



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-112P

Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Établi par

Claire AUBIN

Danièle JOURDAIN MENNINGER

Avec la participation du Dr. Laurent CHAMBAUD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

Les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive constituent **un enjeu essentiel de santé publique**, reconnues comme telles par le législateur. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est inscrite dans le code de la santé publique depuis la loi du 4 juillet 2001, qui fixe par ailleurs un objectif ambitieux en matière d'éducation à la sexualité à l'école. La prévention des grossesses non désirées, l'accès à l'IVG et sa prise en charge dans de bonnes conditions figurent parmi les objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 .

Mais ces problématiques dépassent le champ pourtant vaste des politiques de santé publique et s'inscrivent dans la perspective d'évolutions sociales qui ont profondément modifié le mode de vie des femmes et des couples : prolongation de la scolarité, augmentation de l'activité professionnelle féminine, décalage de l'âge moyen à la maternité, allongement de la période d'activité sexuelle, diversification des parcours affectifs et conjugaux, difficultés d'insertion professionnelle et précarité économique accrue, norme croissante de l'enfant « programmé », augmentation du recours à l'interruption volontaire de grossesse en cas de conception non prévue...

Huit ans après l'adoption de la loi de 2001 le contexte français demeure paradoxal : **la diffusion massive de la contraception n'a pas fait diminuer le nombre des IVG**, qui se maintient aux environs de 200 000 par an, et **le fonctionnement réel des dispositifs contredit trop souvent la volonté affichée de donner la priorité à une approche préventive**. Ainsi les obligations légales concernant l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires ne sont que partiellement et inégalement appliquées. Les jeunes peuvent recourir de façon gratuite et anonyme à la contraception d'urgence et à l'IVG, mais pas à la contraception régulière, sauf dans les centres d'éducation et de planification familiale, dont l'accessibilité demeure limitée.

Une partie des IVG apparaît donc évitable par un effort accru et mieux ciblé de prévention des grossesses non désirées. Mais il serait illusoire d'en attendre une maîtrise totale de la fécondité. Des travaux de recherche montrent qu'une augmentation de 50% de la prévalence de la contraception ne diminue que de 32% le nombre d'IVG¹. En effet les facteurs qui conduisent à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre sont multiples, complexes, et échappent pour une large part à l'intervention publique. On estime que 40% des femmes en France auront recours à l'interruption volontaire de grossesse à un moment donné de leur vie². L'IVG n'est donc pas un évènement exceptionnel, elle **constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive et doit être prise en compte en tant que telle**.

La prise en charge de l'IVG a marqué des progrès réels, mais qui demeurent fragiles. Les deux dispositions qui avaient suscité le plus de contestation lors de l'adoption de la loi du 4 juillet 2001 ont permis une plus grande fluidité du dispositif : l'assouplissement du régime d'autorisation parentale pour les mineures a, selon la plupart des professionnels rencontrés, apporté une réponse à des situations insolubles avant l'adoption de la loi. Quant à l'allongement du délai légal, porté de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, dont certains craignaient qu'il ne conduise les femmes à retarder leur décision, il ne concernerait pas plus de 10% des IVG demandes. Mais ces IVG tardives ne sont pas prises en charge partout et sont systématiquement réorientées par certains établissements, qui refusent de les pratiquer ou ne s'estiment pas en capacité de le faire. **La gestion**

¹ WESTOFF C.F. " *contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion*". Family Planning perspectives, 1988, 20

² N.BAJOS " *sexualité, contraception, prévention et rapports de genre*", in "La santé des femmes en France", DREES, coll Etudes et Statistiques, La Documentation française, 2009

des délais d'accès à l'IVG dans les établissements s'est dans l'ensemble améliorée et se rapproche dans la plupart des cas de la norme de 5 jours définie par la Haute autorité de santé. Mais cette amélioration globale n'exclut pas la **persistance de goulots d'étranglement** dans certaines zones de fortes demande, notamment dans les grandes métropoles, que le lent mais réel développement de l'IVG médicamenteuse en ville ne suffit pas à résorber.

Ces progrès demeurent néanmoins fragiles, car **la place de l'IVG dans le système de soins n'est pas encore normalisée**, en dépit de la mobilisation des services du ministère de la santé pour que l'activité d'IVG soit reconnue comme une activité de soin à part entière. Ce sera un enjeu important de la nouvelle organisation issue de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Soumise à un régime tarifaire spécifique, différent des autres activités médicales, **l'IVG instrumentale demeure une activité déficitaire**, en dépit de plusieurs revalorisations successives qui n'ont comblé qu'une partie du retard tarifaire, lequel contribue au désengagement des établissements privés par rapport à cette activité. La pratique de l'IVG persiste à être **peu attractive pour les personnels de santé**. Le recours à la clause de conscience par ces professionnels reste inégal et mal connu, et semble avoir été renforcé par l'allongement du délai légal de recours à l'IVG. De plus, on assiste à une tendance à la **restriction des modes de prise en charge qui limite le choix des femmes** quant à la méthode d'intervention. Le recours à l'IVG médicamenteuse, que ce soit en établissement de santé ou en ville, ne saurait constituer le palliatif au fait que l'IVG continue à trouver difficilement sa place au sein du système de santé. Le recours quasi exclusif à la technique médicale dans certains établissements reflète plus le choix des équipes que celui des femmes. Cette évolution présente le risque, à terme, d'en faire la seule méthode pratiquée, le savoir-faire des autres méthodes se perdant peu à peu.

Le système de remontée d'informations, malgré sa lourdeur, demeure lacunaire et laisse persister d'importantes zones d'ombre, notamment sur le nombre des mineures sans autorisation parentale, sur le vécu de l'intervention, sur les phénomènes de récurrence, ou sur le nombre des IVG réalisées à l'étranger par des femmes ayant dépassé les délais légaux en France.

Pour ce qui concerne la prévention, **la France se caractérise par une couverture contraceptive étendue**, constituée à 80 % par des méthodes délivrées sur prescription médicale, avec **une forte prédominance de la contraception hormonale orale (pilule)**. **Mais le niveau des échecs contraceptifs est préoccupant** : 72% des IVG sont réalisées sur des femmes qui étaient sous contraception, et dans 42 % des cas, cette contraception reposait sur une méthode médicale, théoriquement très efficace (pilule ou stérilet)³. **Ces échecs reflètent une inadéquation des méthodes et pratiques contraceptives**, mise en évidence par les travaux de recherche et confirmée par les entretiens que la mission a pu avoir avec les professionnels de terrain. La diversification des attentes et des modes de vie, l'évolution des relations de couple, qui ne s'inscrivent pas nécessairement dans le cadre d'une conjugalité établie et stable, ne sont pas suffisamment prises en compte dans les prescriptions contraceptives auxquelles les utilisatrices/eurs ne sont pas suffisamment associés. Malgré une réelle prise de conscience parmi les responsables et acteurs de santé publique, qui a conduit à définir de nouvelles stratégies d'action pertinentes en matière de contraception, le schéma du « tout pilule » demeure prégnant et continue d'influer sur les politiques et les pratiques.

Malgré le haut niveau de couverture contraceptive **tous les problèmes d'accès à la contraception ne sont pas résolus**. Alors que la loi entend garantir un accès autonome des jeunes à la contraception, pour lequel le consentement parental n'est plus requis, ce droit leur est dénié dans les faits lorsqu'ils doivent faire appel à la couverture sociale de leurs parents. Le rapport thématique relatif à la contraception analyse par ailleurs dans quelle mesure le coût et l'absence de remboursement de certains produits contraceptifs par l'assurance maladie peuvent être considérés

³ Equipe COCON « *contraception : from accessibility to efficiency* », Human Reproduction, Vol. 18, n°5, 2003

comme limitant l'accès à la contraception. Il fournit les éléments de réponse à l'amendement d'origine parlementaire apporté à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 selon lequel le Gouvernement devra présenter au Parlement à l'automne de cette même année une évaluation de l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception ainsi qu'une étude des moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs.

La contraception d'urgence, dont la diffusion a été facilitée, surtout pour les jeunes, par sa simplicité d'accès, ne s'est pas substituée à la contraception régulière, puisque cette dernière a continué à s'élargir. Mais **le recours à la contraception d'urgence en cas de rapport mal ou non protégé est trop faible pour entraîner une diminution du nombre d'avortements**. La prévention des grossesses non désirées supposerait une utilisation beaucoup plus systématique.

L'information et l'éducation à la sexualité à l'école n'est pas perçue ni appliquée comme une obligation légale. En l'absence de bilan des actions engagées depuis 2001 il n'est pas possible de mesurer l'ampleur des efforts à accomplir pour satisfaire aux dispositions de la loi qui prévoit trois séances annuelles dans tous les établissements scolaires et pour tous les élèves, de la maternelle à la terminale. Mais tout laisse à penser que **le chemin à accomplir reste important**. La campagne triennale de communication sur la contraception a permis d'engager une action globale d'information, mais ces actions n'ont de portée réelle que si elles sont menées de manière régulière et déclinées localement.

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

Ce renforcement de l'effort de prévention passe d'abord et avant tout **par l'information et l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge**, en donnant, sur la base d'un état des lieux précis, **une impulsion vigoureuse à la mise en œuvre des dispositions prévues par la loi, dans les établissements scolaires**. Il importe également de **développer les actions d'accompagnement dans les lieux extra-scolaires** et en direction des populations en situation difficile. La mission insiste dans ses recommandations pour que les **campagnes de communication** sur la contraception soient menées **suivant une périodicité régulière et rapprochée**, et déclinées localement. Ces actions sont d'autant plus nécessaires qu'une quantité d'informations de qualité ou de fiabilité douteuses circule sur ces questions, facilement accessible sur les sites internet ou les forums de discussion.

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/eurs, 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.

Le développement de la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les sujets ayant trait à la maîtrise de la fécondité et à la santé sexuelle et reproductive est **une condition essentielle** pour que ces questions, qui concernent la majeure partie de la population de

notre pays, soient mieux traitées. Cet objectif doit tout particulièrement être pris en compte dans le cadre de la valorisation de la filière de **médecine générale** et dans la formation des **sages-femmes** dont les compétences en matière de prescription contraceptive ont été très largement étendues par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'inscription de l'orthogénie comme une activité médicale à part entière dans le « plan stratégique régional de santé », dans les relations contractuelles entre les futures agences régionales de santé et les établissements de santé, et dans les projets d'établissement et de pôle, la poursuite des efforts engagés pour revaloriser la prise en charge financière de l'IVG et son inscription dans le droit commun d'une tarification fondée sur les coûts, le recrutement de personnels de santé, une veille attentive à la préservation du choix des femmes dans la méthode d'IVG sont nécessaires pour assurer, conformément à l'objectif 97 de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, « l'accès à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ». Ces mesures sont complémentaires et essentielles pour que l'activité d'IVG ne soit pas, in fine, la variable d'ajustement des réorganisations de l'offre de soins.

Le cadre légal concernant l'IVG, la contraception, l'information et l'éducation à la sexualité paraît **adapté dans son économie générale** et les recommandations de la mission n'impliquent pas de modifications législatives ou réglementaires majeures.

Mais la loi doit être mise en œuvre, et il importe de **maintenir une impulsion politique forte sur les questions relatives à la maîtrise de la fécondité**, qui suscitent de réelles préoccupations et qu'on aurait tort de croire résolues. Elles doivent se voir attribuer un niveau de priorité élevé dans la définition et la mise en œuvre concrète des politiques ayant trait notamment à la santé publique, à l'organisation hospitalière, à l'éducation, à l'action sociale et aux droits des femmes. Une approche concrète et pragmatique, privilégiant l'expérimentation et la diffusion des bonnes pratiques, devrait être favorisée. L'effort visant à développer la recherche et les connaissances sur ces sujets doit être poursuivi, il doit être largement amplifié pour ce qui concerne **l'évaluation de l'efficacité des politiques publiques** menées dans ces domaines.

