et d'orientation est particulièrement nécessaire en cas de recours réitéré à la contraception d'urgence qui témoigne soit de l'absence de méthode de contraception régulière soit d'une inadéquation de la méthode utilisée aux besoins et attentes de l'utilisatrice, inadéquation génératrice de problèmes d'observance. Les carences relevées dans l'accompagnement

⁷⁶ Bulletin Officiel de l'Education Nationale HS n°1 du 6 janvier 2000

⁷⁷ Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, recommandations pour la pratique clinique, ANAES-AFSSAPS-INPES, décembre 2004

de la délivrance d'une contraception d'urgence sont dans cette perspective particulièrement préoccupantes.

2.6.2. De la contraception régulière à la contraception d'urgence

Quelle que soit l'efficacité théorique d'une méthode de contraception des aléas sont susceptibles d'intervenir en pratique courante, qui exposent à un risque de grossesse : oubli de pilule, problème de (ré)approvisionnement, trouble digestif, non utilisation ou rupture de préservatif,....

Les recommandations pour la pratique clinique invitent les praticiens, lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, à informer préventivement les femmes « des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès ». Une telle information est loin d'être systématiquement délivrée, les médecins apparaissant dans l'ensemble encore peu sensibilisés à ce type d'approche.

Le dossier du CESPARM de 2007 sur la contraception invite de son côté⁷⁸ les pharmaciens lorsqu'ils sont confrontés à une prescription de contraception orale à délivrer une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli et note que celle-ci « n'est pas encore bien connue de tous les professionnels ni mise à jour sur toutes les notices ». Il les exhorte par ailleurs à « informer sans relâche sur le fait que vomissements et diarrhée importante équivalent à un oubli », l'omission de cette information étant responsable de nombreuses grossesses imprévues.

Au-delà de l'information, un pas supplémentaire pourrait être franchi en assortissant la prescription contraceptive de celle d'une contraception d'urgence et en invitant la femme à se la procurer d'avance « pour le cas où ». Il semble que dans les faits une telle démarche pourtant simple soit relativement rare : peu de médecins font une prescription de contraception d'urgence à titre préventif. D'ailleurs la contraception d'urgence semble bien peu abordée dans l'enseignement et la littérature médicale⁷⁹.

Les recommandations précitées mentionnent l'existence d'études permettant de conclure à l'intérêt d'informer et de prescrire en avance une contraception d'urgence mais ne vont pas au-delà, arguant que les études « *ne permettent pas d'écarter qu'en parallèle cette pratique entraîne un défaut d'observance* ». Cet argument peut étonner au regard de la situation actuelle, caractérisée par la fréquence des oublis de pilule d'une part, et par le non recours systématique à la contraception d'urgence en cas d'oubli, d'autre part.

3. RECOMMANDATIONS

Le constat qui précède permet d'identifier des axes de recommandation pour les politiques publiques en matière de contraception.

3.1. Trois niveaux d'action

Les résultats très significatifs obtenus sur l'utilisation du préservatif lors de l'entrée dans la sexualité montrent l'efficacité que peuvent avoir des messages et actions de prévention bien ciblés. Le développement des travaux d'étude sur la contraception, les trajectoires des femmes, les facteurs déterminant l'apparition des grossesses non prévues et la netteté de leurs résultats⁸⁰ ont contribué à une prise de conscience parmi les responsables et acteurs de la santé publique des inflexions souhaitables en matière de contraception. Le slogan de la récente campagne - « la

⁷⁸ « Contraception », Les dossiers du Comité, CESPARM, 2007

⁷⁹ Ainsi dans un ouvrage de 335 pages comme « l'IVG et sa prévention » paru chez Masson 2 phrases sont consacrées à la contraception d'urgence ...

⁸⁰ Cf notamment les travaux de l'Inserm-Ined précités (N Bajos et al)

meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit»- traduit un début d'infléchissement de la perspective, déjà amorcé dans les recommandations pour la pratique clinique de 2004⁸¹. Il reste à mettre en place les conditions favorables à une évolution effective des pratiques et des comportements, tant chez les prescripteurs que chez les utilisatrices/eurs potentiels de la contraception. Choisir sa contraception, oui, mais le choix doit être possible.

Il importe d'être bien au clair sur les attentes que l'on peut avoir et sur les objectifs que l'on peut fixer à une politique de prévention dans le domaine de la contraception. « La stratégie d'actions en matière de contraception » élaborée par la Direction générale de la santé en 2007 fournit à cet égard un cadre pertinent qu'il s'agit ici de prolonger en insistant sur les leviers opérationnels par rapport à trois enjeux majeurs que constituent :

3.1.1. La diffusion de la contraception.

Le niveau très élevé de la couverture contraceptive en France et l'importance du recours aux méthodes médicales ne permettent pas d'escompter de développements spectaculaires de ce point de vue. Des marges de progression existent cependant, liées à la persistance de difficultés d'accès à la contraception et la mise en évidence de situations de fragilité mal couvertes.

3.1.2. Le choix de la contraception

Les initiatives récemment prises insistent sur l'objectif d'une meilleure adaptation de la contraception aux besoins des femmes et des couples comme gage d'une meilleure efficacité. Cet objectif suppose des changements importants au niveau des modes de prescription et de la relation entre prescripteur et utilisateur, qui ne se décrètent pas mais que les pouvoirs publics peuvent encourager. Par ailleurs il importe que l'offre de contraception et ses conditions de disponibilité permettent d'effectuer un choix non contraint par d'autres facteurs que l'adaptation aux besoins. Les conditions de remboursement de la contraception, en particulier, devraient prendre en compte l'objectif d'efficacité.

3.1.3. L'utilisation de la contraception

La façon dont la contraception prescrite est utilisée constitue un enjeu crucial pour diminuer les échecs contraceptifs. Il s'agit de réduire l'écart entre efficacité théorique et pratique des différentes méthodes. Objectif particulièrement délicat dans la mesure où il suppose d'agir sur les comportements dans un domaine qui relève de l'intime. Mais des mesures de santé publique peuvent contribuer à créer un cadre et des conditions plus ou moins favorables à l'observance, aider à prévenir et éventuellement rattraper les erreurs de parcours.

Le développement de l'information, l'adaptation de son contenu constituent à l'évidence un enjeu majeur au regard de la prévention des grossesses non désirées. Les recommandations en la matière figurent dans le rapport thématique consacré à cette question et ne seront donc pas abordées ici.

3.2. *Pour une contraception encore plus accessible*

3.2.1. Assurer un accès gratuit et confidentiel des jeunes à la contraception

La gratuité est la seule façon d'assurer la mise en œuvre effective des dispositions légales selon lesquelles le consentement des parents n'est pas requis pour la prescription et la délivrance de la contraception. A défaut, les dépenses correspondantes seront remboursées sur la sécurité sociale des parents ce qui ne permet plus de conserver le secret et peut barrer de fait l'accès à la

⁸¹ ANAES et al, op cit, 2004

contraception. A noter que la gratuité des produits contraceptifs ne suffit pas et doit nécessairement et pour des raisons analogues s'accompagner d'un accès gratuit à la consultation d'un prescripteur. Enfin la question se pose non seulement pour les mineurs mais aussi pour les jeunes majeurs lorsqu'ils dépendent de leurs parents pour la couverture sociale. A l'inverse elle ne concerne pas nécessairement tous les jeunes puisque pour nombre d'entre eux l'accès à la contraception se fait en bonne intelligence avec les parents et peut donc être pris en charge selon le dispositif de droit commun.

Les centres de planification familiale ne sont pas en mesure d'assurer à eux seuls l'accès des jeunes à la contraception sur l'ensemble du territoire. D'où la multiplication des expériences notamment en zone rurale qui répondent à un vrai besoin mais dont le montage s'avère lourd et onéreux.

La solution évidemment la plus simple, sans doute la plus efficace et peut-être paradoxalement la moins coûteuse en termes de gestion collective serait évidemment d'assurer la gratuité de la contraception pour les jeunes, solution préconisée notamment dans le rapport précité du professeur Nisand sur la prévention de l'IVG chez les mineures et dans le rapport précité de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur le suivi de la loi du 4 juillet 2001

Dans cette perspective pourrait être envisagé la mise en place d'un dispositif spécifique reposant sur un réseau de professionnels (médecins, sage-femmes, pharmaciens) acceptant le tiers payant, à l'image du dispositif mis en place dans les pharmacies pour la contraception d'urgence et de certains dispositifs mis en place au plan local. Ce réseau de professionnel pourrait également être mis à contribution pour assurer le développement des actions d'information et d'éducation à la sexualité qui doit nécessairement accompagner l'amélioration des possibilités d'accès à la contraception.

Recommandation n°1 : Mettre en place un réseau de professionnels de santé acceptant le tiers payant pour assurer l'accès gratuit des jeunes à la contraception et leur information sur les questions de santé sexuelle.

A titre alternatif le dispositif pourrait prendre appui sur la consultation annuelle gratuite prévue pour les 16-25 ans. Celle-ci doit être organisée de façon à aborder systématiquement les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, à orienter les jeunes vers les structures et interlocuteurs adaptés et pourrait déboucher si besoin sur la prescription et la délivrance gratuite de produits contraceptifs.

La mesure de gratuité devrait être applicable à tous les mineurs mais aussi aux jeunes **de 18 à 25 ans** dépourvus de couverture sociale autonome en faisant la demande.

Recommandation n°2 : Etendre le principe de la gratuité au-delà de 18 ans pour les jeunes jusqu'à 25 ans dépourvus de couverture sociale autonome et en faisant la demande

3.2.2. Mieux connaître et utiliser les capacités des structures spécialisées en matière de planification familiale

Les centres de planification ou d'éducation familiale (C.P.E.F.) constituent à l'heure actuelle le seul moyen pour les jeunes d'accéder à la contraception dans des conditions de gratuité et de confidentialité leur permettant d'exercer dans les faits l'autonomie que la loi leur reconnaît dans ce domaine par rapport à leurs parents. Ils sont également pour les femmes en difficulté qui n'ont pas de couverture sociale une voie essentielle voire exclusive d'accès à la contraception.

La mission irremplaçable qui leur incombe dans ce contexte se heurte pourtant à divers obstacles : une implantation inégale sur le territoire, des financements inégaux et parfois aléatoires, des problèmes de recrutement... Placés sous la compétence des conseils généraux ils ont des modes

d'organisation et de gestion divers, et des relations qui ne sont pas toujours clairement définies avec les structures financées par l'assurance maladie (centres hospitaliers) ou l'Etat (établissements d'information, de consultation ou de conseil familial -E.I.C.C.F- avec lesquels ils sont souvent confondus).

Les difficultés récentes et amplement médiatisées des centres dépendant du MFPF ont témoigné de la fragilité d'institutions qui occupent une position stratégique dans le dispositif de prévention.

La décentralisation ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble de leur situation, de leurs réalisations ni de leurs difficultés. Leur relatif éparpillement ne permet pas non plus de faire connaître ou de diffuser les expériences intéressantes et bonnes pratiques.

Comme pour d'autres politiques sociales décentralisées on constate dans le domaine de la planification familiale un déficit de connaissance de suivi, d'évaluation et de contrôle⁸². Le groupe de travail réuni dans le cadre du CSIS notait dans son rapport de septembre 2004 sur l'évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité que ni les centres de planification ou d'éducation familiale, ni les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial « ne faisaient l'objet d'aucun suivi statistique ni d'évaluations régulières de la part des services de l'Etat »⁸³.

Un bilan de la situation des centres et des établissements apparaît nécessaire afin de mieux cerner le dispositif opérationnel, et d'évaluer ses atouts et ses faiblesses pour mettre en œuvre les objectifs de prévention. Il est proposé d'en confier la réalisation à l'IGAS qui en a la compétence aux termes de la loi (art L 221-9 du CASF).

Recommandation n°3 : Lancer une évaluation de la situation des centres et établissements de planification.

3.2.3. Assurer le suivi des nouvelles mesures prises dans le cadre de la loi HPST

Diverses dispositions de la loi du 21 juillet 2009 dite HPST visent à élargir la base des prescripteurs et à assouplir les conditions de délivrance des prescriptions en matière de contraception (*Cf tableau supra*). Certaines réticences s'étaient manifestées lors du débat sur les risques potentiels pour la santé des femmes d'un moindre encadrement médical de la contraception. Mais les bénéfices attendus de ces mesures en termes d'accès et de continuité de la couverture contraceptive l'ont emporté dans la décision finale.

Il apparaît nécessaire de mettre dès maintenant en place les éléments qui permettront de faire remonter d'évaluer à terme l'impact de ces mesures prises individuellement et de façon cumulée : utilisation par les femmes conditions d'intervention des différents professionnels concernés, impact sur le suivi gynécologique des femmes,...

Recommandation n°4 : Définir et mettre en place un dispositif d'évaluation pour apprécier l'impact des différentes mesures introduites par la loi du 21 juillet 2009

Les dispositions relatives aux expérimentations ayant été annulées par la décision du Conseil constitutionnel, celle qui portait sur une procédure de délivrance directe de la contraception oestroprogestative en pharmacie a donc été retirée à ce stade. Mais l'opportunité sur le fond d'une telle initiative n'a pas été remise en cause par cette décision. La question de la délivrance directe,

⁸² IGAS, rapport annuel 2007-2008 « les politiques sociales décentralisées », La documentation française, novembre 2008.

