

Peut-on diminuer le nombre des IVG en France ?

I. NISAND ¹, B. LETOMBE ²
(Strasbourg, Lille)

Résumé

À la question posée de savoir si tout a été fait dans notre pays pour diminuer le nombre de grossesses non prévues, la réponse est malheureusement négative. Des pays voisins disposant de la même culture et de systèmes de santé identiques ont des chiffres beaucoup plus bas et il est donc utile de regarder ce qui a été fait ailleurs dans ce domaine pour essayer d'inverser nos courbes. Dix-huit propositions sont faites dans ce sens pour aboutir à un véritable programme national de santé publique et ne pas laisser s'installer un patchwork de mesures régionales toutes aussi louables qu'incomplètes et insuffisantes.

Mots clés : contraception, santé des femmes, IVG, information à la sexualité

- 1 - Hôpital de Hautepierre - Pôle de gynécologie-obstétrique - 1 avenue Molière - 67098 Strasbourg cedex
- 2 - Hôpital Jeanne de Flandre - Service de médecine du couple - Avenue Eugène Avinée - 59037 Lille cedex

* Correspondance : israel.nisand@chru-strasbourg.fr

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit commercial ou financier dans les sujets abordés dans ce texte.

La France vit un paradoxe en ce qui concerne les grossesses non prévues : interruption volontaire de grossesse gratuite pour toutes et anonyme pour les mineures mais contraception payante et pas totalement confidentielle pour les mineures. En 2010, les derniers chiffres disponibles font état de 211 985 IVG, soit un taux de 14,7 ‰ femmes de 15 à 49 ans. Ces pourcentages sont variables selon l'âge : 10,6 ‰ pour les 15-17 ans, 26,9 ‰ pour les 20-24 ans et 6,0 ‰ pour les 40-44 ans. La majorité de ces IVG (61 %) sont pratiquées par des femmes de moins de 30 ans, qui sont plus fécondes, ont plus de rapports sexuels, sont moins bien informées, sont plus souvent seules et moins aidées que leurs aînées. Il y a donc plus de 90 000 IVG chez les moins de 25 ans, ce qui oblige à centrer le débat du nombre des IVG sur la prévention des grossesses non prévues dans cette tranche d'âge. Les jeunes d'aujourd'hui sont d'ailleurs les adultes de demain et la prévention pourrait ainsi porter doublement ses fruits.

Si l'on peut raisonnablement s'accorder sur l'idée qu'il vaut mieux prévenir les IVG plutôt que d'avoir à les réaliser, force est de constater que les initiatives prises en la matière demeurent circonscrites et relèvent bien souvent d'un militantisme personnel ou d'associations qui, comme le planning familial, tentent avec les moyens dont elles disposent d'endiguer le phénomène. L'IVG ne doit pas être banalisée ni encore moins se substituer à la contraception.

La vraie question est donc de savoir si la France a fait tout ce qui était possible pour limiter les grossesses non souhaitées. Et la réponse à cette question est pour l'instant négative.

- Une loi sur l'information sexuelle à l'école qui n'est tout simplement pas appliquée.
- Des centres de planification aux moyens indigents et qui d'ailleurs ne couvrent qu'une faible partie du territoire.

- Des choix mal adaptés, exclusivement curatifs au lieu d'être préventifs.
- Aucune analyse épidémiologique sérieuse de la situation des IVG en France, en dehors de chiffres connus très tardivement et sans doute sous-estimés.

Le sujet ne semble donc pas avoir été abordé dans sa globalité et traité en termes de santé publique. Et ce sont surtout les jeunes femmes de notre pays qui font les frais de cette carence collective. Ce qui différencie la France des pays qui ont mieux réussi qu'elle dans le domaine de la prévention des grossesses non souhaitées, c'est le véritable tabou [1] qui règne encore aujourd'hui sur la sexualité des adolescents : c'est un sujet dont on ne parle pas, qui n'existe pas, et qui donc ne pose pas de problème. Ce tabou est intériorisé par nombre de jeunes qui, déjà culpabilisés par leurs relations sexuelles cachées, s'estiment en situation aggravée de véritable « préméditation » si, de surcroît, ils mettent en œuvre une contraception. Ce tabou, déjà perceptible quand on souhaite entrer dans les écoles, les collèges et lycées pour donner de l'information aux jeunes, s'est récemment illustré par les réactions de certaines fédérations de parents d'élèves à la diffusion du « Pass contraception » en Ile-de-France, mais aussi par le refus de nombreux lycées de promouvoir ce premier pas, bien timide pourtant.