Sommaire

<u>SYNTHÈSE</u>	3
<u>INTRODUCTION</u>	9
<u>EVALUATION DES POLITIQUES DE PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET DE PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE SUITE À LA LOI DU 4 JUILLET 2001</u>	10
1. <u>UN ENJEU ESSENTIEL DE SANTE PUBLIQUE QUI TROUVE DIFFICILEMENT SA PLACE</u>	10
1.1. <u>Un diagnostic préoccupant à la fin des années 1990</u>	10
1.2. <u>La situation française actuelle reste paradoxale</u>	14
2. <u>LA PRISE EN CHARGE DES IVG : DES PROGRES REELS MAIS INCOMPLETS ET FRAGILES</u>	22
2.1. <u>Des progrès réels : l'accès à l'IVG s'identifie moins à un parcours d'obstacles systématique</u>	22
2.2. <u>Des avancées partielles : la place de l'IVG dans le système de soins n'est pas encore normalisée</u>	25
2.3. <u>Des progrès fragiles : l'assise de l'IVG en tant qu'activité médicale demeure mal assurée</u>	30
3. <u>LA CONTRACEPTION : UNE COUVERTURE ÉTENDUE MAIS DONT L'EFFICACITÉ RESTE À AMÉLIORER</u>	32
3.1. <u>Un modèle contraceptif qui connaît des taux d'échec importants</u>	33
3.2. <u>Une inadéquation des méthodes et pratiques à laquelle les politiques publiques s'efforcent de remédier</u>	34
3.3. <u>Tous les problèmes d'accès à la contraception ne sont pas résolus</u>	37
4. <u>LA CONTRACEPTION D'URGENCE : UN IMPACT INSUFFISANT POUR COMPENSER LES ÉCHECS DE CONTRACEPTION</u>	40
4.1. <u>Une grande simplicité d'accès qui facilite sa diffusion</u>	41
4.2. <u>Sans effet repérable sur les interruptions volontaires de grossesse</u>	44
5. <u>L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ : UN DÉFI A RELEVER</u>	45
5.1. <u>En milieu scolaire : des dispositions légales à traduire dans les faits</u>	46
5.2. <u>Une inscription plus difficile encore dans les filières de formation spécifiques</u>	47
5.3. <u>Le développement d'actions dans des lieux extrascolaires pour atteindre une population de jeunes plus importante</u>	48
5.4. <u>Les femmes en situation de précarité sont destinataires d'accompagnements spécifiques</u>	49
5.5. <u>Des actions d'information et de communication qui gagneraient à être renouvelées régulièrement</u>	51
6. <u>LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS</u>	54
6.1. <u>Principales recommandations concernant la mise en œuvre de l'interruption volontaire de grossesse</u>	54
6.2. <u>Principales recommandations concernant la contraception et la contraception d'urgence</u>	55

<i><u>6.3. Principales recommandations concernant l'information, l'éducation et la communication sur la sexualité</u></i>	55
<u>NOTE DE CADRAGE</u>	57
<u>Liste des personnes rencontrées</u>	63
<u>ANNEXE 1 : TABLEAUX DES PROPOSITIONS FIGURANT DANS LES RAPPORTS THÉMATIQUES</u>	73
<u>ANNEXE 2 : CONTRACEPTION ET CONTRACEPTION D'URGENCE DANS LES OBJECTIFS DE LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE</u>	81
<u>SIGLES UTILISÉS</u>	85
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	87

Introduction

Dans le cadre du programme annuel de travail de l'Inspection générale des affaires sociales pour 2008, la ministre de la santé et des sports a approuvé le lancement d'une mission d'évaluation des politiques publiques relative à la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, suite à la loi du 4 juillet 2001. Cette mission a été confiée à Mesdames Claire AUBIN et Danièle JOURDAIN MENNINGER, Inspectrices générales des affaires sociales, avec la participation du Docteur Laurent CHAMBAUD, relecteur-discutant, qui a par ailleurs assuré le suivi des travaux sous l'angle médical.

Pour cette mission les inspectrices générales ont procédé à l'audition d'un grand nombre d'acteurs au niveau national, dont la liste figure en annexe : responsables politiques et administratifs, représentants des agences sanitaires, des organismes de protection sociale, professionnels de la santé, de l'éducation et du secteur social, responsables associatifs, représentants d'organisations professionnelles, chercheurs et universitaires, personnes qualifiées, ... Des contacts suivis ont été entretenus avec les responsables de plusieurs travaux d'enquête en cours, afin de compléter et d'actualiser les données fournies par l'abondante littérature consultée sur ces sujets, dont on trouvera une liste non exhaustive en annexe.

La mission a par ailleurs réalisé des investigations sur le terrain qui ont donné lieu à de multiples rencontres et déplacements entre les mois d'octobre 2008 et de mai 2009. Les inspectrices générales se sont notamment rendues à Paris et dans plusieurs départements d'Ile de France, en Limousin, dans les Pays de Loire, le Nord-Pas de Calais, en Alsace, en Martinique et Guadeloupe ainsi qu'en Belgique francophone. Sur chacun des sites, elles ont travaillé en étroite collaboration avec les médecins inspecteurs et autres membres de l'encadrement des Ddass et Drass, se sont rendues dans les établissements de santé publics et privés, les centres de planification et d'éducation familiale, ont rencontré des professionnels, des élus et responsables des services des collectivités locales ainsi que de multiples acteurs de terrain dont la liste est également fournie en annexe.

Le champ des travaux a été dès le départ circonscrit, pour ce qui concerne les interruptions de grossesse, à celles pratiquées, à la demande de la femme enceinte, jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse (ou quatorzième semaine d'aménorrhée)⁴. Les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical, qui répondent à une problématique et obéissent à des règles différentes⁵, ne sont donc pas abordées dans le présent rapport.

Par ailleurs le choix a été fait de ne pas aborder les questions spécifiques relatives à la maîtrise de la fécondité chez les personnes souffrant d'un handicap, même si celles-ci ont été évoquées par divers interlocuteurs de la mission. L'étude de ces questions, qui posent des problèmes éthiques et pratiques importants, nécessitait des investigations ciblées, dépassant la perspective de l'évaluation des effets de la loi du 4 juillet 2001 que la mission n'avait pas les moyens de réaliser dans ce cadre, mais qui pourrait faire l'objet d'une mission ultérieure axée sur cette problématique spécifique.

Le présent rapport de synthèse expose les principales conclusions de la mission. Il est accompagné de trois rapports thématiques qui approfondissent les questions ayant trait à :

- la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse
- la contraception et la contraception d'urgence,

⁴ Article L 2212-1 du Code de la santé

⁵ Article L 2213-1 du Code de la santé

- l'éducation à la sexualité, l'information et la communication

S'y ajoute un rapport spécifiquement consacré aux départements et collectivités d'outremer compte tenu des problématiques particulières qui s'y attachent.

La mission tient à remercier l'ensemble des personnes et institutions rencontrées qui lui ont réservé le meilleur accueil et ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail, sans ménager leurs efforts et dans un esprit d'ouverture.

Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001

1. UN ENJEU ESSENTIEL DE SANTE PUBLIQUE QUI TROUVE DIFFICILEMENT SA PLACE

1.1. Un diagnostic préoccupant à la fin des années 1990

1.1.1. Le législateur a souhaité intégrer cette question dans une approche de santé publique

A la fin des années 1990, le droit à la contraception et à l'avortement faisait l'objet d'un consensus sociétal de plus en plus largement partagé. Néanmoins les conditions de son application demeuraient préoccupantes et le nombre d'IVG élevé, en dépit d'une large diffusion de la contraception.

En 2001, lors des débats relatifs au projet de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, on constatait, selon son exposé des motifs, que⁶, « *Il se pratique encore en France plus de 200 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) chaque année. Près de 10 000 adolescentes sont confrontées à une grossesse non désirée dont 7000 ont recours à une IVG. 5 000 femmes partent dans les pays voisins parce qu'elles sont déterminées à interrompre leur grossesse mais qu'elles sont au-delà du délai légal autorisé pour recourir à une IVG. En termes de santé publique, ces chiffres sont alarmants. Ils ne peuvent qu'inciter à réagir (...)* »

Pourtant, le cadre législatif avait été progressivement adapté à l'évolution de la société, depuis la loi du 31 juillet 1920, qui faisait de l'IVG un crime et de la contraception un délit :

- en matière de contraception avec la loi du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth, et ses décrets d'applications pris entre 1969 et 1972, la loi du 4 décembre 1974 instaurant le remboursement par la sécurité sociale des dispositifs contraceptifs médicalement prescrits,
- en matière d'éducation à la sexualité depuis une circulaire du ministère de l'Education nationale en 1973, organisant d'abord un enseignement de la reproduction humaine, intégré aux cours de biologie, puis une éducation à la responsabilité sexuelle dans un but de

⁶ Projet de loi n° 2605 relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 octobre 2000.

prévention (des maladies sexuellement transmissibles et des grossesses précoces) et de protection (contre les abus sexuels et la pornographie),

- en matière d'information, avec la légalisation de la publicité en faveur du préservatif en 1991,
- en matière d'interruption volontaire de grossesse, avec la dépénalisation prévue dans la loi du 17 juillet 1975, rendue définitive avec la loi du 31 décembre 1979, et le remboursement par l'assurance maladie permis par la loi du 31 décembre 1982.

Dans un rapport remis en 1999⁷, le Pr. I. Nisand, reprenant les constats de plusieurs études antérieures⁸ sur les carences du service public dans la prise en charge de l'IVG, écrivait que « *toutes les catégories socio-professionnelles ont recours à l'IVG* », mais que « *pour la grande majorité des femmes, le recours à l'avortement est accidentel et unique. L'IVG en France n'est donc pas un moyen de contraception, même pour les femmes qui y ont recours plusieurs fois dans leur vie* ».

La persistance d'un nombre élevé d'IVG, notamment chez les mineures, largement souligné par le rapport du Pr M.Uzan⁹, ainsi que les informations transmises par les associations selon lesquelles un nombre non négligeable de femmes continuait à se rendre à l'étranger en raison notamment de délais jugés trop stricts compte tenu de leur situation de précarité psychologique ou sociale ont conduit à lancer une campagne d'information en 2000. L'objectif était de réaffirmer le droit à la contraception, d'informer sur les différents moyens existants et sur les lieux d'information et de prescription. Mais, parallèlement, il est apparu nécessaire de modifier les textes législatifs et réglementaires, selon une approche globale allant de l'éducation à la sexualité à l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesses, en incluant un allongement des délais ouvrant les possibilités de recours au-delà de 12 semaines d'aménorrhée, et en sécurisant juridiquement le recours à la contraception d'urgence, qui avait été rendue plus accessible sans prescription médicale depuis 1999.

1.1.2. Les mesures prises depuis 2000 visent à améliorer le cadre d'exercice du droit des femmes à disposer de leur corps et à contrôler leur fécondité

- la loi du 13 décembre 2000 a permis la délivrance sans prescription des médicaments ayant pour but la **contraception d'urgence** qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. Elle en autorise la délivrance, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ce cas, les infirmières s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical,
- la loi du 4 juillet 2001, relative à l'IVG et à la contraception, modernise les lois de 1967 et de 1975, en tenant compte des évolutions médicales et sociales. Elle inscrit le droit à l'IVG dans le Code de la santé publique, supprime le délit de propagande et de publicité et renforce les conditions d'application du délit d'entrave¹⁰. Elle facilite l'accès notamment des jeunes mineurs à la contraception et la contraception d'urgence et rend obligatoire une éducation à la sexualité à raison d'au moins trois heures annuelles par groupe d'âge homogène.

⁷ I.Nisand, « l'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes », rapport au ministre de l'emploi et de la solidarité, février 1999

⁸ D. Hassoun, « rapport sur la pratique de l'IVG en France », actes du colloque des dixièmes journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception, 1993

⁹ M. Uzan, « rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », 1998

¹⁰ L'article 17 de la loi du 4 juillet 2001 a renforcé le délit d'entrave en pénalisant fortement les mouvements anti-IVG avec de fortes amendes. Le directeur de l'établissement est en outre tenu de porter ces actes (perturbation du service, pressions morales et psychologiques, menaces et actes d'intimidations, y compris à l'entourage des femmes concernées) à la connaissance du procureur au titre de l'article 40.

