



N° 3444

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 mai 2011.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ DES CHANCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES SUR *la contraception des mineures*,

PAR Mme BÉRENGÈRE POLETTI,

Députée.

La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes est composée de :

Mme Marie-Jo ZIMMERMANN, *présidente* ; Mmes Danielle BOUSQUET, Claude GREFF, Geneviève LEVY, Bérengère POLETTI, *vice-présidentes* ; Mme Martine BILLARD, M. Olivier JARDÉ, *secrétaires* ; Mmes Huguette BELLO, Marie-Odile BOUILLÉ, Chantal BOURRAGUÉ, Valérie BOYER, Martine CARRILLON-COUVREUR, Joëlle CECCALDI-RAYNAUD, Marie-Françoise CLERGEAU, Catherine COUTELLE, Pascale CROZON, Marie-Christine DALLOZ, Claude DARCIAUX, Marianne DUBOIS, Odette DURIEZ, M. Guy GEOFFROY, Mmes Arlette GROSSKOST, Françoise GUÉGOT, M. Guénaël HUET, Mme Marguerite LAMOUR, M. Bruno LE ROUX, Mmes Gabrielle LOUIS-CARABIN, Jeanny MARC, Martine MARTINEL, Henriette MARTINEZ, M. Jean-Luc PÉRAT, Mmes Josette PONS, Catherine QUÉRÉ, MM. Jacques REMILLER, Daniel SPAGNOU, Philippe VITEL.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. – UNE INFORMATION ABONDANTE MAIS SOUVENT INEFFICACE	7
A. UN SYSTÈME ÉDUCATIF À PERFECTIONNER	7
1. Le cadre légal	7
<i>a) Les programmes scolaires</i>	7
<i>b) Les heures d'éducation à la sexualité</i>	8
2. Des acteurs souvent motivés	8
3. Un enseignement qui cherche encore ses marques	9
B. DES EXPÉRIENCES D'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS À UNIFIER	10
1. Des campagnes d'information nationales à renouveler.....	10
2. Diverses expériences concluantes	12
3. L'intervention des agences régionales de santé	13
C. DES IDÉES REÇUES QUI PERDURENT.....	14
II. – UNE CONTRACEPTION DES MINEURS LARGEMENT UTILISÉE MAIS UNE MAUVAISE OBSERVANCE	15
A. UNE PRATIQUE CONTRACEPTIVE MALAISÉE	16
1. La dérobade contraceptive des jeunes hommes	16
2. Le poids des milieux sociaux	17
3. La nécessaire adaptation des professionnels de santé aux problèmes spécifiques posés par la contraception des mineures	18
B. DE VÉRITABLES DIFFICULTÉS D'ACCÈS.....	19
1. Le rôle méconnu des professionnels de santé	20
2. Le coût de la contraception	21
3. Les précurseurs d'une contraception anonyme et gratuite	22
<i>a) Les centres de planification et d'éducation familiale</i>	22
<i>b) Les maisons des adolescents</i>	23
<i>c) Les dispositifs régionaux d'une contraception anonyme et gratuite à destination des mineurs</i>	24

III. – DES CONSÉQUENCES INQUIÉTANTES MAIS RÉVERSIBLES	26
A. UN RECOURS ACCRU À DES SOLUTIONS D'URGENCE	26
1. La contraception d'urgence	26
<i>a) La délivrance par les pharmaciens</i>	26
<i>b) La délivrance par les infirmiers scolaires</i>	28
2. L'interruption volontaire de grossesse	29
<i>a) Des données statistiques lacunaires</i>	29
<i>b) Un droit dont l'application reste complexe</i>	31
B. UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE À RÉSOUDRE SANS PLUS ATTENDRE...	32
1. Une meilleure information des familles	33
2. Une formation plus complète des professionnels de santé	34
<i>a) Les gynécologues</i>	35
<i>b) Les médecins généralistes</i>	35
<i>c) Les sages-femmes</i>	37
3. Une contraception anonyme et gratuite des mineures et de certaines majeures	37
TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION	41
RECOMMANDATIONS ADOPTÉES	45
PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE	49
ANNEXES	57

INTRODUCTION

Les questions de contraception et d'interruption volontaire de grossesse (IVG) font l'objet d'un suivi régulier de la part de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Depuis septembre 2004, ce suivi a été expressément sollicité par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales : après avoir rejeté la proposition de Mme Muguette Jacquaint tendant à la création d'une commission d'enquête sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, la commission a en effet exprimé le souhait que la Délégation informe l'Assemblée nationale de l'application de la législation quant à l'accès effectif des femmes à la contraception et à l'IVG ⁽¹⁾.

En novembre 2005 ⁽²⁾ puis en octobre 2008 ⁽³⁾, la Délégation consacrait deux rapports à ce sujet posant à chaque fois le problème particulier de l'information et de l'accès des mineures à la contraception. Aux termes de son dernier rapport, elle s'inquiétait par ailleurs du taux élevé d'IVG constaté chez les jeunes filles pour lesquelles, préconisant « *une réorientation de la politique suivie en France vers la prévention, en facilitant l'accès à la contraception* », elle recommandait spécifiquement de mieux garantir l'accès des jeunes à la contraception, de généraliser l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire et de renforcer le rôle de la médecine préventive universitaire.

En octobre 2010, alertée par le coup de colère du professeur Israël Nisand, chef du pôle de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire de Strasbourg, qui dénonçait le silence et l'indifférence dans lesquels des mineures avortaient chaque année en plus grand nombre, la Délégation décidait de confier à votre rapporteure le soin de rechercher les causes de ce phénomène et de lui soumettre des propositions pour remédier à ce véritable fléau sanitaire. Car derrière la froide statistique d'un taux d'IVG des mineures de 10,8 % en 2007 (dernières statistiques publiées à ce jour) pour le territoire métropolitain et de 25 % dans les départements d'outre-mer (DOM) ⁽⁴⁾, se cachent des séquelles psychologiques ultérieures constatées par tous les professionnels de santé, sans

(1) Rapport n° 1799 du 22 septembre 2004 déposé par Mme Bérengère Poletti.

(2) Voir la deuxième partie du rapport d'activité de la Délégation, n° 2714 du 30 novembre 2005.

(3) Rapport d'information n° 1206 du 22 octobre 2008 déposé par Mme Bérengère Poletti.

(4) En 2001, ces taux étaient respectivement de 8,5 % et de 21,7 %.

compter la solitude et la détresse extrêmes des mineures qui y recourent en cachette de leur famille et dont le nombre demeure inconnu ⁽¹⁾.

Ces près de 14 500 interruptions annuelles de grossesses adolescentes non désirées (en 2007) sont le plus souvent le résultat d'une contraception mal maîtrisée voire inexistante. De fait, aux termes de l'enquête sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2007 ⁽²⁾, deux tiers des jeunes femmes de 16 à 25 ans avaient utilisé une méthode contraceptive au cours du mois précédant leur IVG, dont plus de 42 %, une contraception orale. Une telle situation constitue un véritable problème de santé publique dont le législateur doit absolument se saisir en y associant tous les acteurs. Cette conviction, qui anime depuis longtemps la Délégation, est partagée par un grand nombre des interlocuteurs que votre rapporteure a rencontrés lors de ces six derniers mois au cours des quarante-cinq auditions, des deux tables rondes et des quatre déplacements qu'elle a organisés.

Que ce soit au plan national ou régional, les responsables politiques, les professionnels de santé et les représentants des administrations et des milieux sociaux ou éducatifs ⁽³⁾ se rejoignent dans un large consensus sur la triple nécessité d'informer les mineurs de façon plus efficace sur leur développement corporel et amoureux, de davantage les accompagner dans leur recherche d'une sexualité protégée et de leur éviter, dans la mesure du possible, de recourir à des solutions d'urgence pour prévenir des grossesses non désirées.

Il est néanmoins regrettable que soient trop souvent absents de ce débat ceux qui en sont les principaux intéressés : dans leur grande majorité, les parents des mineurs, auxquels il reviendrait en premier lieu d'assurer cette éducation, se montrent fréquemment mal à l'aise avec les questions qui touchent à la sexualité de leurs enfants et préfèrent rester silencieux sur un sujet dont certains préfèrent croire qu'il ne saurait concerner leur propre progéniture.

Quant aux parents qui parviennent à établir une relation de confiance avec leurs enfants sur ces questions, ils doivent néanmoins comprendre que d'autres parents rencontrent de grandes difficultés à créer un dialogue avec leurs enfants, lesquels ne doivent pas en payer les conséquences.

(1) Selon les établissements hospitaliers, ce nombre est estimé de façon très variable, allant des deux tiers des IVG des mineures à la quasi-totalité de ces dernières – Voir le rapport RM2009-098A, La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse de Mmes Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger, inspection générale des affaires sociales (IGAS), octobre 2009, p. 25.

(2) Enquête citée dans le rapport de la DREES, L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009-2010, juillet 2010, p. 46.

(3) Voir liste des personnes auditionnées.

I. – UNE INFORMATION ABONDANTE MAIS SOUVENT INEFFICACE

L'information et l'éducation à la sexualité sont tout à la fois surabondantes par la multiplicité des acteurs qui y participent et la diversité des supports qui les diffusent. Pourtant, les différents sondages qui ont pu être menés sur le sujet, les questions posées par les adolescents sur les sites dédiés à cette information ou dans les lieux les accueillant, démontrent que perdurent la méconnaissance des corps ainsi que diverses idées reçues lourdes de conséquences quant au risque de grossesse non désirée.

A. UN SYSTÈME ÉDUCATIF À PERFECTIONNER

Depuis l'adoption de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception, outre les cours de découverte du monde en primaire et de sciences et vie de la Terre dans le secondaire, une information et une éducation à la sexualité sont obligatoirement dispensées « *dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* », (article L. 312-16 du code de l'éducation).

1. Le cadre légal

a) Les programmes scolaires

Lors de son audition, M. Luc Chatel, ministre de l'Éducation nationale, a rappelé que, depuis 2005, l'éducation à la sexualité était inscrite parmi les compétences sociales et civiques requises dans le socle commun des connaissances et des compétences. Ainsi, les programmes des écoles primaires et des collèges ont été revus afin que chaque élève puisse acquérir les bases requises sur ce sujet.

Toutefois, contrairement à d'autres pays européens, l'appropriation de connaissances sur le corps humain par les élèves français est tardive et théorique. Dans les cycles du primaire, elle s'opère dans le cadre d'une étude des fonctions du vivant par une approche comparative des modes de reproduction animale. Dans le secondaire, les programmes de sciences et vie de la Terre abordent les notions d'anatomie et d'appareils reproducteurs de façon stéréotypée, parfois source de confusion pour les adolescents (cf. *infra*).

C'est pourquoi, le ministre de l'Éducation nationale élabore actuellement en concertation avec le secrétariat d'État chargé de la Santé, un plan qui devrait s'appliquer dès la rentrée prochaine. Parmi les orientations de ce plan, « *un continuum éducatif* » à la sexualité devrait être garanti tout au long de la scolarité obligatoire par un accompagnement plus ciblé des enseignants et par la mise à leur disposition de guides de ressources adaptés à chaque niveau : écoles primaires, collèges et lycées.

b) Les heures d'éducation à la sexualité

La mise en œuvre des trois séances annuelles d'éducation à la sexualité dans les établissements d'enseignement a été précisée par une circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 aux termes de laquelle une grande liberté et une grande souplesse sont laissées aux directeurs et aux équipes éducatives de ces établissements :

– à l'école primaire, cette éducation est assurée par le maître chargé de la classe qui l'aborde non pas au moyen de trois séances annuelles spécifiques mais dans un temps global correspondant et réparti tout au long de l'année ; l'enseignant peut « solliciter conseils et assistance auprès de l'infirmière ou du médecin scolaire formés à cet effet ». Selon le Syndicat national des infirmiers, infirmières et éducateurs de santé (SNIES), cette éducation des plus jeunes devrait prioritairement avoir pour but une prévention portant non pas directement sur la sexualité, mais sur le respect du corps, sur des thèmes tels que « respect de soi, respect des autres » ou « le droit de dire non » ;

– au collège et au lycée, les modalités d'organisation et la planification des trois séances doivent être inscrites par le chef d'établissement dans l'horaire global annuel des élèves, intégrées au projet d'établissement et présentées au conseil d'administration. Les séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires qui, idéalement, doivent associer les différents personnels de l'établissement : enseignants, bibliothécaires, personnels d'encadrement, personnels de santé... formés à cet effet ; mais, dans la majorité des cas, elles sont en réalité confiées aux seuls infirmiers scolaires ;

– avec l'accord du chef d'établissement, il peut être fait appel à des intervenants extérieurs, issus de préférence d'associations ayant reçu l'agrément, national ou académique.

2. Des acteurs souvent motivés

Dans le milieu éducatif, de nombreux projets sont portés par diverses personnalités, en fonction des moyens disparates dont elles disposent d'un établissement à un autre : infirmiers scolaires au premier chef mais aussi conseillers des rectorats, directeurs d'établissement, professeurs de sciences de la vie et de la Terre, bibliothécaires... Les témoignages de certains de ces personnels recueillis dans les Ardennes, en Guadeloupe et en Seine-Saint-Denis ont démontré à votre rapporteure qu'au plus près du terrain, diverses expériences, des plus classiques aux plus originales, sont régulièrement menées : action commune de professeurs de disciplines différentes autour d'une thématique partagée (Ardennes), visite d'un centre de planification et d'éducation familiale ou d'un autre lieu ressources (Seine-Saint-Denis), ciné-débat – accompagné d'un concours de critique de cinéma – sur la sexualité et les grossesses adolescentes (Guadeloupe), exposition sur la contraception montée par une classe relais (Ardennes)...

Cette importance de la motivation des intervenants a pu être mesurée par votre rapporteure lorsque le collègue Bayard de Charleville-Mézières l'a invitée à assister à deux ateliers animés, en binôme, par un professeur de sciences et vie de la Terre et par une infirmière scolaire. Ayant pour thèmes « L'amour, la première fois » et « Les moyens de la contraception », ces ateliers regroupaient chacun une vingtaine de collégiens, filles et garçons, qui, bien encadrés s'exprimaient ou s'interrogeaient aisément et librement sur des sujets les touchant de près.

Par ailleurs, un grand nombre d'intervenants extérieurs peuvent être sollicités pour participer à cet enseignement à la sexualité : centres de planification et d'éducation familiale, hôpitaux, professionnels de santé... Parfois, de véritables partenariats peuvent se nouer comme à Strasbourg – est-il besoin de rappeler l'implication du professeur Nisand qui effectue lui-même chaque semaine une intervention en milieu scolaire et oblige tous ses internes à faire de même –, ou à Marseille avec les étudiants de la faculté de médecine ⁽¹⁾.

S'il semble qu'une impulsion ait été donnée et que des actions diverses et multiples se mettent en place sur l'ensemble du territoire, ce phénomène reste malheureusement difficilement perceptible. L'absence de toute évaluation nationale est à cet égard regrettable car les résultats sur les comportements des élèves paraissent peu probants, à l'exception des actions menées à long terme et en partenariat avec des professionnels de santé sur l'ensemble d'une académie.

3. Un enseignement qui cherche encore ses marques

L'enseignement de la sexualité, en dépit de son caractère de « matière obligatoire » et des bonnes volontés qu'il a pu susciter ça et là comporte diverses défaillances suffisamment détaillées par l'inspection générale des affaires sociales ⁽²⁾ pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir.