Chacun imagine que l'information sur la sexualité est disponible pour le plus grand nombre. Tout le monde pense que la contraception est largement accessible. On est loin de soupçonner le degré d'ignorance des jeunes, le nombre d'idées aberrantes renforcées par la pensée magique si fréquente à ces âges. On ignore les obstacles et les entraves que vivent les jeunes dans ce domaine. Non informés ou mal informés, ils n'ont aucun moyen préventif à leur disposition sauf à se dévoiler à contretemps, parfois en urgence, à leurs parents, ce qui peut dissuader les plus décidés. On ne peut donc que déplorer le manque de sensibilisation de notre société face à l'importance de l'information à la sexualité. On apprend à nos jeunes à traverser la rue sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débiter leur vie sexuelle en évitant les écueils que celle-ci peut receler. Il y a bien là une forme d'irresponsabilité collective.

Sans avoir sciemment recherché une telle contradiction, la France permet donc que l'IVG soit anonyme et gratuite, permet que la contraception d'urgence le soit également, mais n'offre cette possibilité que pour la contraception remboursée. Même la contraception orale progestative dépourvue de risque thromboembolique n'est pas disponible gratuitement. Certes, personne n'a organisé cela. Mais le

résultat non délibéré est là, qui nous impose de réfléchir enfin à cette problématique pour essayer d'en changer les prémisses.

Les conséquences de ce véritable point aveugle de notre société sur la sexualité des adolescents vont bien au-delà du taux élevé d'interruptions volontaires de grossesse chez les jeunes. On l'a dit, l'éducation à la sexualité, bien qu'encadrée par une bonne loi en 2001 ¹, est loin d'être effective. On peut même dire, sans risque de se tromper, que cette loi n'est aujourd'hui appliquée nulle part, malgré des tentatives louables ici et là, dues au volontariat de certains et au bénévolat de tous ceux qui tiennent à ne pas en rester là. L'absence de discours éducatif a laissé la place libre, en guise d'enseignement, aux images obscènes et misogynes de la pornographie qui touchent désormais plus de 95 % des moins de 18 ans et atteint même de plus en plus les très jeunes. Aux parents qui estiment avoir la capacité de promouvoir eux-mêmes l'éducation de leurs enfants à la sexualité et qui prennent ombrage de ce que d'autres puissent leur venir en aide à un moment difficile, il faut rappeler que leurs enfants ne veulent pas risquer de les décevoir et cherchent à les protéger en cachant soigneusement leurs premiers pas affectifs et sexuels, mais aussi leur confrontation de plus en plus avec l'ubiquitaire pornographie.

L'absence de parole des adultes dans l'éducation à la sexualité a des conséquences qui sont loin d'être correctement explorées et l'augmentation de la violence sexuelle ne saurait étonner une société frileuse qui tourne pudiquement le regard devant ses responsabilités.

Si la vague des infections sexuellement transmissibles (IST) a amené dans les années 90 à aborder ces sujets dans les écoles par le biais du préservatif et de son usage recommandé aux jeunes, malheureusement, l'éducation à la vie affective n'a pas profité de cette opportunité. De surcroît, la substitution du préservatif, mal et insuffisamment utilisé chez les jeunes, à d'autres contraceptions plus efficaces a participé sans doute pour une part à l'augmentation des grossesses non prévues dans cette classe d'âge.

La France vit donc une profonde contradiction interne : tout le monde est d'accord pour dire qu'il vaut mieux prévenir les interruptions de grossesses plutôt que d'avoir à consoler les femmes de passage dans nos hôpitaux, mais personne ne met en œuvre la politique de santé publique à même de les faire véritablement diminuer. Voici les principales mesures qui seraient susceptibles de modifier la situation en France.

¹ Loi du 4 juillet 2001-588, article L 312-16 du code de l'éducation.

I. CONFIDENTIALITÉ ET GRATUITÉ DE LA CONTRACEPTION

Organiser la confidentialité et la gratuité de la contraception chez les mineures exige une disposition spécifique de la sécurité sociale au niveau national sans quoi le risque d'inefficience est majeur. La grande variété des dispositifs expérimentaux qui coexistent en France dans les régions qui ont voulu anticiper démontre qu'une uniformisation est tout simplement indispensable.