Tableau 1 : Les principales modifications introduites par la loi du 4 juillet 2001

IVG	Prévention
Allongement des délais légaux, portés de 10 à 12 semaines de grossesse.	
Aménagement du parcours (suppression –pour les majeures- de l’obligation de la consultation psychosociale préalable, assouplissement du régime d’autorisation parentale pour les mineures).	Reconnaissance d’un droit d’accès des mineurs à la contraception sans autorisation parentale Délivrance gratuite de la contraception d’urgence aux mineures.
Obligation d’organiser l’activité dans les établissements de santé Suppression du délit de propagande et de publicité, renforcement du délit d’entrave	Accès gratuit et anonyme aux mineurs à la contraception dans les centres de planning et d’éducation familiale (CPEF) Généralisation de l’éducation sexuelle en milieu scolaire Information sexuelle aux personnes handicapées
Ouverture à la médecine de ville (IVG médicamenteuse) puis aux centres de santé et CEPF	Cadre légal pour la stérilisation à visée contraceptive
Fin du quota maximum d’IVG dans les établissements de santé privés	

- la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique prolonge ce train de mesures en inscrivant le champ de la contraception et de l’IVG parmi les domaines de la santé publique pour lesquels sont fixés des objectifs quantifiés pour les 5 prochaines années. Elles font l’objet de l’objectif n°97, inscrit dans le rapport annexé à la loi, selon lequel il faut «*assurer l’accès à une contraception adaptée, à une contraception d’urgence et à l’interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d’y avoir recours*»,

Par ailleurs la même loi élargit les possibilités de prescription d’une contraception hormonale en l’ouvrant à un nouveau corps de métier : les sages-femmes, désormais habilitées à délivrer une telle prescription dans le cadre des suites de couches ou d’IVG.

En 2008, la loi de financement de la sécurité sociale complète le dispositif de l’IVG médicamenteuse, suivant en cela des recommandations de l’IGAS¹¹, en autorisant sa pratique dans les centres de protection maternelle et infantile et dans les centres de santé.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a encore élargi les compétences des sages-femmes dans les domaines de la prescription, de la contraception et du suivi gynécologique, sous réserve d’adresser la femme à un médecin « en cas de situation pathologique ». Les conditions de délivrance de la contraception orale par les pharmacies ont été, elles aussi, assouplies, légalisant des pratiques de plus en plus répandues.

¹¹ D. Jourdain Menninger, C. Lannelongue, B. Roussille, P. Vienne, « étude sur la protection maternelle et infantile en France », rapport de l’IGAS, 2006

Tableau 2 : Dispositions nouvelles introduites par la loi du 21 juillet 2009 en matière de prescription et délivrance de la contraception

Professionnels	Base légale (Code de la santé publique)	Type de contraception	Condition	Avant la loi HPST	Après la loi HPST	Prise en charge par l'assurance maladie ¹²
Infirmier(e)	Art L 4311-1	Contraception orale	Etre en possession d'une prescription datant de moins d'un an		Renouvellement de la prescription pour 6 mois maximum	Oui
Pharmacien	Art L 5125-23-1	Contraception orale	Etre en possession d'une ordonnance périmée datant de moins d'un an	Délivrance à titre exceptionnel d'une seule boîte avec obligation d'informer le médecin ¹³	Délivrance pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum	Oui
Sage-femmes	Art L 4151-1 Art L 5134-1	Contraception hormonale et locale		Prescription limitée, pour la contraception hormonale, aux suites de couches ou d'IVG	Prescription sans restriction (sauf situations pathologiques qui doivent être renvoyées vers un médecin)	Oui

En revanche la disposition votée par le Parlement concernant l'ouverture d'une expérimentation de délivrance directe de la contraception oestroprogestative par les pharmaciens pour une période de 3 mois a été annulée par la décision du Conseil constitutionnel du 16 juillet 2009¹⁴.

Article 38 bis de la loi HPST annulé :

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

Il en va de même pour la disposition qui aurait reconnu juridiquement la compétence des sage-femmes pour réaliser des IVG médicamenteuses, donnant ainsi un cadre légal à des pratiques dont la mission a pu constater qu'elles étaient largement répandues¹⁵.

¹² Sous réserve que les produits concernés soient inscrits sur la liste des produits remboursables

¹³ Disposition commune à tous les traitements chroniques afin d'éviter une interruption

¹⁴ Les motifs de la décision, qui tiennent à l'absence d'échéance fixée pour l'expérimentation mais non à la nature de l'expérimentation elle-même ne semblent pas faire obstacle à sa reprise ultérieure dans un autre véhicule législatif.

¹⁵ Cf aussi C BIRMAN « Que fait la sage-femme au Centre d'Orthogénie de la Maternité des Lilas ? » Les dossiers de l'Obstétrique n° 372, juin 2008.

L'ensemble de ces dispositions fait l'objet d'un examen plus approfondi dans les rapports thématiques, suivant trois volets complémentaires relatifs à la prise en charge des IVG d'une part, à la prévention des grossesses non désirées par la contraception et la contraception d'urgence d'autre part, et enfin aux actions d'information, de communication et d'éducation à la sexualité.

1.2. La situation française actuelle reste paradoxale

1.2.1. Des phénomènes en apparence contradictoires

La situation française en matière de santé reproductive apparaît de prime abord paradoxale, compte tenu de la coexistence de trois phénomènes apparemment peu compatibles :

- un taux de natalité premier en Europe,
- un taux de diffusion de la contraception parmi les plus élevés au monde,
- un taux d'IVG qui ne diminue pas et reste à un niveau relativement important.

1.2.1.1. Un taux de natalité premier en Europe

La fécondité française a fortement baissé de 1964 à 1976 ; elle est toutefois demeurée stable depuis 30 ans, à un niveau qui place aujourd'hui la France en tête en Europe. Ni la légalisation de l'avortement en 1975 ni son remboursement par la sécurité sociale en 1982 ni l'assouplissement de ses conditions de mise en œuvre en 2001 n'ont eu d'impact négatif sur la démographie.

Avec un indicateur de fécondité¹⁶ de deux enfants par femme en 2006, la France est devenue avec l'Irlande le pays le plus fécond d'Europe. Selon une récente étude de l'INED¹⁷, l'augmentation des naissances et la hausse de la fécondité depuis ces dix dernières années s'expliqueraient par un effet de rattrapage après une période de baisse, due à une meilleure gestion de la contraception et à un souci de concilier vie familiale et vie professionnelle, deux phénomènes qui ont retardé le moment d'avoir un enfant. D'après ses auteurs, « *l'effectif annuel des naissances a augmenté de 9% depuis 10 ans en France métropolitaine, et l'indicateur de fécondité est passé de 1,65 à 2,00 enfants par femmes entre 1993 et 2008. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, ces hausses ne viennent pas d'une augmentation de la fécondité des couples d'une génération à l'autre. Ceux d'aujourd'hui ont en effet autant d'enfants qu'il y a trente ans. Mais ils les ont plus tardivement, ce retard ayant entraîné temporairement l'indicateur de fécondité successivement à la baisse puis à la hausse* ».

Tableau 3 : Naissance et fécondité en 2008

Nombre de naissances	834 000
Age moyen des mères*	29,9
Taux de natalité pour 1000 habitants	13,0
Indicateur conjoncturel de fécondité (pour une génération fictive de 1000 femmes)	2,01

*âge calculé pour une génération fictive de femmes qui auraient à tous les âges la fécondité de l'année

Source : Insee, estimations de populations et statistiques de l'état civil, champ : France

¹⁶ « L'Indicateur conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. Insee, estimations de populations et statistiques de l'état civil

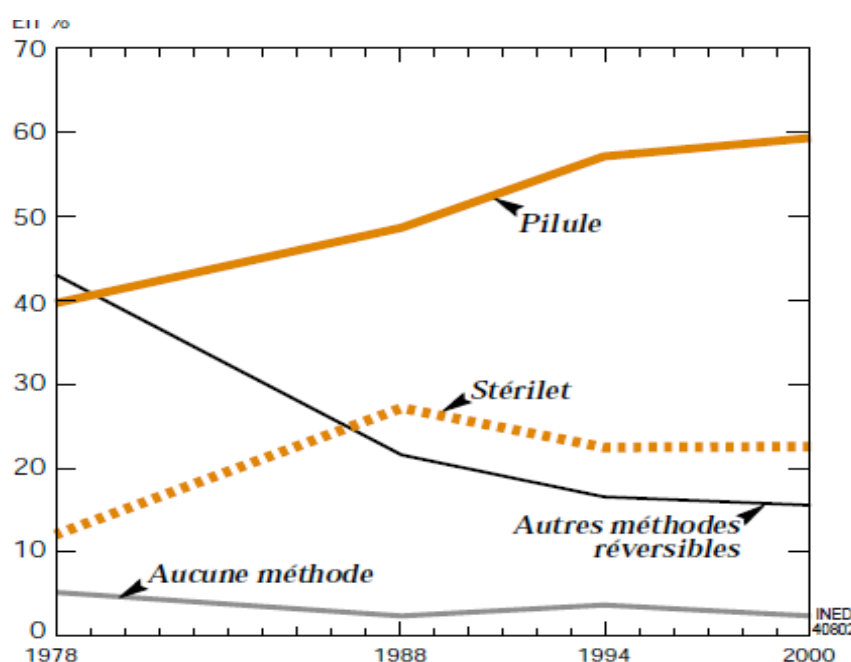
¹⁷ Pison G « pourquoi le nombre de naissances continue-t-il d'augmenter ? », in *Population et société*, n° 454, mars 2009

1.2.1.2. Un taux de diffusion de la contraception médicale parmi les plus élevés du monde

D'après le Baromètre Santé 2005, les trois quarts des personnes âgées de 15 à 54 ans et sexuellement actives utilisent un moyen de contraception. Chiffre plus significatif encore, moins de 5% des femmes sont sans couverture contraceptive, parmi celles susceptibles de devenir enceintes et ne le souhaitant pas¹⁸.

L'essentiel de la couverture contraceptive repose sur les méthodes dites « médicales » (car délivrées sur prescription médicale) : plus de 80% des femmes qui pratiquent la contraception ont recours à la pilule ou au stérilet, ce qui place la France en tête du classement mondial en ce domaine¹⁹. Entamé dès sa légalisation en 1967, le mouvement de médicalisation de la contraception s'est poursuivi dans les dernières décennies au détriment des méthodes dites « naturelles » qui ont significativement reculé. Le préservatif est la seule méthode non médicale qui parvient à se maintenir, résultat d'efforts importants pour promouvoir son utilisation dans la prévention du VIH.

Graphique 1 : Evolution de la couverture contraceptive entre 1978 et 2000
(en % des femmes de 20-44 ans ne souhaitant pas être enceintes)



Source : H. Leridon, P. Oustry, N. Bajos et l'équipe COCON, 2002, op cit

¹⁸ H LERIDON, P OUSTRY, N BAJOS et l'équipe COCON « la médicalisation croissante de la contraception en France » population et sociétés n° 381 juillet-août 2002. La différence entre les ordres de grandeur cités s'explique par le fait que le deuxième chiffre (5%) est calculé en excluant les femmes déjà enceintes ou souhaitant le devenir et les femmes stériles.

¹⁹ N.BAJOS "sexualité, contraception, prévention et rapports de genre", in "La santé des femmes en France", DREES, coll Etudes et Statistiques, La Documentation française, 2009.

La pilule est le contraceptif le plus utilisé, quel que soit l'âge :

Parmi les femmes qui déclarent « *faire quelque chose pour éviter une grossesse* », près de 60 % utilisent la pilule. Ce sont les jeunes femmes qui l'utilisent le plus, (80% des 15-19 ans, 90% des 20-24 ans)²⁰. Mais l'usage de la pilule tend à se stabiliser.