⁸³ CSIS « évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité » rapport du groupe de travail piloté par Françoise LAURANT, présidente du MFPF, septembre 2004.

notamment pour une première contraception, demeure posée et mérite d'être examinée. Dans cette perspective l'expérience londonienne pourrait être mise à profit, avec l'envoi d'une mission d'information et d'étude au Royaume-Uni, pour mieux préparer les conditions d'une éventuelle expérimentation en France.

Une telle démarche apparaît possible en France et la mission a pu constater sur le terrain qu'il existe des acteurs motivés qui y ont réfléchi et s'y sont préparés. Mais l'expérimentation ne peut être vraiment utile que si elle repose sur un protocole précis et rigoureux conçu pour permettre d'apprécier l'opportunité ou non d'une extension au plan national

Recommandation n°5 : Analyser l'expérience britannique de délivrance directe des contraceptifs en pharmacie

Recommandation n°6 : Envisager un nouveau projet législatif pour lancer en France une expérimentation de délivrance directe, limitée dans le temps et accompagnée d'un protocole précis et rigoureux

3.3. Pour une contraception plus efficace

3.3.1. Développer la place des méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance

Le constat qui précède montre l'importance des échecs dans un modèle contraceptif dont l'efficacité pratique est suspendue à un effort de vigilance quotidienne sur très longue période de la grande majorité de la population féminine. Dès lors un objectif de la politique de santé publique dans ce domaine doit viser à diminuer l'importance du biais lié à l'observance.

Prises en charge par l'assurance maladie, deux méthodes assurent une couverture contraceptive efficace et de longue durée : il s'agit du DIU (stérilet) et de l'implant sous-cutané. Ces deux formes de contraception, malgré leur efficacité reconnue, tant en utilisation optimale qu'en pratique courante, puisque débarrassée du biais lié à l'observance, sont pourtant peu utilisées en France pour des raisons diverses qui tiennent notamment à des problèmes d'image ou de représentation tant auprès des utilisatrices potentielles que des médecins. Beaucoup moins portées que la contraception orale par le marketing des laboratoires ces méthodes mériteraient d'être relayées par des actions de communication publiques. De ce point de vue l'objectif poursuivi par l'INPES de « *promouvoir la diversité des moyens de contraception, notamment auprès des couples de 20 à 30 ans* » apparaît pertinent pour toutes les catégories d'âge et suppose à la fois de promouvoir d'autres formes de contraception que la contraception orale et de continuer à combattre les idées reçues tant auprès des professionnels que du grand public.

La contraception progestative injectable n'est pratiquement pas utilisée en France. Selon les recommandations pour la pratique clinique cette méthode « n'est à considérer qu'en cas de difficultés d'observance ou dans des contextes socioculturels particuliers » ce qui ouvrirait pourtant un champ d'application non négligeable et certains médecins estiment qu'elle offre des possibilités sous-utilisées en raison d'une mauvaise image liée notamment à une tradition d'utilisation chez les personnes handicapées mentales.

Recommandation n°7 : Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée, et en particulier le stérilet

Quant à la stérilisation à visée contraceptive, sa sous utilisation en France, par comparaison notamment avec les pays anglo-saxons, relève sans aucun doute d'un modèle culturel qui dépasse largement les possibilités d'action d'une politique de santé publique. Mais celle-ci pourrait toutefois s'attacher à accroître la notoriété de cette méthode tant auprès du public que des

professionnels de santé. Ses évolutions tant juridiques que techniques sont en effet mal connues, et elle est rarement perçue comme une façon possible d'envisager la contraception.

Recommandation n°8 : Présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception

De nouvelles formes de contraception hormonale sont apparues plus récemment qui offrent une excellente efficacité à la fois théorique et pratique car non soumise, à la différence de la pilule, à des contraintes d'observance quotidienne : le patch et l'anneau sont pourtant encore peu diffusés car encore peu connus, mais aussi pour des raisons financières.

Le coût de ces contraceptifs actuellement non remboursés constitue comme on l'a vu un réel obstacle à leur accès alors qu'ils présentent l'avantage d'un mode d'utilisation plus souple que la pilule, mieux adapté à une sexualité non régulière sur longue période. La diminution du coût de ces produits et/ou leur remboursement est donc susceptible, plus encore que l'extension des catégories de pilule prises en charge, d'accroître l'éventail des choix contraceptifs et d'améliorer l'efficacité globale de la couverture contraceptive par une meilleure adaptation aux besoins.

Le retour à attendre, en termes de prévention des grossesses non désirées, des investissements qui seront faits en ce sens s'avère a priori avantageux.

De telles mesures pourraient éventuellement être testées dans un premier temps auprès de populations jeunes pour lesquelles ces formes de contraception peuvent constituer des solutions adaptées et attractives.

Recommandation n°9 : Engager une négociation avec les laboratoires pharmaceutiques en vue du remboursement des nouvelles formes de contraception hormonale non orale.

3.3.2. Anticiper les problèmes de gestion de la contraception

Il ressort du constat que le taux relativement élevé des échecs contraceptifs en France reflète une confiance excessive dans l'efficacité théorique de la contraception. Il s'agit de diminuer l'écart constaté entre efficacité théorique et pratique des modes de contraception en anticipant, dès la prescription, les problèmes de gestion pratique de la contraception.

Une première voie et sans doute la meilleure réside évidemment dans le choix de la méthode elle-même : lors d'une première prescription, le diagnostic des éventuelles contre-indications médicales à la contraception orale doit s'accompagner d'un diagnostic des éventuelles inadaptations psychosociales à une méthode exigeante en termes d'observance ; lors d'un renouvellement la question des oublis devrait être systématiquement posée pour envisager éventuellement une forme de contraception plus adaptée. Les recommandations pour la pratique clinique sont explicites sur ces deux points et les professionnels doivent être encouragés à les mettre en œuvre.

Lorsque le choix du prescripteur et de la patiente se porte sur la contraception orale il ne faut pas sous-estimer l'intérêt et la portée de conseils très pratiques pour organiser la gestion quotidienne de la pilule. Certains professionnels l'ont bien compris qui n'hésitent pas à suggérer, surtout aux plus jeunes, des « trucs » pour favoriser l'observance tels que : faire sonner son portable, avoir une deuxième plaquette dans son sac en cas d'oubli, ... mais une telle attitude est loin d'être majoritaire, nombre de médecins se cantonnant dans une attitude purement scientifique.

La femme doit par ailleurs être systématiquement et exhaustivement informée des situations susceptibles de l'exposer à un risque de grossesse : oubli, troubles digestifs, interaction médicamenteuse, décalage horaire, ... et la conduite à tenir en ce cas doit lui être très clairement exposée.

La mise en œuvre de ces orientations passe assez largement par la formation des prescripteurs et futurs prescripteurs (*cf ci-dessous*) D'autres mesures complémentaires sont susceptibles de contribuer à améliorer l'observance et à pallier les incidents de parcours :

- *l'élaboration et la mise à disposition dans tous les lieux de prescription et de délivrance d'une brochure grand public* abordant en termes très pratiques la gestion de la contraception orale et les problèmes d'observance pourrait constituer une aide précieuse pour les utilisatrices et pour les médecins qui n'ont pas nécessairement la disponibilité suffisante pour le faire.

Recommandation n°10 : Mettre à disposition du grand public des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception

- *le développement pour les contraceptifs de présentations et conditionnements favorisant l'observance* pourrait limiter une cause reconnue d'oubli ou d'erreur que constitue la période d'arrêt mensuel de la contraception orale. Ce problème pourrait trouver une solution relativement aisée dans une présentation plus adaptée des plaquettes de pilules sur 28 jours, pourtant seuls quelques produits des dernières générations bénéficient d'une présentation sous forme continue. Le Plan santé jeunes comprenait un objectif à cet égard consistant à «améliorer l'observance en adaptant le conditionnement des contraceptifs avec l'AFSSAPS et les laboratoires». Cet objectif n'a pas reçu d'exécution pour le moment et mériterait d'être repris et développé au-delà de la seule population jeune.

Recommandation n°11 : Mettre en œuvre l'objectif du Plan santé jeunes visant à adapter le conditionnement des contraceptifs pour améliorer l'observance

- *La prescription d'une contraception d'urgence en complément d'une contraception orale* serait de nature à limiter les conséquences des oublis en termes de grossesses non désirées menant souvent en ce cas à l'IVG. La prudence (HAS) voire la réticence (AFSSAPS) manifestée par les institutions en charge de la santé publique tendent à freiner le développement d'une telle pratique. Cette question mérite d'être réexaminée si l'on veut diminuer le nombre de grossesses non désirées, la non disposition du produit étant une des raisons qui expliquent le trop faible recours à la contraception d'urgence en cas d'oubli.

Recommandation n°12 : Promouvoir la prescription d'une contraception d'urgence en complément de la contraception orale (cf recommandation 18)

3.4. Pour une contraception mieux adaptée aux besoins et situations individuels.

3.4.1. Mieux préparer les praticiens à leur rôle en matière de contraception

La maîtrise de la fécondité est une question qui concerne potentiellement à un moment ou l'autre de la vie l'ensemble de la population. La place qui lui est donnée dans la formation des futurs médecins ne reflète en rien cette réalité ni le rôle croissant que sont appelés à jouer les généralistes dans la prise en charge de la contraception. La révision des études médicales devrait être l'occasion de procéder à un ajustement des programmes et à une revalorisation des heures d'enseignement dans cette perspective. Il conviendrait notamment de développer la place donnée à la contraception dans le programme des questions susceptibles d'être posées à l'examen classant national qui tend à modéliser l'enseignement. Par ailleurs l'organisation des stages dans le cadre de l'internat devrait mieux prendre en compte la place croissante qu'est appelée à prendre la gynécologie et notamment la prescription contraceptive dans la pratique des futurs médecins généralistes.

Recommandation n°13 : Développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins

S'agissant des médecins en exercice, la formation continue devrait être développée à la fois pour permettre une actualisation des connaissances scientifiques dans ce domaine en évolution et pour impulser des attitudes, réflexes et positionnement adaptés au contexte particulier de la consultation contraceptive. La mise en œuvre des recommandations pour la pratique clinique serait favorisée par des actions de formation et de sensibilisation de ce type.

Des programmes de formation du type de celui développé par le collège des généralistes enseignants qui apparaît dans cette perspective particulièrement pertinent devraient être encouragés et démultipliés.

Recommandation n°14 : Encourager le développement d'actions de formation médicale continue axées sur la contraception

La loi du 21 juillet 2001 a significativement élargi les compétences des sages-femmes qui peuvent désormais prescrire toutes les formes de contraception tout au long de la vie génitale de la femme, sans autre restriction que le renvoi vers le médecin des cas pathologiques. Si le niveau de formation et de compétence des sage-femmes les rend particulièrement aptes à exercer cette mission, l'enseignement qui leur est dispensé doit être adapté pour intégrer pleinement cette nouvelle perspective et les y préparer, y compris dans l'accomplissement d'actes techniques comme la pose d'un dispositif intra utérin.

Recommandation n°15 : Adapter le programme des études de sage-femme aux nouvelles compétences que leur reconnaît la loi du 21 juillet 2001 en matière de contraception

3.4.2. Revaloriser et développer la fonction de conseil en matière de contraception

Mener une consultation contraceptive dans les conditions préconisées plus haut requiert une disponibilité et un temps suffisants, qui ne s'accommodent guère des conditions actuelles d'exercice et de rémunération des médecins généralistes et des sages-femmes qui seront de plus en plus amenés à intervenir dans ce domaine. Il conviendrait d'examiner la faisabilité de valoriser ce type de consultation en lui accordant une cotation supérieure. On pourrait par exemple imaginer que toute femme en âge de procréer ait droit selon une périodicité à définir à une consultation de ce type pour laquelle le praticien bénéficierait d'un complément de rémunération. Celui-ci pourrait éventuellement être réservé aux praticiens ayant suivi une formation spécifique sur la contraception.

Recommandation n°16 : Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive

Les professions médicales ne sauraient à elles seules porter la responsabilité de l'amélioration des pratiques contraceptives. Les conseillères conjugales et familiales constituent dans cette perspective une ressource essentielle, qui mérite d'être reconnue, développée et mieux utilisée. Le rapport de l'IGAS sur leur statut⁸⁴ comporte un ensemble d'observations qui sont toujours d'actualité et des propositions sur la valorisation du métier, qui devraient être mises en œuvre si l'on veut poursuivre et intensifier les efforts de prévention dans le domaine de la santé reproductive.

Parmi celles-ci l'appellation de « conseillère conjugale » ne reflète plus la réalité de leurs conditions d'exercice et devrait impérativement être revue pour mieux refléter leurs fonctions effectives et rendre leur accès plus aisé pour les jeunes en demande de contraception, qui se situent très rarement dans une démarche « conjugale ». Par ailleurs leurs conditions de rémunération plus que médiocres font obstacle au développement de cette profession.