I.1. La confidentialité

La première fois que la confidentialité de traitements chez les mineurs a été admise, c'était au début de l'épidémie du SIDA : les jeunes qui avaient contracté la maladie préféraient renoncer au traitement plutôt que de dire à leurs parents ce qui leur arrivait. Une deuxième dérogation est survenue pour la contraception d'urgence en 1999. En 2001, l'IVG et la contraception ont suivi le même chemin. Pour l'IVG, la prise en charge de l'acte a été aménagée de telle sorte que la confidentialité soit effectivement protégée. Une extension a d'ailleurs été décidée et mise en œuvre pour l'anesthésie générale, lorsque celle-ci est nécessaire pour réaliser l'IVG. En revanche, la contraception n'a pas bénéficié de la même préoccupation. En théorie, la loi de 2001 affranchit le médecin de l'autorisation parentale. Mais le remboursement des actes de consultation, malgré les annonces faites en 2013, passe toujours par l'assurance parentale, ce qui est réhibitore pour une bonne part des jeunes femmes qui préfèrent prendre le risque d'une grossesse plutôt que de risquer de décevoir leurs parents. La confidentialité est donc prévue dans la loi mais n'a pas été rendue applicable. Il faut en passer par un médecin mais le paiement de ses honoraires n'est pas confidentiel.

I.2. La gratuité

La contraception est remboursée à 65 % pour les pilules de deuxième génération ainsi que pour les dispositifs intra-utérins et les implants. Tout ce qui est remboursé est désormais gratuit pour les mineures. Les pilules de troisième génération et les pilules à l'œstradiol, les patchs et les anneaux vaginaux, la pilule progestative ne sont pas

remboursés alors que ces produits et ces modes d'administration présentent des avantages évidents pour les jeunes. Aux Pays-Bas, les méthodes de contraception sont gratuites pour les mineures. Le rapport de l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) [2] arrive d'ailleurs à la conclusion que la solution la plus simple, la plus efficace et paradoxalement la moins coûteuse en termes de gestion collective, serait d'assurer la gratuité de la contraception chez les jeunes.

La situation actuelle de la France revient à refuser l'accès des jeunes aux contraceptions les plus modernes tant sur le plan pharmacologique que galénique. Or leur innocuité accrue et leur meilleure observance potentielle nous pousseraient précisément à les prescrire à celles qui ont encore trente ans de contraception devant elles.

Instituer au plan national un « **forfait contraception pour mineures** » auquel les laboratoires qui fabriquent les contraceptifs pourraient adhérer individuellement, et demander la gratuité de tous les contraceptifs pour les mineurs, aurait un véritable sens, car cela permettrait aux médecins d'adapter au mieux leurs prescriptions sans se soucier de leur coût. Ceci permettrait d'offrir à ces jeunes femmes les contraceptions les plus modernes et les plus adaptées, gratuitement et confidentiellement. Une partie de la dépense serait d'ailleurs rattrapée par la diminution du nombre d'IVG dans toutes les classes d'âge et par la diminution des frais occasionnés lors de la suspicion d'un risque de grossesse (contraception d'urgence, tests de grossesses, consultations, etc.).

Au niveau du coût, le plus intéressant semble le système de tiers payant avec une convention établie avec la caisse primaire d'assurance maladie. Ce système est simple, il ne nécessite pas d'imprimer des coupons ou des chéquiers, les professionnels utilisent leurs feuilles de soins papier avec un code particulier sans stipuler l'identité de la jeune femme. Le code utilisé dans le Bas-Rhin est Info-Ado, et on pourrait d'ailleurs imaginer un code plus explicite « gratuité-contraception » qui serait indiqué sur l'ordonnance et la feuille de soins. Les pharmacies fonctionnent déjà sur ce mode de tiers payant en ce qui concerne la délivrance de la contraception d'urgence. Le personnel est habitué à ce mode de délivrance, ce qui ne devrait pas occasionner de problème particulier.

Ce système de tiers payant a l'avantage de nécessiter moins d'effort financier. Tout est en place. Il y a simplement une convention à signer entre la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) et les professionnels de santé concernés. Ainsi, le système peut fonctionner rapidement sans ajout de nouvelle structure.

La mise en place d'un pass contraception ou autres formes de coupons semble plus contraignante car elle impose l'impression et la

diffusion du support papier. Le système de délivrance de coupons est une étape supplémentaire qui peut constituer un obstacle de plus pour les mineures.