Le stérilet est le deuxième moyen de contraception le plus utilisé :

Il concerne près d'une femme sur 4 des femmes, essentiellement celles qui ont plus de 35 ans et déjà eu des enfants. Il est utilisé de façon marginale chez les moins de 30 ans (4 %), les femmes sans enfants (2 %) ainsi que chez les femmes socialement moins favorisées.

L'implant est cité comme méthode contraceptive pour la première fois en 2005, mais 1% seulement des femmes l'utilisent, les nouveaux moyens de contraception comme l'anneau vaginal ou le patch ne sont pas cités.

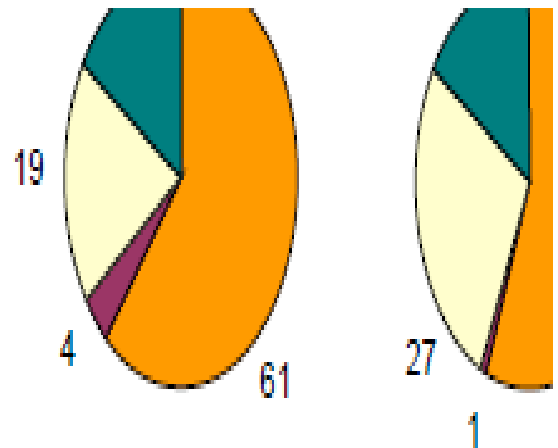
Il faut ajouter que 11 % des Françaises utilisent le préservatif comme moyen de contraception, et son utilisation est maximum entre 15 et 19 ans (20%).

Le tableau ci dessous montre bien la spécificité du modèle français de contraception, notamment pour ce qui concerne la prédominance de la contraception orale hormonale qui est sans équivalent.

Graphique 2 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde

Source : Nations unies, *World Contraceptive Use*, 2003

Fiche pédagogique, INED, www.ined.fr



Source : ONU

1.2.1.3. Un taux de recours à l'IVG qui demeure à un niveau relativement élevé par rapport aux autres pays européens

On constatait en 2006 une moyenne de 14,5 IVG pour 1000 femmes, recouvrant d'importantes variations selon les régions mais surtout selon les tranches d'âge. Les jeunes femmes entre 20 et 24 ans sont celles qui sont le plus concernées par l'IVG, avec un taux de recours qui représente près du double du taux moyen.

²⁰ Selon le Baromètre santé de 2005, en proportion des femmes de la catégorie d'âge considérée déclarant utiliser un moyen pour éviter une grossesse.

Tableau 4 : Les IVG pour 1000 femmes

	2002	2003	2004	2005	2006
IVG pour 1000 femmes					
15-17 ans	8,9	9,0	10,0	10,6	11,5
18-19 ans	21,6	21,7	22,9	22,8	23,8
20-24 ans	27,6	26,7	27,2	26,8	27,1
25-29 ans	22,6	22,3	23,4	22,8	23,0
30-34 ans	18,8	18,2	18,8	18,0	18,0
35-39 ans	13,4	13,0	13,6	13,1	13,4
40-44 ans	5,7	5,6	5,7	5,5	5,6
45-49 ans	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5
15-49 ans	14,4	14,1	14,6	14,3	14,5

Champ : France métropolitaine

Source : DREES, Etudes et résultats, n° 659

Ce taux moyen situerait la France avec la Suède, le Royaume-Uni et quatre nouveaux pays membres de l'Union européenne parmi les pays de l'Union qui ont les taux de recours à l'IVG les plus élevés. Les Pays-Bas, par exemple, affichent un taux d'IVG moitié moins élevé que le taux constaté en France²¹.

De telles comparaisons doivent toutefois être maniées avec prudence en l'absence de données statistiques harmonisées d'un pays à l'autre. A titre d'exemple les interlocuteurs rencontrés en Belgique par la mission signalent que les chiffres officiels concernant ce pays sont notoirement sous-estimés, une partie des IVG étant déclarée au titre des fausses-couches dont la fréquence apparaît effectivement élevée dans les statistiques belges.

Si l'on considère en revanche les tendances d'évolution sur une période donnée dont la comparaison pose moins de problèmes méthodologiques, il apparaît que certains pays européens ont connu, en liaison avec la diffusion des méthodes contraceptives, une diminution à la fois rapide et importante du recours à l'avortement, qui ne connaît pas d'équivalent en France. Cette diminution mesurée sur la période 1980- 1996 atteint 51 % en Finlande, 47 % au Danemark, 39% en Italie²².

La diminution du nombre des IVG demeure donc pour la France un défi important, mais des exemples étrangers montrent qu'une telle évolution est possible.

1.2.2. Qui constituent un défi pour les politiques de santé publique

1.2.2.1. Une apparente stabilité du recours à l'avortement, qui recouvre des évolutions complexes

Force est donc de constater que la diffusion massive de moyens contraceptifs d'un haut niveau d'efficacité théorique n'a guère en France fait diminuer le nombre d'IVG. En conclure que la contraception n'affecte en rien le recours à l'IVG constituerait toutefois une déduction hâtive autant que fautive. Les travaux de recherche menés dans le cadre notamment de l'INSERM et de l'INED²³ éclairent la liaison complexe qui existe entre ces deux phénomènes. Ils montrent que la stabilité globale du recours à l'IVG résulte de deux mouvements opposés qui se compensent : celui

²¹ N Bajos, op cit, 2009

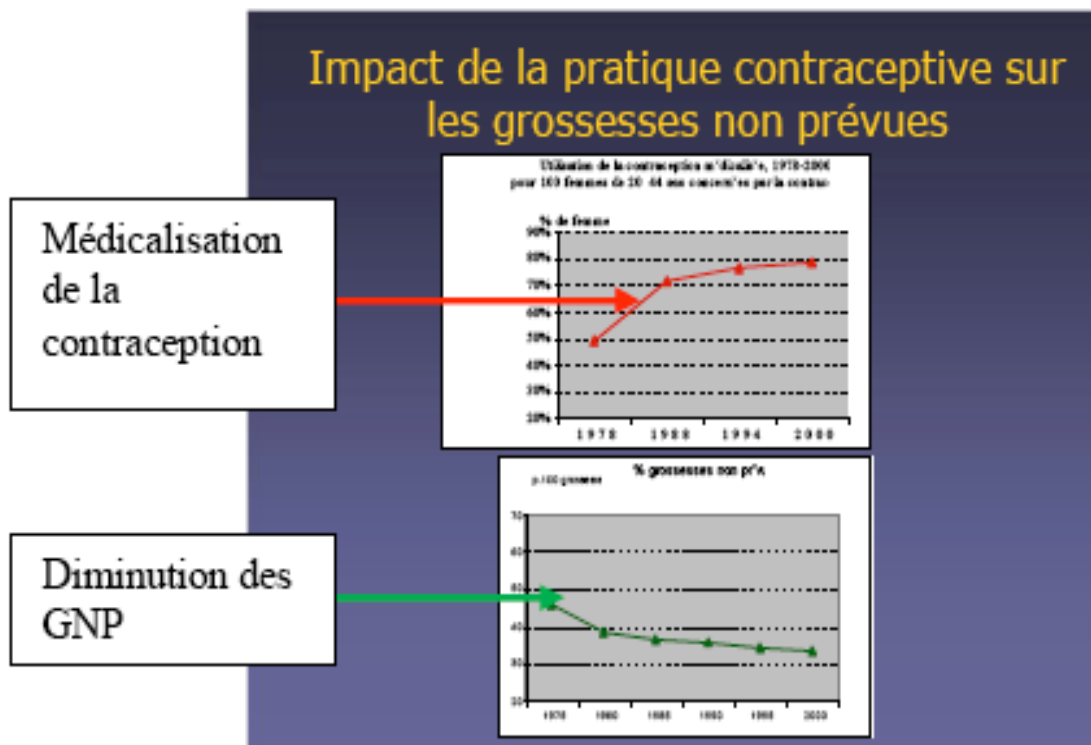
²² Stanley K.Henshaw, Sushelaa Singh, Taylor Haas, « tendances récentes des taux d'avortement dans le monde », *Perspectives Internationales sur le Planning familial*, n° spécial de 1999, pp26-30.

²³ Voir notamment N. Bajos, op coité

d'une baisse des grossesses non prévues liées à la diffusion de la contraception moderne et dans le même temps d'une augmentation du recours à l'IVG en cas d'échec.

On constate moins de grossesses accidentelles : la diffusion de la contraception médicale a effectivement réduit le nombre des conceptions imprévues et ce, dans des proportions significatives. Près d'une grossesse sur 2 était « non prévue » en 1975, contre seulement une sur 3 en 2000²⁴.

Graphique 3 : Impact de la pratique contraceptive sur les grossesses non prévues



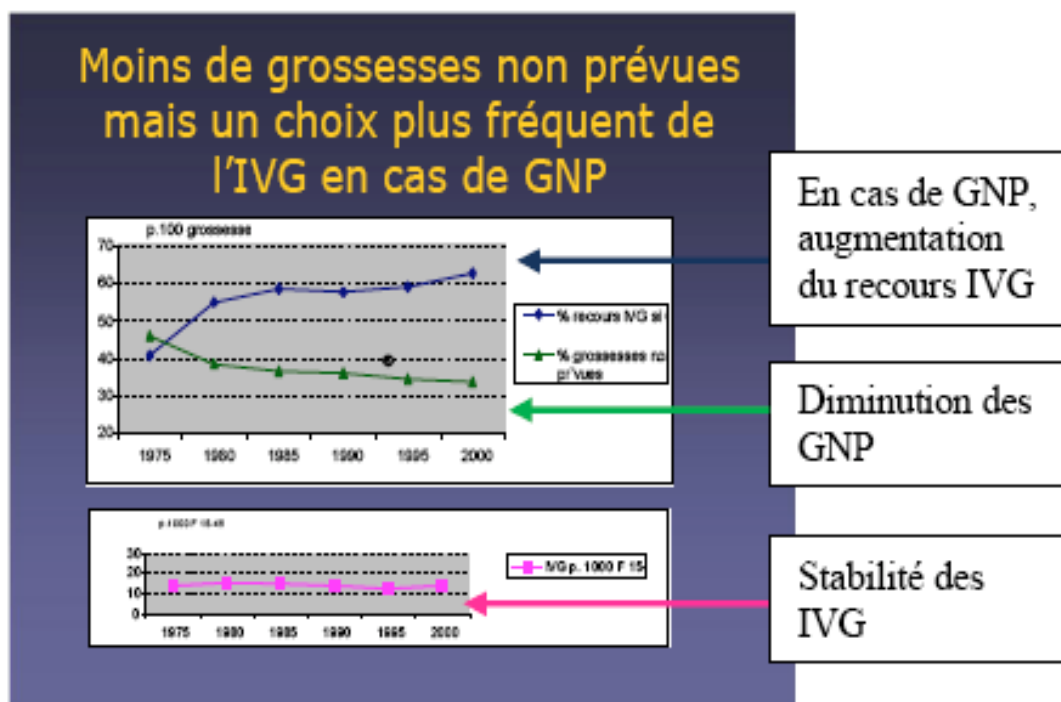
Source : Ined, Inserm, Drees

Mais la propension à les interrompre est plus marquée : en cas de grossesse imprévue, l'attitude des couples a évolué et la décision d'interrompre la grossesse est plus fréquente : environ 4 grossesses imprévues sur 10 se terminaient par une IVG en 1975, la proportion est montée à 6 sur 10 en 2000²⁵.

²⁴ La part des grossesses déclarées comme non prévues dans le total des grossesses atteignait 46 % en 1975, 37 % en 1985, 33% en 2000.

²⁵ Selon les chiffres de l'enquête COCON. Cf. N. Bajos, H. Leridon, N. Job-Spira « la contraception en France dans les années 2000 » Population 2004, 59 (3-4)

Graphique 4 : Les recours à l'IVG



Source : Ined, Inserm, Drees

1.2.2.2. Ces processus doivent être pris en compte par la politique de santé publique

Les études précitées font apparaître la pluralité et la variabilité des facteurs qui interviennent dans les comportements et les décisions susceptibles de mener à une interruption volontaire de grossesse.