⁸⁴ GAL C, VILCHIEN D, SALZBERG L, « Le statut des conseillères conjugales et familiales », rapport IGAS, octobre 2006

Il conviendrait par ailleurs d'envisager des modalités nouvelles de coopération avec les praticiens pour tirer le meilleur parti des compétences respectives : l'organisation des centres de planification ainsi que les expériences étrangères suggèrent l'intérêt d'expérimenter l'intervention de conseillers pour préparer la consultation médicale par exemple dans les centres et maisons de santé et en relais des médecins dans les zones rurales dépourvues de centres de planification. Par ailleurs les centres de planification pourraient être le lieu de développement d'expériences de prescription déléguée qui pourraient être réalisées par des conseillères dûment formées sous la responsabilité du médecin, en s'inspirant du dispositif québécois d'ordonnance collective.

Recommandation n°17 : Améliorer le statut, actualiser le positionnement et développer l'intervention des conseillères conjugales et familiales

3.5. Tirer un meilleur parti de la contraception d'urgence

3.5.1. Permettre d'anticiper l'urgence

Même si les pouvoirs publics se sont efforcés de ménager un accès facile à la contraception d'urgence, son niveau d'utilisation demeure trop faible pour avoir un impact repérable sur le nombre d'IVG. La contraception d'urgence est un produit dont l'efficacité est étroitement corrélée à sa rapidité d'administration et qui devrait dans toute la mesure du possible être pris dans les 24 heures. La conséquence logique de cette notion d'urgence serait de s'assurer la disponibilité à l'avance du produit « pour le cas où », comme c'est le cas par exemple des médicaments utilisés pour les crises de migraine.

Ce qui pourrait se traduire concrètement par

- la prescription systématique et détaillée d'une contraception d'urgence lors de la première prescription d'une contraception orale, afin de diminuer le nombre des grossesses sous pilule,
- des protocoles d'évaluation pour apprécier les effets d'une telle stratégie, notamment sur l'observance,
- des conditionnements adaptés, sous la forme par exemple de kits de prévention regroupant pilule, préservatifs et contraception d'urgence,
- l'inclusion de la « pilule du lendemain » parmi les produits figurant dans les trousse de secours d'urgence (nécessaire de voyage, trousse de secours des bateaux, des automobiles,...).

Recommandation n°18 : Encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence « à l'avance »

3.5.2. Accompagner les pharmaciens dans la délivrance en officine

Les divers entretiens avec les professionnels et l'enquête menée auprès des pharmacies d'officine montrent que si la plupart des pharmaciens sont bien au fait des objectifs et des caractéristiques techniques de la contraception d'urgence, un certain nombre ont des difficultés pour respecter strictement les conditions réglementaires de délivrance et/ou s'interrogent sur la conduite à tenir dans certaines circonstances. L'élaboration avec la profession de documents de guidance destinés aux pharmaciens d'officine et abordant de façon très concrète les problèmes qu'ils rencontrent (ex : que faire en cas de demandes répétées? comment répondre lorsque le demandeur est le partenaire présumé ? les demandes « à l'avance » sont-elles recevables ?...) serait susceptible de faire progresser réellement la réflexion et les pratiques. De tels outils pourraient également servir à diffuser des suggestions de « bonnes pratiques » sur la base des expériences et initiatives mises en œuvre dans certaines officines (aménagement d'un espace de confidentialité, fourniture de préservatifs, etc...).

Recommandation n°19 : Développer des outils opérationnels de guidance pour les pharmaciens dans la délivrance de la contraception d'urgence

3.5.3. Donner aux infirmeries scolaires les moyens d'améliorer encore leur réponse

Si le taux de réponse par les infirmeries scolaires aux demandes de contraception d'urgence s'est significativement amélioré, le renvoi vers l'extérieur de certaines élèves qui en ont besoin demeure contraire à l'esprit des textes qui entendaient profiter du cadre scolaire pour ménager un accès supplémentaire et aisé aux jeunes concernées.

L'objectif consiste donc à éviter de réorienter vers l'extérieur des élèves qui se présentent à l'infirmerie scolaire pour une contraception d'urgence et se trouvent effectivement dans une situation qui en justifie l'administration. Ceci suppose :

- *d'avoir une lecture moins restrictive de la loi au niveau de l'Education nationale*. Les instructions élaborées dans ce domaine mériteraient d'être relues dans cette perspective.
- éventuellement de *supprimer la disposition de la loi qui conditionne l'administration* par l'infirmière scolaire à la *non accessibilité immédiate d'un médecin* ou d'un centre de planification ou d'éducation familiale (ou, depuis peu, d'une sage-femme).

Recommandation n°20 : Elargir les possibilités pour l'infirmière scolaire d'apporter une réponse de premier recours

Le coût des médicaments administrés apparaît plus que minime : 6,20 euros (sur la base du générique) comparé à celui d'une IVG (ce dernier constituant un coût direct sans tenir compte des coûts indirects liés à l'impact éventuel notamment psychologique d'une telle intervention sur la santé d'une jeune fille).

Il serait logique et légitime que l'ensemble du coût des médicaments administré aux mineures dans les établissements de santé soit couvert par le FNPEIS comme il le serait si ces mineures se présentaient en pharmacie. On pourrait prévoir une procédure de remboursement aux établissements scolaires ou une procédure de fourniture aux infirmeries scolaires par les pharmaciens avec remboursement aux pharmaciens dans les mêmes conditions que s'ils avaient fourni directement à la jeune fille. La procédure pourrait être étendue aux élèves majeures des établissements du second degré car la question de l'anonymat vis-à-vis des parents est également cruciale pour ces dernières qui par définition ne disposent pas de droits propres à l'assurance maladie.

Recommandation n°21 : Organiser et financer l'approvisionnement des pharmacies scolaires

Enfin il importe que les infirmières scolaires disposent de la formation et des outils nécessaires pour être en mesure de jouer pleinement leur rôle sans en référer à un autre professionnel de santé. L'élaboration d'un référentiel leur permettant, à travers une grille de questions, d'apprécier la réalité du risque de grossesse et l'intérêt d'administrer la contraception d'urgence pourrait y contribuer.

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

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation
1	Mettre en place un réseau de professionnels de santé acceptant le tiers payant pour assurer l'accès gratuit des jeunes à la contraception et leur information sur les questions de santé sexuelle.
2	Etendre le principe de la gratuité au-delà de 18 ans pour les jeunes jusqu'à 25 ans dépourvus de couverture sociale autonome et en faisant la demande.
3	Lancer une évaluation de la situation des centres et établissements de planification.
4	Définir et mettre en place un dispositif d'évaluation pour apprécier l'impact des différentes mesures introduites par la loi du 21 juillet 2009.
5	Analyser l'expérience britannique de délivrance directe des contraceptifs en pharmacie
6	Envisager un nouveau projet législatif pour lancer en France une expérimentation de délivrance directe, limitée dans le temps et accompagnée d'un protocole précis et rigoureux
7	Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée, et en particulier le stérilet
8	Présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception
9	Engager une négociation avec les laboratoires pharmaceutiques en vue du remboursement des nouvelles formes de contraception hormonale non orale.
10	Mettre à disposition du grand public des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception.
11	Mettre en œuvre l'objectif du Plan santé jeunes visant à adapter le conditionnement des contraceptifs pour améliorer l'observance.
12	Promouvoir la prescription d'une contraception d'urgence en complément de la contraception orale (cf recommandation 18).
13	Développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins.
14	Encourager le développement d'actions de formation médicale continue axées sur la contraception.
15	Adapter le programme des études de sage-femmes aux nouvelles compétences que leur reconnaît la loi du 21 juillet 2001 en matière de contraception.
16	Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive.
17	Améliorer le statut, actualiser le positionnement et développer l'intervention des conseillères conjugales et familiales.
18	Encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence « à l'avance ».
19	Développer des outils opérationnels de guidance pour les pharmaciens dans la délivrance de la contraception d'urgence.
20	Elargir les possibilités pour l'infirmière scolaire d'apporter une réponse de premier recours.
21	Organiser et financer l'approvisionnement des pharmacies scolaires.
22	Développer des formations sur la contraception d'urgence pour les infirmières scolaires et les doter d'outils d'aide à la décision.

Liste des personnes rencontrées

1. CABINET

Mme E. ARONICA, conseillère technique
Mme M. DAHAN, conseillère technique

2. ASSEMBLEE NATIONALE

Mme. B. POLETTI, Députée, présidente de la délégation aux droits des femmes

3. ADMINISTRATIONS, AGENCES, ORGANISMES DE RECHERCHE

• MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Mme E. MENGUAL, ancienne Présidente du groupe national d'appui
M. le Dr R CECCHI TENERINI, ancien Directeur médical de la mutuelle des étudiants
M J.M. BOULANGER, ancien Secrétaire général de l'AP-HP

Direction générale de la santé (DGS)

M. D. HOUSSIN, Directeur
M. P. AMBROISE, chef de bureau
Mme B. BOISSEAU MERIAU
Mme N.DAVID
Mme G. GERNIGOU
Mme N. MATET
Mme A. PERILLAT
Mme A. M. SERVANT

Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS)

M. J.C. DELNATTE
Mme E.GALLOU
Mme le Dr. A. LORDIER-BRAULT, sous-directeur par intérim
Mme A.N. MACHU
Mme C CATEAU, conseillère pédagogique
M. S. MOUTON
M D RENARD, chef de bureau
Mme le Dr. RICHARD
Mme M. THOREL

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. J-P. VINQUANT, sous directeur
M. I.BUSSCHAERT, adjoint au sous-directeur
Mme S. CASANOVA
M. B.MARS,
M. A. LASSERRE

Direction générale de l'action sociale (DGAS)

M. P. DIDIER-COURBIN, chef de service

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Mme le Dr. J. DUBOIS

Secrétariat d'Etat aux droits des femmes (SDFE)

Mme J.VOISIN, chef de service

Mme BORSISERANE

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

M. J.B. HERBET, chef de bureau

Mme A.VILAIN

- **MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**
Mme N. NEULAT, chef de bureau à la DGESCO
Mme F. NARBONI, adjointe au chef de bureau
- **MINISTERE DE LA RECHERCHE**
M. le Pr. François COURAUD
- **MINISTERE DE L'AGRICULTURE**
Mme C. PAILHAREY
- **MINISTERE DE LA JUSTICE**
Mme le Dr. J. GROUSSET, direction de la protection judiciaire de la jeunesse
Mme D. FORGEOT, infirmière-rédacteur
- **SECRETARIAT D'ETAT A L'OUTRE-MER**
M R . SAMUEL, délégué général à l'outre-mer
Mme M-L.DAUPHIN, chargée de mission
- **CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)**
Mme A. DENECHERE, directrice de cabinet du directeur général
Mme V. BELLOT
Dr. D. MENA-DUPONT, médecin conseil
Dr. D. LESSELLIER, médecin conseil
Mme C. KETERI, responsable département prévention
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**
M. P. LAMOUREUX, directeur général
Mme N. CIVATTE, directrice de la communication
M. P. ARWIDSON, directeur des affaires scientifiques
- **Haute autorité de santé (HAS)**
M. F. ROMANEIX, directeur général
M. le Dr. P DOSQUET, adjoint au directeur de la qualité et de la sécurité des soins.
- **Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS)**
Mme F. BARTOLI, adjointe au Directeur
Mme Rey QUINIO

- **Comité économique des produits de santé (CEPS)**
M. N. RENAUDIN, Président
- **Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)**
Mme N. BAJOS, socio-démographe
M. le Dr.A. SPIRA , Directeur du GIS-IRESP
- **Institut national d'études démographiques (INED)**
Mme le Dr. C. MOREAU, INEDd U 569
- **Haut comité de santé publique (HCSP)**
Mme Marie Hélène BOUVIER-COLLE, Inserm, unité 149
- **CEVIPOF**
Janine MOSSUZ-LAVAU, directrice de recherche CNRS

4. ASSOCIATIONS ET ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

- **MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (MFPF)**
Mme Françoise LAURANT, Présidente
Mme Marie-Pierre MARTINET, secrétaire générale
Mme Geneviève COURAUD, trésorière
Mme Danielle GAUDRY, membre de la commission IVG/Contraception
Mme Alice COLLET, conseillère conjugale et familiale
- **ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC)**
Mme le Dr. Marie Laure BRIVAL, présidente
- **ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA CONTRACEPTION (AFC)**
Mme le Dr E. AUBENY, présidente
Mme le Dr. F. TOURMEN, vice-présidente
- **LA MUTUELLE DES ETUDIANTS (LMDE)**
Mr D. BERTHILLIER, président
Mme T. BRETON, administratrice déléguée
Mr le Dr N. LEBLANC, directeur général adjoint
- **RESEAU VILLE-HOPITAL (REVHO)**
Mme le Dr. S. GAUDU, praticien hospitalier, Présidente
- **FEDERATION NATIONALE D'ACCUEIL ET DE READAPTATION SOCIALE (FNARS)**
Mme Nicole MAESTRACCI, présidente
- **ASSOCIATION POUR LES TRAVAILLEURS MIGRANTS ET LEURS FAMILLES (ATPM)**
Hassan AOURIK SOUSSI, Directeur adjoint
- **FEDERATION HOSPITALISATION DE FRANCE (FHF)**
M Y. GAUBERT, adjoint au délégué général, responsable du pôle finances
Mme M. DESCHAMPS, adjointe au pôle finances
Mme A. BARRETEAU