L'instauration d'un « **forfait contraception jeune** » aurait l'immense avantage de permettre de prescrire à chaque jeune femme la contraception la plus adaptée, qui serait ainsi plus suivie. Ceci nous sortirait de la situation actuelle où nombre de jeunes femmes en demande d'IVG ont bel et bien eu antérieurement une ordonnance de contraception. Et ce serait à l'honneur de notre pays de faire en sorte que les contraceptions les plus récentes soient aussi disponibles pour nos jeunes femmes et ne restent pas réservées à celles qui en ont les moyens.

Même si l'adolescent demeure sous l'autorité de ses parents jusqu'à sa majorité, il a le droit, comme toute personne, à une vie privée et à une intimité (Code civil, art. 9). La sexualité relève de la sphère privée, donc du droit au respect et au secret professionnel. Pour nombre d'adolescentes, le simple fait d'imaginer l'obligation d'une notification de la prescription contraceptive aux parents peut constituer un obstacle majeur à la contraception [3]. Il en va fréquemment de même pour ces « adolescents majeurs », souvent étudiants, toujours dépendants.

Les exigences de confidentialité, de gratuité et de proximité pour l'accès des adolescents à la contraception peuvent être satisfaites, mieux qu'aujourd'hui, par la mise en place de dispositifs concertés au plan départemental entre les divers acteurs de santé concernés. L'objectif serait d'augmenter le nombre de lieux permettant un accueil gratuit et confidentiel des jeunes en quête d'informations, de conseils et d'orientation. Le système de tiers payant avec une convention établie entre la CPAM et les praticiens semble bien répondre à cette attente. On peut aisément généraliser ce type de dispositif à l'ensemble du territoire. Afin d'améliorer l'accès à la contraception en milieu rural, le dispositif doit privilégier les zones dépourvues de CPEF (centres de planification et d'éducation familiale). En matière d'accès à la contraception, les infirmières scolaires, les pharmaciens, les sages-femmes ont un rôle essentiel à jouer, rôle qui va progressivement augmenter suite à l'application de la loi HPST (« Hôpital, patients, santé, territoires »).

Les jeunes majeures entre 18 et 25 ans sont dans la même situation : elles dépendent de la carte vitale de leurs parents et pourraient également bénéficier d'un dispositif d'anonymat et de gratuité. Ces mesures préventives devraient permettre de diminuer le nombre d'IVG des mineures, et probablement le nombre global d'IVG en France. Elles mettraient fin à l'incohérence de notre système qui

revient à faciliter le recours à la contraception d'urgence ou à l'IVG mais pas à la contraception en amont.

Mais tous ces dispositifs ne permettront d'atteindre notre but collectif, diminuer les grossesses non prévues chez les jeunes, que s'ils sont adossés au préalable incontournable d'une information à la sexualité dispensée sur tout le territoire national et ce, au mieux, dès le plus jeune âge.

II. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA PREMIÈRE CONSULTATION

Une grande majorité des spécialistes gynécologues connaissent le contenu idéal d'une première consultation de contraception mais ne peuvent le mettre en œuvre par manque de temps. C'est une des raisons qui expliquent que si souvent cette consultation n'atteigne pas son objectif de protection des jeunes. De nombreux généralistes, de même que certains spécialistes, n'ont jamais eu d'enseignement spécifique sur ce sujet. Instaurer pour la première fois une contraception, en dehors d'une situation d'urgence, est un acte médical complexe qui nécessite temps et compétence. Il faut donc instituer une formation qualifiante ouverte à tous les professionnels médicaux de santé dans chaque région dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) dont le volume horaire pourrait être d'une journée complète de cours. Le CNPGO² pourrait veiller à l'organisation de ces formations sur l'ensemble du territoire. Le contenu de cette journée d'enseignement, qui serait effectuée dans toutes les régions, déborderait le côté technique de la contraception et s'attacherait plus particulièrement à la forme et à l'approche psychologique si particulière des adolescents [4].

Le fait d'avoir assisté à cet enseignement pourrait laisser une trace, une qualification, qui attesterait que les normes de qualité de cette première consultation ont été apprises et intégrées. On pourrait ainsi favoriser l'organisation de véritables réseaux de compétences utilisant les professionnels disponibles sur place. Il est clair que le renouvellement ultérieur d'une contraception déjà installée chez une jeune femme (entre 15 et 25 ans) ne justifie plus obligatoirement de consultation médicale, en dehors d'une véritable symptomatologie.

² Conseil national professionnel des gynécologues et obstétriciens, dont c'est la mission.