Sous l'angle de la santé publique, quelques enseignements majeurs se dégagent.

Plus que jamais l'idée que la diffusion de la contraception dite « moderne » devrait permettre une maîtrise parfaite de la fécondité apparaît comme une illusion. Qui plus est, elle constitue une illusion dangereuse, car elle conduit à méconnaître d'autres facteurs essentiels qui échappent à la politique de santé publique et peuvent dans certains cas appeler d'autres politiques.

L'IVG est loin d'être un élément exceptionnel dans la vie des femmes. Sur la base des données actuelles on estime que près de 40% des femmes auront recours à l'IVG dans leur vie qui peut connaître des situations à risques²⁶. Elle constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive et doit être prise en charge en tant que telle.

L'IVG n'est pas non plus l'exclusivité d'une population « à risque » aux caractéristiques bien définies qui y aurait recours de façon répétée. Tous les professionnels rencontrés par la mission dans les services de gynécologie, d'obstétrique et d'orthogénie soulignent l'existence d'une seule et même population : les femmes demandeuses d'IVG à un moment donné seront ou ont été leurs parturientes à une autre phase de leur vie.

²⁶ N.BAJOS "sexualité, contraception, prévention et rapports de genre", in "La santé des femmes en France", DREES, coll Etudes et Statistiques, La Documentation française, 2009.

Des données qui précèdent il ressort également que le recours à l'IVG ou la pratique de la contraception ne sauraient être envisagés comme des actes isolés mais doivent être appréhendés comme des éléments d'un processus d'ensemble et comme des étapes d'un continuum qui conduit de la première information sur la sexualité à la pratique d'une activité sexuelle, accompagnée ou non d'une couverture contraceptive adaptée, et à une éventuelle demande d'IVG au cas où survient une grossesse non désirée.

Ces questions concernent la majorité de la population française. Comme le souligne la Direction générale de la santé²⁷ (DGS), *« l'ensemble de la population en âge de procréer, à un moment ou à un autre de sa vie, est potentiellement concerné par la planification des naissances : si on retient la tranche d'âge 15-50 ans, c'est 53% de la population féminine et 55,9 % de la population masculine, soit globalement 30 millions de personnes qui sont en France concernées par l'utilisation d'une contraception au cours de leur vie (données INSEE 2004) »*.

Elles interviennent tout au long de la vie. Dans cette perspective, si la préoccupation première des professionnels de santé est légitimement relative aux jeunes filles, elle ne doit pas conduire à négliger la question de la contraception à d'autres étapes de leur vie de femmes, dont certains sont particulièrement cruciales comme le post partum, ou après une interruption de grossesse.

La politique de santé publique n'est pas dépourvue de leviers d'action.

S'il apparaît de prime abord difficile de faire diminuer la proportion de grossesses non prévues alors que le taux de couverture contraceptive des femmes françaises est déjà très élevé, des marges de manœuvre apparaissent cependant lorsqu'on analyse plus en détail la situation contraceptive des femmes ayant recours à l'IVG qui fait apparaître des carences concernant la couverture contraceptive de certaines populations ou certaines situations.

Selon une enquête²⁸ conduite par la Mutuelle des étudiants (LMDE) en 2005 et en 2008, en fonction du niveau social et culturel de la famille de l'étudiante, ou son origine géographique (outremer) le niveau de couverture contraceptive varie sensiblement : les étudiantes boursières ont moins recours à la contraception (l'écart est de 7,3 points) et 16% des étudiantes dont la mère n'a pas été scolarisée utilisent un contraceptif contre 65 % de celles dont la mère a un niveau supérieur au bac.

Il y aura toujours des échecs dans le parcours contraceptif, mais des voies d'action existent dans le cadre de la politique de santé publique : la reconnaissance de la sexualité des femmes, et des jeunes sans culpabilisation, une sensibilisation des jeunes hommes²⁹, un accès moins onéreux et plus facile à la contraception, une contraception obéissant à une logique moins exclusivement médicale, plus diversifiée et personnalisée en fonction des besoins et modes de vie des utilisateurs, une formation plus opérationnelle des prescripteurs.

1.2.3. Mais qui dépassent le cadre de la santé publique et doivent être envisagés plus largement comme des questions de société

Les variables mises en jeu par la santé sexuelle et reproductive dépassent le champ pourtant déjà vaste des politiques de santé publique. Elles sont très liées à l'évolution de la société, aux rapports entre les familles et les jeunes, entre les garçons et les filles, entre les hommes et les

²⁷ Direction générale de la santé, « stratégie d'actions en matière de contraception », janvier 2007

²⁸ LMDE et Observatoire expertise et prévention sur la santé des étudiants (EPSE), enquête réalisée en 2005 à partir d'un questionnaire auto-administré sur un échantillon de 50 000 étudiants consultés avec un taux de retour de près de 20 %, et en 2008 par téléphone auprès d'un échantillon de 2000 étudiants par l'institut BVA avec un taux de refus de 27 %.

²⁹ Le thème retenu pour la campagne INPES de l'automne 2009 « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? » entend répondre à cette préoccupation.

femmes. Les éléments de contexte affectif, psychologique, matériel et social y tiennent évidemment une place majeure.

Stabilité de la relation affective, conditions de vie, trajectoire scolaire ou professionnelle, situation économique,... « *la décision d'avorter résulte d'une appréciation par les femmes (et les hommes) de leur capacité d'engagement dans une parentalité, où le contexte relationnel et matériel soit favorable, face aux aléas des parcours de vie* »³⁰.

Certains de ces facteurs échappent pour une très large part à l'action collective. Il y aura toujours des situations d'incertitude ou de rupture affective qui remettent en cause une grossesse éventuellement souhaitée à un moment donné ; de même les professionnels soulignent les situations d'ambivalence psychologique dans laquelle peuvent se trouver certaines femmes par rapport à la maternité et la distance qui peut exister entre le désir d'être enceinte et celui de mettre au monde un enfant. Ces situations sont par essence individuelles même si elles peuvent justifier des mesures publiques notamment en termes d'accès à un soutien psychologique. C'est pourquoi les actions d'éducation à la sexualité, à la prévention de la violence, au respect de soi et du corps sont si importantes et ce dès le plus jeune âge. L'éducation à la sexualité, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse sont tout autant des questions de société, qui concernent un ensemble de professionnels de santé, et pas seulement les médecins, mais aussi les divers professionnels intervenant dans le cadre scolaire éducatif ou autre, (enseignants, éducateurs ...).

D'autres facteurs relèvent de logiques économiques ou sociales que les politiques publiques ne sauraient ignorer. Chaque année en France, il y a environ 4500 naissances chez les jeunes femmes de moins de 18 ans (11 000 en 1980). Le taux de naissances chez les mineures reste néanmoins très inférieur en France métropolitaine à celui qui est constaté au Royaume Uni (4 fois plus élevé), ou aux Etats-Unis (10 fois plus élevé), mais aussi outremer.

Il est clair que la grossesse précoce correspond pour certaines jeunes filles à la recherche d'une identité et d'un statut économique et social qui leur sont par ailleurs refusés. De nombreux travaux ont mis en évidence, notamment au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis, mais aussi outremer, la corrélation entre le pourcentage d'IVG et de grossesses précoces et la précarité des conditions de vie ainsi que les appartenances culturelles d'une population donnée.³¹

La non-reconnaissance de la sexualité juvénile est reconnue comme un facteur de risque supplémentaire dans la mesure où la dissimulation d'une vie sexuelle clandestine ne favorise évidemment pas la pratique contraceptive ni, de façon plus générale, les comportements de prévention³². Absence de couverture contraceptive, 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...les entretiens avec les intervenantes des centres de planification fourmillent d'exemples concrets qui expliquent bien des défauts ou échecs de contraception. Le déni de la sexualité juvénile se rencontre dans des contextes culturels ou religieux divers qui ne se limitent pas aux seules populations issues de l'immigration et de religion musulmane. Dans les milieux caractérisés par une forte domination masculine la pratique de la contraception peut également poser problème pour des femmes plus âgées et en couple, qui ne peuvent y accéder qu'à l'insu de leur conjoint.

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

³¹ Arline T Geronimus, « teenage childbearing as cultural prism », British medical bulletin, 2004, et P. Faucher, S. Dappe, P.Madelenat « maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économique et psychologique à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », in Gynécologie, obstétrique et fertilité, 30, 2002.

³² Bajos N., C.Moreau, H. Léridon, M. Ferrand, décembre 2004, *op cit*.

2. LA PRISE EN CHARGE DES IVG : DES PROGRES REELS MAIS INCOMPLETS ET FRAGILES

Une des conclusions principale des travaux de recherche et d'analyse précités est que l'IVG constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive : ce n'est pas un évènement exceptionnel dans la vie des femmes puisque 40% d'entre elles seront conduites à interrompre une grossesse à un moment ou l'autre de leur vie ; ce n'est pas non plus l'apanage d'une population « à risque » qui y aurait recours de façon répétée puisque des femmes de tous âges et de tous milieux ont recours à l'IVG ; enfin, ce n'est pas un phénomène résiduel destiné à disparaître par la mise en œuvre de mesures adéquates. Si une partie des IVG liée à des échecs de contraception pourrait sans doute être évitée, bien d'autres facteurs entrent en jeu dans le processus conduisant à une IVG qu'aucune politique publique ne pourrait prétendre totalement maîtriser.

La prise en charge des IVG doit donc être organisée comme un élément à part entière de l'offre de soins. Les femmes qui désirent interrompre une grossesse non désirée ont le droit d'être prises en charge : la mise en œuvre du droit à l'IVG correspond à une obligation de service public. Elles ont également le droit d'être prises en charge dans de bonnes conditions matérielles, physiques, psychiques et morales.

De ce point de vue les évolutions législatives et réglementaires intervenues au cours des dix dernières années ont permis de réaliser de réels progrès mais ceux-ci demeurent incomplets et menacés : la place de l'IVG dans le système de soin n'est pas encore normalisée et son assise en tant qu'activité médicale demeure fragile.

2.1. *Des progrès réels : l'accès à l'IVG s'identifie moins à un parcours d'obstacles systématique*

L'examen des conditions actuelles d'accès et de prise en charge de l'IVG en France fait apparaître d'indéniables progrès par rapport au constat qui avait conduit à la loi de 2001.

Ces avancées résultent d'une part des modifications législatives qui ont contribué en supprimant certains obstacles à élargir les possibilités d'accès et à fluidifier le parcours menant à l'intervention, d'autre part de la mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de terrain pour mieux organiser la prise en charge et l'intégration de l'IVG dans le dispositif de soins.

Ainsi

2.1.1. **L'accès des mineures a été facilité par l'assouplissement du régime d'autorisation parentale.**

Le rapport précité du Pr. Uzan voyait en 1998 dans l'autorisation parentale « *un des points de la loi Veil qui rencontre le plus de difficultés et sans doute le plus de distorsion* ». Avec la loi de 2001 l'autorisation parentale demeure la règle mais il peut y être dérogé pour les adolescentes en situation de détresse, d'isolement ou en difficulté de dialogue avec leur famille. La jeune fille doit alors se faire accompagner par une personne majeure de son choix et l'intégralité des dépenses relatives à l'acte est prise en charge par l'assurance maladie.

La plupart des professionnels rencontrés s'accordent à dire que cette modification de la loi a apporté une réponse à des situations très difficiles.

On constate depuis 2002 une progression significative du nombre des IVG chez les mineures dont le taux de recours à l'IVG est passé de 8,9 à 11,5 pour mille. Mais le système d'information disponible ne permet pas de mesurer, parmi les quelques 14 000 mineures qui interrompent annuellement une grossesse, la part de celles qui font usage de ces dispositions en l'absence d'autorisation parentale. On peut espérer que l'enquête de 2007 en cours d'exploitation apportera à cet égard des informations qui font actuellement défaut.