Par ailleurs, contrairement aux autres enseignements, cette éducation est dispensée de façon fort disparate sur le territoire selon :

– *les académies*, certains rectorats s'impliquant plus que d'autres tel celui de la Guadeloupe qui met en place actuellement un projet très ambitieux englobant tous les élèves de l'école primaire au lycée ;

– *les chefs d'établissements*, plus ou moins motivés par un enseignement pour lequel ils doivent rechercher des intervenants idoines et dégager des horaires et des financements, sans être véritablement soutenus par les parents d'élèves pour lesquels cet enseignement ne constitue pas une priorité. Par ailleurs, le principe de l'autonomie des établissements laissant chaque conseil d'administration libre de ses choix pour définir le temps et les moyens qui doivent être dédiés à cet enseignement, des politiques très différentes s'observent selon les lieux, certains

(1) *Rapport RM2009-118A*, La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication de Mmes Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger, inspection générale des affaires sociales (IGAS), octobre 2009, p.22.

(2) Voir le rapport précité de l'IGAS.

collèges ou lycées s'affranchissant même de leur obligation d'éducation à la sexualité, selon le témoignage du Syndicat national des infirmiers, infirmières et éducateurs de santé (SNIES) ;

– *les intervenants*, dont Mme Nathalie Bajos, directrice de recherche et responsable de l'équipe « Genre, Santé Sexuelle et Reproductive » à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), note que, pour parler aux jeunes de la sexualité et de la contraception, les professeurs, notamment ceux de sciences et vie de la Terre, ne sont pas les mieux armés. Outre une certaine distance qu'ils entendent généralement maintenir avec leurs élèves, ils préfèrent aborder techniquement ces sujets à l'aide de manuels délimitant leur domaine d'intervention – des manuels qui ne sont d'ailleurs pas toujours des plus précis sur les conditions de la fécondation, cf. *infra* – et éviter les questions qui seraient trop liées à la vie intime de leurs élèves. Doit par conséquent être saluée, ici, l'initiative du ministre de l'Éducation nationale qui, pour la rentrée prochaine, entend doter chaque académie d'« *une équipe mobile de formateurs spécialisés* » qui viendront en aide aux personnels des établissements d'enseignement impliqués dans l'éducation à la sexualité ;

– *les partenariats mis en place*, et notamment toute coopération avec des structures du secteur de la santé, constituent un apport qualitatif indéniable. Lorsque des professionnels de santé, rompus à l'exercice du contact et de la rencontre avec des adolescents, peuvent régulièrement assurer des sessions d'information sur les conditions d'une sexualité assumée, les messages sont mieux perçus à condition d'être régulièrement renouvelés. Là encore, la volonté du ministre de l'Éducation nationale de signer des conventions avec les agences régionales de santé (ARS) et le planning familial doit être encouragée ;

– *les pressions de parents d'élèves*, notamment lorsqu'une majorité d'entre eux s'opposent à cet enseignement.

B. DES EXPÉRIENCES D'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS À UNIFIER

Afin de répondre aux enjeux que réclame une bonne information des jeunes sur la sexualité tant dans le domaine de la prévention des conduites à risques que dans la présentation de leurs droits et de leurs devoirs, diverses initiatives ont vu le jour au cours des dernières décennies, prenant la forme de grandes campagnes d'information ou d'actions de partenariat locales.

1. Des campagnes d'information nationales à renouveler

Après de nombreuses années où les campagnes nationales d'information sur la sexualité avaient essentiellement pour objet la lutte contre le sida – faisant ainsi davantage passer aux plus jeunes le message que la sexualité comporte davantage un risque de mort qu'un risque de vie –, la nécessité de campagnes nationales sur la contraception s'est imposée en 2001–2002 puis à nouveau à partir de 2007.

Menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de façon à toucher différents publics, ces campagnes ont été, en général, bien mémorisées et bien comprises par les adolescents et jeunes adultes auxquels elles s'adressaient. Ainsi, les campagnes 2007 "*La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*", 2008 « *Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous* », 2009 « *Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?* » et 2010 « *Lova § Lova* »⁽¹⁾ ont bénéficié de bons scores auprès des jeunes de 15 à 19 ans en termes de reconnaissance et d'incitation à modifier leurs comportements.

Les résultats varient d'une campagne à l'autre, d'un sexe à l'autre – les jeunes filles et les femmes sont davantage touchées par ces campagnes – ou d'une région à l'autre. Les post tests menés par l'INPES indiquent par exemple que :

– en 2007, parmi les jeunes (un sur cinq) ayant reconnu la brochure « *Questions d'ado* », diffusée à plus de 900 000 exemplaires, 78 % l'avait feuilletée ou lue en entier, 50 % l'avaient conservée après l'avoir lue, 48 % se sentaient davantage en mesure de parler de leur sexualité avec leur médecin et 40 % avec leurs parents ;

– en 2008, parmi les 47 % de jeunes se souvenant de la campagne d'information, 23 % avaient été incités à parler de contraception avec un gynécologue, 17 % avec un généraliste et 11 % à appeler « Fil Santé Jeunes » ;

– en 2009, les 34 % de jeunes ayant le souvenir de la campagne ont été davantage marqués que dans les campagnes précédentes et ont ressenti le besoin de modifier leur comportement, 62 % se sentant davantage concernés par leur propre contraception, 51 % souhaitant en parler avec leur entourage et 41 % voulant se renseigner sur les différentes méthodes contraceptives existantes ;

– en 2010, la campagne a été reconnue par un jeune sur deux qui en a discuté avec son entourage. Parmi eux, 64 % des garçons de 13 à 19 ans ont été incités à respecter et à écouter davantage leur petit(e) ami(e) et 60 % des jeunes de 15 à 19 ans à utiliser un préservatif.

Les évaluations de ces campagnes ont été faites à court terme et sur la base des déclarations des intéressés. Si leur impact est réel sur l'instant, leurs conséquences à long terme sont plus incertaines et il serait intéressant d'en mesurer alors les effets. Quoi qu'il en soit, les messages doivent être périodiquement renouvelés tant pour conforter les jeunes précédemment motivés que pour informer chaque nouvelle génération arrivant à l'âge des premiers questionnements sur la sexualité.

Par ailleurs, ces campagnes laissent totalement de côté les enfants. Il serait par conséquent très utile de nous inspirer des expériences menées en ce domaine par des pays dont les taux de grossesses non désirées des mineures sont parmi les plus faibles. Ainsi, aux Pays-Bas, où les taux de grossesses précoces et ceux des

(1) Série télévisée et radiodiffusée de 12 spots de 2 minutes et demi, animée par deux jeunes Guyanais à destination des départements de Guyane, de Guadeloupe et de Martinique.

interruptions de grossesse des mineures sont deux fois moindres qu'en France, est organisée chaque année « une semaine du papillon »⁽¹⁾. Associant les parents et les enfants de 4 à 12 ans, elle aborde de manière ludique des thèmes liés à la sexualité.

2. Diverses expériences concluantes

Ayant pris conscience des défauts de l'information sur la contraception et des manques de l'éducation à la sexualité des adolescents, diverses structures et collectivités territoriales ont favorisé, voire participé à la mise en place de structures d'accueil ou d'information, destinée aux jeunes.

Avec ses trente ans d'expérience, le Planning familial est un acteur incontournable de l'accueil des jeunes et de leur information en matière de sexualité. Ses permanences d'accueil permettent aux adolescents de venir parler de toutes les questions concernant la sexualité, la contraception, l'interruption de grossesse, les infections sexuellement transmissibles, le sida, les problèmes de violences... De plus, le planning familial intervient de façon importante non seulement dans les écoles, les collèges et les lycées mais également sur des foires, des marchés, des fêtes locales, des radios, des télévisions... Pour appuyer leurs interventions, ses 1 200 animateurs produisent des bulletins, des tracts, des affiches, des expositions, des vidéos dont les principaux thèmes sont le sexisme, les viols et les violences faites aux femmes, la prostitution, la maternité, l'accouchement, la naissance, le sida et bien sûr la contraception et l'avortement.

Par ailleurs, la place importante que tient Internet dans la vie des jeunes adolescents a suscité la création de nombreux sites d'information :

– sites d'information générale, tels, par exemple, ceux du Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française – www.cespharm.fr – ou celui du planning familial – www.planning-familial.org ;

– sites spécifiquement dédiés à l'information des jeunes par l'INPES, www.onsexprime.fr et www.choisirsacontraception.fr, ce dernier site présentant de plus une page « Trop tôt pour avoir un bébé » qui peut être redirigée sur le réseau Facebook où elle a réuni à ce jour près de 30 500 « fans » ;

– sites des réseaux départementaux : « Activ G » dans la Nièvre (<http://www.activg.fr>) et « Info ado » à Strasbourg (<http://info-ado.u-strasbg.fr>), site interactif où les jeunes peuvent prendre un pseudonyme pour poser une question – soit une moyenne de quarante questions posées par jour – à laquelle les médecins du centre hospitalier apportent une réponse dans les 48 heures, les questions les plus marquantes étant rubriquées sur le site avec leurs réponses.

En outre, divers lieux susceptibles d'accueillir des adolescents, mal à l'aise pour parler de sexualité avec des adultes et pourtant en quête de réponses

(1) Audition du 4 mai 2011 de MM. Vincent Chriqui, directeur général du Centre d'analyses stratégiques et Sylvain Lemoine, responsable du département des questions sociales.

aux nombreuses questions qu'ils n'osent pas poser à leurs proches, ont été ouverts. Le choix de l'implantation de ces lieux, des adultes qui les animent et de leurs horaires d'ouverture ainsi que de l'anonymat, de la gratuité et de la liberté d'y venir sans prendre rendez-vous au préalable, constituent les éléments principaux de leur succès :

– l'implantation d'un espace d'information, d'écoute et de prévention dans un grand centre commercial garantissant aux adolescents de Seine-Saint-Denis, un accès aisé et anonyme a ainsi permis l'accueil de plus de 16 500 jeunes de 13 à 25 ans en 2008 ;

– l'ouverture les mercredis après-midi d'une consultation dédiée aux jeunes dans les centres de planning familial. En Guadeloupe, par exemple, le centre situé entre un collège et une grande surface à Pointe-à-Pitre a pu recevoir un grand nombre de jeunes filles venant se renseigner sur différents problèmes liés à leur sexualité sans encourir la vive réprobation d'une société encore très puritaine en matière de morale sexuelle ;

– de même, à Angers, une permanence assurée le mercredi après-midi, par des bénévoles et les élèves de l'école de sages-femmes, reçoit environ 500 jeunes chaque année après avoir distribué aux jeunes, pour se faire connaître, des tracts prenant la forme de bandes dessinées avec des phrases ciblées et parlantes telles : « Vous n'avez plus vos règles ? Vous avez peur d'avoir une infection sexuellement transmissible ? Vous pensez être enceinte ? Venez à la permanence » ;

– l'institution d'une foire annuelle aux informations sur la sexualité, la contraception et l'environnement dans le Gard. Durant une semaine, les élèves de l'école de sages-femmes – ce qui a pour avantage de permettre une diffusion des informations par des personnes qui sont à la fois compétentes, renseignées, et jeunes elles aussi – accueillent les jeunes visiteurs, discutent avec eux et répondent à leurs questions.

3. L'intervention des agences régionales de santé

Également soucieuses des conséquences sanitaires du manque de connaissances des jeunes gens en termes de sexualité et de contraception, certaines agences régionales de santé (ARS) ont inscrit dans leurs futurs projets de santé publique, une information des jeunes dans ces domaines, la définissant comme l'un des objectifs que devront décliner les plans stratégiques desdits projets.

Une telle politique est ainsi mise en œuvre dans des régions connaissant en 2007 un fort taux d'interruptions volontaires de grossesse chez les mineures par rapport au taux national de 5,4 IVG pour mille mineures, telles la Guadeloupe (37,7 ‰), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (16,9 ‰) où l'ARS poursuit une action menée depuis 2005 et la région Île-de-France (15,6 ‰) dont l'ARS prépare son projet à partir des données du baromètre santé de 2005 en fonction desquelles 7 % des jeunes Franciliennes de 15 à 17 ans sexuellement actives ont eu recours au moins une fois à une interruption volontaire de grossesse.

Quant à la région Champagne–Ardenne – dont le taux 2007 d’IVG des mineures est bien moindre (11,6 %) –, après avoir constaté que les trois quarts des grossesses survenues en 2008 chez des jeunes femmes mineures avaient été interrompues volontairement (soit 291 sur 417), l’ARS a défini parmi les quinze priorités de son plan régional stratégique 2012–2016, *une promotion et un accompagnement de la maîtrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) ou chaque couple, de son projet ou non projet de grossesse.*

Malheureusement, les effets de ces actions régionales ne semblent pas, en définitive, davantage atteindre leurs objectifs que ne le font le système éducatif ou les expériences locales précitées.

C. DES IDÉES REÇUES QUI PERDURENT

Malgré la diversité des actions d’information menées à l’intention des adolescents et bien que ceux-ci revendiquent des pratiques contraceptives, de multiples représentations erronées de la sexualité et de la contraception persistent et continuent de se diffuser, notamment par l’intermédiaire des forums de discussions que fréquentent les intéressés sur Internet.

Aux termes de l’enquête menée début 2007 par l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES) – avant de lancer sa première campagne de communication *La meilleure contraception, c’est celle qu’on choisit* –, les jeunes de 15 à 20 ans, interrogés sur la prise d’une pilule contraceptive, craignaient qu’elle ne les rende stériles (34 %) ou qu’elle ne les fasse systématiquement grossir (24 %) tandis qu’un d’entre eux sur cinq n’avait pas conscience que la pilule ne protégeait pas du virus de l’immunodéficience humaine (VIH) ni des infections sexuellement transmissibles.

De même, une rumeur — évoquée devant votre rapporteure par le conseil départemental des pharmaciens des Ardennes et par divers professionnels de santé rencontrés lors de son déplacement en Guadeloupe — tend à discréditer l’usage de l’implant contraceptif sous le fallacieux prétexte qu’une fois introduit sous la peau, on ne l’enlève que très difficilement parce qu’il se perd dans l’avant-bras...

Parallèlement, les responsables de l’Association nationale des centres d’interruption volontaire de grossesse et de contraception ont noté que, depuis quelque temps, des préoccupations écologistes étaient parfois invoquées par des jeunes filles dans leur refus de suivre une contraception hormonale et dans leur souhait de suivre une méthode naturelle dont on souhaite ici qu’il ne s’agisse pas d’un retour à des méthodes anciennes et catastrophiques en termes de survenues de grossesses non désirées.

Par ailleurs, les adolescents ne peuvent pas ne pas être influencés par certaines des idées fausses que véhiculent les adultes qui les entourent : ainsi, l’enquête précitée de l’INPES fait apparaître que 53 % des Français croient qu’une

femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a eu lieu pendant ses règles et 64 % qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse, simplement identifiables en surveillant son cycle. De fait, ainsi que le rapportent le professeur Israël Nisand et M. Laurent Toulemon ⁽¹⁾, en 2005, « *en classe de troisième, deux tiers des jeunes filles pensent que les premiers rapports ne sont pas féconds, et les trois quarts sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles* ».

Enfin, le mythe du « quatorzième jour », déjà évoqué par votre rapporteure dans son rapport de 2005, doit à nouveau être dénoncé. Nombre de manuels scolaires de sciences de la vie et de la Terre (SVT), indiquant sans autre précision que l'ovulation des femmes n'intervient qu'au quatorzième jour du cycle féminin, font croire à de nombreuses jeunes filles qu'il n'y a pas de risque de grossesse en cas de rapports non protégés se situant en dehors de cette période. Négligeant par conséquent, la contraception d'urgence alors même qu'elles sont à un âge des plus fertiles, elles risquent d'autant plus une grossesse non désirée qui les conduit majoritairement à une IVG. Il est donc indispensable que les manuels scolaires soient revus et qu'ils précisent que la date du quatorzième jour n'est que théorique, qu'une ovulation est susceptible de se produire à tout moment du cycle et que la durée théorique de vingt-huit jours de ce cycle varie de fait selon les individus. De plus, la longue durée de vie des spermatozoïdes modifie sensiblement le laps de temps de la période féconde. Jusqu'à la publication de ces révisions, il est indispensable de rappeler aux professeurs de SVT que, lorsqu'ils abordent la question de la reproduction humaine, ils se doivent d'insister très clairement sur le fait que les périodes de fertilité varient en fonction de chaque femme et qu'il n'est pas toujours évident de les déterminer avec précision.