Si on souhaite améliorer la qualité de la première consultation de contraception, il faut s'en donner les moyens.

III. RÉMUNÉRER CES CONSULTATIONS PLUS LONGUES

Elle pourrait s'effectuer dans le cadre d'un C2 (consultation plus détaillée et donc mieux rémunérée eu égard au temps passé). Le cahier des charges de cette consultation de près de 45 minutes serait précisé lors des formations *ad hoc* et le C2, effectué par un généraliste ou un spécialiste, ne pourrait pas être répété ultérieurement pour la même femme. Cette consultation longue et détaillée, spécifique par sa forme, aurait le mérite d'insister sur le caractère exceptionnel et impérativement qualitatif de ce premier contact médical dont on sait les retombées positives tout au long de la vie génitale d'une femme : ce qui est dit là est définitivement acquis surtout si la confiance est de la partie.

Ce C2 ne serait pas applicable aux consultations faites en urgence dans le cadre d'un rapport non protégé. La santé publique, en toile de fond de cette consultation, a un mandat d'efficacité à coût contrôlé et le monde médical a, quant à lui, un mandat d'éducation et de prévention : dans ces consultations, il s'agirait de joindre les deux objectifs de santé publique et de qualité médicale. Le contrôle informatique de cette activité bénéficiant d'une lettre clé spécifique permettrait d'en mesurer le coût et d'éviter les abus.

IV. INTERVENIR SUR LA SEXUALITÉ À L'ÉCOLE

La loi de 2001 prévoit à bon escient une information de trois heures par classe d'âge chaque année. Cette démarche a pour objectif « républicain » de réintroduire de l'égalité entre les jeunes sur les informations dont ils peuvent disposer, quel que soit leur milieu d'origine. Outre son intérêt préventif pour les grossesses non souhaitées, l'information sur la sexualité a un objectif secondaire : contrer l'emprise de la pornographie et permettre aux jeunes de s'épanouir comme futurs hommes et femmes pleinement responsables et conscients des enjeux de leur liberté. Les jeunes ont besoin de pères

et de limites en ce qui concerne la sexualité, et il arrive que certains adultes hésitent à leur en donner, craignant d'être perçus comme puritains ou moralisateurs.

Il s'agit d'un sujet féministe car les garçons n'en passent pas physiquement par l'IVG en cas d'échec de la contraception, mais ils sont concernés à part entière par cette question et sont psychiquement impliqués. Il s'agit aussi d'un sujet éthique et légal (loi de 2001) car ce qu'attend de nous la population, c'est que nous protégeons ces jeunes des expériences défavorables qu'ils pourraient faire au début de leur vie sexuelle, affective et relationnelle. Il s'agit enfin d'un sujet sociétal parce que les violences faites aux femmes découlent partiellement du traitement dégradant qui leur est réservé dans la pornographie. Mais aussi parce qu'il s'agit de l'équilibre affectif des relations hommes femmes.

Les objectifs des interventions en milieu scolaire sont doubles.

L'objectif de prévention primaire est aisément mesurable. Il s'agit d'être dans une culture de la prévention et de tout mettre en œuvre pour diminuer les grossesses non désirées des mineures, mais aussi, à plus long terme, de diminuer le recours à l'IVG. Cette prévention doit passer par une présence des adultes sous la forme d'une éducation à la vie affective, sexuelle, relationnelle précoce. En effet, les adultes de demain sont les ados d'aujourd'hui, et l'éducation qu'ils vont recevoir peut rendre à l'IVG la posture de rattrapage d'un échec de contraception et éviter qu'à l'avenir IVG et contraception ne soient confondues. Bien sûr, il y aura toujours des conduites à risques chez les adolescents, mais celles-ci ne rendent compte que du tiers des IVG. Les taux élevés d'IVG chez les jeunes ne sont donc pas une fatalité et le premier pas vers leur réduction significative, c'est bien sûr l'éducation par les parents mais aussi par l'école. Un projet de santé publique qui négligerait cette étape essentielle de l'information scolaire serait voué à l'inefficacité. L'information à la sexualité est le préalable indispensable et incontournable de la réduction des grossesses non souhaitées chez les jeunes.