- **Ordre des sages femmes**
Mme M.J. KELLER , présidente
Mme M. BENOIT TRUONG CANH, conseillère nationale
- **Collège national des sages femmes (CNSF)**
Mme F. TEURNIER, Présidente
- **Collège national des généralistes enseignants (CNGE)**
M. le Dr. V. RENARD, vice président, directeur CNGE formation
Mme le Dr. I. AUBIN, secrétaire générale
- **Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)**
M le Prof J. LANSAC, président
- **Syndicat national des infirmières scolaires**
Mme M. ALMARIC, membre du bureau national

5. PROFESSIONNELS DE SANTE

- **Médecins**
Mme le Dr. I. AUBIN, médecin généraliste (95)
M. le Dr. J.Y. HERFROY, médecin généraliste (50)
Mme le Dr. J. BRUNERIE, médecin gynécologue
M le Pr. MARES, chef de service G.O au CHU de Nîmes
M. le Dr Y. LE NOC, président de la société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)
M le Dr P.CESBRON, gynécologue-obstétricien, ancien président de l'ANCIC,
- **Pharmaciens**
M J.LAMARCHE, président de « Croix verte et ruban rouge »
- **Laboratoire**
HRA Pharma
M. le Dr A. ULMANN, Président du conseil de surveillance
Mme E. GAINER, Président du directoire
Dr L. MASSART, Directeur général délégué

6. PERSONNES CONTACTEES OU RENCONTREES SUR SITES

- **MFPPF**
Mme M. LEROY, présidente de la fédération régionale
Mme L. ROUSSEL coordinatrice Nantes

- **REGION PAYS DE LOIRE**

DRASS des Pays de Loire

- M. le Dr. PARRA, directeur régional
- M. le Dr BLAISE, MISP
- Mme C. BRISSET, inspectrice
- Mme A. LE GALL
- Mme C. DE ALZUA , infirmière de santé publique
- Mme G. LEBOUTEUX, statisticienne

DDASS Loire Atlantique

M le Dr. J. BACHER, MISP

Conseil général de Loire Atlantique (DGAS)

Mme le Dr VERNET

Mme le Dr DUCROS

Agence régionale d'hospitalisation (ARH)

M. J-Y. GAGNER

Centre hospitalier de Laval

M. P. MARIN, directeur

Mme LEMOINE, directrice adjointe

M. le Dr. PARIS, pédiatre, chef du pôle « mère enfant »

Mme BOURBAN, cadre du pôle « mère enfant »

M. le Dr. VALIN, médecin généraliste, attaché au CIVG

M. le Dr. MORIN, médecin généraliste, attaché au CIVG

Mme BEAUMONT, conseillère conjugale

Mme MOREAU, secrétaire au CIVG

Mme PATY, sage-femme cadre du bloc obstétrical et de l'orthogénie

CHU de Nantes

Mme le Dr PANIZZA, médecin au CPEF/CIVG Simone Veil

Mme C. DUPUY COUPPAIN, cadre sage-femme

Mme F. ARAGOT, sage-femme

Mme M. GELABALE, directeur des soins

Clinique Jules Verne (PSPH)

M. le Dr. P. DAVID, responsable de la maison de la naissance

Mme le Dr R. MOULLIER

Mme Hubert, Directrice

Mme DEBARD, Directrice financière

Mme F BARDY, sage-femme

Mme B. BONIFACE, conseillère conjugale et familiale

Mme L. CUANY, conseillère conjugale et familiale

Mme C. GOUAUD, secrétaire médicale

Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse

M. M. DUBREIL, infirmier

CPAM Saint Nazaire

Mme C. Graziano, responsable du service éducation pour la santé

Autres professionnels

M. D. Le Vu, pharmacien d'officine,

- **REGION LIMOUSIN**

DRASS du Limousin

Mme F. DELAUX, directrice régionale

Mme le Dr. E. MILOR, MIGSP

M T. GUYONNET, pharmacien inspecteur

Mme V. LIVERTOUT, statisticienne

Mme P. VIALE, inspectrice

DDASS de la Corrèze

Mme le Dr. C. DIEDERICH, MISP

Conseil général de la Corrèze

Mme le Dr. CHASSAGNOL

DDASS de la Creuse

M. le Dr C. GILLES, MISP

DDASS de la Haute Vienne

M. le Dr. M. BOULLAUD, MISP

ARH

M. ROEHRICH, directeur

Ordre régional des pharmaciens

M.Y. TARNAUD, président

CPAM Haute Vienne

M. P. ORLIAC, directeur

M. B. GOURAUD, responsable service prévention

MSA Limousin

M. L. MARTIN, directeur général par intérim,

M le Dr AIMEDIEU, médecin conseil MSA

Service droits des femmes

Mme A.M. CHASTRE, chargée de mission départementale

CHU de Limoges

Mme M. SENGUELEN, directrice adjointe

Mme Le Dr. J. MOLLARD, responsable du CIVG

Mme F. VILLEYFAUD, sage-femme cadre supérieur

Mme A.M. POURCHET, sage-femme cadre

Mme DUGUET, conseillère en économie sociale et familiale

Clinique des Emailliers

M WASILEVSKI, directeur

M le Dr EYRAUD, gynécologue obstétricien

Mme WEHBE, sage-femme

Centre Hospitalier de Tulle

Mme E. DEBAISIEUX directrice adjoint

Mme le Dr. V. MEHADIER

Mme A. DUPRE secrétaire médicale

Rectorat

Mme C. GARCIA, infirmière, conseillère technique

Lycée agricole de Naves

M. C. SEGALER, Proviseur

M. M. FAOURI, Proviseur adjoint

Mme M. LEPOTTIER, Infirmière scolaire

MFPH

Mme G.VAST

- **REGION PARIS-ILE DE FRANCE**

DRASSIF

Mme le Dr. J. DEVORT, MISP

DDASS de Seine-Saint-Denis

Mme le Dr E. VANHECKE, MISP

DDASS du Val d'Oise

Mme le Dr. D. SERVAIS, MISP

Mme le Dr. S. MICHAUD, MISP

Assistance publique/Hôpitaux de Paris

Mme le Dr. CARICABURU, direction de la politique médicale

Centre hospitalier Louis Mourrier, Colombes

Mme le Dr D. BOUBILLEY, médecin généraliste, responsable du CCIVG

Mme le Dr B.FOUGEYROLLAS , médecin généraliste

Mme J LANOUE, infirmière,

Mme H. COEVOET, infirmière

Mme C. AILLET, infirmière

M. CATHELINÉAU, directeur des finances

Centre hospitalier du Kremlin Bicêtre

M. le Dr. Jean-Claude MAGNIER, responsable de l'unité de planification familiale

Centre hospitalier Jean Verdier, Bondy

M. le Dr BENCHIMOL, chef du pôle Mère enfant

Mme FERVÉL, sage femme

Clinique des Lilas, Près Saint Gervais

Mme le Dr M-L.BRIVAL, responsable du service

Mr le Dr SI-SALAH, médecin au centre d'orthogénie

Mme F. GOUALARD, sage-femme

Mme C PALLAIS, psychologue,

Mme C. MILAN, conseillère conjugale et familiale

Mme M. GRUNDMANN, secrétaire médicale,

Mme F. MOY, secrétaire médicale,

Centre de santé des cygnes, Saint-Denis

Mme le Dr J. GUILBAUD, chef de service

Centre hospitalier, Pontoise

M. le Dr. J-M. MURAY chef de service de gynécologie obstétrique,

M. A.RAZAFINDRANAVY, directeur de l'hôpital,

Mme S.MARTIN, secrétaire responsable des secrétaires du pôle Femme-enfant

Mme C. DELAFOSSE, sage-femme cadre, CS gynécologie-maternité, DPN, IVG

Mme A.LEFEBVRE, sage-femme cadre supérieur du pôle Femme-Enfant, coordonnatrice du réseau prénatal

Mme. H.ROUQUETTE , responsable des admissions, soins externes

Clinique du Parisis, Corneilles en Parisis

M. P. GARCIA, directeur

Mme A.BRANVILLE , sage-femme, surveillante de la maternité

M. le Dr. COULLOMB, gynécologue obstétricien

Centre hospitalier de Corbeil

Mme le Dr. GUERRE

Clinique des Bluets

Mme le Dr HATCHUEL, responsable du centre d'IVG
Mme M. CHOSSON, conseillère conjugale et familiale

Centre hospitalier Saint Vincent de Paul

Mme le Dr. S.GAUDU, responsable de l'unité de planification familiale

Institut mutualiste Montsouris, établissement PSPH

M. J-J. MONTEIL, Directeur
M. le Dr. COHEN, chef du service
M. le Dr. VALENSI, médecin gynécologue

MFPF

Mme V. BOBLET, conseillère conjugale et familiale
Mme C MELIS, conseillère conjugale et familiale
Mme L. SUTTER, conseillère conjugale et familiale
Mme P. MENQUETTE, conseillère conjugale et familiale
Mme E. LANZ, conseillère conjugale et familiale
Mme M. NAESSENS, conseillère conjugale et familiale
Mme C. SARAFIS, animatrice

« TETE A TETE » Conseil général de Seine-Saint-Denis »

M. H. FILLIAUDEAU coordinateur
Mme E. DORVILLIUS, adjointe

Département de Paris

Mme D. LEVY, Directrice adjointe du cabinet du Maire de Paris
Mme le Dr. F. VEBER, conseillère technique au cabinet du Maire de Paris
Mme LALEM, Conseillère de Paris responsable des droits des femmes

- **REGION ALSACE**

DRASS

Mme le Dr. MONTALVO, MIR
M. Yves TSCHIRHART, PHIR

Centre hospitalier Hautepierre, Strasbourg

M. le Pr. I. NISAND , chef de service
Mme V. ABBUCHE sage femme
Mme F. MANSOUR, sage femme
Mme M. KOMMER, , sage femme cadre
Mme F. BARTHEL, infirmière
Mme N. LUDWIG, sage femme cadre

Centre hospitalier CMCO/SIHCUS

M. le Dr. FAVRE, chef de service
Mme le Dr. K. BETTAHAR, gynécologue obstétricienne
M. Le Dr. MACHU, médecin généraliste
Mme N. KNESOWICZ, sage femme
Mme M. SRAMOS, infirmière

Centre hospitalier Mulhouse

Mme A. BOURGEOIS, infirmière
Mme M. COLIN, secrétaire médicale
Mme A. DEECKE, conseillère conjugale
Mme D. DITNER, psychologue
Mme M. GALLE, sage femme
Mme V. GUTH, assistante sociale
Mme le Dr. HESMIN ACHATZ, chef de service
Mme A-M, JACAMON, sage femme cadre
Mme E. MALASSINE , infirmière

MFPF

Mme M. REYMOND, présidente
Mme le Dr N. GREIB, médecin-animatrice
Mme le Dr M. HELWIG, médecin
Mme A. LAURENT, conseillère-animatrice
Mme F. MAYER, conseillère,
Mme M.F. JEGER, conseillère
Mme R. DUBOIS, gestionnaire
Mme I. BLOCHER , bénévole
Mme C. MIGNOT, stagiaire IDE

Conseil Général du Haut Rhin, service de PMI

Mme le Dr. WARYNSKI, chef du service de PMI
Mme le Dr. I. SCHUFFERCSKER, , médecin de PMI
M. O. HOLDER, responsable administratif et financier

- **REGION NORD- PAS DE CALAIS**

Centre hospitalier de Roubaix

M MAURY, directeur
M le Dr. LEFEBVRE, chef du service d'orthogénie
Mme GRAZIANO, directrice administrative, référente pour le pôle mère- enfant
Mme FOVEAU, infirmière

DRASS

Mme le Dr VERITE, médecin inspecteur régional adjoint

- **REGION PACA**

DRASS

Mme le Dr. M. BENSADOUN, MISP Région PACA

Etablissements hospitaliers

Mme le Pr. F. BRETTELLE, Hôpital Nord et l'équipe du Pr. MATHEVET, Hospices civils de Lyon
M. Le Dr. R. SHOJAI, Hôpital Nord

Centre hospitalier de Draguignan

Mme Carole BRISION

- **REGION CORSE**

Mme le Dr. A. MACARRY – MISP, DRASS CORSE

- **REGION BOURGOGNE**

M. le Dr. D. VAILLANT, MISP, DDASS de la Nièvre
Mme C. ALLOSSERY, CPAM Nevers

- **BRUXELLES (BELGIQUE)**

M le Dr P MOONENS, président de la Fédération laïque des centres de planning familial

Mme C. GRANDJEAN, directrice de la Fédération laïque des centres de planning familial

M N. MENSCHAERT, Fédération laïque des centres de planning familial

Mme le Dr D.A ROYNET, présidente du Groupe d'action des centres extra hospitaliers (G.A.C.E.H.P.A)

Annexe 1 : Contraception et contraception d'urgence dans les objectifs de la loi de santé publique

OBJECTIF 97

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population • Contraception

Contraception

Cet objectif de la loi de santé publique vise à **assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.**

Au moment de la prescription d'une contraception la question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vie des femmes se pose. L'ANAES, associée à l'INPES et à l'AFSSAPS, a publié en décembre 2004 des recommandations dans ce sens, dans le but de renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives en pratique courante.

INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées et du recours à la contraception d'urgence par les femmes de 15 à 49 ans ayant des relations sexuelles et souhaitant éviter une grossesse

La proportion de Français (hommes et femmes) âgés de 15 à 54 ans et sexuellement actifs qui déclarent ne rien faire (ou pas systématiquement) pour éviter une grossesse est de 29% en 2005. Les principales raisons évoquées sont la ménopause, le désir d'enfant et une stérilité. En revanche, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans¹, sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfants, 4,6% déclarent ne pas utiliser, ou pas systématiquement, un nouveau moyen de contraception (tableau 1).

Parmi les modes de contraception, la pilule demeure le plus fréquemment utilisée 58,7% des femmes y ont recours en 2005. Le stérilet est utilisé essentiellement par les femmes âgées de 35 ans et plus, tandis que l'usage du préservatif masculin ne concerne que 11,5% des femmes (tableau 2). En 2005, 15,2% des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà utilisé la contraception d'urgence alors qu'elles n'étaient que 8,9% en 2000. Les plus jeunes, âgées de moins de 20 ans, l'ont déjà utilisée dans une proportion de 31,5% (tableau 3) et pour 19,2% au cours de l'année précédente (tableau 4).

Taux d'incidence des IVG

En 2005, 206311 femmes ont eu recours à une IVG en France métropolitaine soit 14,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Les taux d'IVG sont stables depuis 2002 après avoir augmentés régulièrement à partir de 1995 où le taux était de 12,3²/1000. Les taux de recours à l'IVG sont très différenciés selon les générations, allant de 26,0²/1000 entre 20-24 ans à 5,4²/1000 chez les femmes de 40 à 44 ans. Chez les mineures, le nombre d'IVG est en augmentation. De 9600 IVG en 1998 et 10200 en 2001, il est de 12600 en 2005.

Selon les régions les taux varient de 10 femmes pour 1 000 âgées de 15 à 49 ans (Pays de la Loire) à 24 (Corse) et 27,1 dans les DOM. Au sein de l'Union européenne à 25, la France occupe une position médiane.

Distribution des délais de prise de rendez-vous d'IVG

Entre 2002 et 2005, le délai moyen pour la prise en charge des IVG dans les établisse-

ments sanitaires est resté stable (tableau 5). La médiane est de 10 jours.

INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Vente de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence

En 2006, plus d'1,1 million de boîtes de médicaments prescrits pour la contraception d'urgence ont été vendues, soit près de 7 fois plus qu'en 1999 (tableau 6).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

4,6% des femmes potentiellement concernées par la contraception n'utilisent pas ou pas systématiquement de moyen contraceptif. Celles qui ont recours à un moyen contraceptif utilisent à 58,7% la pilule, 24,2% le stérilet et 11,5% le préservatif masculin. Ces modes de contraception représentent 94,4% des méthodes employées. L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2006, notamment chez les plus jeunes. 14,3 pour 1 000 femmes ont eu recours à une IVG en 2005, mais les taux sont stables depuis 2002. Les taux varient selon les régions, les IVG étant plus fréquentes dans le sud de la France et dans les DOM. Les délais de rendez-vous pour la réalisation d'une IVG dans un établissement de soin sont stables en 2005.

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population • Contraception

Tableau 1 • Utilisation d'un moyen de contraception selon l'âge en 2005* (%)

	Oui	Ça dépend des fois	Non
15-19 ans (n = 378)	95,20	2,70	2,10
20-24 ans (n = 616)	98,40	1,40	0,20
25-34 ans (n = 2 103)	95,90	1,10	3,00
35-49 ans (n = 2 957)	94,40	1,10	4,50
Total (n = 6 054)	95,40	1,20	3,40

* Question posée : « Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels ».

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005.

Tableau 2 • Principales méthodes contraceptives utilisées selon l'âge en 2005 (%)

	Stérilisation tubaire	Stérilet	Implant, patch, anneau	Pilule	Préservatif masculin	Autres méthodes exclusivement
15-19 ans (n = 370)	0,00	0,00	0,80	78,10	20,90	0,20
20-24 ans (n = 612)	0,00	1,10	1,10	87,70	9,60	0,50
25-34 ans (n = 2 030)	0,20	16,90	1,80	67,00	11,50	2,60
35-49 ans (n = 2 787)	3,90	38,20	1,10	43,30	10,60	2,90
Total (n = 5 799)	2,00	24,20	1,30	58,70	11,50	1,30

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005.

Tableau 3 • Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence (pilule du lendemain) parmi l'ensemble des femmes sexuellement actives* selon l'âge en 2000 et 2005 (%)

	2000	2005
15-19 ans	12,2 (n = 241)	31,5 (n = 442)
20-24 ans	16,0 (n = 502)	31,8 (n = 765)
25-34 ans	10,0 (n = 1 689)	16,8 (n = 2 794)
35-49 ans	6,3 (n = 1 982)	8,6 (n = 4 070)
Total	8,9 (n = 4 414)	15,2 (n = 8 071)

* C'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel dans leur vie.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètres santé 2000 et 2005.

Tableau 4 • Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois parmi les femmes potentiellement concernées selon l'âge en 2005 (%)

	Contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois
15-19 ans (n = 401)	19,20
20-24 ans (n = 703)	9,50
25-34 ans (n = 2 610)	3,30
35-49 ans (n = 3 130)	1,10
Total (n = 6 844)	4,10

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005.

Tableau 5 • Évolution sur trois ans de la répartition du délai (en jours) pour la prise en charge des IVG dans les établissements sanitaires* (médiane, 1^{er} quartile, 3^e quartile)

	2002	2003	2004	2005
Secteur public	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]	11[8 ; 15]	11[7 ; 15]
Secteur privé	10[7 ; 11]	9[7 ; 15]	9[7 ; 14]	8[7 ; 10]
Tout secteur	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]	10[7 ; 15]

* Délai entre la date de la demande et la date de l'IVG.

Lecture : En 2002, la moitié des établissements déclarent un délai supérieur à 10 jours et la moitié un délai inférieur.

25% des IVG sont réalisées dans les 8 jours suivant la date de la demande et 25% au-delà de 15 jours.

Champ : France métropolitaine.

Sources : SAE.

Tableau 6 • Nombre de boîtes de Norlevo® vendues

Année	750 mg (2 cp)	1 500 mg (1cp)*
1999	165 719	-
2000	569 104	-
2001	623 954	-
2002	725 753	-
2003	811 433	-
2004	818 538	99 766
2005	99	1 033 204
2006	-	1 100 053

* Conditionnement apparu en 2004.

Champ : France entière.

Sources : GERS.

CHAMP • France métropolitaine. Tableaux 1-2-4 : Femmes âgées de 15 à 49 ans, non stériles, non enceintes, ne souhaitant pas d'enfant, déclarant avoir eu des rapports sexuels (avec pénétration) au cours des 12 derniers mois et ayant actuellement un partenaire. Tableau 3 : Femmes sexuellement actives c'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel dans leur vie, 15 à 75 ans.

SOURCES • Baromètres santé 2000 et 2005 de l'INPES.

MÉTHODOLOGIE • Enquêtes téléphoniques de type déclaratif, sondage aléatoire.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

CHAMP • Établissements sanitaires en France métropolitaine, relevé du mois d'octobre.

SOURCES • Statistique annuelle des établissements (SAE).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • Officines pharmaceutiques, France entière.

SOURCES • Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Regroupe la majeure partie des Laboratoires pharmaceutiques présents en France.

MÉTHODOLOGIE • Collecte des données de ventes directes et indirectes auprès des laboratoires pharmaceutiques adhérents au GERS et de grossistes répartiteurs. Retours de stocks pris en compte. Exhaustif.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Annexe 2 : La planification familiale dans le Code de la santé publique

Art L 1423-1

Le département est responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions prévues au livre 1^{er} de la deuxième partie (art D 1423-1 à D 1423-17)

Art L 2111-2

Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, (...) relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement (...)

Art L 2112-1

Les compétences dévolues au département par le 1) de l'article L 1423-1 et par l'article L 2111-2 sont exercées sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil général par le service de la protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

Art L 2112-2

Le président du conseil général a pour mission d'organiser

3° des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre 1^{er} du titre Ier du livre III de la présente partie

Art R 2311-7

Les centres de planification ou d'éducation familiale exercent les activités suivantes :

1. Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité
2. Diffusion d'informations et 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 concernés
3. Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial
4. Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L2212-4
5. Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse

Seuls peuvent être dénommés centres d'éducation ou de planification familiale les centres qui exercent l'ensemble de ces activités et remplissent les conditions fixées par la présente sous-section

Art R 2112-4

Les activités de planification et d'éducation familiale mentionnées au 3° de l'article L. 2112-2 sont organisées dans les conditions prévues au chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre III de la présente partie

Art R 2112-5

(...) Le service départemental doit, soit directement soit AR voie de convention organiser chaque semaine au moins 16 demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans résidant dans le département, dont au moins 4 demi-journées de consultations prénatales.

Pour les établissements cf R 2311-1 à R 2311-4

Annexe 3 : Position du Collège des Gynécologues Obstétriciens Français

Bureau 6589
Assemblée nationale
126 Rue de l'université 75355 Paris cedex 07 SP
Email : delegation.femmes@assemblee-nationale.fr

1 JUIN 2008
Objet : contraception IVG

Madame la députée,

Je vous remercie ainsi que vos collègues d'avoir invité le 28 Mai 2008 président du Collège des Gynécologues Obstétriciens français à vous donner l'avis des professionnels sur les problèmes posés par la contraception et l'IVG.

Je me permets de résumer les principaux points de ma présentation :

Campagne sur la contraception :

Nous sommes heureux que cette campagne ait eu lieu .Elle sera à répéter régulièrement car tous les ans 800 000 jeunes commencent leur vie sexuelle . L'information comme l'éducation sexuelle doit être faite pour chaque classe d'âge et donc toujours répétée .

Il nous semble qu'il faille favoriser les relations des enseignants et des professionnels de santé des centres de planification d'orthogénie ou d'IVG pour :

- Faire des séances de formation destinées aux enseignants de sciences du vivant et les infirmières scolaires
- Favoriser les interventions des médecins , infirmiers ou infirmières , psychologues des centres d'orthogénie dans les établissements scolaires .

Ces temps de formation des enseignants et infirmière scolaires ou d'intervention en milieu scolaire devrait faire partie du temps de travail des soignants et non laissé au bénévolat .

Enfin des consultations de contraception doivent être développées dans les locaux de la

médecine universitaire fréquentés par les jeunes qui commencent souvent leur vie sexuelle à ce moment là.

Pour toutes ces actions il faut pousser les différentes administrations (santé , éducation nationale , conseil général) à comprendre que le travail fait par ses personnels dans une autre structure n'est pas perdu par le payeur mais concourt à un seul et même objectif l'éducation sanitaire .

Formation des professionnels de santé sur la contraception et l'IVG .

Pour les médecins généralistes nous regrettons que cette formation ne comporte que 2 ou 3 heures d'enseignement sur 7 ans de médecine . L'enseignement médical devrait être organisé en fonction des grands problème de santé public et pas orienté uniquement sur le concours national classant .

L'enseignement des spécialistes en Gynécologie Obstétrique devrait comprendre obligatoirement un stage de plusieurs mois (3 ou 6) dans une unité d'orthogénie qui devrait être organisée dans tous les CHU. Ils y apprendraient les techniques et les problèmes posés par la contraception et l'IVG

La formation continue devrait régulièrement comporter des programmes conventionnels rémunérés couvrant le champ de la contraception et de l'IVG ce qui n'est pas le cas actuellement .

Des programme de recherche clinique devraient être proposés dans les appels d'offres sur ces sujets ce qui n'est pas le cas actuellement

Non remboursements de certains contraceptifs .

Nous regrettons qu'aucun contraceptif récent en particulier ceux qui sont différents des comprimés (anneaux , patch) ne soient remboursés . Cela laisse penser au public que seules les pilules « anciennes » et donc supposées un peu obsolètes sont remboursées les récentes non remboursées étant meilleures . Certaines femmes n'achètent pas leur pilule en période financière difficile et décident de « faire attention » ce qui est source de grossesses non désirées et d' IVG.

Pour les mineures le prix de la consultation et des pilules est un obstacle mais c'est surtout la confidentialité qui pose problème . Les centres de planifications où elle peuvent obtenir gratuitement une contraception ne sont pas connues ou sont difficile d'accès . Nous proposons que les médecins généralistes puissent pour la consultation de contraception de la mineure se faire payer par le système du tiers payant et que de même le pharmacien soit payé par la caisse pour la délivrance du contraceptif . Ainsi la jeune n'aurait pas à utiliser le remboursement par la caisse de ses parents si elle souhaite garder le secret .

Contraception d'urgence .

Comme pour les frottis nous sommes confrontés a deux populations celles qui sont sur informées et l'utilisent et celles qui ne l'utilisent pas faute d'information .

Difficultés des centres d' IVG .

Les centres d'orthogénie (planning +IVG) devraient être des unités fonctionnelles des services de gynécologie obstétrique et comporter du personnel permanent comme on en trouve dans les centre de diagnostic prénatal ou dans les unités d' AMP. De cette manière les rendez vous et les interventions peuvent être programmés dans les délais normaux y compris pendant les vacances et non rajoutés à l'activité déjà surchargée des Gynécologue obstétriciens .