II. – UNE CONTRACEPTION DES MINEURS LARGEMENT UTILISÉE MAIS UNE MAUVAISE OBSERVANCE

Il convient de noter que l'approche française de la sexualité des jeunes est doublement paradoxale :

– d'une part, notre politique de santé facilite l'accès des plus jeunes à la contraception d'urgence et à l'IVG en le rendant anonyme et gratuit, alors que les jeunes gens souhaitant entrer dans une démarche contraceptive régulière et responsable sans l'accord de leurs parents peuvent réclamer la protection du secret médical mais ne peuvent pas bénéficier de la gratuité, sauf s'ils peuvent se rendre dans un centre de planification et d'éducation familiale ;

– d'autre part, comme le constate Mme Nathalie Bajos, directrice de recherche et responsable de l'équipe « Genre, Santé Sexuelle et Reproductive » à l'INSERM, les jeunes de moins de 25 ans, semblent avoir accès à la contraception dans de fortes proportions : 90 % des premiers rapports sont protégés, notamment grâce à l'utilisation d'un préservatif, moyen de contraception privilégié au début

(1) *Haut conseil de la population et de la famille, Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures, décembre 2006, p. 9.*

de la vie sexuelle, et, en 2005, 85,1 % des personnes âgées de 15 à 24 ans sexuellement actives déclaraient « *faire quelque chose pour éviter une grossesse* »⁽¹⁾. Pourtant, le taux des IVG des jeunes adolescentes ne cesse de croître, révélant ainsi les échecs de leur contraception.

A. UNE PRATIQUE CONTRACEPTIVE MALAISÉE

Diverses raisons peuvent expliquer ce mauvais usage de la contraception par les adolescents : les principales tiennent au fait que les adultes auxquels ils devraient pouvoir s'adresser ne sont pas toujours à l'écoute de leurs problèmes spécifiques ; par ailleurs, dans la mesure où la contraception en France est presque toujours hormonale, elle pèse moins sur les jeunes hommes que sur les jeunes femmes, lesquelles rencontrent davantage que leurs partenaires, des obstacles tant culturels qu'économiques.

1. La dérobade contraceptive des jeunes hommes

Selon différentes études, si les premiers rapports sexuels sont protégés par le port d'un préservatif dans 9 cas sur 10, cette attitude est davantage liée aux campagnes de prévention invitant les jeunes gens à se protéger contre le VIH par l'utilisation de ce moyen contraceptif qu'au souci des jeunes hommes de se prémunir d'une grossesse non désirée de leur partenaire.

De fait, ainsi que l'a relevé Mme Danielle Marquis, directrice adjointe du département prévention de l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur devant votre rapporteure, il existe un lien complexe entre les pratiques préventives contre le VIH et les pratiques préventives de contraception. Souvent, la contraception peut apparaître secondaire par rapport à la protection contre le sida et les jeunes gens impliqués dans une relation sexuelle un peu stable avec une partenaire en laquelle ils ont confiance, pensent alors aisément qu'ils ont aussi peu de risques d'attraper le sida que d'avoir un enfant.

Cette mauvaise compréhension du rôle du préservatif a également été constatée par Mme Emmanuelle Piet, médecin et coordinatrice des centres de planification familiale de la Seine Saint-Denis : la politique de prévention contre le sida a tellement mis en avant la nécessité de porter un préservatif au premier rapport, que les jeunes imaginent être rapidement en mesure d'arrêter son utilisation par la suite, certains se jugeant même « trop vieux » pour poursuivre de telles pratiques.

Par conséquent, il est absolument nécessaire que les messages de prévention sur la contraception associent davantage les jeunes hommes, comme cela a été fait dans la dernière campagne de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Et il conviendrait de prôner aux mineurs, pour

(1) Voir Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé, Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007.

lesquels les accidents d'observance d'une pratique contraceptive sont fréquents, la nécessité de la mise en place d'une double protection contraceptive par chacun des partenaires (préservatif et contraception hormonale). Mais il est également important que ces messages n'effacent pas ceux relatifs à la prévention du VIH et se fassent en symbiose avec eux.

Si l'entrée dans la sexualité passe par ce seul mode quasi unique de contraceptif qu'est le préservatif masculin, par la suite, la responsabilité de la contraception retombe quasi exclusivement sur les jeunes filles quelles que soient les difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour l'assumer.

2. Le poids des milieux sociaux

Dès 1974, le législateur a pris en considération le cas de certaines jeunes filles commençant leur vie sexuelle mais dont les parents étaient violemment opposés à toute idée de relations sexuelles avant le mariage et donc à toute forme de contraception. Afin de prévenir des grossesses non désirées chez ces mineures obligées de garder secrète leur vie amoureuse, il a autorisé les centres de planification et d'éducation familiale à leur prescrire et à leur délivrer des contraceptifs, sans accord parental et donc à titre anonyme et gratuit. En 2001, cette absence de la nécessité d'un accord parental sera étendue à toute prescription et délivrance de contraceptifs aux mineurs qui en feraient la demande.

Cependant, cet accès à la contraception sans autorisation parentale n'est pas à lui seul suffisant pour assurer une protection efficace des jeunes mineurs. Il faut en effet tenir compte des conditions d'utilisation de cette contraception lorsque l'environnement familial interdit toute relation amoureuse et *a fortiori* sexuelle avant le mariage et que toute transgression de cet interdit – par les jeunes filles, essentiellement, – peut entraîner de véritables violences. Ainsi, notamment lorsqu'elles sont sous contraception orale, ces jeunes filles doivent se cacher et, recourir à des stratagèmes « *pour cacher les plaquettes de pilules en dehors d'un domicile où elles n'ont pas de domaine réservé dont l'énoncé, est éloquent sur les risques d'« accident»* ⁽¹⁾ : plaquette de pilule dissimulée parmi les boîtes aux lettres, dans la cage d'escalier de l'immeuble, ou confiée à une « copine » malheureusement absente quand on en a besoin...

Dans une moindre mesure, la peur du « qu'en dira-t-on ? » dans les sociétés fermées où tout le monde se connaît et peut aller tout raconter aux parents des adolescents concernés (zones rurales ou insulaires) freine de manière évidente toute velléité d'acquisition de contraceptifs, de quelque nature qu'ils soient, à la pharmacie. Mais là encore, le contrôle social frappe davantage les jeunes filles que les jeunes garçons.

(1) Voir le rapport de synthèse précité de l'IGAS, Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, p. 21.

3. La nécessaire adaptation des professionnels de santé aux problèmes spécifiques posés par la contraception des mineures

Les premiers rapports sexuels sont plus ou moins bien protégés en fonction des adolescents concernés, de l'acceptation de leur sexualité par leurs parents et de leur possibilité de s'adresser ou non à un professionnel de santé. En tout état de cause, la contraception, dont on a vu qu'elle ne constituait pas un véritable souci pour les jeunes hommes, est alors majoritairement prise en charge par les jeunes filles.

Un certain nombre d'entre elles vont néanmoins se dérober à cette nécessité d'une protection par peur du rendez-vous qu'elles doivent obligatoirement prendre avec un médecin pour obtenir une prescription contraceptive. Cette peur peut recéler différentes craintes :

– comme le soulignait Mme Isabelle Aubin, secrétaire générale du Collège national des généralistes enseignants devant votre rapporteure, il n'est pas toujours facile pour un adolescent de discuter de contraception ou de sexualité avec le médecin de famille qui le suit depuis des années, d'autant qu'il ignore souvent que ce dernier est soumis au secret professionnel. Sur ce dernier point, elle rappelait également que quelques médecins généralistes ont parfois des réticences à prescrire la pilule à des jeunes filles sans l'accord de leurs parents, ne sachant pas toujours s'ils en ont le droit ou craignant une réaction hostile de ces derniers ;

– un grand nombre de jeunes filles craignent l'examen gynécologique dont elles ont entendu dire qu'il devait précéder une première prescription contraceptive. Il est vrai que certains gynécologues ou certains médecins généralistes continuent de pratiquer cet examen que l'ensemble des professionnels dénonce et dont la Haute autorité de santé (HAS) a déclaré qu'il « *n'est pas nécessaire lors de la première consultation* »⁽¹⁾. Il est, en tout état de cause particulièrement contre-indiqué pour les jeunes filles n'ayant pas encore commencé leur vie sexuelle, les deux chefs des services de gynécologie obstétrique des hôpitaux hospitaliers universitaires de Nîmes et de Strasbourg, les professeurs Pierre Mares et Israël Nisand, n'hésitant pas à le qualifier en cette occasion de « viol ».

Quant aux jeunes filles de 15 à 19 ans qui acceptent d'aller consulter un professionnel de santé, en 2005, elles obtenaient une prescription de pilule dans 78,10 % des cas et une prescription pour la pose d'un implant⁽²⁾, d'un timbre contraceptif⁽³⁾ ou d'un anneau vaginal dans seulement 0,80 % des cas. Or, cette logique du « tout pilule » qui anime les prescripteurs, est loin de constituer un mode de contraception adapté à ces jeunes qui souvent oublient sa prise quotidienne alors que pour être pleinement efficace, chaque pilule doit être prise chaque jour à heure fixe pendant trois semaines sur quatre. Ces oublis étant moins

(1) Voir Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, HAS, décembre 2004.

(2) Bâtonnet de 4 cm de longueur, qui ne se voit pas puisqu'il s'insère, sous anesthésie, dans l'avant-bras mais dont l'efficacité durant trois ans bouleverse les cycles menstruels.

(3) Timbres de 4,2 cm² à coller soi-même sur la peau – sur tout endroit du corps – trois semaines sur quatre.

importants quand la pilule est prise sans interruption (soit, une pilule durant les vingt et un jours du cycle et un placebo, les sept jours suivants), de nombreux professionnels de santé militent pour que les pilules nouvelle génération, qui fonctionnent sur ce principe, soient prioritairement prescrites aux adolescentes. La contraception orale est en outre peu efficace à un âge où les relations n'étant pas stables, les mineures peuvent parfois rester plusieurs mois sans partenaire, auquel cas elles sont donc tentées d'arrêter leur contraception sans trop savoir à quel moment la reprendre lorsqu'elles font une nouvelle rencontre.

Outre leur méconnaissance des méthodes nouvelles qui sont particulièrement adaptées à de très jeunes femmes désirant rester discrètes sur leur recours à la contraception tels que l'implant ou le timbre contraceptif, nombre de médecins se refusent à poser un stérilet sur une jeune femme n'ayant pas eu d'enfant alors que la seule véritable contre-indication de ce moyen contraceptif serait davantage liée à une absence de relation stable avec un partenaire ou à l'existence d'une infection antérieure.

Enfin, il doit être noté que, dans leur recherche d'une aide à apporter à celles des adolescentes qui ont le moins de moyens et qui doivent absolument cacher leur contraception à leur entourage, certains médecins utilisent des injections en intramusculaires de *Dépoprovera* tous les trois mois. L'utilisation de ce produit est peu utilisée en France parce qu'il a fait l'objet d'un procès il y a trente ans – il était administré aux femmes internées dans les asiles psychiatriques, à leur insu, afin de leur assurer une contraception – ; cette pratique suscite un débat, certains médecins prônant ce contraceptif facile à administrer, invisible et peu coûteux et d'autres s'inquiétant des conséquences physiologiques futures qu'il peut entraîner (risques d'hémorragies, d'atrophie endométriale et d'hystérectomie).

B. DE VÉRITABLES DIFFICULTÉS D'ACCÈS

Pour une mineure se trouvant dans l'impossibilité de demander à ses parents de l'aider à accéder à une contraception, la difficulté de choisir un professionnel de santé, le coût d'une telle consultation et les dépenses que peuvent représenter un traitement contraceptif risquent d'être rédhibitoires : dépourvue de revenus propres, elle ne peut pas prétendre à une prise en charge de ses frais par l'assurance-maladie puisque l'utilisation, en tant qu'ayant droit, de la carte vitale de ses parents entraîne l'envoi à ces derniers du décompte des remboursements des prestations et prescriptions qui lui auront été fournies. Seuls l'anonymat et la gratuité peuvent permettre à ces adolescentes de poursuivre une démarche dont on a vu les difficultés ; plusieurs expériences sont donc menées sur ce sujet en divers points du territoire.

1. Le rôle méconnu des professionnels de santé

À l'exception des préservatifs féminins et masculins qui peuvent s'acheter sans ordonnance en pharmacie – mais aussi en grande surface ou dans des distributeurs automatiques pour les seconds –, une méthode contraceptive ne peut être définie, ordonnée et renouvelée que par certains professionnels de santé.

Pendant longtemps, cette prescription a été l'apanage des près de 2 100 gynécologues médicaux et 5 000 gynécologues obstétriciens. Mais en raison du nombre de plus en plus limité de ces spécialistes, la situation devrait prochainement se modifier au profit des plus de 83 600 généralistes, dont la féminisation devrait également entraîner une pratique gynécologique plus importante, les femmes médecins étant davantage sollicitées à ce propos que leurs confrères masculins ⁽¹⁾.

À la suite des amendements déposés par votre rapporteure, la compétence de la prescription contraceptive a été étendue aux 20 000 sages-femmes actuellement en exercice par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ce texte a par ailleurs ouvert la possibilité du renouvellement d'une ordonnance de contraceptifs oraux par les pharmaciens et par les infirmiers. Il convient cependant de noter que si l'arrêté fixant la liste des contraceptifs concernés a été publié au bout d'un an, la parution du décret d'application se fait toujours inexplicablement attendre depuis presque deux ans. Faut-il y voir une pression du Conseil national de l'Ordre des médecins qui reste très réservé sur « *des dispositions susceptibles de faire courir des risques aux patientes* » et qui a appelé ses membres à dispenser des ordonnances de contraception comportant la mention « non renouvelable » lorsqu'ils l'estimeront nécessaire ? Il est éminemment regrettable qu'aucune réponse n'ait pu être apportée sur ce sujet – comme sur de nombreux autres – par Mme Nora Berra, secrétaire d'État auprès du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, chargée de la Santé au cours de la trop brève audition qu'elle a pu accorder à votre rapporteure. Mais, quoi qu'il en soit, il serait temps que la loi puisse être appliquée.

Les prescripteurs de contraception étant de fait très nombreux, ce n'est pas tant la difficulté de les consulter dans un endroit donné du territoire – même si certains lieux en sont davantage dépourvus que d'autres – qui empêche les adolescents de prendre rendez-vous mais bien une certaine appréhension, voire une certaine ignorance des fonctions des uns et des autres.

De fait, les adolescents vont en priorité majoritairement se confier à deux sortes de personnes auxquelles l'accès n'est pas toujours des plus facile :

– les infirmiers scolaires, dont le nombre des postes a été augmenté de 1 500 depuis 2005 mais dont plusieurs remontées du terrain semblent démontrer

(1) DREES, Les médecins au 1^{er} janvier 2010, série « Statistiques » n° 152, février 2011.

encore l'insuffisance – un grand nombre d'entre eux se partageant entre plusieurs établissements – voire parfois même l'absence dans certains établissements scolaires. Aux termes du projet annuel de performances de la mission « enseignement scolaire » de la loi de finances pour 2011, au cours de l'année scolaire 2009/2010, 7 148 infirmiers se répartissaient dans les 7 902 établissements publics du second degré sans que soient précisés les temps de présence réelle de ces personnels dans chaque établissement ;

– en second lieu, les conseillers des centres de planification et d'éducation familiale dont l'accès n'est pas non plus toujours des plus aisés.