L'objectif de prévention secondaire n'est probablement pas mesurable. Parler de sexe à des ados en tant qu'adulte, sans pudibonderie, c'est lutter contre une information délivrée par le matériel pornographique si facilement accessible. C'est rappeler la place de la vie émotionnelle et affective dans nos relations et ne pas réduire la rencontre à un acte exclusivement génital. La sexualité ponctuelle existe et nous n'essayons ni de la blâmer ni de donner une dimension morale à cette question. Mais la consommation de l'autre comme un objet

sexuel exclusif doit être dénoncée. L'autre est un sujet de droit, toujours. Informer, c'est aussi lutter contre l'image dégradante et avilissante de la femme si largement répandue aujourd'hui, c'est combattre la violence des images non commentées par des adultes qui peuvent constituer un véritable traumatisme pour des jeunes en cours de maturation.

Cet objectif secondaire suit donc un impératif éthique. À une époque où les contenus pornographiques sont ubiquitaires et si largement disponibles, quel que soit le contrôle déployé par les parents, les adultes se doivent d'accompagner ce nouvel état de fait. Laisser les enfants seuls face à ce phénomène qui, marché oblige, s'impose à eux, est tout simplement inacceptable d'un point de vue éthique.

Il est évidemment souhaitable de parler de la différence des sexes et du respect du corps dès la maternelle à l'instar de ce qui est réalisé au Québec, aux Pays-Bas et en Suisse romande. Cela implique une formation de tous les enseignants pour que chacun des adultes qui participent à l'éducation se sente à même d'évoquer ces sujets, quelle que soit la matière enseignée. Nous en sommes loin aujourd'hui en France, où les interventions en milieu scolaire sont effectuées par des intervenants extérieurs, ce qui limite bien sûr le volume horaire. De plus, le nombre d'enfants à former est si important qu'il rend difficile une éducation par petits groupes sur plusieurs séquences. Mais le mieux est l'ennemi du bien. Et une intervention ponctuelle en classe de troisième ou de seconde, si tous les élèves pouvaient en bénéficier, constituerait déjà un véritable progrès. C'est ce qui a été réalisé à Strasbourg depuis 1998 en veillant à toucher toute une classe d'âge, avec un suivi pérenne³, année après année. Cette formule qui peut paraître insatisfaisante a toutefois déjà fait la preuve de son efficacité en termes de taux d'IVG chez les jeunes, même s'il paraît souhaitable de faire davantage. Constituer des petits groupes, avec deux intervenants pour chaque groupe, n'aurait pas permis de toucher tous les enfants, et cette option n'a pas été retenue car son efficacité aurait été trop limitée. La possibilité a été donnée aux élèves, après l'ouverture que donne l'intervention en milieu scolaire, d'effectuer un suivi individuel, soit auprès de l'infirmière scolaire, soit auprès de l'accueil anonyme et gratuit dont disposent les jeunes dans la ville.

³ Info-Ado : organisation de l'information à la sexualité à Strasbourg touchant toute une classe d'âge à partir des maternités publiques et de la maison des adolescents de Strasbourg.

V. AMÉLIORER L'ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pour pallier le manque de professionnels dans les zones rurales ou semi-rurales éloignées d'un CPEF, il faut privilégier les conventions avec des médecins installés. Ces conventions, sortes de guides de bonnes pratiques, doivent être proposées à chaque médecin du secteur géographique pour constituer des réseaux de professionnels.

Mais il ne faut pas délaissier le milieu urbain où certaines jeunes filles n'ont pas forcément la possibilité de se déplacer facilement. La meilleure alternative serait que la convention soit proposée à tous les médecins d'un département ou d'une région. Une façon de leur faire prendre conscience que la contraception des mineures représente un enjeu majeur et de les sensibiliser aux besoins de l'adolescente.

Dans l'idéal, n'importe quel contraceptif devrait pouvoir être délivré à une adolescente sur une ordonnance établie par un médecin consultable autant que nécessaire pour réévaluer et renouveler sa contraception. L'adolescente n'aurait pas à donner son nom ou sa date de naissance afin de respecter le principe de l'anonymat. Ordonnances et feuilles de soins porteraient le sceau du dispositif « gratuité-contraception ».

Le bilan biologique si nécessaire (bilan glucidique et lipidique, sérologies des IST, PCR *Chlamydiae*) serait ordonné et identifié de manière identique. L'information serait diffusée par les infirmières scolaires et les CPEF. Des posters destinés aux adolescentes pourraient être affichés en salle d'attente dans les cabinets ainsi que dans les écoles, pour rappeler leurs droits et signaler qu'un dispositif existe pour leur garantir une prescription de contraceptifs et de préservatifs anonyme et gratuite.