Avec la réforme de la TAA le prix de l' IVG(228€86 pour l'aspiration sans anesthésie en hôpital de jour) n'est pas « rentable » alors que le prix d'une aspiration pour une fausse couche spontanée en HJ est payée 641€79. L'acte étant le même il serait légitime de le payer le même prix surtout si on défend l'idée que c'est un acte médical comme les autres . Cela permettrait à l'établissement public de financer les postes dont il a besoin et aux établissements privés de coter « fausse couche » au lieu d'IVG .

Les postes médicaux doivent être des postes de PH titulaires comme les autres et non des postes de contractuel moitié moins cher et sans progression de carrière.

Diffusion des noms des médecins pratiquant les IVG médicamenteuses .

D'après nos informations la plupart des médecins qui pratiquent les IVG médicamenteuse ne souhaitent pas voir leur nom sur une liste de peur que cela ne devienne pour une mono-activité . D'autres médecins acceptent que le centre avec lequel ils ont passé convention leur adressent des patientes mais là encore ne souhaitent pas être sur une liste . A notre avis la solution est d'augmenter le nombre de médecins formés pratiquant les IVG médicamenteuses en ville .Ils sont encore très peu nombreux .A titre d'exemple dans un département comme l'Indre et Loire(350 000 Habitants) ils sont au nombre de 9 dont deux gynécologues Médicaux .Sur 6 départements de la région Centre (2 millions et demi d'habitants) il n'y a que 19 conventions et deux département n'ont aucun médecin pratiquant les IVG en Ville .

En vous remerciant de votre écoute et en restant à votre disposition nous vous prions de croire madame la député à notre profond respect .

Annexe 4 : Enquête auprès des pharmacies de la région Alsace sur la délivrance de la contraception d'urgence⁸⁵

Présentation de l'enquête

A la demande de l'IGAS, l'Inspection régionale de la pharmacie de la DRASS d'Alsace a mené une enquête auprès des 462 pharmacies d'officines ouvertes au public dans cette région ainsi qu'auprès des pharmacies hospitalières.

L'objet de cette enquête était double :

- recueillir des informations sur les produits utilisés pour l'IVG médicamenteuse.
- dresser un état des lieux concernant la délivrance de la contraception d'urgence en officine et permettre aux pharmaciens d'exprimer leur point de vue, notamment sur le dispositif de délivrance gratuite et anonyme aux mineures. C'est ce deuxième aspect qui sera examiné ci-dessous.

Le questionnaire d'enquête validé par l'IGAS est joint à cette présentation. Il contenait à la fois des questions fermées et une incitation à s'exprimer sur des questions ouvertes « *quelles difficultés éventuelles avez-vous rencontrées ?* », « *globalement quel bilan faites-vous de ce dispositif dix ans après sa mise en place ?* ». Ce sont les réponses à ces questions ouvertes qui fournissent le matériau examiné ici.

L'enquête a été menée en février 2009 par courrier et a bénéficié d'un excellent taux de réponse : le retour des questionnaires complétés a été supérieur à 73%.

Difficultés rencontrées dans la délivrance de la contraception d'urgence

Une part significative des pharmacies (57 %) fait état de difficultés dans la mise en œuvre du dispositif.

Pourtant 90 % des professionnels ayant répondu estiment avoir une information suffisante sur le produit lui-même et ses conditions de délivrance. 70% estiment également être en mesure de procéder dans de bonnes conditions à l'entretien prévu par la législation.

La tenue de l'entretien apparaît comme une source de préoccupation plus importante que le niveau d'information.

- Les difficultés rencontrées pour l'entretien.

Les difficultés les plus souvent signalées concernent :

- Le manque de réceptivité, surtout chez les jeunes

Cette constatation est la plus fréquente dans les commentaires des professionnels : « *souvent on se heurte aux jeunes qui ne veulent pas écouter et savent tout* », « *les jeunes ne sont pas réceptifs à l'entretien* », « *réticences des mineures* », « *elles prétendent toujours savoir* »,

⁸⁵ Analyse effectuée par l'IGAS sur la base des résultats transmis par l'Inspection régionale de la pharmacie de la DRASS d'Alsace de l'enquête menée en février 2009

« impossible de communiquer, elles ne veulent même pas l'enveloppe explicative », « l'écoute est douteuse », « l'écoute n'est pas toujours au rendez-vous », « la femme esquive », « les patientes sont réticentes », « souvent refus de la patiente : elle sait ! », « certaines de veulent pas entendre les explications » ou « elles n'en tiennent pas compte », « malgré les échanges elles sont insensibles aux conseils ». Certains font également état d'une « gêne » de la part de la patiente, « la timidité de certaines adolescentes entrave un dialogue plus approfondi », parfois aussi de la part des professionnels.

– L'achat par un tiers

« Souvent l'achat n'est pas effectué par la personne concernée ». L'absence de l'utilisatrice finale est évidente lorsque le pharmacien est en face du partenaire supposé : « c'est une tierce personne qui cherche le produit, souvent le garçon », « l'entretien s'avère impossible quand c'est le partenaire qui se présente », « c'est souvent le jeune homme qui vient à la pharmacie et sa sensibilisation est délicate », « c'est le petit copain qui vient chercher le Norlevo ». L'incertitude est plus grande lorsque la demandeuse dit ne pas être l'utilisatrice : « produit demandé pour une copine », « souvent c'est la copine qui vient à la place », « trafic entre copines », « difficulté de savoir qui est le vrai destinataire : souvent c'est une soi-disant la copine qui vient » ou se présente comme la mère « sous prétexte de chercher la pilule gratuite pour leur fille, c'est les mamans qui les prennent pour elles ! »

– Une confidentialité difficile à assurer

Il peut résulter d'un problème de disposition des locaux, de l'affluence, surtout pendant les gardes, voire de « la difficulté pour un homme de s'isoler avec une mineure ». L'isolement dans un local à part est parfois cité mais seulement à la demande de la cliente qui, compte tenu de ce qui précède, apparaît pour le moins aléatoire. Certaines pharmacies déclarent avoir pris ou être en train de prendre des dispositions pour améliorer la confidentialité Mais celle-ci s'avère tout simplement impossible dans les lieux où il n'y a pas d'anonymat : « à l'intérieur d'un tout petit village les clientes préfèrent s'adresser à des pharmacies hors de la commune par mesure de discrétion ».

– Le manque de temps,

Le manque de temps est allégué surtout du côté de la clientèle : « les femmes n'acceptent pas de prendre un peu le temps » « sont pressées de repartir » ou « souhaitent être servies rapidement », « l'entretien doit rester bref » mais aussi parfois du côté des pharmaciens, dont certains reconnaissent une disponibilité insuffisante en période d'affluence et pendant les gardes. De façon générale les périodes de garde semblent poser difficulté et ce d'autant plus que ce sont des périodes de demande plus importante de la contraception d'urgence.

• Les problèmes d'information

Une minorité de pharmaciens considèrent qu'ils manquent d'information sur le produit et ses conditions de délivrance : « un petit rappel ne serait pas inutile », « sommes nous bien informés ? ».

Parmi la majorité qui se considère bien informée le fabricant peut constituer la principale source d'information : « information délivrée par le laboratoire », « j'ai assisté à une soirée de formation faite par le laboratoire », « je disposais de fiches de la part du labo avec n° de téléphone ».

Certains regrettent de ne pas disposer de la documentation nécessaire en quantité suffisante « nous ne recevons pas assez de brochures à remettre aux utilisatrices », « pas assez de documentation à remettre », ou semblent en ignorer l'existence « il serait bon d'avoir un document

concernant la contraception à donner aux patientes », « il faudrait pouvoir disposer de documentation informative pour les clientes ».

Par ailleurs certains soulignent les carences d'information de la clientèle sur le produit lui-même (conditions d'utilisation, efficacité relative *« il faut faire comprendre au patient qu'il y a un risque de grossesse même si la prise a lieu dans les 72 heures »*, mais aussi, de façon plus large, sur la vie reproductive et sexuelle *« L'absence d'éducation sexuelle pose problème », « pas assez de communication sur l'existence du planning familial », « je souhaiterais plus d'interventions du planning familial », « méconnaissance de leur physiologie par les jeunes filles », « les moins de 16 ans semblent perdues et paniquées »*

- La déclaration de minorité

La loi prévoit la gratuité pour les mineures, sur simple déclaration de celles-ci. L'incertitude sur l'âge réel de la demandeuse en l'absence de justificatif est un motif de préoccupation *« doute sur l'âge des jeunes femmes », « impossibilité de vérifier l'âge vu le côté anonyme de la délivrance », « difficulté à évaluer l'âge de la cliente », « sont-elles vraiment mineures ? » « Difficile de contester l'âge de la patiente », « les mineures viennent pour les majeures », « quelques tricheries sur l'âge », Ce problème embarrasse certains pharmaciens au point qu'ils semblent en oublier la législation *« difficultés à obtenir la carte d'identité », « les jeunes femmes ont du mal à présenter une pièce d'identité »**

- Les demandes « à l'avance »

Les demandes par anticipation (*« pour le cas où »* ou *« à l'avance »*, pour un rapport planifié) sont généralement considérées par les pharmaciens comme un mésusage de la contraception d'urgence *« dérive vers l'achat préventif pour la sortie du samedi soir »* et certains refusent la délivrance en ce cas.

- Les achats réitérés

Nombre de pharmaciens constatent que certaines femmes font un usage répété de la contraception d'urgence *« malgré l'anonymat on finit par les repérer »* et s'inquiètent de voir la contraception d'urgence devenir pour certaines une forme habituelle de contraception (cf. ci-dessous), ce qu'ils considèrent comme un échec lorsqu'ils n'ont pu les convaincre de s'orienter vers une contraception régulière *« que faire quand elles viennent plusieurs fois malgré nos recommandations ? »*. Certains pharmaciens sont demandeurs d'une *« guidance sur la conduite à tenir en cas de demandes réitérées, un petit nombre déclare refuser de délivrer la contraception d'urgence aux femmes concernées.*

Point de vue global sur le dispositif

Les pharmaciens étaient interrogés sur le bilan qu'ils faisaient du dispositif 10 ans après sa mise en place.

La majorité d'entre eux (54%) considèrent que le bilan est positif, certains se montrant très appréciatifs :

« Progrès très net par rapport à la situation d'avant », « il fallait le faire » « rend de réels services à la population », « médicament nécessaire » « heureusement que le Norlevo existe, personne n'est à l'abri des accidents. Et le fait qu'il soit disponible sans ordonnance est très apprécié »

La contraception d'urgence est avant tout vue comme un moyen d'éviter les IVG, notamment chez les plus jeunes filles. Cette appréciation est très souvent reprise comme fondement d'un bilan positif. *« A déjà sauvé beaucoup de mineures », « aide sociale et économique indéniable pour les mineures », « très utile pour les jeunes filles qui ne sont pas dans un circuit médicalisé »,*

« ce dispositif répond à un besoin de société. Il rassure les jeunes femmes concernées qui ne sont pas toujours des mineures », « permet d'éviter des Ivgs traumatisantes et dans tous les cas de rassurer les utilisatrices ». Certains pharmaciens s'étonnent toutefois et s'inquiètent qu'il n'ait pas contribué à faire baisser les IVG « nous ne voyons pas toute la population concernée », « dispositif utile mais comme le nombre d'Ivg ne diminue pas, le renforcement ou le renouvellement de l'information serait peut-être nécessaire »,

Quelques uns considèrent qu'il est valorisant pour le rôle du pharmacien « mission importantes pour la pharmacie », « rôle de santé publique du pharmacien » « la disponibilité et la compétence du pharmacien sont tout à fait adaptées à cette délivrance ».

16% font un bilan mitigé et 13 % un bilan négatif du dispositif

La « banalisation » est un mot qui revient souvent dans ces réponses sans que l'on puisse exactement déterminer ce qu'il recouvre. Il est également souvent fait mention de « légèreté » : « l'administration de ce médicament est prise à la légère », « les mineures, surtout des quartiers populaires ne prennent pas ce sujet au sérieux », « risques de mésusage » ainsi que d'« abus » : « il existe trop d'abus dans le recours à la pilule du lendemain, sans contrôle possible », et nombre de pharmaciens soulignent la nécessité de « responsabiliser » : « le côté gratuit pour les jeunes est détestable car il déresponsabilise »

Certains sont plus précis et évoquent un risque de relâchement vis-à-vis des IST « Bilan très mitigé ; à l'heure du SIDA une autre démarche devrait s'imposer, le Norlevo ne protégeant que de la grossesse », « augmentation des rapports non protégés », « il ne faut pas que cela remplace les précautions comme les préservatifs », « certaines mineures ne comprennent pas le danger des IST » « l'existence du Norlevo peut d'après moi inciter à abandonner l'usage du préservatif ».