C'est pourquoi, la question d'une démedicalisation de la contraception pour les jeunes femmes de moins de 35 ans est aujourd'hui posée. Rappelant que les contre-indications contraceptives pour cette population sont extrêmement rares et peuvent facilement être repérées, les professeurs Israël Nisand et Pierre Mares ne voient pas d'objections véritables à ce qu'une contraception hormonale (pilule, timbre contraceptif, anneau vaginal) puisse être directement délivrée par les pharmaciens ou les infirmiers scolaires à la suite d'une formation adaptée à la conduite d'un questionnaire spécifique. À cet égard, les enseignements de l'expérimentation menée à Londres depuis 2009 sur cette délivrance directe de contraceptifs oraux aux femmes devront être rapidement analysés et communiqués.

2. Le coût de la contraception

Lorsqu'ils doivent prendre eux-mêmes en charge leur contraception, les adolescents doivent tout d'abord assumer le coût d'une consultation médicale (soit, en secteur conventionné, 17 euros pour une sage-femme et 23 euros pour un médecin généraliste – mais 25,20 euros en Martinique et Guadeloupe –, remboursés à 70 % par l'assurance maladie) ce qui peut constituer une première barrière. Cette barrière devient d'autant plus infranchissable, lorsque partageant la croyance de la plupart des femmes adultes selon laquelle seul un gynécologue peut prendre en charge une telle consultation, une adolescente doit faire face aux honoraires d'un spécialiste qui en secteur conventionné sont de 25 euros – mais de 30,30 euros en Martinique et Guadeloupe – remboursés à 70 % par l'assurance maladie. Toutefois, dans près de 51 % des cas, les gynécologues pratiquent des honoraires libres lesquels peuvent atteindre une centaine d'euros, selon la Mutuelle des étudiants de Lorraine.

Ensuite, le coût extrêmement variable des méthodes contraceptives incite une adolescente non pas à faire un choix en fonction de ses besoins physiologiques ou comportementaux mais à se déterminer sur des critères financiers : peut-elle investir une somme importante en une seule dépense (implant, stérilet) ou doit-elle organiser sa dépense mois par mois ? S'est-elle confiée à ses parents pour pouvoir bénéficier d'un remboursement de l'assurance-maladie, en tant que leur ayant droit ?

COÛT APPROXIMATIF DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CONTRACEPTION
(FRANCE MÉTROPOLITAINE)

	Périodicité du coût du traitement	Coût annuel brut	Coût annuel net (en cas de remboursement de l'assurance maladie)
Pilules de deuxième génération	2,50 euros chaque mois	30 euros	10 euros
Pilules de troisième génération	De 2,50 à 9,17 euros chaque mois	70 à 110 euros	10 euros (2 pilules sur 23, les moins chères)
Stérilet (au cuivre)	27 euros tous les 5 ans	5,40 euros	2 euros
Stérilet (hormonal)	130 euros tous les 5 ans	26 euros	9 euros
Implant	124 euros tous les 3 ans	41,30 euros	14 euros
Injection progestative	3,30 euros tous les 3 mois	13,20 euros	4,50 euros
Anneau vaginal	16 euros chaque mois	170 euros	Non remboursé
Timbre contraceptif	15 euros par mois	175 euros	Non remboursé
Préservatif masculin	De 2,50 à 6 euros la boîte de 6, 9 ou plus	54 euros	Non remboursé
Préservatif féminin	6,30 euros la boîte de 3	231 euros	Non remboursé

Source : IGAS, *Rapport* Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, octobre 2009.

Le faible coût mensuel des contraceptifs oraux de deuxième génération et des préservatifs masculins participe à l'explication de leur utilisation importante par les adolescents bien que ces moyens ne soient pas nécessairement les plus adaptés à leur âge puisque divers accidents dans leur utilisation (oubli de pilule, préservatif ayant craqué) sont souvent évoqués par les jeunes filles se trouvant en situation de grossesse non désirée. Il permet également de comprendre les raisons pour lesquelles les structures ou les dispositifs disposant de moyens financiers plus ou moins limités, proposent aux mineurs ces mêmes méthodes au titre de la contraception anonyme et gratuite qu'ils leur délivrent.

3. Les précurseurs d'une contraception anonyme et gratuite

Afin de permettre aux adolescents d'assumer une vie sexuelle active mais cachée, les centres de planification et d'éducation familiale ont reçu la mission de répondre de façon anonyme et gratuite aux demandes que des mineurs peuvent leur adresser pour obtenir une contraception. Ils sont aujourd'hui secondés dans cette mission par de nouvelles institutions et par diverses expérimentations régionales.

a) Les centres de planification et d'éducation familiale

Les adolescents identifient aisément l'existence et les fonctions des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) grâce le plus souvent aux partenariats que nouent ces centres avec le ministère de l'Éducation nationale

(participation aux sessions d'éducation à la sexualité ou communication de leurs coordonnées par les infirmiers scolaires) et qui devraient être prochainement renforcés. Par ailleurs, ces coordonnées leur sont obligatoirement communiquées lorsqu'ils s'adressent à un pharmacien pour obtenir une contraception d'urgence.

Si l'ensemble des personnes auditionnées par votre rapporteure reconnaît l'implication des personnels et le rôle essentiel que jouent les CPEF dans la contraception des mineurs, une unanimité se dégage pour déplorer les difficultés de leur accès et les inégalités territoriales existantes :

– les 150 établissements d'information et les 31 centres d'orthogénie – les centres de planification –, répartis dans seulement 71 départements, sont davantage implantés au sein de villes que dans des zones rurales ou périurbaines ;

– un certain nombre de centres cumulant leur activité avec celle d'un centre de protection maternelle et infantile ne peuvent pas garantir un véritable anonymat aux mineurs qui s'y rendent, notamment dans les zones rurales où chacun connaît l'autre ;

– leurs plages horaires sont souvent difficilement compatibles avec les emplois du temps de collégiens ou de lycéens. Si un grand nombre d'entre eux sont ouverts les mercredis après-midi, les centres sont souvent fermés tous les jours à partir de 17 ou 18 heures et tous les week-ends ;

– financés par les conseils généraux, les centres peuvent mener des actions différant du tout au tout d'un département à l'autre, en fonction des moyens financiers qui leur sont alloués.

b) Les maisons des adolescents

Lancé à l'issue de la conférence de la famille de 2004, le programme "maisons des adolescents" vise à établir une de ces structures d'accueil et de soins des jeunes par département. Aux termes de leur cahier des charges, les maisons des adolescents *« s'adressent en priorité à des adolescents en proie à des difficultés faisant que leurs familles, les professionnels et les institutions atteignent, isolément, les limites de leurs compétences »* mais elles peuvent décider d'élargir leur accueil *« à un public adolescent plus large en fonction des besoins identifiés localement et des ressources du territoire »*.

Les adolescents peuvent s'y rendre librement et gratuitement sans autorisation préalable de leurs parents afin d'y trouver notamment des permanences de conseil et d'orientation, des consultations médicales, ou un entretien dans le cadre de la planification familiale. Ainsi, en Guadeloupe, le centre qui fait actuellement office de maison des adolescents offre une consultation gratuite avec des sages-femmes ou des psychologues au cours de laquelle les adolescents peuvent évoquer différentes questions notamment celles liées à la sexualité. À Strasbourg, la maison des adolescents a trouvé toute sa place dans le dispositif « info ado ».

Mais les maisons des adolescents ont également vocation à accueillir les parents auxquels elles peuvent offrir des espaces de dialogue ou des groupes de parole.

Le caractère récent du dispositif ne permet pas d'en connaître les retombées auprès des jeunes concernés mais on peut déjà en constater l'importance. Leur création doit donc être saluée comme un élément très positif et il convient d'espérer que leur rôle d'information et de soutien à l'égard des jeunes et de leur famille gagne en importance.

c) Les dispositifs régionaux d'une contraception anonyme et gratuite à destination des mineurs

En Alsace, depuis les années 2000, les départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin ont chacun mis en place un système de gratuité et d'anonymat, dont les coûts sont pris en charge par le conseil général dans le premier cas et par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) – et un financement du Fonds national de prévention et d'intervention en santé (FNPEIS) – dans le second cas.

Dans le Haut-Rhin, vingt-quatre médecins « réseaux » reçoivent anonymement et gratuitement de cinq à trente mineurs par an. Installés dans vingt-trois communes — choisies en fonction des besoins recensés par les infirmières scolaires — ils sont rattachés aux centres de protection maternelle et infantile du département qui achètent et leur livrent les produits contraceptifs et les tests de grossesse nécessaires à ces consultations. Leurs honoraires ainsi que les frais d'examen biologique par un laboratoire sont remboursés par le conseil général. Le coût total annuel par mineure revient approximativement à 155 euros (quatre consultations, un bilan biologique et quatre boîtes de pilules) mais aucune étude n'a évalué cette expérience en termes d'impact et de satisfaction.

Dans le Bas-Rhin, un mécanisme conventionnel, initié par le professeur Nisand⁽¹⁾ lie la CPAM, par le biais du FNPEIS, à des médecins, des pharmaciens et des laboratoires volontaires. Il s'agit d'une action extrêmement limitée⁽²⁾ dont le coût annuel est estimé à 3 500 euros environ. En outre, à Strasbourg, le réseau « info ado » accueille anonymement et gratuitement des jeunes tant à la maison des adolescents que dans tous les hôpitaux publics de la ville où un parcours est spécialement fléché à leur intention, dès l'entrée de l'établissement. Ils peuvent alors rencontrer une sage-femme ou un médecin qui ne les examinent pas mais répondent à leurs questions et leur donnent gratuitement préservatifs et contraceptifs.

Dans le Limousin, un projet expérimental d'une année a été lancé à l'attention des mineures demeurant dans des zones rurales par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges en partenariat avec dix-sept médecins,

(1) Voir le rapport précité Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures, p. 15.

(2) Cette action ne s'applique que dans la vallée de la Bruche, une région isolée rencontrant des problèmes économiques importants.

dix pharmaciens et divers laboratoires. Doté d'un budget de près de 13 000 euros versés par la CPAM, la Mutualité sociale agricole (MSA), le Groupement régional de santé publique (GRSP) et le CHU, le projet était prévu pour accueillir vingt-cinq adolescentes mais semble, aux dires de la direction générale de la santé, ne pas avoir très bien fonctionné.

En Poitou-Charentes, depuis 2009, un « pass contraception » s'adresse, par l'intermédiaire des infirmiers scolaires – mais jusqu'à fin avril 2011, le rectorat leur avait interdit de le distribuer – des associations relais ou des cabinets médicaux, aux adolescentes, mineures ou majeures, inscrites dans des lycées, des centres de formation à l'apprentissage ou des maisons familiales et rurales. Financé par le conseil régional - qui y a affecté une enveloppe de 400 000 euros en autorisation d'engagement (AE) -, chaque « pass », d'un montant maximal de 144 euros se présente sous la forme d'un chéquier de cinq formulaires permettant, par la remise de chacun des chèques aux professionnels concernés, un accès anonyme et gratuit à une consultation médicale, à une prescription de pilules pour trois mois renouvelables, à une prise de sang et à un examen biologique. Le paiement par la région des prestations effectuées par les professionnels se fait sur factures après retour des chèques à la région. Au mois de janvier 2011, 53 « pass » auraient été distribués.

En Île-de-France, 15 000 « pass contraception » se présentant également sous la forme d'un chéquier, viennent d'être mis à la disposition des 159 000 lycéens de seconde ou de niveau équivalent dans les centres de formation des apprentis et les instituts de formation sanitaire et sociale. Destiné aux filles mais aussi aux garçons de 15 à 16 ans, le « pass » leur permet de bénéficier d'une consultation chez un professionnel de santé, d'une prescription de pilules, renouvelable une fois pour une durée de six mois, d'une prise de sang ou d'une analyse biologique et d'une deuxième consultation médicale. D'un coût total de 170 euros, le chéquier est entièrement financé par la région.

Toutes ces expériences, dont certaines très récentes, mises en place pour prévenir les échecs fréquents de contraception chez les jeunes adolescents et le recours aux interruptions volontaires de grossesse qui s'ensuivent le plus souvent, n'ont pas donné les résultats escomptés puisqu'un recours de plus en plus fréquent à la contraception d'urgence et aux interruptions volontaires de grossesse est aujourd'hui constaté. Il est néanmoins incontestable que ces interventions régionales ont permis de soulever une véritable question de santé publique et qu'elles sont préférables au manque actuel d'une politique nationale volontariste de protection des mineures sexuellement actives. Mais, il paraît néanmoins peu probant que les régions se saisissent d'un tel sujet qui, notamment pour des raisons d'équité territoriale, doit rester une compétence d'État.

III. – DES CONSÉQUENCES INQUIÉTANTES MAIS RÉVERSIBLES

La persistance de fausses croyances sur la fécondation autorisant les mineurs à ne pas se protéger lors de leurs ébats amoureux et les difficultés d'accès à une contraception ou ses mauvaises conditions d'observance conduisent, d'année en année, de plus en plus d'adolescentes à recourir à des solutions plus extrêmes telles que la contraception d'urgence et l'interruption volontaire de grossesse dont l'accès leur est paradoxalement davantage facilité que celui de la contraception.

Il semble donc que notre société doive trouver un consensus relatif aux moyens les plus efficaces de protéger ces adolescents des risques de grossesses non souhaitées. Plutôt que de leur administrer des doses hormonales massives ou de les laisser subir des interventions médicamenteuses ou chirurgicales, ne serait-il pas plus efficace de mettre en place une véritable politique de prévention, en aménageant un accès libre, c'est-à-dire anonyme et gratuit, à toute forme de contraception hormonale ?

A. UN RECOURS ACCRU À DES SOLUTIONS D'URGENCE

1. La contraception d'urgence

Destinée à empêcher la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé (par l'absence de toute contraception, l'oubli d'une pilule, la rupture d'un préservatif...), la contraception d'urgence la plus pratiquée consiste en l'absorption d'un comprimé dont l'efficacité (qui est de 95 % lorsqu'il est pris dans les 24 heures) décroît progressivement jusqu'à sa limite de 72 heures au plus tard suivant ledit rapport (de 49 à 72 heures, l'efficacité n'est plus que de 58 %).

Les mineures peuvent se faire délivrer une contraception d'urgence, gratuitement et sans prescription médicale : dans les pharmacies sur simple déclaration de leur état de minorité et dans les infirmeries scolaires lorsqu'un médecin, une sage-femme ou un centre de planification n'est pas immédiatement accessible et que leur cas répond à une situation d'urgence et de détresse.

a) La délivrance par les pharmaciens

Aux termes de l'article D. 5134-1 du code de la santé publique, la remise anonyme et gratuite de la contraception d'urgence doit s'effectuer « *dans les conditions de confidentialité permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers* » et après un entretien avec le pharmacien destiné à vérifier « *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 pharmacien doit également lui communiquer l'adresse du centre de planification et d'éducation familiale le plus

proche. Ces informations sont complétées par la remise d'une documentation portant sur ces sujets.

Afin d'obtenir le remboursement de la contraception d'urgence par le Fonds national de prévention et d'intervention en santé, le pharmacien adresse à la caisse d'assurance maladie dont il dépend, une facture établie sur une feuille de soins en utilisant un support papier ne comportant pas l'identification de l'assuré dont la mineure est l'ayant droit et sur lequel est collée la vignette de la boîte délivrée.