Ces mesures, gratuité, confidentialité, formation des professionnels et information à l'école sont indissociables les unes des autres. Une part des échecs enregistrés dans ce domaine jusqu'ici provient de la mise en œuvre de l'un sans l'autre : un dispositif qui rend la contraception gratuite et confidentielle en omettant la formation des médecins et l'information à l'école serait voué à l'échec et les exemples en sont nombreux en France. Un véritable programme de santé publique sur un sujet aussi important s'impose, qui prenne en compte sa complexité en ne négligeant aucun détail si on ne veut pas qu'une fois de plus les efforts coûteux ne puissent réussir à inverser la tendance des courbes de l'IVG en France.

VI. ANNEXES

VI.1. Les recommandations de l'IGAS

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a émis en 2010 des recommandations concernant la contraception et la contraception d'urgence [2] :

- assurer dans les faits un accès gratuit à la contraception pour les jeunes de moins de 18 ans et pour les 18-25 ans dépourvus de couverture sociale autonome, en développant des réseaux de professionnels de santé acceptant le tiers payant ;
- promouvoir les méthodes de contraception de longue durée, en particulier le stérilet ;
- mieux gérer les situations d'urgence engendrées par un échec ou un défaut de contraception, en encourageant la prescription et la délivrance anticipées de la contraception de rattrapage ;
- développer la place des questions relatives à la maîtrise de la fécondité dans la formation des professions médicales, notamment pour les médecins généralistes et les sages-femmes ;
- reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive.

La mission formule par ailleurs des recommandations pour assurer dans les faits un accès gratuit et confidentiel des jeunes au conseil ainsi qu'à la prescription et à la délivrance des produits contraceptifs, en s'inspirant des mécanismes retenus pour la contraception d'urgence et des expériences menées dans certaines régions. Elle estime nécessaire de procéder à une évaluation globale de la situation des centres de planification et d'éducation familiale, de leurs moyens et capacités d'action. Elle recommande par ailleurs de diversifier et d'adapter la couverture contraceptive en fonction des besoins et modes de vie des utilisatrices, de promouvoir les méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance que la contraception orale hormonale, d'anticiper et de mieux gérer par la contraception d'urgence les inévitables accidents de parcours contraceptifs, en incluant dans cette perspective les nouveaux produits mis sur le marché, qui tolèrent des délais plus importants.

VI.2. Les propositions du Centre d'analyse stratégique (CAS) [5]

- Charger les rectorats de fournir aux chefs d'établissements les informations nécessaires pour satisfaire à leurs obligations en

- matière d'éducation à la sexualité, et d'établir un bilan des mesures engagées.
- Insister sur la sensibilisation des jeunes hommes et associer la prévention des IST et l'information sur la contraception en promouvant la double protection, notamment dans les campagnes de communication.
 - Créer une plateforme d'information unique sur la sexualité (site internet et application smartphone) qui proposera notamment un recensement des centres d'éducation et de planification familiale et de prévention des IST.
 - Assurer aux mineurs la confidentialité et la gratuité des modes de contraception féminine et des consultations médicales nécessaires par un système de tiers payant, non notifié aux parents.
 - Rendre effectif le libre choix contraceptif en développant une information sur l'ensemble des modes, y compris ceux qui sont encore peu connus en France.
 - Développer un « bilan première contraception » gratuit pour les jeunes femmes âgées de 15 à 18 ans.
 - À l'occasion de la délivrance d'une contraception d'urgence, charger les pharmaciens de remettre aux femmes de moins de 25 ans un guide présentant l'ensemble des moyens contraceptifs et contenant un coupon pour un rendez-vous chez un médecin agréé.

VI.3. Les propositions du rapport Nisand-Letombe (2012)

1. Confidentialité constante et crédible de la consultation et de la délivrance de la contraception aux mineures.
2. Gratuité de l'ensemble des moyens contraceptifs et des préservatifs jusqu'à 18 ans (et sous conditions de ressources de 18 à 25 ans) au travers d'un « forfait contraception pour mineures » proposé par l'État aux laboratoires pharmaceutiques volontaires ⁴.

⁴ Ce forfait pourrait être fixé à hauteur approximative de 7 euros/mois et par mineure pour les contraceptions innovantes ne figurant pas au tableau des produits pharmaceutiques remboursés. Le coût annuel par mineure serait donc de l'ordre de 80 € s'ajoutant au prix d'une consultation annuelle de renouvellement. Ce coût doit être mis en regard du coût d'une IVG (de l'ordre de 350 €) qui ne tient compte ni des frais occasionnés par les suspicions de grossesse, ni de la contraception d'urgence, ni des conséquences psychologiques des IVG des mineures si difficiles à mesurer.