Mais le motif de préoccupation le plus souvent exprimé porte sur l'utilisation de la contraception d'urgence comme moyen de contraception. 70 réponses sur 338 soit 21% des pharmaciens ayant répondu font explicitement mention d'un tel phénomène, auquel il faudrait sans doute rajouter une partie de ceux qui parlent de « déresponsabilisation » ou « banalisation » : « trop souvent contraception d'urgence égale contraception tout court », « utilisé comme contraception normale par certaines patientes », « quelques mineures en abusent à la place d'autres moyens de contraception », « dans l'esprit des ados une méthode de contraception nouvelle et gratuite », « très souvent utilisé comme moyen de contraception, solution de facilité », « certaines femmes l'utilisent comme un moyen de contraception occasionnel », « certaines personnes récidivent plusieurs fois », « peut rester un moyen de contraception chez les 25-30 ans », « plusieurs délivrances aux mêmes personnes » et la difficulté de convaincre les utilisatrices de passer un moyen de contraception régulier « légèreté des mineures face à la contraception »,

Il est très difficile d'évaluer l'ampleur du phénomène qui est bien réel mais peut-être circonscrit, les déclarations des pharmaciens sur ce sujet apparaissant vagues « certaines personnes », « souvent » ou relevant d'une prise de position normative plutôt qu'une approche descriptive « trop de » ou reflétant surtout des craintes « je souhaite que cette facilité n'aboutisse pas à des abus », « crainte de délivrances trop faciles en pharmacie ». Les rares pharmaciens qui donnent des indications précises font état de chiffres en général limités « nous avons repéré 2 personnes »

D'autres pharmaciens relèvent au contraire que cette crainte selon leurs observations est infondée « pas de dérive vers une contraception réalisée de la sorte », un certain nombre estime au contraire que l'usage est conforme aux objectifs fixés et l'impute souvent à leur action de conseil « banalisation évitée en partie à cause de l'accompagnement à la délivrance », « bonne compréhension du dispositif liée à une bonne dispensation par l'équipe officinale », « reste une

délivrance exceptionnelle, urgente, joue son rôle », « nécessité d'une forte implication pour faire progresser dans le bon sens »

Bonnes pratiques et propositions :

Certaines pharmacies délivrent gratuitement quelques préservatifs lors de la délivrance de la CU *« délivrance associée à un préservatif », « nous offrons 2 préservatifs à chaque délivrance »*

Des professionnels comparent les conditions de délivrance de la contraception d'urgence à celles de la contraception régulière soit pour s'inquiéter des risques de dérive qui en résultent *« les jeunes négligent la prise de la pilule à cause de la facilité d'accès du Norlevo »*, soit, pour quelques réponses – peu nombreuses il est vrai- pour suggérer d'étendre ce type de dispositif à la contraception régulière *« il faudrait étendre à d'autres produits, par exemple pilule », « heureusement que cette pilule existe, que dire d'une vente libre de Norlevo alors que la pilule classique reste une prescription » « on peut délivrer un Norlevo mais pas un Minidril »*

Annexe 5 : Estimation du nombre de rapports exposant à un risque de grossesse non désirée du fait d'un oubli de pilule ou d'un accident de préservatif⁸⁶

Il s'agit d'estimer le nombre de rapports sexuels susceptibles d'entraîner un risque de grossesses chez des femmes qui ne souhaitent pas être enceintes, du fait d'un échec de leur méthode de contraception courante.

Rappel

Le rapport « Contraception : Que savent les Français ? » publié par l'INPES en 2007, permet de mieux connaître la fréquence d'utilisation des différentes méthodes de contraception et de savoir pourquoi et comment elles sont utilisées.

En 2005, les trois quarts (71%) des personnes âgées de 15 à 54 ans et sexuellement actives utilisaient un moyen de contraception. La contraception hormonale orale est le moyen de contraception le plus utilisé, 57,4% des femmes déclarant vouloir éviter une grossesse l'utilisent. Le recours au stérilet a évolué et représente le deuxième moyen de contraception (24,2%), le préservatif arrive en 3^{ème} position (11,2%). Les autres méthodes telles que le retrait, l'abstinence périodique et les méthodes locales sont peu utilisées.

Soixante cinq pour cent des grossesses non prévues surviennent chez des femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de la survenue de la grossesse. La situation contraceptive était la suivante : 20,9% prenaient la pilule, 11,8% utilisaient des préservatifs, 21,8% des méthodes naturelles, 8,7% un stérilet et 2% des méthodes locales et autres⁸⁷.

Estimation du nombre de rapports à risques liés à un oubli de pilule

Parmi les Françaises entre 15 et 49 ans (14 410 079)⁸⁸, 71% utilisent une méthode contraceptive (10 231 156). 57,4% d'entre elles prennent la pilule¹⁰ (soit 5 872 684).

Une enquête réalisée en 2007 sous l'égide de l'INPES nous renseigne sur la fréquence des oublis de pilule d'un jour ou plus.

Pour tout oubli de pilule, l'ANAES⁸⁹ considère qu'il y a un risque de grossesse s'il y a eu rapport dans les 5 jours qui précèdent l'oubli et dans les 7 jours qui suivent cet oubli.

Ainsi il est conseillé par précaution, si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, d'utiliser une contraception d'urgence. En cas de rapport sexuel dans les 7 jours suivants, l'utilisation simultanément d'une seconde méthode contraceptive non hormonale (par ex. préservatifs) est conseillée.

⁸⁶ Estimation réalisée par l'IGAS sur la base des données citées en référence.

⁸⁷ Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. Contraception. 2005 Mar;71(3):202-7.

⁸⁸ INED, Population par sexe et groupe d'âge depuis 1946. http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/18390/telechargement_fichier_fr_sd2006_t4_fm.xls

⁸⁹ Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ; Synthèse des recommandations, Décembre 2004 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_contraception_vvd-2006.pdf

En tenant compte du nombre moyen de rapports sexuels en France (9 par mois selon la dernière enquête INSERM-INED-ANRS sur la sexualité en France), on peut estimer qu'un oubli de pilule dans un cycle donné correspond au minimum à un rapport à risque.

Au total, le nombre théorique de rapports à risque liés à un oubli de pilule pourrait être estimé à près de 22 millions en France (voir tableau ci-dessous).

Fréquence d'oubli	% des femmes concernées ⁹⁰	Nombre de femmes concernées	N Rapports à risque estimés/an/femme	Total
Au moins 1 fois /mois	21%	1 233 264	12	14 799 164
1 fois /3mois	21%	1 233 264	4	4 933 055
1 fois/ 6mois	13%	763 449	2	1 526 898
1 fois par an	11%	645 995	1	645 995
Jamais	34%	1 996 713	0	-
Total	100%	5 872 684	-	21 905 111

Estimation du nombre de rapports à risques liés à un accident de préservatif

Parmi les Françaises entre 15 et 49 ans (14 410 079), 71% utilisent une méthode contraceptive (10 231 156) 11.2% d'entre elles utilisent un préservatif (soit 1 145 889).

Le risque théorique peut être estimé de la façon suivante :

Nombre de femmes	Nombre de rapports/mois ⁹¹	Taux d'accident ⁹²	Rapports à risque estimés/an
1 145 889	8,8	1,5%	1 815 089

Au total, le nombre annuel théorique de rapports à risque de grossesse liés à des défauts d'utilisation de la pilule et du préservatif peut être estimé à environ 24 millions.

Pour arriver à une estimation plus exhaustive des rapports à risque de grossesse non désirée il faudrait y ajouter une estimation du nombre théorique de rapports à risque liés à l'utilisation d'autres méthodes de contraception. Mais celui-ci est très difficile à estimer. Il est aujourd'hui apprécié seulement par le taux d'échec, constitué par le nombre de grossesses survenant au bout d'un an d'utilisation de la méthode. En ce qui concerne les méthodes naturelles, ces taux d'échecs (OMS) avoisinent 20% en utilisation courante, mais ne renseignent pas sur les situations à risque.

Il faudrait par ailleurs y ajouter une estimation des risques de grossesse non désirées liés à des rapports sans couverture contraceptive. Les femmes qui n'utilisent aucune contraception et ne désirent pas de grossesse sont très minoritaires en France (10%)⁹³ mais représentent environ un tiers des grossesses non prévues.

⁹⁰ BVA pour l'INPES : Enquête téléphonique auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, de 2004 personnes interrogées du 27 janvier au 7 février 2007

⁹¹ Enquête sur la sexualité en France. Bajos N, Bozon M. Fréquence et modalités des rapports sexuels : des situations contrastées selon le type de partenaire. Leridon H. p 315-328

⁹² Effectiveness of the male latex condom: combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials. Walsh TL, Frezieres RG, Peacock K, Nelson AL, Clark VA, Bernstein L, Wrayall BG Contraception 2004-v70-pp407-13

⁹³ http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/methode/

Annexe 6 : Exemple de refus de délivrance gratuite de la contraception d'urgence à une mineure



HÔPITAL LOUIS-MOURIER

178, rue des Renouillers
92701 COLOMBES CEDEX
FRANCE

Standard: 01 47 60 61 62

ASSISTANCE HOPITAUX
PUBLIQUE  DE PARIS

LOUIS-MOURIER
UNIVERSITE PARIS 7 - DENIS DIDEROT

Colombes, le 26 09 08

Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'Ile de France
2 rue Récamier
75007 Paris

**Centre de Contraception
Et d'interruption**

Volontaire de Grossesse
Dr. F. BACLE
Dr. D. BOUBILLEY
Dr. J. DIF
Dr. B. FOUGEYROLLAS
Dr. D. M. GELLY
Dr. M. LALANDE
Dr. E. LHOMME
Dr. C. SOULAT
Dr. C. TCHINO

Tél: 01 47 60 63 51
Fax: 01 47 60 67 32

Madame, Monsieur,

Nous avons reçu dans le cadre de notre activité une jeune femme mineure (15 ans) s'étant rendue dans une pharmacie de ville avec sa pièce d'identité et a qui on a refusé de délivrer gratuitement la pilule du lendemain.

Nous avons contacté la pharmacie en question le 12 septembre 2008, il nous a été répondu que pour différentes raisons il ne délivraient effectivement pas la pilule du lendemain gratuitement aux mineurs mais la font payer pour les mineurs comme pour les majeurs.

Nous nous permettons de vous adresser les coordonnées de cette pharmacie afin que vous leur rappeliez officiellement la loi et leurs obligations.

Recevez Madame, Monsieur, nos salutations respectueuses.

Centre de Contraception et d'Interruption Volontaire de Grossesse



Paris, le 3 octobre 2008

**CONSEIL REGIONAL
D'ILE-DE-FRANCE**

ESSONNE, HAUTS-DE-SEINE, PARIS,
SEINE-ET-MARNE, SEINE-SAINT-DENIS,
VAL-D'OISE, VAL-DE-MARNE, YVELINES

Hôpital LOUIS-MOURIER
178, rue des Renouillers
92701 COLOMBES CEDEX

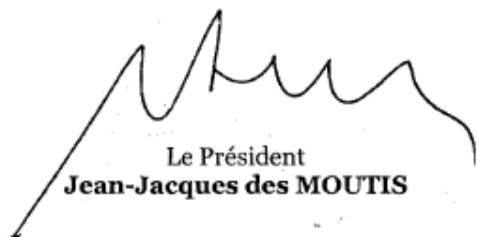
JJ.dM/DF

Docteur,

Je vous accuse réception de votre lettre du 26 septembre dernier, dans laquelle vous m'informez du refus de vente de la pilule du lendemain à une jeune fille mineure de 15 ans munie d'une pièce d'identité, au sein de la pharmacie de

Compte tenu des faits que vous relatez, je ne manque pas d'intervenir auprès de
, afin d'obtenir leurs explications.

Vous remerciant de votre confiance, veuillez agréer, Docteur, l'assurance de mes sentiments respectueux.



Le Président
Jean-Jacques des MOUTIS

2, RUE RECAMIER
75007 PARIS
TÉL. : 01.44.39.29.99
FAX : 01.44.39.29.98
E-mail : ci_paris@ordre.pharmacien.fr

Sigles utilisés

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé
AFC	Association française pour la contraception
ANCIC	Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception
ANRS	Agence nationale de recherche scientifique
API	allocation parent isolé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATPM	Association pour les travailleurs migrants et leurs familles
CESPHARM	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie
CIVG	centre d'interruption volontaire de grossesse
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNSF	Collège national des sages femmes
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CSIS	Conseil supérieur de l'information sexuelle
CU	contraception d'urgence
DDPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
DIU	dispositif intra-utérin
DOM	département d'outremer
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EICCF	établissement d'information, de consultation et de conseil familial
EPPM	étude permanente de la prescription médicale
FHF	Fédération hospitalisation de France
FNARS	Fédération nationale d'accueil et de réadaptation sociale
GRSP	groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut comité de santé publique
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LMDE	La mutuelle des étudiants
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
PRSP	Plan régional de santé publique
REVHO	Réseau ville hôpital
SDFE	Secrétariat d'Etat aux droits des femmes
SMR	Service médical rendu

Bibliographie

Ouvrages

ALLEZY V. *L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring : exemple de diffusion d'un nouveau moyen de contraception : enquête d'opinion auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans de juillet 2006 à septembre 2007 en Ile-de-France*, 2008, 85 p. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université Paris 7 Denis Diderot.

AMSELLEM-MAINGUY Y., *La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques*, 2007. Thèse de doctorat, université Paris-Descartes.

ANAES, INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : recommandations*. Paris, ANAES, 2004, 47 p.

ANAES et INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : argumentaire*. Paris, ANAES, 2004, 198 p.

ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, Paris, ANAES, 2001, 95 p.

ANDRE-CORMIER J., *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines : avis du Conseil économique, social et environnemental*. Paris, Ed. des journaux officiels, 2009, 186 p.