Ce dispositif a rencontré un grand succès auprès des jeunes dont la demande est passée de 50 476 boîtes en 2002 (un an après l'adoption de la loi leur offrant cet accès gratuit et anonyme) à 195 901 en 2005 et à 339 045 en 2009. À titre de comparaisons, la délivrance de cette contraception à des femmes majeures qui en ont demandé le remboursement est dans le même temps passé de 29 634 à 46 737 puis à 41 796. Mais il est vraisemblable que ces chiffres ne donnent qu'une image très partielle de la réalité : la contraception d'urgence est de fait achetée par un grand nombre de personnes de façon anonyme – sans demande de remboursement à la sécurité sociale – puisqu'en 2006, le laboratoire pharmaceutique la fabriquant déclarait en avoir commercialisé plus d'1,2 million d'unités ⁽¹⁾.

De fait, le réseau des pharmacies présente des avantages incontestables pour des adolescents à la recherche d'une médication qui doit être prise dans un court délai : les pharmacies sont aisément repérables ; elles se répartissent de façon homogène et en grand nombre – 22 386 officines en métropole et 620 en outre-mer – sur l'ensemble du territoire national ; leurs horaires d'ouverture, 6 jours sur 7 sans compter les services de garde, ont une amplitude plus large que celle des emplois du temps scolaire – à l'exception de la Guadeloupe où tous les commerces ferment à 17 heures – permettant aux intéressées d'y passer après leurs cours ; la confidentialité y est assurée même si elle n'est pas absolue dans les petits villages ou dans les îles.

Si le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM) n'est pas assuré que les délivrances précitées aient toutes concerné des jeunes filles de moins de 18 ans, il note que les jeunes adolescentes en question arrivent souvent en terrain conquis pour réclamer ce qu'elles considèrent comme un dû et sont souvent agressives dans leur refus du discours de prévention qui doit accompagner la délivrance du médicament.

Par ailleurs, nombre de pharmaciens sont souvent désarçonnés par les achats réitérés de certaines des intéressées qui utilisent la contraception d'urgence comme un moyen contraceptif régulier, sans pouvoir néanmoins réellement quantifier ce phénomène. En outre, demeurent quelques problèmes non résolus à ce jour : quel discours de prévention adopter face au partenaire venu chercher la

(1) *Rapport précité de l'IGAS*, Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, p. 43.

contraception d'urgence pour que son amie ne risque pas d'être reconnue – un type de comportement fréquent dans les zones où tout le monde se connaît, comme en Guadeloupe ? Comment faire entendre un message sur l'utilité d'une contraception régulière à des jeunes femmes, souvent gênées et souhaitant en finir au plus vite ? Comment lutter contre l'hostilité d'un certain nombre de pharmaciens guadeloupéens qui refusent la remise gratuite de la contraception d'urgence au motif que la caisse primaire d'assurance maladie met trop de temps à les rembourser ? Comment rappeler à quelques pharmaciens trop zélés que la délivrance du contraceptif se fait sur simple déclaration de minorité et non sur présentation d'une carte d'identité ?

Malgré ces quelques difficultés, le dispositif est en général jugé plutôt positivement par les pharmaciens et l'augmentation continue des demandes adolescentes montre que ces dernières s'approprient sans difficulté le dispositif créé à leur intention.

b) La délivrance par les infirmiers scolaires

Contrairement à la procédure très simple de délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie, les articles D. 5134-5 et suivants du code de la santé organisent une procédure complexe au regard de situations qui exigent au contraire, une certaine rapidité d'action. Les infirmiers scolaires peuvent administrer une contraception d'urgence à une élève – qui peut être mineure ou majeure – dans les seuls cas où « *aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée* ». Ils sont donc tenus non seulement d'avoir un entretien préalable avec l'élève afin de déterminer si cette dernière se trouve réellement dans un état d'urgence et de détresse mais, dans une telle hypothèse, ils doivent rechercher pour elle une pharmacie ou un centre de planification ou d'éducation familiale auprès desquels elle pourra obtenir une contraception d'urgence.

Cette nécessaire condition préalable d'une absence d'accessibilité d'un professionnel extérieur à l'établissement est par elle-même paradoxale : alors que, pour être véritablement efficace, la contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible après un rapport sexuel non protégé, son administration est en l'occurrence retardée de quelques heures supplémentaires, – le temps de prendre un rendez-vous qui peut ne pas être immédiat et le temps de déplacement de l'établissement scolaire vers ledit professionnel.

Par ailleurs, la délivrance de la contraception d'urgence aux élèves par les infirmiers scolaires se heurte à deux autres obstacles importants :

– selon le Syndicat national des infirmiers, infirmières et éducateurs de santé (SNIES) et le Syndicat national des infirmières conseillères de santé, les budgets dédiés à la contraception d'urgence sont très inégaux selon les établissements, les plus petits disposant de très peu de moyens. Dépendant de l'autorité du chef d'établissement en fonction des crédits de son enveloppe budgétaire, les financements alloués sont le plus souvent insuffisants et il est

fréquent que les infirmiers ne disposent que d'une seule boîte de contraception d'urgence pour toute l'année ;

– les difficultés précédemment évoquées d'accès à des infirmeries scolaires souvent fermées plusieurs jours par semaine, rendant impossible une médication d'urgence.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de constater que, contrairement aux délivrances de la contraception d'urgence par les pharmacies qui ont plus que sextuplé en sept ans, les délivrances de cette contraception dans les établissements scolaires ont dans ce même temps un peu plus que doublé passant de 5 826 en 2001/2002 à 8 619 en 2004/2005 et à près de 12 000 en 2009/2010. Quant aux élèves réorientés vers l'extérieur pour obtenir cette contraception, ils sont passés de 3 909 en 2001/2002 à 2 957 en 2004/2005. Mais il serait nécessaire d'enquêter sur le nombre et sur le sort des adolescentes qui, en raison d'une fermeture de l'infirmerie, n'ont pas pu, un jour se procurer cette contraception d'urgence.

Si l'on peut donc conclure que l'appropriation de la contraception d'urgence par les jeunes est réelle, il convient de constater que le but poursuivi par cette politique d'une facilité d'accès, à savoir l'espoir de faire baisser leur taux de recours aux interruptions volontaires de grossesse, n'a pas été atteint. Il semble en effet qu'il n'y ait pas de corrélation entre les deux phénomènes.

2. L'interruption volontaire de grossesse

Depuis la loi n° 2001–588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, les adolescentes mineures peuvent interrompre une grossesse non désirée jusqu'à sa douzième semaine – comme toute femme majeure – que ce soit avec l'accord de leurs parents ou sans cet accord.

Dans cette dernière hypothèse, le médecin doit s'efforcer de persuader la mineure qu'il serait de son intérêt de prévenir ses parents. Si cette dernière persiste dans son refus, il se doit de pratiquer l'intervention demandée, à condition que l'intéressée soit accompagnée dans sa démarche par une personne majeure de son choix (article L. 2212–1 et suivants du code de la santé). La prise en charge de l'acte médical et des autres dépenses afférentes est assurée de façon anonyme par l'assurance maladie (articles D. 132–1 et suivants du code de la sécurité sociale).

a) Des données statistiques lacunaires

Le système de recueil de données statistiques en matière d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ne permet pas de disposer d'informations récentes sur le nombre des mineures y recourant. La direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé publie chaque année les statistiques relatives à l'ensemble des IVG pratiquées deux ans auparavant. En l'absence d'une telle publication en 2010, les dernières données disponibles – parues en décembre 2009 – concernent l'année

2007, soit à ce jour, un décalage dans le temps de trois ans et demi avec la situation d'aujourd'hui.

Ce décalage est le plus souvent occulté par la plupart des personnes. Se référant à ces statistiques, nombre d'entre elles les datent de leur parution et non pas de l'époque à laquelle elles se rapportent (soit deux ans auparavant), empêchant de ce fait toute appréciation exacte de la situation. Dans ses rapports précités de 2004 et de 2008, votre rapporteure avait déjà regretté ces écarts et préconisé d'améliorer la collecte des données statistiques. Il lui faut malheureusement constater que rien n'a changé : les politiques publiques continuent d'être définies en fonction de situations anciennes alors qu'elles déterminent pour un proche avenir des plans d'actions, tels que les plans régionaux stratégiques de santé. Il conviendrait d'inciter la DREES à publier plus régulièrement des chiffres, certes moins parfaitement consolidés mais offrant un aperçu des tendances réelles, plutôt que des chiffres vérifiés mais trop vieux.

Néanmoins, malgré le manque de certaines données de base telles que la part des mineures procédant à une IVG sans le consentement de leurs parents ou la répartition entre IVG médicamenteuses et IVG chirurgicales chez les mineures, les chiffres publiés permettent de relever que pour 1 000 mineures, le taux des IVG ne cesse de croître au fil des ans, atteignant des sommets particulièrement préoccupants dans les départements d'outre-mer, même si, en métropole, la situation semble endiguée en 2007, une stabilisation que sembleraient confirmer les statistiques que devrait prochainement publier la DREES.

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) des adolescentes

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre total d'IVG :	215 611	220 070	216 436	221 587	219 422	228 912	227 053
• dont DOM	13 431	13 474	13 090	13 115	13 111	13 522	13 672
• dont mineures (15-17 ans révolus)	11 329	11 844	12 112	13 342	14 225	14 752	14 501
– métropole	10 244	10 722	10 026	12 200	12 972	13 668	13 404
– DOM	1 085	1 122	1 086	1 142	1 253	1 084	1 097
Pourcentage des IVG des mineures :	5,25	5,38	5,59	6,02	6,48	6,44	6,38
• métropole	5,06	5,18	5,95	5,85	6,28	6,34	6,26
• DOM	8,07	8,32	8,29	8,70	9,55	8,01	8,02
Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans :							
• métropole	14,0	14,3	14,0	14,5	14,2	14,8	14,7
• DOM	28,9	28,7	27,6	27,4	27,1	27,8	28,6
Nombre d'IVG pour 1000 mineures :							
– métropole	8,5	8,8	8,9	9,8	10,3	11,0	10,8
– DOM	21,7	22,7	21,8	22,6	24,9	24,7	25,0
Nombre d'IVG par âges de jeunes femmes en métropole :							
• moins de 15 ans (en nombre)	692	665	716	701	834	813	848
• 15 à 17 ans (%)	8,5	8,8	8,9	9,8	10,3	11,0	10,8
• 18 à 19 ans révolus (%)	21,6	21,5	21,6	22,6	22,3	22,9	22,6

Source : DREES

b) Un droit dont l'application reste complexe

Comme toutes les femmes adultes, les mineures doivent pouvoir être accompagnées dans leur décision de mettre fin à une grossesse non désirée. C'est pourquoi les dysfonctionnements relevés par l'inspection générale des affaires sociales dans leur accueil et leur prise en charge par les établissements de santé ou les professionnels auxquels elles s'adressent ⁽¹⁾ doivent être limités au plus tôt.

Il convient notamment de soumettre à des conditions extrêmement strictes le recours aux interruptions médicamenteuses de grossesse des jeunes filles dont les parents ignorent la démarche, spécialement lorsque cette méthode est appliquée dans le cadre de la médecine de ville. Une adolescente ne saurait en effet gérer, seule – et *a priori* hors de son domicile – les conséquences qu'un tel acte peut entraîner en matière de saignements, de douleurs ou de complications.

Au nombre de ces problèmes, la responsabilité des personnels de l'Éducation nationale doit être posée. Il existe en effet une contradiction entre le code de la santé qui institue un droit à l'anonymat pour toute jeune fille désireuse d'interrompre sa grossesse, ce qui emporte, par conséquent, le droit de ne pas en informer ses parents, et le code de l'Éducation nationale qui intime au chef d'établissement le devoir de prévenir lesdits parents de toute absence. Dès lors, quelle attitude doit-elle être adoptée lorsqu'une élève, se confiant de sa grossesse, à la limite des délais légaux, à un professeur ou une infirmière scolaire, doit impérativement manquer des cours afin de commencer sans tarder une procédure de demande d'IVG ? Dans un tel cas de détresse et d'urgence caractérisées, comment demander à ces personnels – qui se retrouvent parfois être les seuls appuis de ces élèves – d'admettre qu'ils entament une démarche volontaire non professionnelle dont ils devront assumer toutes les conséquences civiles si un accident devait survenir ?

Il paraît essentiel de protéger ces adultes référents dans leurs démarches d'accompagnement que ce dernier se fasse d'ailleurs pour une interruption volontaire de grossesse ou pour accompagner un élève dans sa recherche d'une contraception d'urgence.

Cependant, même si tout doit être entrepris pour que l'accès des mineures à l'interruption volontaire de grossesse puisse se faire dans les meilleures conditions possibles, il est du devoir de chacun de s'interroger sur les raisons pour lesquelles elles y recourent chaque année en plus grand nombre. Il est indispensable de rechercher en parallèle les moyens de limiter ce phénomène, dont on sait cependant qu'il ne saurait être totalement maîtrisé par une politique publique en raison des multiples « *facteurs qui entrent en jeu dans le processus conduisant à une IVG* » ⁽²⁾. De fait, une jeune fille peut décider de mettre fin à une

(1) La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, octobre 2009, p. 26.

(2) Voir le rapport de synthèse de l'IGAS précité, Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, p. 21–22.

grossesse soit parce que les conditions psychologiques, affectives ou matérielles dans lesquelles cette grossesse avait été espérée ont disparu, soit que son désir était trop ambivalent : sans avoir été véritablement manifesté, le désir d'enfant, même chez une adolescente, peut correspondre au souhait de vérifier sa fécondité, de retenir un partenaire (un argument souvent cité par les divers responsables rencontrés par votre rapporteure en Guadeloupe) ou encore de s'assurer un statut économique et social (notamment pour les adolescentes issues de milieux connaissant des conditions matérielles de vie difficiles).

Mais dans la mesure où les séquelles psychologiques d'une IVG resteront encore plus ancrées chez une mineure que chez une autre femme, il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour que ces jeunes filles ne se retrouvent que le plus rarement possible dans une telle situation.

B. UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE À RÉSOUDRE SANS PLUS ATTENDRE

Aujourd'hui, sur l'ensemble des grossesses non prévues (soit une sur trois en moyenne), deux grossesses sur trois surviennent chez des femmes se déclarant sous contraceptif. Si l'on rapporte ces chiffres au taux actuel des 80 % jeunes filles de 15 à 19 ans qui, en 2005, se déclaraient sous contraceptif oral ⁽¹⁾ et aux taux (datant de 2007) des 10,8 % mineures (territoire métropolitain) et 28,6 % mineures (DOM) qui ont recours à une interruption volontaire de grossesse, on comprend que deux tiers de ces mineures se heurtent davantage à des problèmes d'observance de leur méthode contraceptive et de l'inadaptation de son choix, résultant le plus souvent de raisons financières. Au contraire, rencontrent un véritable problème d'accès à la contraception, les mineures qui n'utilisent aucun moyen contraceptif bien qu'elles aient noué des relations sexuelles ; pouvant être rapprochées des femmes majeures qui sont dans la même situation, elles risquent fort de représenter tout comme elles, un tiers des grossesses non prévues.

Par ailleurs, le développement croissant de la contraception d'urgence chez les mineures ne semble pas non plus contribuer à limiter les grossesses non désirées ni par conséquent les interruptions de grossesse qui s'ensuivent.

Par conséquent, doit être mis en place un dispositif de gratuité de la contraception des mineures, à condition toutefois de gager son efficacité par une meilleure information des intéressés et par une véritable formation des professionnels de santé aux différents aspects de la gynécologie médicale et de l'orthogénie.

(1) Voir le Baromètre santé de 2005, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2007.