3. Création de réseaux pluridisciplinaires d'orthogénie (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières scolaires, conseillers conjugaux, CPEF et MFPP (Mouvement français pour le planning familial)) pour les jeunes, couvrant tout le territoire national et formation spécifique des professionnels de santé participant à ces réseaux de prévention. Préparer le corps médical à la pratique de la première consultation en contraception de l'adolescente et la rémunérer sous forme d'un C2 une fois dans la vie de la femme.
4. Application de la loi de 2001 sur l'information à la sexualité en milieu scolaire sous la responsabilité du ministre de l'Éducation nationale assortie d'un contrôle de l'exhaustivité des établissements où la loi est appliquée correctement par les rectorats
5. Rémunération des professionnels libéraux qui participent à l'application de la loi de 2001 au prorata de leur engagement horaire validé par le réseau pluridisciplinaire d'orthogénie.
6. Pour les enfants en maternelle et primaire, par l'intermédiaire des maîtres des écoles formés dans leur cursus à cette nouvelle mission, dispenser des informations sur la vie affective, émotionnelle, sentimentale et sur le respect de soi-même dans un rapport au corps sexué.
7. Constitution des ressources humaines pour l'information à la sexualité en milieu scolaire.
8. Mesure du taux de grossesses chez les mineures par les ARS (agences régionales de santé) dans chaque canton pour savoir où les jeunes femmes sont les plus exposées et y intensifier la prévention.
9. Réorienter les campagnes médiatiques vers les parents.
10. Organiser une résistance institutionnelle, collective et sociétale à la diffusion libre et marchande de la pornographie auprès des jeunes (taxation dissuasive de l'exploitation et de la vente de pornographie et information précoce des jeunes sur les dangers de cette addiction). Production d'un numéro de carte bancaire avant l'affichage de la première image pornographique.
11. Créer des lieux d'accueil parents-enfants pour qu'une écoute psychologique gratuite, anonyme et sans rendez-vous puisse être offerte à tous les parents, quel que soit l'âge de leur enfant ⁵, où ils puissent trouver de l'aide quand ils se trouvent en difficulté.

⁵ Sur le modèle de l'association pour la prévention, la promotion de la santé psychique des familles (PPSP) et de son lieu d'accueil « Les pâtes au beurre », un appartement pour les parents, véritable maison de la parentalité créée par un des auteurs en 1999 (SM). Siège social à Nantes en Loire-Atlantique.

12. Diffuser plus largement le « Double Dutch », contraceptifs + préservatifs, pour contrer l'utilisation exclusive du préservatif en pensant à y associer tous les modes d'administration de la contraception hormonale.
13. Diffuser et prescrire plus largement les contraceptions qui ne dépendent pas de l'observance de la jeune femme.
14. Mettre en avant par l'éducation la responsabilité des jeunes hommes dans la contraception.
15. Informer les parents des lieux où leurs enfants peuvent disposer d'informations, d'aide et d'écoute adaptées dans le domaine de la sexualité.
16. Intégrer une formation à l'éducation sexuelle pour tous les adultes qui encadreront des jeunes (enseignants, BAFA (brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur)).
17. Uniformiser et clarifier la gestion des centres pouvant venir en aide aux jeunes (intitulé unique).
18. Créer un outil de communication national ⁶ donnant l'inventaire des centres disponibles pour venir en aide aux jeunes sous la responsabilité de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

⁶ Sur le modèle de la plateforme anglaise qui offre un service complet de cartographie des centres, de forum de discussion et de fiches pédagogiques.

Bibliographie

- [1] Bajos N, Moreau C, Léridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population & Société* 2004;407.
- [2] Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 04 juillet 2001. Rapport de l'IGAS, février 2010.
- [3] Alvin P, Neu-Janicki AM, Jacquin P, Salinier C. Les adolescents et la contraception. *Que devrait savoir le pédiatre ? Arch pediatr* 2002;9:187-95.
- [4] Méthode BERCER - Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, AFSSAPS, INPES, décembre 2004.
- [5] Naves MC, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. 2011 juin;226. www.strategie.gouv.fr. Centre d'analyse stratégique. Premier Ministre.