La mission a pu constater que les établissements étaient dans l'ensemble attentifs à l'accueil et à la prise en charge des mineures. Ce qui n'exclut pas la persistance de dysfonctionnements dans l'application de la procédure prévue par la loi de 2001. Ont pu être constatés notamment :

- des enfreintes à la règle de gratuité, les jeunes filles ou les personnes accompagnantes étant parfois l'objet de pressions pour assumer financièrement le coût de l'intervention ;
- des difficultés à assurer tout au long du processus le respect de la confidentialité et de l'anonymat ;
- le refus de certains anesthésistes d'intervenir sur des mineures en l'absence d'autorisation parentale. Les garanties prévues par la loi et la position très claire de la société française de réanimation ne semblent pas avoir totalement levé les craintes de voir leur responsabilité engagée en cas d'accident ;
- des difficultés particulières pour la pratique de l'IVG médicamenteuse, qui conduit certaines équipes à l'exclure pour les jeunes filles sans consentement parental, la durée du processus ne facilitant pas son accomplissement dans la confidentialité et supposant des conditions d'accompagnement plus propices. Se pose également en ce cas la question de la conduite à tenir lorsque la jeune fille ne se présente pas à la visite de contrôle ;
- enfin le respect de la confidentialité vis-à-vis des parents pose des problèmes non résolus en cas de complications, heureusement peu fréquentes, nécessitant d'hospitaliser les jeunes filles pour la nuit.

2.1.2. L'accès s'inscrit dans des délais élargis en droit et globalement mieux maîtrisés

Une autre mesure phare, et des plus discutées, de la loi du 4 juillet 2001 résidait dans l'allongement du délai légal de recours à l'IVG porté de 10 à 12 semaines de grossesses soit 12 à 14 semaines d'aménorrhée³³. Cette mesure, alignant la législation française sur celle de la plupart des pays européens, devait selon l'exposé des motifs de la loi permettre de « *réduire de près de 80% le nombre de femmes contraintes de partir à l'étranger parce qu'elles sont hors délai* » ce nombre était à l'époque évalué à 5 000 par an.

Il n'est pas possible d'apprécier si les prévisions de ce point de vue ont été atteintes, le nombre des femmes qui continuent de se rendre à l'étranger n'étant plus connu. En effet le mouvement français du planning familial (MFPF), qui à l'époque constituait le principal interlocuteur des femmes placées dans cette situation, ne connaît plus qu'une faible partie des demandes, l'Internet permettant de prendre directement contact avec les cliniques des pays voisins.

Il apparaît en revanche que les craintes qui s'étaient manifestées de voir l'allongement du délai conduire les femmes à retarder leur décision ne se sont pas réalisées : le nombre des IVG pratiquées à 13 ou 14 semaines d'aménorrhées reste très limité puisqu'il ne représente que 3% du total des IVG déclarées dans les établissements de santé. Ce pourcentage connaît des variations importantes, de 0 (Corse) à 15% (Aquitaine)³⁴.

Car ces IVG « tardives » ne sont pas prises en charge partout. Si 9 établissements hospitaliers sur 10 déclarent être en mesure d'y procéder (selon les résultats de l'enquête de 2007 de la DREES), l'enquête de terrain montre que cette prise en charge, qui suppose de la part des équipes médicales une implication particulière et une formation adaptée, connaît de réels aléas. Les réticences des praticiens peuvent se manifester selon les cas par :

- le refus de prendre en charge les IVG au-delà de 12 semaines ;

³³ Le texte de loi est exprimé en semaines de grossesse mais les praticiens considèrent généralement la durée d'aménorrhée. C'est cette seconde terminologie, plus courante, qui est reprise dans la suite du rapport.

³⁴ Selon les derniers chiffres fournis par la statistique annuelle des établissements de santé SAE (2006)

- le refus de pratiquer la technique instrumentale au-delà de 12 semaines, comme en Alsace où dans la plupart des établissements les IVG de 12 à 14 semaines sont réalisées par voie médicamenteuse ;
- le retrait total de l'activité d'IVG, quel que soit l'âge gestationnel, pour certains praticiens qui s'étaient jusqu'alors résignés à pratiquer cet acte.

Les conséquences sont gérées de manière diverse selon les établissements de santé et les équipes médicales :

- recours quasi exclusif à la méthode médicamenteuse,
- réorientation de la femme vers un autre établissement hospitalier, parfois situé dans une autre région.

Outre les graves inconvénients qui résultent pour les femmes de telles réorientations à un stade proche de l'échéance légale, elles ont un effet pervers sur l'équilibre général du dispositif puisque le désistement de certaines structures risque à terme de concentrer la charge des interventions les plus difficiles sur les mêmes établissements. A cet égard, on ne peut que regretter, que les recommandations du groupe national d'appui³⁵ : « *mise en place au niveau régional de formations et de méthodes de compagnonnage par des équipes plus rôdées* », n'aient pas été mises en œuvre.

Il reste que la faible part des IVG tardives reflète un fait positif : globalement les délais sont mieux maîtrisés.

Les recommandations de la HAS fixent à 5 jours le délai maximum entre la demande d'IVG et la réalisation de l'intervention. Le rapport d'information de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale fait état d'une réduction du délai moyen de prise en charge : de 9 jours en 2003, celui-ci était évalué à environ une semaine en 2006. Selon l'enquête DREES de 2007, près d'un établissement sur 2 déclare un délai moyen entre le premier contact téléphonique et la réalisation de l'IVG est inférieur à 8 jours. Dans le cadre de cette même enquête 36% des femmes ayant interrompu leur grossesse font état d'un délai inférieur à 8 jours. Ces statistiques relativement encourageantes confirment le constat effectué par la mission sur le terrain selon lequel la tension sur les délais s'est allégée et n'est plus considérée comme une préoccupation majeure, à l'exception notable des régions Ile de France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, où certains établissements connaissent encore des goulots d'étranglement préoccupants.

En effet, les moyennes recouvrent une dispersion importante et le délai de prise en charge reste supérieur à 15 jours dans un établissement sur vingt, généralement ceux qui ont la plus forte activité d'IVG.

En revanche une nouvelle tension se manifeste sur la gestion du délai permettant de pratiquer les IVG médicamenteuses : selon la HAS, cette méthode constitue la technique de choix de 50 à 63 jours d'aménorrhée (8^e et 9^e semaines) mais n'est pas recommandée au delà³⁶. Afin d'être en mesure d'offrir cette possibilité aux femmes qui le souhaitent les équipes doivent s'attacher à gérer de manière spécifique leurs rendez-vous, d'où l'importance de disposer de secrétariats formés et dédiés.

³⁵ Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 04/07/01 relative à l'interruption volontaire de grossesse, sous la présidence d'E. Jeandet-Mengual. Rapport 2002 145 Dec. 2002.

³⁶ ANAES-Service des recommandations professionnelles « *prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines* » Mars 2001

2.1.3. Les voies d'accès se sont diversifiées avec le développement de l'IVG médicamenteuse en ville

En quinze ans, la méthode médicamenteuse a connu un développement très important puisqu'elle représente aujourd'hui 43% des IVG réalisées en France, avec il est vrai, de très fortes variations d'une région à l'autre (de 30% en Aquitaine à 80% en Alsace) et d'un établissement hospitalier à l'autre (de 0 à 94%).

La loi a ouvert de nouvelles voies d'accès en autorisant les interruptions par voie médicamenteuse en ville, à partir des cabinets libéraux (en 2001) et à partir des centres de santé et de PMI (en 2008).

D'après les derniers chiffres communiqués par la DREES, le nombre d'IVG pratiquées en ville s'élèverait à presque 20 000 en 2007, soit environ 9 % du total des IVG.

Les médecins ayant signé convention avec un établissement hospitalier, condition requise par la réglementation pour pratiquer l'IVG en ville, sont en majorité des gynécologues et exercent majoritairement dans 3 régions : Ile de France (331 conventions soit 30% du total), PACA (120 conventions) et Haute Normandie (100 conventions)³⁷. Mais tous les praticiens conventionnés n'effectuent pas des IVG (11% n'en déclarent aucune) et pour les trois quart d'entre eux la pratique moyenne est de 5 IVG par mois³⁸.

L'IVG en ville reste donc à ce stade une pratique encore marginale. Ce qui peut en partie s'expliquer par le retard pris pour publier les textes d'application de la loi : de fait l'IVG en cabinet libéral n'est possible que depuis 2004 et le décret nécessaire à sa mise en œuvre dans les centres de santé et de PMI date du 6 mai 2009. Par ailleurs les professionnels manifestent une appétence relativement limitée pour cette activité qui ne semble pas leur poser de difficulté d'un point de vue médical mais dont l'organisation administrative est considérée comme lourde et qui leur apparaît peu rémunératrice. Ceux qui la pratiquent évoquent essentiellement le souci de rendre service à leurs patientes ou à des femmes confrontées à des difficultés d'accès en établissement hospitalier. De ce fait il n'est pas étonnant que le développement de l'IVG en ville soit concentré dans les zones de forte demande se traduisant par des délais importants dans les services hospitaliers et où elle constitue un appoint significatif à l'offre de soins. Par ailleurs nul doute qu'une initiative telle que la constitution en Ile de France du réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO), par les échanges et le soutien qu'elle apporte aux professionnels, contribue à leur mobilisation et leur engagement dans cette activité.

2.2. Des avancées partielles : la place de l'IVG dans le système de soins n'est pas encore normalisée

Composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive, l'IVG devrait donc être prise en charge comme telle, et faire partie à part entière de l'offre de soins. Pourtant le processus de normalisation est loin d'être achevé concernant cette intervention qui n'est pas considérée en tant qu'activité médicale tout à fait comme les autres et continue d'occuper une place à part de multiples points de vue.

2.2.1. Une activité encore mal connue et parfois caricaturée

L'IVG fait l'objet d'un dispositif de suivi spécifique. La loi de 1975 a institué un système de déclaration obligatoire selon lequel chaque médecin pratiquant une IVG doit remplir un bulletin statistique. Ces bulletins fournissent en principe une information exhaustive non seulement sur le nombre d'actes pratiqués mais aussi sur les caractéristiques de la patiente, sur le lieu et la date de

³⁷ Chiffres DHOS au 31/12/2008

³⁸ Chiffres fournis par la DREES sur la base de l'enquête réalisée en 2007.

l'intervention, et sur les techniques médicales employées. Mais la sous-déclaration notoire des actes ne permet pas de les utiliser pour estimer le nombre d'interruptions de grossesses. Par ailleurs la lourdeur du dispositif de recueil et d'exploitation se traduit par des délais importants de mise à disposition des résultats.

Deux autres sources d'information régulières se sont ajoutées au cours des années 1990, qui fournissent également des données sur l'IVG : la statistique annuelle d'établissement (SAE) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Les statistiques publiées régulièrement par la DREES combinent ces différentes sources entre lesquelles existent des écarts importants.

Par delà ces statistiques annuelles, des enquêtes périodiques doivent permettre de mieux connaître le parcours des femmes ayant recours à l'IVG, et d'analyser leur situation personnelle et sociale. La première d'entre elles, réalisée en 2007, a porté sur un échantillon représentatif de 11 400 femmes ayant eu recours à une IVG. Ses résultats sont en cours d'exploitation et seront prochainement disponibles.

Les différents travaux d'enquête et d'étude sur l'IVG ont permis de mettre en évidence des phénomènes importants, comme :

- la part élevée des échecs de contraception parmi les facteurs conduisant à l'IVG ;
- l'existence de situations « à risque » plutôt que de populations « à risque ».

Mais la mission a pu constater la persistance de zones d'ombre sur des questions pourtant particulièrement significatives au regard des politiques de santé publique. Ainsi on manque de données quantitatives et qualitatives concernant :

- les mineures procédant à une IVG sans le consentement de leurs parents ;
- les IVG récurrentes ;
- le « vécu » de l'IVG par les femmes, notamment en fonction de la méthode utilisée ;
- le déroulement de l'IVG en ville ;
- la comparabilité internationale.