Assistance publique-Hôpitaux de Paris., *Bilan d'activité 2007 des centres d'IVG de l'AP-HP de Paris*. Paris, AP-HP

Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé . Genève, OMS, 2004, 106 p.

BAJOS N. et al. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, 2002, 348 p.

BARUCH F. et GALLARD C., Groupe de travail : information, éducation des jeunes à la sexualité, Service des droits des femmes, Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, 1999, réed. 2009, 14 p.

BECK F et GUILBERT P. et GAUTIER A. (dir). *Baromètre santé 2005*. Paris, INPES, 2007.

BEDEL CHAUVAUD J., *Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse*, 2004, 124 p. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université Paris 7 Denis Diderot.

BELTZER N. et BAJOS N., « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles » in BAJOS N. et BOZON M. (dir.). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte, 2008.

BENHAMOU O., *Avorter aujourd'hui : trente ans après la loi Veil*. Paris, Mille et une nuits, 2004, 215 p.

BONNIER C. Dr et al. IVG chez les ados, quelles prises en charge, comment prévenir les récidives, quelle prévention en milieu scolaire ?. Fort- de -France, CHU, Unité d'orthogénie.

CHAMBAUD L., KHENNOUF M. et LANNELONGUE C., Enquête sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers. Paris, IGAS, 2009, 188 p.

CHATENAY G. et al. Délivrance du Norlevo® en Languedoc-Roussillon , 2002-2006 : étude par territoire. Montpellier, DRASS, 2009, 12 p.

CHOQUET M., HASSLER C. et MORIN D., Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) sept ans après. Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2005, 193 p.

Comité français d'éducation pour la santé, Baromètre santé 2000. Vanves, CFES, 2001.

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, Accès à un avortement sans risque et légal en Europe, Résolution 1607, Strasbourg, 2008.

Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS), L'évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité. Paris, Ministère délégué à la santé et à la cohésion sociale, 2004, 78 p.

DENECHERE A. et al. Contrôle des services d'aide sociale à l'enfance (ASE) et de protection maternelle infantile (PMI) du conseil général de la Guadeloupe : rapport définitif. Paris, IGAS, 2006, 163 p.

Direction générale de la santé, Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

DRASS DDASS Nord-Pas-de-Calais, Baromètre santé jeunes – sexualité et contraception chez les jeunes du Nord-Pas-de-Calais : résultats thématiques. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 2007, 24 p.

EMBERSIN C. et al. Prévention des grossesses non désirées dans trois départements : Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme. Paris, FNORS, 2004, 217 p.

Enquête ESPAD 2003. Paris, OFDT-INSERM, 2004

FAUCHER P. et HASSOUN D., Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Paris, Editions ESTEM, 2005, 127 p.

FORGEOT G. et CELMA C., Les inégalités aux Antilles Guyane : dix ans d'évolution. Paris, INSEE, 2009, 31 p.

GELLY M., Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée. Paris, L'Harmattan, 2006, 244 p.

HASSOUN D. et al. Rapport sur la pratique de l'IVG en France : actes du colloque des dixièmes journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception. Paris , 1993.

HUBARD L., Enquête sur le Norlevo ® auprès des intéressées, des pharmaciens, et des médecins, sur la ville de Rouen. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, université de Caen, UFR des sciences pharmaceutiques.

Inspection générale des affaires sociales, *Rapport 2007-2008 – Les politiques sociales décentralisées*. Paris, La documentation française, 2008, 169 p.

JASPART M. et al. *Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale*. Paris, La documentation française, 2003, 370 p.

JEANDET-MENGUAL E., *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. Paris, IGAS, 2002, 82 p.

JEGOUDEZ MOULLIER R. *Prise en charge des interventions volontaires de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée – mémoire pour le DIU Régulation des naissances*, Université René Descartes, Paris V

JOURDAIN-MENNINGER D. et al. *Etude sur la protection maternelle et infantile*. Paris, IGAS, 2006, 51 p.

MATTEI J.-F., *Rapport relatif à l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements et dans les pharmacies : rapport présenté au Parlement par Monsieur Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*. Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

Ministère de la jeunesse de l'éducation nationale et de la recherche, *L'éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guide du formateur*. Paris, SCEREN-CNDP, 2004, 56 p.

Ministère de la justice, *Annuaire statistique de la justice : édition 2008*. Paris, La documentation française, 2009, 376 p.

Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, *La santé des femmes en France*. Paris, La documentation française, 2009, 288 p.

MOSSUZ-LAVAU J., *La vie sexuelle en France*. Paris, Editions de la Martinière, 2002, 466 p.

NARRING F. et MICHAUD P., « Education pour la santé, prévention et promotion de la santé à l'adolescence » in ROUSSEY M. et KREMP O., *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Paris, Doin Editions, 2004.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *National cost-impact report : implementing the NICE clinical guideline on long-acting reversible contraception*. Londres, NICE, NICE clinical guideline n°30, 2005, 33 p.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *Long-acting reversible contraception : the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception*. Londres, RCGOG, 2005, 192 p.

NISAND I. et TOULEMON L., *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*. Paris, Haut conseil de la population et de la famille, 2006, 26 p.

NISAND I., *L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 55 p.

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), *Enquête sur les conditions de délivrance du Norvelo®*. Fort-de France, ORS Martinique, 2007, 39 p.

http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport_norlevo.pdf

Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants (EPSE), *Enquête sur la santé des étudiants dans les DOM*. Paris, LMDE, 2008, 8 p.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), *Les professionnels de santé : comptes rendus des auditions : tome 3 : rapport 2005*. Paris, La documentation française, 2006, 223 p.

POLETTI B., Rapport d'information sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Paris, Assemblée nationale, n°1206, 2008, 41 p.

PONS J.-C., VENDITTELLI F. et LACHCAR P., *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*. Paris, Masson, 2004, 331 p.

STIEN L. Dr, *Comment améliorer la prévention des grossesses adolescentes du Gers*. Rennes, ENSP, 2004.

Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

UZAN M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998, 65 p.

VANHECKE E., *L'interruption volontaire de grossesse en ville : une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG. Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis*. Rennes, ENSP, 2006, 65 p.

VILCHIEN D., GAL C. et SALZBERG L., *Le statut des conseillères conjugales et familiales*. Paris, IGAS, 2006, 47 p.

ZIMMERMANN M.J., *Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes*. Paris, Assemblée nationale, n°2714, 2005, 313 p.

Articles de périodiques

AUBENY E., « Contraceptif post coïtal : pas avant ! » *La Revue Prescrire*, 2005, 25, n°267, p. 868.

AUBENY E. et al. « The Coraliance study : non-compliant behaviour. Results after a 6-month follow-up of patients on oral contraceptives », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2004, 9, n°4, p. 267-277.

BAJOS N. et al. « Contraception at the time of abortion : high-risk time or high-risk women ? », *Human Reproduction*, 2006, 21, n°11, p. 2862-2867

BAJOS N. et al. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *Population et Sociétés*, n°407, décembre 2004.

BAJOS N., LERIDON H. et JOB-SPIRA N., « La contraception en France dans les années 2000. Introduction au dossier », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 409-418.

BAJOS N. et al. « Les inégalités sociales d'accès à la contraception », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 479-502.

BAJOS N. et al. « Contraception : from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, 2003, 18, n°5, p. 994-999.

BENNIA-BOURRAÏ S., ASSELIN I. et VALLEE M., « Contraception et adolescence, une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens », *Médecine*, 2006, 2, n°2, p.84-89.

BIRMAN C., « Législation européenne sur l'avortement », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

BOMBEREAU G., « La contraception, les grossesses à l'adolescence, les IVG et la sexualité en Guadeloupe », *Info santé*, 2004, n°13.

BOUDAN V., « L'IVG demeure une pratique fréquente », *Info santé*, 2004, n°12.

Centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) – hôpital Laënnec – Creil, « Interruptions volontaires de grossesse par association médicamenteuse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée au centre hospitalier de Creil », Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, 28 novembre 2005, Amiens.

COLLET M., « Etude de la satisfaction des usagers de maternité à l'égard du suivi des grossesses et du déroulement des accouchements », *études et résultats*, septembre 2008, n°660, 6 p.

« Contraception post coïtale : trop de pharmaciens en défaut », *La revue Prescrire*, 2008, 28, n°300, p.775.

DELOTTE J. *et al.* « Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises », *Gynécologie, Obstétrique, fertilité*, 2008, 36, n°1, p. 63-66.

FAUCHER. P. « L'IVG à domicile », *Réalités en gynécologie-obstétrique*, octobre 2006, n°114.

FAUCHER P., DAPPE S. et MADELENAT P., « Maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2002, 30, n° 12, p. 944-952.

FOURNIER C., « Aider les femmes à choisir leur méthode », *Le concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1053-1056.

GARBIN O. et al. « Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation », *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 2006, 129, n°1, p. 36-40.

GERONIMUS AT., « Teenage childbearing as cultural prism », *British Medical Bulletin*, 2004, 69, n°1, p. 155-166.

GOSSELIN P., « La responsabilité des personnels de l'éducation nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une intervention volontaire de grossesse », *Lettre d'information juridique*, n° 128, octobre 2008, p. 36-38.

GOULARD F., « Que fait la sage-femme au Centre d'Orthogénie de la Maternité des Lilas ? », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

GOULARD H. *et al.* « Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use », *Contraception*, 2006, 74, n°3, p. 208-213.

GROSSMAN D. et JARVIS S., « Should the contraceptive pill be available without prescription ? », *British Medical Journal*, 2009, 338, n°7688, p. 202-203.

HASSOUN D. « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : alternatives à l'hospitalisation en gynécologie-obstétrique », *La lettre du gynécologue*, avril 2005, n°301, p. 23-26.

HENSHAW S. K., SINGH S. et HAAS T., « Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde », *Perspectives Internationales sur le Planning familial*, 1999, n° spécial, p. 26-30.

HENSHAW RC. et al. « *Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : women's preferences and acceptability of treatment* », *British Medical Journal*, 1993, 307, n°6906, p. 714-717. *La revue du praticien*, 2008, 58, n° 1

LAMARCHE J. et MATET N., « L'accès en urgence : le dispositif actuel », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1051-1052.

LERIDON H. et al. « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, 2002, n°381, 4 p.

MARIE P., CHAMPOLLION S. et OURABAH R., « Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? », *Exercer*, 2008, 19, n°80, p. 13-16.

MATET N., « La contraception d'urgence, une méthode « de rattrapage », *Vocation Sage- Femme*, 2008, 7, n°64, p. 11.

MATET N., BASSET B. et DAB W., « Sages-femmes et contraception : une opportunité à saisir », *La Revue Sage-Femme*, 2005, 4, n°2, p. 53-56.

MOREAU C. et al. « Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a French population-based cohort », *Human Reproduction*, 2009, 24, n°6, p. 1387-1392.

MOREAU C. et al. « The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives : results from a French national cohort study », *American Journal of Public Health*, 2009, 99, n°3, p. 441-442.

MOREAU C. et al. « Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey », *Human Reproduction*, 2007, 22, n°9, p. 2422-2427.

MOREAU C. et BAJOS N., « *Impact de la démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1047-1050.

MOREAU C. et al. « *The remaining barriers to the use of emergency contraception : perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions* », *Contraception*, 2005, 71, n°3, p. 202-207.

MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J., « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 503-517.

MOSSUZ-LAVAU J., « Le planning familial reste essentiel », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2595, 6 février 2009, p. 42-43.

PISON G., « France 2008 : pourquoi le nombre de naissances continue-t-il d'augmenter ? », *Population et sociétés*, 2009, n°454, 4 p.

POLIS CB. et al. « Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention : a meta-analysis », *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 110, n°6, p. 1379-1388.

REGNIER-LOILIER A. et LERIDON H., « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? », *Population et sociétés*, 2007, n°439, 8 p.

RENARD V. et al. « *Un partenariat original pour former les médecins généralistes* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1057-58.

ROBIN G., MASSART B. et LETOMBE B., « La contraception des adolescentes en France en 2007 », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2007, 35, n°10, p. 951-967.

ROSSIER C. et PIRIUS C. « *Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002* », *Population*, 2007, 62, n°1, p. 57-90.

SINGH S., DARROCH JE., FROSTE J. and the study team, "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behaviour : the case of five developed countries", *Family planning perspectives*, 2001, 33, n°6, p. 251-259 et 289.

TRUSSEL J. et al. « Should oral contraceptives be available without prescription ? », *American Journal of Public Health*, 1993, 83, n°8, p. 1094-1099.

VILAIN A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 » *Etudes et résultats* n°659, septembre 2008.

WALSH TL. et al. "Effectiveness of the male latex condom : combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials", *Contraception*, 2004, 70, n°5, p. 407-413.

WESTOFF CF., "Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion", *Family Planning perspectives*, 1988, 20, n°1, p. 4-13.

Sites internet

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), « La prise en charge des femmes françaises », CNGOF, 2000
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

VAUTRAVERS A. et NISAND I., « IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée - quelles techniques ? 30^e journées nationales du collège national des gynécologues et obstétriciens français », *CNGOF*,
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/009/index.htm

Avortement, contraception : donnée statistique
Institut national d'études démographiques (INED)
http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/
Contraception hormonale, expérience étrangère :
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/contraception_accueil.aspx?sortcode=1.48.48.48