1. Une meilleure information des familles

Reconnaissant diverses défaillances dans l'enseignement actuel de la découverte de leur corps par les élèves, de leur plus jeune âge à l'adolescence, ou dans la conduite des actions menées dans le cadre des heures d'éducation à la sexualité, M. Luc Chatel, ministre de l'Éducation nationale entend mettre en place diverses mesures pour la rentrée prochaine, telles :

– l'obligation faite aux chefs d'établissements d'inscrire, au début de chaque d'année, la question de l'éducation à la sexualité et à la santé dans le projet d'éducation du conseil d'administration de l'établissement ;

– l'organisation d'une mise en réseau des différents acteurs pouvant intervenir dans cette éducation : infirmières scolaires, formateurs, centres de planification et d'éducation familiale, centres de prévention du sida...

Ces mesures sont évidemment encourageantes et leur mise en place devra retenir toute l'attention de la Délégation. Mais elles doivent être doublées d'actions régulières d'information sur la fécondation, la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles. À cet égard, devrait être étudiée par le ministère de l'Éducation nationale les moyens d'étendre à l'ensemble du territoire national, les différents partenariats noués entre des établissements scolaires et des professionnels de santé (écoles de sages-femmes, étudiants en médecine, personnels hospitaliers des services de gynécologie et d'orthogénie...) ayant fait la preuve de leur efficacité auprès des jeunes.

Mais la force des idées reçues sur la sexualité en général et sur la contraception en particulier ne pourra céder que si des actions ciblées sont menées auprès des plus jeunes des élèves. L'Éducation nationale doit davantage s'investir dans la promotion de telles actions et amener les parents les plus hostiles à accepter la nécessité de présenter à de jeunes enfants, un discours adapté sur le corps sexué et sur les rencontres amoureuses.

Par ailleurs, il est également nécessaire que des campagnes nationales d'information ciblées à l'attention des adolescents et de leurs parents soient de nouveau lancées. À l'égard des jeunes, il est en effet indispensable d'administrer « des piqûres de rappel » selon l'expression de M. Boulan, responsable infirmier de l'inspection académique des Ardennes, afin de dire et redire que :

– la contraception est une responsabilité partagée par les deux partenaires d'un couple ;

– il n'existe pas une seule méthode féminine de contraception mais plusieurs, chaque jeune fille se devant de rechercher la plus adaptée à son corps ou à sa vie personnelle et devant avoir assimilé qu'aucune de ces méthodes contraceptives n'entraîne aujourd'hui des effets secondaires systématiquement perturbateurs ;

– chaque moyen contraceptif n'est efficace que si ses conditions spécifiques d'observance sont strictement appliquées ;

– la contraception d’urgence – qui ne doit plus être appelée « pilule du lendemain » parce que de nombreuses femmes en déduisent qu’elle n’agit que si elle est prise dans les 24 heures et ne l’utilisent pas alors qu’elles seraient encore dans les temps préconisés – n’est pas un traitement contraceptif mais une voie de rattrapage d’un rapport sexuel mal ou non protégé. Sa prise doit donc rester exceptionnelle en raison des doses massives d’hormones qu’elle libère à cette occasion.

Il faut enfin mettre en place des politiques de communication spécifique à l’attention des parents des adolescents :

– des campagnes de presse régionales pourraient dans un premier temps les alerter sur la réalité d’un phénomène qu’ils veulent bien souvent ne pas voir. Votre rapporteure a ainsi étonné nombre des personnes qu’elle a rencontrées en Guadeloupe, en leur communiquant simplement le chiffre excessivement important d’IVG des mineures dans la région. Même, s’ils ont l’espoir qu’un tel accident n’arrivera jamais à leurs propres enfants, les parents doivent affronter la réalité du risque encouru ;

– des actions de sensibilisation doivent être menées avec les acteurs de terrain, les associations communautaires et les responsables culturels à l’attention des catégories de population pour lesquelles la sexualité de leurs adolescents est absolument taboue. Sans remettre en cause leurs convictions profondes, il faut néanmoins parvenir à faire entendre à ces parents et à leur entourage immédiat que notre société ne peut pas admettre que de violentes représailles soient exercées à l’encontre de ceux ou plus souvent de celles qui auraient transgressé les interdits ;

– des campagnes nationales pourraient enfin rappeler plus généralement aux parents l’importance d’un dialogue avec leurs enfants sur la sexualité mais aussi sur les comportements, qui mettent en danger cette sexualité par leur côté déviant : la violence de la pornographie, l’alcoolisation excessive des soirées entre jeunes, les rapports sexuels non protégés... De même qu’ils ont à cœur de garder leurs enfants en bonne santé en les prévenant contre les dangers de certaines attitudes, les parents doivent être incités à les prévenir des risques que comporte toute vie sexuelle ; ils doivent entendre que ce n’est pas parce qu’ils leur parlent librement de ces sujets qu’ils précipiteront leurs enfants vers une sexualité débridée.

2. Une formation plus complète des professionnels de santé

Tant dans le domaine de la contraception que dans celui de l’interruption de grossesse, l’importance des rôles traditionnels des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens va être appelée à se modifier sous l’effet de deux facteurs : la diminution programmée de ces spécialistes du fait d’une démographie vieillissante du corps et la reconnaissance des compétences concurrentes d’autres professionnels de santé.

a) Les gynécologues

Alors qu'elle doit prochainement partir massivement à la retraite, la génération militante des gynécologues marquée par les situations tragiques – et aux complications parfois mortelles – des femmes interrompant clandestinement leur grossesse avant la légalisation de l'IVG, semble n'avoir pas su témoigner de son expérience auprès des générations suivantes ni leur faire partager son engagement.

Les jeunes gynécologues obstétriciens manquent en effet d'appétence pour s'impliquer dans les activités d'orthogénie qu'ils rejettent non pas tant en excipant d'une clause de conscience mais parce qu'ils ne sont pas incités « à s'impliquer dans cette activité qu'ils ne connaissent guère et qui est peu valorisée dans leur formation »⁽¹⁾.

Il appartient donc aujourd'hui aux universités de médecine et aux chefs de pôles hospitaliers d'encourager leurs internes à participer aux activités d'orthogénie et à l'accueil des femmes, et tout particulièrement des mineures, désireuses d'interrompre leur grossesse. Ainsi, la pratique du professeur Nisand, chef du pôle de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Strasbourg, pourrait-elle inspirer d'autres responsables d'internat et de clinicat : pour obtenir la validation de leurs études, tous les médecins de son équipe se doivent de participer, à tour de rôle, aux activités d'orthogénie du CHU ; quant à ceux qui demandent à bénéficier de leur clause de conscience, ils doivent simplement effectuer le double du travail d'information en matière de contraception que le CHU dispense auprès des adolescents de la région.

b) Les médecins généralistes

Selon la Société française de médecine générale, l'implication des médecins généralistes dans la gynécologie médicale ne cesse de croître ainsi que le prouvent différents indicateurs : en 2003, 44 % des femmes de 16 à 54 ans consultant un médecin généraliste lui confiaient leur contraception ; en 2004, le premier motif de consultation des patientes de 18 à 25 ans était une demande de contraception ; en 2005, 84 % des cabinets de médecine générale sont équipés d'un matériel pour la pose d'un stérilet ou la pratique d'un frottis ; en 2008, 29 à 32 % des IVG médicamenteuses sont pratiquées par des médecins généralistes ; en 2009, plus de 50 % des contraceptifs remboursés par la sécurité sociale ont été prescrits par des médecins généralistes.

Or, la part réservée à la formation gynécologique, obstétrique et orthogénique a longtemps été quasi inexistante dans le cursus des médecins généralistes conduisant un grand nombre de praticiens actuellement en exercice à une pratique prescriptive quelque peu obsolète (le « tout pilule » évoqué

(1) Rapport précité de l'IGAS, La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, p. 50.

précédemment), voire parfois dépassée (arrêt d'une contraception pour « la mise au repos des ovaires ») ⁽¹⁾.

Les jeunes générations de médecins généralistes ont pu, quant à elles, bénéficier d'une formation un peu plus complète mais qui, de leur avis même, reste insuffisante : au cours de son deuxième cycle ⁽²⁾, tout étudiant effectue un stage de trois mois dans un service hospitalier de gynécologie obstétrique ; au cours de leur troisième cycle ⁽³⁾, les étudiants de la spécialité « médecine générale » peuvent développer leurs compétences en gynécologie médicale en suivant un stage obligatoire hospitalier ou ambulatoire « mère-enfant » (choix entre un stage en gynécologie, un stage en pédiatrie ou un stage couplé gynécologie et pédiatrie), un stage dans un service de leur choix et un stage dit « professionnalisant » qui répond à leur projet personnel. Mais, outre le fait que le premier stage de l'externat ne permet pas de développer une pratique de la contraception et encore moins d'acquérir des notions d'orthogénie, le stage obligatoire de l'internat « mère-enfant » est peu choisi dans son option de gynécologie, d'une part parce que peu de postes sont proposés et d'autre part, parce qu'il existe une discrimination sexiste dans l'attribution des stages, nombre de jeunes hommes étudiants en étant d'office écartés.

Cette fragilité de leur formation est fortement ressentie par les internes en médecine générale dont seuls 27,9 % se sentent suffisamment formés à la gynécologie ainsi que le démontre une enquête menée auprès d'eux en 2007 ⁽⁴⁾. Pourtant, parmi les 68,5 % qui avaient déjà effectué leur stage « mère enfant », seuls 12,4 % avaient choisi le stage en gynécologie et 40 % le stage couplé.

Il est par conséquent impératif de renforcer la formation initiale et continue des médecins généralistes. Chez les étudiants en médecine, la pratique de la prescription contraceptive, l'approfondissement des connaissances gynécologiques et orthogéniques doivent prendre une place bien plus importante. À cet égard, l'expérience précitée de la faculté de Marseille pourrait être heureusement étendue à d'autres académies.

Chez les généralistes, actuellement en activité, des incitations à une formation continue doivent être recherchées, en veillant à ce que ce ne soit pas toujours les mêmes, les plus motivés, qui s'y inscrivent. La multiplication des diplômes universitaires (DU) doit être encadrée et encouragée, d'autant que ces formations rassemblent des professionnels de différents secteurs.

(1) *Rapport précité de l'IGAS*, Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, p.18.

(2) *L'externat alterne pendant quatre ans des stages hospitaliers de trois mois et des cours théoriques.*

(3) *L'internat permet, pendant trois ans, une spécialisation dans la discipline choisie par le suivi de six stages de six mois et des cours théoriques.*

(4) *Évolution de la formation de l'interne de médecine générale, enquête de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), novembre 2007.*

c) Les sages-femmes

L'institution d'une compétence générale pour les sages-femmes en matière de prescription de la contraception⁽¹⁾ et le rôle qui devrait leur être reconnu dans les prochaines années dans la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse au sein des établissements de santé, publics ou privés – une pratique qui est déjà effective dans un certain nombre d'établissements – nécessitent une réforme immédiate des enseignements actuellement dispensés dans les écoles de sages-femmes.

Des cours plus nombreux sur la contraception (comment poser un stérilet, par exemple) et ses contre-indications, sur les complications que peut présenter une IVG mais également des stages dans des centres de planning familial et des centres d'orthogénie doivent être intégrés à leurs études.

Comme les médecins généralistes, les sages femmes en activité doivent être incitées à se tourner vers une formation continue, par le moyen éventuel des diplômes universitaires précités dont l'existence doit également leur être davantage communiquée.

3. Une contraception anonyme et gratuite des mineures et de certaines majeures

Un dispositif anonyme et gratuit de prescription et de délivrance de moyens contraceptifs doit être mis en place à l'attention des mineures mais également, à terme, à l'attention des jeunes majeures qui, soit sont dépourvues d'une couverture sociale personnelle et demeurent les ayants droit de l'assurance maladie de leurs parents – telles les jeunes filles qui, sans travail, ne sont ni étudiantes, ni apprenties – soit sont affiliées à une mutuelle étudiante sans avoir souscrit d'assurance complémentaire et restent les ayants droit de leurs parents pour cette couverture complémentaire.

Il doit permettre aux intéressées de se rendre sans débours le moindre centime chez un professionnel de santé prescripteur – gynécologue, généraliste ou sage-femme – puis si nécessaire dans un laboratoire pour d'éventuels examens biologiques et enfin chez un pharmacien. Les honoraires du prescripteur, les frais d'analyse médicale et le paiement du contraceptif devront être remboursés à chaque professionnel par la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), mais ils ne devront absolument pas apparaître dans les relevés de décompte adressés à l'assuré social, détenteur des droits.

Selon M. Frédéric Van Rookeghem, directeur de la CNAM, la prise en charge anonyme et gratuite de la contraception des mineures et de certaines jeunes majeures par l'assurance maladie suppose que soient remplies cinq conditions :

(1) Voir la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

– l’assurance-maladie doit être le seul organisme à prendre intégralement en charge le dispositif à condition de pouvoir ultérieurement compenser ses dépenses avec la cinquantaine de régimes d’assurances existants ;

– elle doit être tenue de la prise en charge des seuls produits contraceptifs faisant déjà l’objet d’un remboursement : contraceptifs oraux, implants, stérilets, injections progestatives. Il paraîtrait en effet difficile d’assurer aux mineures une gratuité sur des produits pharmaceutiques que l’ensemble de la population paie dans leur intégralité. En outre une telle situation inéquitable engendrerait des risques très sérieux d’un détournement du système par certains adultes. Le respect de cette condition implique, par conséquent, l’engagement de négociations avec les laboratoires pharmaceutiques afin d’obtenir leur agrément au remboursement des moyens contraceptifs les plus adaptés aux adolescents, tels le patch (timbre contraceptif) ou les pilules de troisième génération ;

– elle doit avoir accès en interne à une certaine traçabilité des actes accomplis et des produits dispensés afin de contrôler d’éventuels dérapages ou fraudes ;

– elle doit être exonérée de l’obligation de communiquer à tout citoyen les documents administratifs qu’elle détient. Il doit être ici rappelé que tout Le titulaire de l’autorité parentale possède un droit d’accès aux informations médicales concernant son enfant lequel a toutefois le droit de s’opposer à cette communication (article L. 1111-5 du code de la santé publique) ;

– elle doit être exonérée de toute responsabilité à l’égard des représentants légaux des mineures dont l’autorité serait détournée par le dispositif ainsi mis en place lequel, contrairement aux dispositions offrant un anonymat et une gratuité aux mineures souhaitant recourir à une contraception d’urgence ou à une interruption volontaire de grossesse, ne peut pas se justifier par l’urgence de la situation.

Deux procédures pourraient permettre aux mineures d’accéder de façon anonyme et gratuite à la contraception :

– la première serait l’inscription sur la carte vitale présentée par l’adolescent de codes spécifiques pour chacun des différents actes de son parcours médical, codes qui auraient permis une prise en charge à 100 % sans qu’elle n’apparaisse dans le décompte envoyé au parent titulaire des droits à l’assurance maladie. Cette solution doit cependant être écartée en raison des risques importants d’erreur qu’elle comporte alors qu’elle aurait pu être rapidement mise en place ⁽¹⁾ ;

– la seconde procédure - qui avait été techniquement étudiée dans le cas d’une pandémie de la grippe aviaire - imposerait aux professionnels de santé d’établir une facturation spécifique au moyen de leur compte professionnel de

(1) Les risques d’erreur involontaire dans l’utilisation des codes par les professionnels de santé – inscrivant les codes normaux de consultations ou de délivrance des médicaments au lieu d’utiliser les codes spécifiques « anonymat et gratuité des mineurs » – sont incontournables et démultipliés dès lors qu’interviennent un grand nombre d’acteurs différents.

santé (CPS), sortant ainsi les frais occasionnés par la mise en place d'une contraception pour un adolescent du dispositif de facturation générale traditionnelle. Bien que ce système ait l'avantage d'être plus sécurisé, il requiert que tous les régimes de sécurité sociale aient intégré le dispositif du CPS, ce qui n'est pas encore le cas, et que tous les médecins possèdent le matériel informatique adéquat ; aujourd'hui, 70 % des médecins généralistes en disposent.