Les lacunes existant dans le système d'information mais plus encore la faible diffusion et la faible appropriation des résultats dans le public font que l'IVG demeure un domaine où les données objectives s'effacent souvent devant les impressions, lesquelles reflètent souvent les positionnements voire des a priori. Ainsi certains font-ils état d'une augmentation des avortements de « confort »³⁹, alors que selon d'autres « les femmes ont de plus en plus de mal à obtenir des IVG dans le système hospitalier »⁴⁰.

Cette situation reflète, au-delà de l'imperfection des statistiques qui n'est pas propre à l'IVG, la spécificité d'un sujet qui reste « pas tout à fait comme les autres » : peu de questions de santé publique mettent autant en jeu des points de vue personnels éthiques, religieux, philosophiques, moraux et politiques. D'où l'importance, dans ce domaine plus encore qu'ailleurs, de disposer de données fiables et objectives permettant de fonder sur des bases indiscutables une politique de santé.

2.2.2. Des patientes pas tout à fait comme les autres ?

La femme qui demande une IVG ne présente pas le profil type de la « patiente » : en général indemne de toute pathologie, c'est elle qui est de fait la prescriptrice de l'intervention et non le praticien, qui en assure la mise en oeuvre. Selon les recommandations de la HAS, « dans

³⁹ « Les gynécologues-obstétriciens constatent une augmentation du nombre d'avortements de confort », Le Figaro, 25 février 2009

⁴⁰ « Le planning familial reste essentiel », J MOSSUZ-LAVAU, Actualités sociales hebdomadaires -6 février 2009

tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale » pour la réalisation de l'intervention. L'expérience montre en effet qu'une méthode qui a été choisie par la patiente sera mieux supportée par elle.

Dans la réalité les femmes n'ont pas véritablement le choix de la méthode.

Dans son rapport remis au Gouvernement en 1999 sur « l'IVG en France »⁴¹, le Pr. Nisand indiquait : « *il semble que le choix de la technique utilisée soit déterminé par la pratique des centres d'IVG, avec peu de possibilités de choix pour les femmes* ». Dix ans après la situation ne semble pas s'être fondamentalement modifiée, alors même que l'éventail des méthodes théoriquement utilisables s'est accru avec l'IVG médicamenteuse.

De fait, toutes les équipes hospitalières rencontrées par la mission ont insisté sur l'importance de laisser aux femmes le choix de la méthode utilisée et sont convaincues de le respecter dans la mesure où il apparaît médicalement possible. On pourrait donc s'attendre à ce que le profil de répartition entre les différentes techniques soit, toutes choses égales par ailleurs, sensiblement le même d'un établissement à l'autre, d'une région à une autre. La réalité est bien différente puisque le taux d'utilisation des diverses méthodes dans les IVG pratiquées peut varier du tout au tout d'un établissement hospitalier à l'autre (cf 2.1.3). A l'évidence des variations d'une telle ampleur ne sauraient s'expliquer par le choix des femmes. Elles tiennent beaucoup plus aux installations et aux choix organisationnels effectués dans les établissements ainsi qu'à la formation et à l'orientation des équipes pratiquant les IVG.

Ainsi note-t-on à l'AP-HP que « *l'anesthésie locale s'est beaucoup développée dans les centres qui avaient peu accès aux plateaux techniques avec anesthésie ; à l'inverse, l'anesthésie générale est majoritaire dans les services de gynécologie obstétrique, compte tenu notamment des besoins de formation des jeunes médecins* »⁴².

Toutes les structures hospitalières n'offrent pas l'éventail complet des techniques disponibles pour réaliser les IVG. Ainsi à l'AP-HP seuls six centres sur vingt pratiquent toutes les techniques (centres de Bichat, Lariboisière, Saint-Louis, Saint Vincent de Paul, Bicêtre, A. Béclère).

Le vécu de l'IVG par les femmes et notamment la douleur sont mal connus et insuffisamment pris en compte.

On constate la relative faiblesse des données disponibles sur ces sujets. Le vécu et la satisfaction des femmes sont peu questionnés, notamment leur appréciation des différentes méthodes utilisables, ce qui reflète sans doute à la fois une faible valorisation du sujet et les difficultés spécifiques de son approche⁴³. Si certaines équipes ont éprouvé le besoin de mettre en place des questionnaires de satisfaction dans les établissements, l'idée d'inclure dans l'enquête nationale de 2007 une interrogation rétrospective des femmes ayant interrompu leur grossesse a dû être abandonnée compte tenu des réticences et des difficultés pratiques rencontrées.

La douleur physique dans l'IVG n'est que rarement considérée comme un objet d'étude. Ainsi, la HAS note-t-elle dans ses recommandations que « *l'efficacité des traitements antalgiques proposés dans l'IVG a été peu évaluée.* » De ce fait la prise en compte et le traitement de la douleur varient beaucoup selon le degré de sensibilisation des équipes à cette question.

⁴¹ *Op cit*

⁴² bilan d'activité 2007 des centres d'IVG de l'AP-HP de Paris

⁴³ Il apparaît, il est vrai plus difficile d'interroger des femmes ayant procédé à une IVG que des femmes ayant accouché, ce qui n'a pas permis jusqu'à présent de recueillir des données du type de celles procurées par l'enquête de satisfaction menée auprès des femmes sortant de maternité (Cf. M. Collet « *satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement* », DREES, Etudes et résultats, n° 600, septembre 2008)

La HAS constate également qu'« *il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG* ». De ce fait, l'accompagnement spécifique qui doit, selon ses recommandations, être proposé est défini de façon empirique par les équipes, en fonction de leur orientations propres et des moyens dont elles disposent. Par ailleurs la dimension psychologique n'est pas nécessairement prise en compte à sa juste mesure, notamment dans la discussion sur le choix entre technique instrumentale et technique médicamenteuse. Cette dernière se caractérise notamment par la visualisation plus ou moins précise par la femme elle-même des structures embryo-fœtales, généralement considérée par les soignants comme potentiellement traumatisante. A noter que les aspects psychologique pour les soignants eux-mêmes de la pratique de l'IVG ne sont pas non plus un sujet très exploré ni de ce fait pris en compte, en dehors de la possibilité de retrait pur et simple à travers la clause de conscience.

Le flou qui règne sur l'ensemble de ces questions contraste avec le constat que l'on peut faire, par ailleurs, que l'IVG est une activité très encadrée du point de vue juridique et médical.

2.2.3. une activité faiblement valorisée

Au plan financier

Bien que les dépenses afférentes à l'IVG soient intégrées au budget de l'assurance maladie depuis 2003, l'IVG n'est pas couverte, comme les autres activités médicales, par le système de tarification à l'activité (TAA). Elle continue de relever d'un régime spécifique, fondé sur un prix forfaitaire fixé par arrêté ministériel. Cette réalité est mal connue et mal comprise sur le terrain, où la plupart des acteurs croient devoir imputer à la TAA la sous-tarification de l'IVG.

Contrairement aux activités relevant de la TAA dont le coût est automatiquement revu sur une base annuelle, toute modification des tarifs de l'IVG suppose une initiative politique ad hoc pour réviser l'arrêté précédent. La volonté de la Ministre de la santé d'améliorer la couverture financière de l'IVG s'est manifestée dans la période récente par des revalorisations substantielles : le tarif de l'IVG a ainsi été augmenté de 20% en 2008 et une nouvelle hausse est intervenue en 2009 (arrêté du 4 août 2009).

Car l'IVG demeure pour les établissements hospitaliers une activité déficitaire. A partir des études de coût que la mission a recueilli, on peut estimer que le taux de couverture des dépenses par les recettes pour l'IVG chirurgicale était, avant la dernière revalorisation, de l'ordre de 50% en moyenne. Malgré les récentes hausses du forfait, la sous-tarification de cette activité demeure manifeste si on la compare à celle en vigueur pour les fausses couches spontanées dont la prise en charge médicale est comparable : l'arrêté du 4 août 2009, qui vient de relever les tarifs, fixe pour l'IVG chirurgicale des montants allant de 306,14 euros à 441,82 euros pour les établissements de santé publics⁴⁴ et de 332,58 à 391,15 pour les établissements privés, alors que la fausse couche spontanée est tarifée entre 442 et 976 euros, (le forfait pour l'IVG médicamenteuse étant fixé à 257 euro).

La mission a demandé à l'ATIH quels seraient les tarifs de l'IVG chirurgicale s'ils relevaient de la tarification de droit commun (TAA) et étaient calculés selon la même méthode que pour les fausses couches spontanées : l'exercice, basé sur un GHM provisoire, aboutit pour l'IVG chirurgicale à un tarif allant de 569 à 633 euros⁴⁵.

Au plan professionnel

Tous les médecins généralistes ou gynécologues, même s'ils n'interviennent pas directement dans l'activité d'IVG, seront confrontés au cours de leur pratique à cette question et

⁴⁴ Pour une hospitalisation allant jusqu'à 24 heures

⁴⁵ Pour plus de détails, cf. le rapport thématique relatif à la prise en charge des IVG

devront au moins être en capacité d'accueillir et d'orienter leurs patientes demandeuses d'une intervention.

Pourtant l'organisation des études médicales réserve une place limitée à la question de l'IVG, laquelle est essentiellement abordée sous l'angle de la pathologie et des complications, que la majorité des praticiens rencontreront très rarement, alors qu'ils n'auront pas été préparés à l'accueil, l'écoute et la prise en charge des femmes demandeuses d'IVG, à l'explication des différentes méthodes, et que très peu d'entre eux auront eu l'occasion de se former à la pratique des actes eux-mêmes.

De ce fait les futurs médecins sont peu incités à s'impliquer dans cette activité qu'ils ne connaissent guère et qui est peu valorisée, ce qui pose de réels problèmes pour la relève de la génération « militante » de médecins qui assuraient jusqu'à présent la pratique de l'IVG au quotidien et qui atteignent l'âge du départ à la retraite⁴⁶.

L'orthogénie apparaît globalement comme un investissement professionnel peu porteur en termes de carrière, d'image et de rémunération. Soumis à des conditions d'exercice souvent médiocres, non prioritaires pour l'attribution de moyens, peu considérés par leurs pairs, défavorisés en termes de rémunération par l'absence de gardes, les médecins qui pratiquent l'IVG ont moins d'occasions de se faire valoir et de progresser dans la carrière et risquent d'être cantonnés dans une activité dont leurs collègues tendent à se décharger. Ce qui explique que l'IVG soit souvent réalisée dans les établissements par des médecins qui n'ont pas le statut de praticien hospitalier. Selon l'enquête DREES de 2007, la moitié des interventions dans le secteur hospitalier public sont pratiquées par des médecins attachés, internes, assistants des hôpitaux ou praticiens nommés à titre temporaire.

Les mêmes problèmes de formation, d'image et d'attractivité se posent au niveau des sages femmes qui de fait se voient souvent déléguer par les médecins un rôle majeur dans la mise en œuvre de l'IVG médicamenteuse, lequel n'est toutefois pas reconnu comme tel. L'expérimentation initialement prévue par la loi HPST⁴⁷ d'un schéma dans lequel les sages-femmes seraient autorisées à pratiquer des IVG médicamenteuses correspond à une situation de fait constatée dans nombre d'établissements pratiquant l'IVG médicamenteuse et aurait été un premier pas vers la reconnaissance légale des responsabilités effectivement exercées dans ce domaine.

Enfin, le statut et la rémunération des conseiller(e)s conjugaux/gales, dont l'IGAS a dans un précédent rapport⁴⁸ souligné le manque d'attractivité est un autre indicateur de la faible considération accordée à l'orthogénie, dont cette profession constitue un maillon indispensable.

Au plan de l'organisation hospitalière.

La loi de 2001 et les textes qui ont suivi se sont efforcés d'intégrer les centres pratiquant l'IVG dans le droit commun hospitalier et de les sortir de la marginalisation que connaissaient nombre d'entre eux, en les transformant en unités fonctionnelles rattachées à un pôle hospitalier. Aujourd'hui encore on constate des organisations très variables et les professionnels sont eux-mêmes divisés. Certains sont attachés à l'autonomie, qu'ils jugent plus protectrice, craignant que l'orthogénie, noyée dans les autres activités hospitalières, ne perde sa spécificité culturelle, et fasse les frais des redéploiements de moyens et des restrictions budgétaires mais ils souhaitent en revanche être partie prenante dans les instances de décision de l'hôpital. D'autres jugent préférable d'être ancrés à une structure plus large, généralement pôle mère-enfant ou gynécologie-obstétrique,

⁴⁶ Cette préoccupation est soulignée dans le rapport précité de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale.