Quant au coût du dispositif de gratuité, la direction de la sécurité sociale l'a estimé, à la demande de votre rapporteure, sur la base de l'hypothèse d'une prise en charge d'une consultation médicale et d'une prescription contraceptive à 7 millions d'euros pour les jeunes filles 15 à 19 ans, et à 8,5 millions d'euros pour celles de 15 à 20 ans⁽¹⁾. Ces calculs intègrent le fait que la gratuité devrait avoir pour conséquence d'inciter des femmes ayant renoncé à la contraception pour des raisons financières ou de confidentialité à y recourir

Ce coût d'une contraception gratuite doit être mis en parallèle de celui que représentent actuellement les 14 500 interruptions de grossesse de mineures. Un tel coût n'étant pas connu ⁽²⁾ à l'heure actuelle, votre rapporteure a procédé à une extrapolation partant de l'hypothèse que les interruptions de grossesse des mineures se répartissaient de la même manière que le total des IVG au plan national ⁽³⁾ soit 49 % d'IVG par voie médicamenteuse (correspondant à 7 105 IVG) et 51 % par voie chirurgicale pratiquée pour les trois quarts dans des établissements publics (38,25 %, soit 5 546 IVG) et pour un quart dans des établissements privés (12,75 %, soit 1 849 IVG). Dès lors, en application des tarifs fixés par l'arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 ⁽⁴⁾ et sur la base des données de 2007, **le coût total des interruptions volontaires de grossesse des mineures s'établirait entre 4,137 millions d'euros (hypothèse la plus faible) et 4,994 millions d'euros (hypothèse la plus haute).**

Si cette extrapolation était étendue aux jeunes filles de 18 à 19 ans, soit près de 18 000, ces coûts devraient être respectivement augmentés de 5,135 millions d'euros (hypothèse la plus faible) et de 6,2 millions d'euros (hypothèse la plus haute), **soit un montant total des IVG des jeunes de 15 à 19 ans compris entre 9,2 et 10,3 millions d'euros, qu'il faut mettre en rapport avec les 18,5 millions d'euros estimés par la direction de la sécurité sociale pour la mise en place d'une contraception gratuite pour les mineurs et les jeunes majeurs.**

(1) Voir annexes.

(2) Alors que l'intégralité des dépenses relatives à l'acte est prise en charge par l'assurance maladie, cette dernière n'est pas en capacité d'en connaître le montant.

(3) DREES, Les interruptions volontaires de grossesse en 2007, *Études et Résultats*, n° 713, décembre 2009.

(4) Soit 257 euros pour une IVG par voie médicamenteuse, de 306 à 441 euros pour une IVG chirurgicale dans un établissement public et de 332 à 391 euros pour une IVG chirurgicale dans un établissement privé.

S'il est certain que l'institution d'une contraception anonyme et gratuite ne saurait avoir pour conséquence de faire disparaître les IVG des mineures, elle devrait contribuer à leur diminution et par conséquent à une dépense moindre, laquelle ne prend d'ailleurs pas en compte les coûts éventuels des complications immédiates ou ultérieures des IVG.

TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION

La Délégation aux droits des femmes s'est réunie le mardi 17 mai 2011, sous la présidence de Mme Marie-Jo Zimmermann, pour examiner le présent rapport d'information.

Un débat a suivi l'exposé de la rapporteure.

Mme Jeanny Marc. Ces sujets de la sexualité des mineurs et de la contraception font l'objet en Guadeloupe de nombreux tabous alors que les comportements y sont très libres. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) et de grossesses précoces est donc très important et il peut englober des mineures de 13 ou 14 ans.

L'Éducation nationale devrait être plus impliquée et lancer des programmes d'éducation sexuelle à destination des enfants. En effet, la simple méconnaissance de ces problèmes de la part des parents mais aussi l'existence de nombreux interdits liés aux convictions religieuses font que les familles ne discutent pas de ces sujets avec leurs enfants. Pour que l'information atteigne l'ensemble de la population, il faut recourir à des réseaux tels que les associations sportives, religieuses ou politiques.

M. Jean-Luc Pérat. Il est vrai que l'accès à l'information est très disparate sur le territoire alors que tout le monde passe par l'Éducation nationale. Il faut donc des stratégies renforcées se traduisant par des programmes s'inscrivant dans la continuité.

Maintenant qu'elles commencent à trouver leurs marques, les Agences régionales de santé doivent aussi avoir un rôle à jouer pour définir une politique territoriale d'information.

Enfin, il serait utile d'organiser un échange de savoir entre les jeunes internes et les médecins plus âgés.

Mme Jeanny Marc. J'ai beaucoup apprécié la venue de Mme la rapporteure en Guadeloupe. Nous avons pu nous rendre compte à cette occasion que le degré de mobilisation des acteurs est assez disparate. La mobilisation de tous est pourtant nécessaire face à un problème qui est un véritable fléau.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Quand une mineure est confrontée à une IVG ou qu'elle doit prendre à répétition des pilules contraceptives d'urgence, sa vie amoureuse et sexuelle commence mal. Il est de notre devoir de l'aider à accéder à une prévention correcte.

Les informations ne manquent pourtant pas ; les jeunes en sont même submergés, à la télévision ou sur Internet. Mais la communication ne se fait pas là où il faut et elle ne met pas suffisamment en évidence le nécessaire respect que les filles et les garçons doivent avoir les uns pour les autres.

Dans un collège de mon département, j'ai pu constater, à l'occasion d'une rencontre avec une classe de quatrième, que même si les filles sont plus matures sur ce sujet, les garçons sont capables de parler librement de sexualité, contrairement à ce qu'on croit. Mais ils sont mal informés : par exemple, ils sont convaincus qu'une fille ne peut pas tomber enceinte après son premier rapport sexuel ou que la fécondation ne peut avoir lieu qu'au quatorzième jour.

Il est nécessaire que dès le plus jeune âge, les enfants soient mieux éduqués dans leur rapport au corps et que cette information imprègne leur inconscient, avant même l'adolescence.

Mme la présidente Marie-Jo Zimmermann. Quelles décisions concrètes peut-on attendre d'ici la fin de la présente législature ?

Mme la rapporteure. J'ai essayé de sensibiliser à ces questions M. Xavier Bertrand, ministre du Travail, de l'emploi et de la santé, mais je n'ai pas réussi à organiser une audition avec lui. Aussi, me suis-je tournée vers Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la Santé, mais mes démarches auprès d'elle n'ont pas été très fructueuses.

Mme la présidente Marie-Jo Zimmermann. Nous nous heurtons aux mêmes difficultés que pour la question de l'égalité des femmes et des hommes.

Mme Colette Langlade. Je suis membre de la mission d'information sur la médecine scolaire qui a été créée conjointement par les commissions des affaires culturelles et des affaires sociales. J'y constate le même manque de personnels et les mêmes défauts d'information.

Mme la rapporteure. De l'audition de M. Luc Chatel, il ressort que mes propositions sur l'éducation à la sexualité pourraient être reprises par décret, telle, notamment, l'obligation d'inscrire l'éducation à la sexualité dans le projet d'établissement. Le dispositif actuel est trop généraliste. Le thème précis de la contraception doit être systématiquement enseigné et être inscrit dans le projet d'établissement. Les professeurs des sciences de la vie et de la Terre (SVT) pourraient être chargés de cet enseignement, des outils pédagogiques étant par ailleurs à concevoir.

Si selon le ministre de l'Éducation nationale, le dossier avance, je suis par contre plus inquiète des réponses du ministère de la Santé.

Au sujet de la contraception d'urgence, il faut noter que la proportion des comprimés délivrés par les infirmières scolaires est faible (12 000 en 2009/2010) par rapport à celle délivrée par les pharmacies (339 045 en 2009). Pourtant, où qu'elles soient, les mineures doivent savoir qu'elles ont accès à la contraception. Ces chiffres montrent qu'il serait préférable de disposer d'un système de soins généralistes plutôt que de procéder par petites touches.

Évidemment, il n'y a pas à regretter que différents organismes s'impliquent dans cette problématique. Mais si des conseils régionaux ont lancé ici et là des initiatives heureuses, il ne me semble pas que les campagnes d'éducation à la sexualité relèvent de leurs compétences. C'est une politique au niveau national qu'il est nécessaire de mettre en place.

M. Jean-Luc Pérat. Le conseil régional intervient à partir des classes de seconde. Or les questions de contraception se posent dès les classes de cinquième et de quatrième. On tirerait certainement profit d'impliquer les professeurs principaux dans ces problématiques : ce sont eux en effet qui fédèrent les classes ; ils disposent en outre d'heures thématiques leur permettant d'aborder certains sujets. Les professeurs principaux connaissent bien les enfants et ils sont en lien avec la famille.

Les professeurs des sciences de la vie et de la Terre (SVT) ont aussi un rôle à jouer. Ils pourraient y être aidés par la diffusion de petites vidéos qui serviraient d'outils pédagogiques.

Mme Jeanny Marc. Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté qui existent dans les collèges pourraient également servir de bons relais. Réunissant les professeurs principaux, les infirmières scolaires, les assistantes sociales et les médecins scolaires, ils constituent des réseaux efficaces. Ils permettent notamment d'informer les enfants en dehors du seul cadre des cours de SVT, parfois perçus comme trop livresques, en organisant notamment des rencontres avec les services du planning familial. En Guadeloupe, j'ai personnellement participé à un programme, dans un collège où je travaillais, qui avait traité les thèmes suivants : l'alimentation en sixième, la connaissance du corps en cinquième, l'éducation sexuelle en quatrième, le développement et le respect du corps en troisième.

Mme la rapporteure. Tous les sujets de santé passent en effet par ce comité quand il est constitué et il est vrai que les visites des élèves dans les services de planning familial sont particulièrement utiles ; mais ces initiatives se heurtent de plus en plus aux problèmes financiers que rencontrent les collectivités territoriales.

Si je n'arrive pas à convaincre les ministres concernés, je rédigerai en accord avec les membres de la Délégation une proposition de loi que je leur demanderai de cosigner.

L'obstacle principal est le coût de la mesure, de l'ordre de 7 millions d'euros pour les jeunes de 15 à 19 ans. Ce chiffre est en lui-même intéressant car il montre quelle est la somme qui est aujourd'hui à la charge des mineures concernées. Mais, je ne suis pas tout convaincue que la mesure coûtera autant quand elle sera mise en place.

Néanmoins, en raison de ce coût, introduire par voie d'amendement cette mesure de gratuité de la contraception des mineures n'était pas possible. C'est

pourquoi je déposerai une proposition de loi qui pourrait être discutée si le Gouvernement accepte de lever le gage.

La Délégation a *adopté* le présent rapport d'information et les recommandations suivantes :

RECOMMANDATIONS ADOPTÉES

L'ACCÈS ANONYME ET GRATUIT À LA CONTRACEPTION

1) Garantir, en concertation avec la Caisse nationale d'assurance maladie, un accès anonyme et gratuit à la contraception pour toutes les mineures afin de leur assurer :

- une visite médicale auprès d'un professionnel de santé prescripteur ;
- la délivrance d'une méthode contraceptive adaptée à chaque âge concerné et à chaque situation personnelle.

2) Étudier les modalités d'un accès anonyme et gratuit pour les jeunes femmes de plus 18 ans qui ne veulent pas révéler leur vie sexuelle ni leur pratique contraceptive à leurs parents alors que :

- ne possédant pas un statut leur permettant de bénéficier d'une assurance maladie personnelle, elles demeurent les ayants droit de leurs parents ;
- titulaires d'une assurance-maladie au titre d'une mutuelle étudiante mais n'ayant pas souscrit d'assurance complémentaire, elles demeurent les ayants droit de leurs parents pour cette couverture complémentaire.

3) Engager, sans tarder, des négociations avec les laboratoires pharmaceutiques, afin de parvenir à un accord sur le remboursement des pilules de troisième génération, des timbres contraceptifs et des anneaux vaginaux, et d'offrir ainsi effectivement à chaque femme et plus précisément à chaque mineure, le moyen contraceptif le plus adapté à son corps et à ses modes de vie.

L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

4) Former les professeurs des écoles et les professeurs de sciences et vie de la Terre des collèges et lycées à une éducation progressive (découverte du corps et relations avec les autres, reproduction, sexualité, contraception et interruption volontaire de grossesse, prévention des violences sexuelles et des infections sexuellement transmissibles...) adaptée à chacun des âges des élèves concernés.

5) Accompagner les enseignants des établissements de l'enseignement primaire et secondaire :

- en définissant au plan national des guides de ressources adaptés à chaque niveau ;
- en mettant à leur disposition, dans chaque académie, des équipes de formateurs spécialistes de l'éducation à la sexualité.

6) S'assurer que les manuels de sciences et vie de la Terre (SVT) contiennent des notions appropriées sur la fécondation et appeler l'attention des professeurs de SVT sur l'importance des informations qu'ils communiquent à ce sujet, notamment sur les périodes d'ovulation dans les cycles menstruels féminins.

7) Prévoir, au début de chaque année scolaire, l'inscription obligatoire des séances annuelles d'éducation à la sexualité au sein du projet d'établissement en précisant notamment, en accord avec le conseil d'administration, l'aménagement des horaires, les priorités du programme et les partenariats qui doivent être noués à cette occasion.

8) Améliorer la coordination entre les rectorats et les agences régionales de santé (ARS), afin de :

– **mutualiser les compétences** des différents intervenants participant à l'éducation à la sexualité : professeurs, infirmiers scolaires, centres de planification et d'éducation familiale, centres de prévention du sida...

– **nouer des partenariats** avec les facultés de médecine ou les écoles de sages-femmes afin que certains de leurs étudiants, formés à cet effet, contribuent aux séances d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées.

L'INFORMATION DES PUBLICS CONCERNÉS

9) En s'inspirant des expériences menées par des pays occidentaux dont les taux de grossesses non désirées des mineures sont parmi les plus faibles, rechercher avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) les moyens d'inventer à destination des enfants les plus jeunes, des actions ludiques d'information sur la sexualité auxquelles leurs parents seraient associés.

10) Étendre au plan national le système d'information interactif « Info ado » mis en place à Strasbourg par le professeur Nisand.

11) Lancer de nouvelles campagnes nationales d'information sur la contraception, déclinées aux plans national et local, afin de mieux faire connaître la variété des méthodes contraceptives à la disposition **des femmes et des hommes** et de rappeler les conditions d'observance de chacune d'entre elles.

12) Alerter l'ensemble des parents sur les réalités actuelles de la sexualité des adolescents par :

– **des campagnes de presse régionales** relatives, sur le territoire concerné, aux taux de grossesses précoces et aux taux d'interruptions volontaires de grossesse chez les mineures de moins de 15 ans et chez les plus de 15 ans ;

– **des actions de sensibilisation sur l'importance d'un dialogue véritable avec les adolescents** portant sur la sexualité, abordée tant sur le plan de la

transformation normale et naturelle de leurs corps et de leurs conséquences que sur celui de la prévention de certains comportements dangereux.

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

13) Développer les formations initiales des gynécologues obstétriciens, des médecins généralistes et des sages-femmes :

– par l’inscription au sein de l’unité d’enseignement commune⁽¹⁾ « Santé, société, humanité » d’une introduction générale à l’histoire et au droit de la contraception et de l’orthogénie ;

– par un enseignement plus approfondi de la contraception, de la gynécologie médicale et de l’orthogénie au cours des deuxième et troisième cycles des études médicales – pour les spécialisations en gynécologie, en gynécologie obstétrique et en médecine générale – et au cours des études de sages-femmes ;

– par l’organisation de stages dans des centres de planification et d’éducation familiale ainsi que dans des centres d’orthogénie ;

– par une mise en commun et une communication des bonnes pratiques de certains pôles hospitaliers universitaires et de certaines écoles de sages-femmes, dans le domaine de l’information que leurs étudiants peuvent délivrer aux adolescents.

14) Encourager les formations continues des gynécologues obstétriciens, des médecins généralistes et des sages-femmes :

– par la mise en place d’actions d’information sur la nécessité de ces formations ;

– par la publication d’un recueil par voie informatique, recensant les différents diplômes universitaires (DU) existant à ce jour et précisant leurs conditions, notamment financières, d’inscription, leurs programmes et les lieux dans lesquels ils peuvent être préparés.

(1) Depuis la rentrée 2010, la première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Elle peut l’être également avec certaines formations paramédicales.

PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

- Mme Claire AUBIN, inspectrice générale
- Mme Danièle JOURDAIN-MENNINGER, inspectrice générale

Syndicat national des infirmières et infirmiers, éducateurs de santé (SNIES UNSA)

- Mme Brigitte ACCART, secrétaire générale
- Mme Anne-Michèle CRISON, secrétaire nationale adjointe

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- M. Frédéric Van ROEKEGHEM, directeur
- Professeur Hubert ALLEMAND, médecin conseil national, adjoint au directeur général, délégué aux affaires médicales
- Docteure Catherine BISMUTH, directrice à la direction des assurés
- Mme Sophie THUOT-TAVERNIER, chargée auprès du directeur général des relations parlementaires

Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

- Docteure Isabelle AUBIN, secrétaire générale

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

- Docteure Thanh LE LUONG, directrice

Mouvement français pour le planning familial (MFPF)

- Mme Véronique SÉHIER, membre du bureau national et responsable de la commission contraception
- Mme Catherine EL MGHAZLI, membre de la commission contraception

Direction générale de la santé (DGS) du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

- Mme Dominique de PENANSTER, sous-directrice de la promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
- M. Patrick AMBROISE, chef de bureau

Association française de la contraception (AFC)

- Docteure Elisabeth AUBENY, présidente
- Docteure Laurence QUENTEL-ARCHIER, vice-présidente
- Docteure Brigitte DOAT, secrétaire générale
- Mme Véronique LERALLE, déléguée à l’AFC jeunes

Gynécologue obstétricien

- Docteur Marc-Alain ROZAN

Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé-SNICS

- M. Béatrice GAULTIER, secrétaire générale
- M. Christian ALLEMAND, membre du bureau national, ancien secrétaire général

La Mutuelle des étudiants (LDME)

- M. Gabriel SZEFTTEL, président
- Mlle Camille MICLOT, administratrice déléguée en charge de la gamme, des sections locales mutualiste et de la formation.

Direction générale de l’enseignement scolaire (DGESCO) au ministère de l’Éducation nationale

- Mme Nadine NEULAT, directrice générale

Mutuelle générale des étudiants de Lorraine (MGEL)

- Mme Émilie BRZAKOVIC, chargée promotion santé
- Mme Marie PORTAL, coordinatrice nationale promotion de la santé à l’union nationale des mutuelles étudiantes régionales

Association nationale des centres d’interruption volontaire de grossesse et de contraception

- Mme Sophie HEYRAUD, co-présidente
- Mme Martine CHOSSON, conseillère conjugale et familiale, membre du conseil d’administration

Société française de médecine générale (SFMG)

- Docteure Anne MALOULI, secrétaire générale
- Docteur Jean-Luc GALLAIS, directeur du conseil scientifique

Conseil national de l'ordre des sages-femmes

- Mme Marie Josée KELLER, présidente
- Mme Marie-Cécile MOULIVIER, secrétaire générale
- Mme Marianne BENOÎT, conseillère

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

- Mme Nathalie BAJOS, directrice de recherche, responsable de l'équipe « Genre, santé sexuelle et reproductive »

Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM)

- Professeur Claude DREUX, président
- Mme Fabienne BLANCHET, directrice

Société française de gynécologie

- Docteur David SERFATY, président

Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

- Mme Katia JULIENNE, sous-directrice du financement du système de soins
- Mme Sophie CASANOVA, pharmacienne

Fédération des collèges de gynécologie médicale

- Docteure Brigitte LETOMBE, gynécologue, présidente
- Professeur Pierre MARES, chef du service de gynécologie obstétrique au CHU de Nîmes

Rectorat de l'académie de Créteil

- Mme Françoise BÉNÉDICT, conseillère technique

Centre de planification et d'éducation familiale d'Angers

- Docteure Françoise TOURMEN, vice-présidente de l'Association française pour la contraception

Centres de planifications familiales pour la Seine-Saint-Denis

- Docteure Emmanuelle PIET, coordinatrice

Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé

— Mme Annie PODEUR, directrice générale

Centres sociaux de la Nièvre et caisse primaire d'assurance maladie de la Nièvre

— Mme Marjorie STÉPHANY, chargée de mission prévention santé

— Mme Magali CHERVET, responsable du pôle Santé de la CPAM de la Nièvre

Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA)

— Mme Danielle MARQUIS, directrice adjointe du département prévention

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

— M. Frédéric Van ROEKEGHEM, directeur général

— Professeur Hubert ALLEMAND, médecin conseil national, adjoint au directeur général, délégué aux affaires médicales

Centre d'analyse stratégique (CAS)

— M. Vincent CHRQUI, directeur général

— M. Sylvain LEMOINE, responsable du département des questions sociales

*

* *

— Mme Nora BERRA, secrétaire d'État auprès du ministre du Travail, de l'emploi et de la santé, chargé de la santé

— M. Luc CHATEL, ministre de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative

— Mme Valérie PÉCRESSE, ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche

*

* *

Déplacement à Strasbourg

— Professeur Israël NISAND, responsable du pôle de gynécologie-obstétrique et de sénologie des hôpitaux universitaires de Strasbourg

*

* *

Déplacement à Charleville-Mézières

Inspection académique des Ardennes

— Docteur Danièle VITEAU, conseillère technique départementale

— Mme Annie RAYNAUD, infirmière

— M. Laurent BOULAN, infirmier, conseiller technique départemental

Conseil départemental de l'ordre des pharmaciens

— Mme Laurence BOUSCATEL

Agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardennes

— Mme Marie-Ange PERULLI, déléguée territoriale des Ardennes

— Mme Annie-Claude MARCHAND, chef du service prévention et promotion de la santé

Conseil départemental de l'ordre des médecins

— Docteur Patrick SYNAKOWSKI

Centre de planning familial de Charleville-Mézières

— Docteur Émile MEREB

*

* *

Déplacement en Guadeloupe

CHU de Pointe-à-Pitre - Service de gynécologie obstétrique

— Docteur Maurice MANOUANA

— Docteure Massy ABGETRA

— Mme Carole BORES, psycho-clinicienne

— Mme Marie-Claude PANOL, sage-femme

Table ronde, en présence de Madame Gabrielle LOUIS-CARABIN, députée de Guadeloupe

— Mme Yvelise DELLAN-LUBIN, infirmière scolaire au collège Général de Gaulle du Moule

— M. Samuel VITEL, assistant social opérant en collège et en lycée professionnel au Moule

— Mme Norline BRUTUS, représentant l'association haïtienne de prévention Mouvman Lakay partenaire de l'association Entraide

— Mme Julie MARTIN, éducatrice spécialisée, membre de l'association Entraide

— Mme Marie-Noëlle COCO, infirmière au lycée professionnel du Moule

— Mme Patricia ZAMIA, psychologue – responsable du service Information éducation

— M. Ruddy POPOTTE, professeur de sciences et vie de la Terre au collège du Moule

Médecin conventionné avec le CHU de Pointe-à-Pitre

— Docteur Sylvère MARIE, médecin conventionné pour la pratique des IVG médicamenteuses

Conseil départemental de l'ordre des pharmaciens

— M. Philippe LOUIS, biologiste

Conseil départemental de l'ordre des médecins

— Docteur Raymond FORIER, vice-président

Table ronde avec les représentants du rectorat, en présence de Mme Jeanny MARC, députée de Guadeloupe :

— Docteure Michelle GUDUFF, conseillère technique au service médical scolaire

— M. Patrick ROBELOT, chef du service infirmier scolaire

— Mme Maryse CAMPRASSE, infirmière

— Mme Nicole CYPRIEN, principale du collège rural

— Mme Nicole DUPUY, proviseure-adjointe du lycée de Baimbridge

Service de la protection maternelle infantile du conseil général de Guadeloupe

— Docteure Sylvie CARBONNEL, médecin en charge de la planification familiale

Association « La maternité consciente »

— Mme Carole BOREL, présidente

— Mme Patricia ZAMIA, psychologue, responsable communication

Agence régionale de santé

— Docteur Florelle BRADAMANTIS, chef du pôle Santé publique

— M. Patrick SAINT-MARTIN, chef du pôle veille sanitaire de l'ARS

*

* *

Déplacement au collège Bayard de Charleville-Mézières

— Mme Giliane PLOUJAUX, principale

— Mme Annie RAYNAUD, infirmière scolaire

— M. Éric GOBEAUX, professeur de sciences et vie de la Terre

ANNEXES

ANNEXE 1

Communiqué de l'ordre des sages-femmes 18 mars 2011

Contraception : prescription anonyme et gratuite pour les mineures

Aujourd'hui, le taux d'IVG chez les jeunes filles mineures augmente de façon régulière, représentant une véritable problématique de santé publique.

On peut identifier plusieurs causes à ce phénomène : l'information des mineurs à la contraception et à la sexualité est dispensée de manière inégale voire incomplète. Ainsi, les adolescents, mal informés, peuvent adopter des comportements à risques qui aboutissent à des grossesses non désirées.

D'autre part, les difficultés d'accès à la contraception sont également à l'origine de nombreuses IVG chez les mineures. En effet, si la contraception d'urgence ou l'IVG chez les jeunes filles mineures est aujourd'hui anonyme et gratuit, la contraception ne l'est pas.

C'est pourquoi le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes est tout à fait favorable à ce que la contraception soit gratuite et prescrite de façon anonyme pour les jeunes filles mineures.

Une telle mesure élargirait de façon extrêmement significative l'accès des jeunes filles mineures à la contraception puisqu'elles pourraient alors s'adresser à tous les professionnels de santé habilités à délivrer une contraception (médecins et sages-femmes). Dans ce cadre, elles pourraient recevoir une contraception adaptée tout en bénéficiant d'une éducation à la contraception, à la sexualité et à la prévention des IST.

Communiqué du Planning familial 19 mars 2011

Bonjour Madame

Nous nous sommes rencontrées le 1^{er} décembre avec Catherine El Mghazli ans le cadre de votre mission sur la contraception des mineures.

Lors de cette rencontre, nous avons fait le constat des difficultés de l'accès à une contraception gratuite et anonyme pour toutes les mineures, et particulièrement l'accès à une première contraception, comme le prévoit la loi, ainsi que des difficultés d'accès à la contraception d'urgence. Nous avons alors évoqué plusieurs pistes pour faciliter cet accès à la contraception et notamment l'importance de multiplier les lieux d'accès à une contraception gratuite et anonyme, et d'assouplir les conditions de la première délivrance de contraception :

- en développant les expériences de travail en réseau avec des centres de planification qui sont déjà menées déjà dans certains départements (Hérault notamment) ;

- en impliquant les médecins généralistes et sages-femmes volontaires et formés à la contraception, et particulièrement à la contraception des jeunes, et qui pourraient ainsi leur délivrer sans exiger la carte vitale des parents, comme l'évoque également Monsieur Nisand ;

- en permettant aux Etablissements d'information et de conseil conjugal, (EICCF) dont les conseillères conjugales sont formées à l'accueil des jeunes et aux questions de contraception et IVG, de fournir cette première contraception, en mettant en place un protocole précis : nous avons détaillé l'expérience déjà menée à Angers avec le Docteur TOURMEN avec un EICCF du Planning Familial pour cette première délivrance: il en existe dans au moins 70 départements ;

- en impliquant également les pharmaciens, infirmières scolairesbref, en facilitant un véritable travail en réseau entre professionnels pour faciliter l'accès de toute personne mineure à la contraception gratuite et anonyme quel que soit son lieu d'habitation.

Il est important que ces lieux soient adaptés à l'accueil des jeunes, accessibles autant que possible et accueillants (pas toujours facile quand on est mineur d'aller parler sexualité et contraception dans un hôpital);

Nous avons aussi demandé que les conseillères conjugales exerçant dans des EICCF (établissements d'information et de conseil conjugale) puissent être inscrites sur la liste des professionnels habilités à délivrer la contraception d'urgence , comme cela avait prévu au démarrage mais n'a pas été inscrit *in fine*.

Enfin, nous avons insisté sur l'importance de faire appliquer la loi en matière d'éducation à la sexualité dans tous les établissements scolaires.

Nous savons l'intérêt que vous portez à cette mission pour faciliter l'accès des jeunes à la contraception.

Vous pouvez compter sur notre engagement pour poursuivre le travail en réseau sur les territoires pour mobiliser les acteurs concernés sur cette question.

Bien cordialement

Véronique SÉHIER
Membre du bureau et
responsable de la commission contraception
Le Planning Familial

ANNEXE 2

Évaluation du coût de la généralisation à la tranche d'âge 15-20 ans d'un dispositif anonyme et gratuit d'une consultation annuelle à visée contraceptive

(Note établie d'après les estimations fournies par la direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé)

Montant remboursable de la contraception orale

Le marché de la contraception orale en 2010 représente un chiffre d'affaires annuel TTC d'environ 317 M€ dont 168,7 M€ (53%) de spécialités non remboursables et 148,5 M€ (47 %) de spécialités remboursables. Les dépenses remboursables par l'assurance maladie s'élèveraient en 2010 à environ 97 M€ (65 % de 148,5 M€).

Population concernée

Les mineures âgées de 15 à 18 ans révolus représentent environ 1 520 000 personnes.

Les jeunes filles âgées de 19 à 20 ans représentent environ 800 000 personnes.

Dans la tranche d'âge 15-19 ans représentant 1 960 000 personnes, on estime que 600 000 personnes sont sous contraception orale dont 330 000 sous contraception orale remboursable.

Montant du ticket modérateur annuel pour la tranche d'âge de 15-19 ans

Le montant annuel restant à la charge de l'utilisatrice varie selon le contraceptif utilisé : d'environ 2 euros par an (pour un stérilet au cuivre), de 10 € pour une pilule de seconde génération remboursable à quelque 200 euros par an (timbre contraceptif, anneau vaginal, préservatif féminin), non remboursables.

Le ticket modérateur de la pilule des femmes de moins de 20 ans s'élèverait à 3,2 M€.

Le ticket modérateur de la consultation (sur la base d'une consultation par an par femme de moins de vingt ans sous contraception orale) : $600\,000 \times 6,90 = 4,15$ M€

Soit un total de **7 M€** de surcoût pour l'assurance maladie en cas d'exonération du ticket modérateur pour les moins de 20 ans.

Montant du reste à charge annuel pour la tranche d'âge de 15-20 ans

Par extrapolation, la population des 20 ans représente 360 000 personnes. Si, 30 % de cette population est sous contraception orale (soit 110 000 personnes), le montant lié à l'exonération du ticket modérateur pour la tranche d'âge 15-20 ans peut être estimé à **8,5 M€**.

Montant de la généralisation du dispositif d'une consultation annuelle anonyme et gratuite pour la tranche d'âge 15-20 ans

Il convient d'augmenter significativement le montant estimé car la gratuité vise à inciter les femmes renonçant à la contraception pour des raisons financières ou de confidentialité à y recourir.

Aussi, on peut estimer à 10 M€ le coût supplémentaire si environ 10 % des femmes de la tranche d'âge des 15-20 ans actuellement sans contraception avaient recours à ce dispositif.

Soit au global près de 18,5 M€ le coût annuel de la gratuité (produit et une consultation médicale) pour les 15-20 ans.