⁴⁷ La disposition concernée a été annulée par le Conseil constitutionnel pour des motifs tenant non à la nature de l'expérimentation elle-même mais à l'absence d'échéance fixée pour sa mise en œuvre (cf 1.1.2 ci-dessus)

⁴⁸ C. Gal, D. Vilchien, L. Salzberg « Le statut des conseillères conjugales et familiales » IGAS, La Documentation française, octobre 2006

à condition d'être identifiés sous forme d'une unité fonctionnelle dotée de personnels et crédits dédiés.

Dans tous les cas, en l'absence d'implication forte de responsables ayant la capacité d'influence nécessaire pour faire prévaloir l'importance de cette mission de service public, l'orthogénie tend à se voir reléguer à un moindre niveau de priorité que d'autres activités jugées plus porteuses et/ou plus valorisantes pour l'établissement. Ce qui se répercute sur les attributions de moyens en locaux et en personnel et donc sur les conditions d'accueil des patientes, qui varient très significativement d'un établissement à l'autre.

La signalisation est une autre manifestation concrète de l'attitude manifestée à l'égard d'une fonction qui est rarement considérée parmi les plus nobles de l'hôpital, lorsqu'elle n'est pas honteusement cachée : généralement clairement affichée dans les établissements où elle est considérée comme une activité médicale parmi d'autres, l'orthogénie, et particulièrement l'activité d'IVG, est parfois totalement absente, ou camouflée sous des appellations diverses.

Au total l'IVG apparaît comme une activité très dépendante des équations personnelles et locales ce qui rend son assise fragile voire menacée.

2.3. Des progrès fragiles : l'assise de l'IVG en tant qu'activité médicale demeure mal assurée

Si le droit à l'IVG semble aujourd'hui peu susceptible d'être remis en cause en tant que tel, sa mise en œuvre dans de bonnes conditions ne va pas de soi et divers facteurs doivent inciter à la vigilance. A défaut il existe un risque réel d'assister à une dégradation progressive de la prise en charge de l'IVG par indifférence.

2.3.1. Des ressources humaines difficiles à mobiliser

Les ressources humaines constituent des éléments essentiels dans le coût de l'IVG, activité fortement consommatrice en temps et en personnel mais qui ne demande pas des moyens techniques et matériels importants. Cette structure de coût constitue en elle-même un facteur de fragilité dans le contexte hospitalier actuel.

Par ailleurs les caractéristiques de cette activité, qui répond à la demande de femmes en situation de détresse et remet en cause le positionnement habituel des soignants, supposent de leur part une motivation particulière ainsi qu'une formation adaptée.

Jusqu'à présent la pratique de l'IVG reposait pour une large part sur une génération « militante » de médecins, qui après s'être battus pour le droit à l'avortement s'étaient engagés dans la mise en œuvre de la loi de 1975. Leur prochain départ en retraite pose le problème de la relève par de jeunes médecins qui n'ont pas connu la période des avortements clandestins et ne sont par ailleurs guère incités à s'engager dans cette activité peu valorisée et peu valorisante. Comme la mission a pu le constater dans plusieurs établissements, les responsables actuels se préoccupent de cette situation et nombre d'entre eux mènent une action volontariste de tutorat et de mise en responsabilité des internes qu'ils accueillent pour les former à l'activité d'IVG.

Toutefois les perspectives défavorables d'évolution de la démographie médicale rendent encore plus difficile la reconstitution d'un vivier de médecins susceptibles d'assurer la mise en œuvre de l'IVG. La possibilité de confier les IVG médicamenteuses à d'autres professionnels, notamment les sages-femmes pourrait contribuer à améliorer la situation de ce point de vue.

S'ajoute à cette question de la relève celle des effets de la clause de conscience. En effet la loi reconnaît à tout médecin et plus largement à tout soignant le droit de refuser de procéder ou de participer à une interruption volontaire de grossesse (article 2212-8 du Code de la santé publique).

Mais dans un établissement public hospitalier le chef de service ou de département ne peut s'opposer à ce que des IVG soient effectuées dans son service, et il est tenu d'assurer l'organisation de cette activité, même s'il conserve, en application des dispositions précitées, le droit de ne pas la pratiquer lui-même.

Il est difficile de cerner la pratique de la clause de conscience et son évolution. La mission a pu voir des chefs de service préoccupés par le refus de certains médecins récemment embauchés de pratiquer des IVG, position qui n'était pas connue au moment de leur intégration dans le service et qui mettait en péril la poursuite de cette activité dans le service. Même s'ils envisagent de s'en enquérir à l'avenir avant de procéder à des recrutements, aucune démarche de ce type ne serait opposable à un praticien ou un soignant qui déciderait ultérieurement de se prévaloir de la clause de conscience.

2.3.2. Une offre de soins de plus en plus concentrée

Le nombre des établissements hospitaliers qui pratiquent des IVG a significativement diminué au cours des dernières années : ils n'étaient plus que 639 en 2006 contre 729 en 2000.

Cette évolution résulte essentiellement de l'abandon de cette activité par des « petits » établissements (moins de 250 IVG dans l'année) alors que le nombre de ceux pratiquant plus de 1 000 IVG dans l'année a au contraire augmenté et qu'ils assurent une part croissante de l'activité totale.

Tableau 5 : Etablissements réalisant plus de 1000 IVG/an

Année	Nbre étabts	Part de l'activité totale d'IVG
2000	34	23%
2006	43	28%

Source : SAE

La réduction du nombre d'établissements impliqués dans l'IVG traduit également un désengagement du secteur privé à but lucratif, lié en grande partie à l'absence de rentabilité de cet acte. Cette évolution est particulièrement manifeste en région parisienne où les cliniques privées prenaient une part importante à cette activité et où leur retrait engendre de réels problèmes d'accès.

Au total le secteur public assume aujourd'hui les trois quart de l'activité d'IVG (contre 60% en 1990).

Ce mouvement général de concentration ne présente pas que des inconvénients : un « gros » établissement peut au moins en théorie offrir des équipes plus étoffées et une organisation plus efficiente et certaines femmes apprécient l'anonymat qu'il procure. Il reste que s'agissant d'une activité médicale dont les aspects humains l'emportent sur le contenu technique et dont les complications sont très rares, le maintien d'une offre de proximité apparaît pertinent. On peut noter que d'autres pays, comme la Belgique, ont fait un choix radicalement différent en autorisant ces activités dans des petites structures offrant un environnement familial et médical, et y pratiquent essentiellement des IVG chirurgicales avec aspiration sous anesthésie locale⁴⁹.

⁴⁹ On trouvera en annexe du rapport thématique sur la prise en charge de l'IVG une présentation de l'expérience de Belgique francophone, qui se fonde sur les observations effectuées sur place par la mission.

2.3.3. Une tendance à la restriction des modes de prise en charge

La diminution du nombre d'établissements pratiquant l'IVG constitue indiscutablement une restriction dans les possibilités de choix de femmes. Des menaces pèsent également sur le choix du mode de prise en charge – technique utilisée et type d'anesthésie dont on a vu plus haut l'importance pour le bon déroulement de l'intervention.

Celles-ci tiennent pour une large part à la forte dynamique de développement de la méthode médicamenteuse dont tout concourt à l'extension : une image a priori attractive auprès des femmes, une tarification relativement plus avantageuse pour les établissements, de moindres contraintes pour l'organisation hospitalière (pas de bloc opératoire) et la possibilité pour les médecins d'en déléguer très largement la réalisation à d'autres catégories de personnels (sages-femmes, voire infirmières..).

La méthode médicamenteuse constitue une avancée indubitable dans la mesure où elle ouvre une alternative nouvelle et permet d'élargir le choix des femmes entre des façons très différentes de vivre leur interruption de grossesse. Mais la perspective devient toute autre si, au lieu de s'ajouter aux méthodes existantes, elle tend à s'y substituer.

On peut assez facilement imaginer un scénario qui aboutirait, par prolongation des tendances actuelles, à une quasi-hégémonie de la méthode médicamenteuse, avec éventuellement recours à titre marginal à la méthode chirurgicale sous anesthésie générale.

Ce scénario que l'on observe déjà dans certains départements et établissements où plus de 80% des interruptions de grossesse sont réalisées par voie médicamenteuse, n'apparaît pas souhaitable pour 2 raisons essentielles :

- L'IVG médicamenteuse n'est pas nécessairement adaptée à tous les cas ni à toutes les femmes, c'est pourquoi il est essentiel de préserver une offre de soins diversifiée.
- L'expérience des équipes qui se sont lancées dans cette voie montre que la pratique de l'IVG médicamenteuse dans de bonnes conditions suppose la mise en place d'un accompagnement important. L'utiliser comme une solution de facilité et en attendre des économies substantielles constituerait une approche aussi illusoire pour les gestionnaires que dangereuse pour les femmes.

3. LA CONTRACEPTION : UNE COUVERTURE ETENDUE MAIS DONT L'EFFICACITE RESTE A AMELIORER

Tant la contraception que la contraception d'urgence ont connu en France un développement important, sans que les résultats en termes de prévention de grossesses non désirées soient à la hauteur de ce qu'on pourrait en attendre.

En effet le modèle français de contraception, qui privilégie les méthodes médicales théoriquement très efficaces, où la pilule tient une place prédominante, connaît pourtant des taux d'échecs préoccupants.

Ces échecs mènent souvent à des interruptions de grossesse, malgré un accès facile et de plus en plus répandu à la contraception d'urgence qui ne joue pas pleinement son rôle de rattrapage.

3.1. *Un modèle contraceptif qui connaît des taux d'échec importants*

3.1.1. **La France se caractérise par un modèle de contraception fortement médicalisé où la pilule tient une place prédominante**

La couverture contraceptive atteint en France un niveau très élevé : moins de 5% des femmes déclarent ne pas utiliser de contraception alors qu'elles ont une activité sexuelle et ne souhaitent pas être enceintes⁵⁰.

Cette couverture contraceptive est constituée à 80% par des méthodes délivrées sur prescription médicale, avec une prédominance très nette de la contraception hormonale orale (pilule) laquelle représente près de 60% de la couverture contraceptive, situation sans équivalent à l'étranger⁵¹.

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

L'accès à la contraception se fait donc essentiellement par l'intermédiaire d'un médecin, le plus souvent gynécologue, cette profession assurant plus de 60% des prescriptions contre 39 % pour les médecins généralistes⁵².

3.1.2. **L'efficacité réelle de ce modèle n'est pas à la hauteur de son efficacité théorique**

L'ensemble de ces données dessine un paysage contraceptif d'un très haut niveau d'efficacité théorique. Pourtant le modèle français connaît des taux d'échec préoccupants :

- 1 grossesse sur 3 n'est pas prévue ; dans 60% des cas, elle sera volontairement interrompue.
- 72% des femmes qui recourent à l'IVG étaient sous contraception ; dans 42% des cas cette contraception reposait sur une méthode médicale théoriquement très efficace (pilule ou stérilet)⁵³.

Tableau 6 : Situation contraceptive lors de la survenance d'une grossesse non prévue

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

Source : Enquête COCON

⁵⁰ 3,2% selon les données fournies par le Baromètre Santé 2005 de l'INPES.

⁵¹ Selon le Baromètre Santé 2005 de l'INPES

⁵² Données issues de « l'étude permanente de la prescription médicale » (EPPM) 1999

⁵³ Equipe COCON « contraception : from accessibility to efficiency », Human Reproduction, Vol. 18, n°5, 2003

L'ampleur des échecs de contraception, y compris pour une méthode théoriquement aussi efficace que la pilule, reflète les difficultés que rencontrent les femmes dans la gestion de leur pratique contraceptive au quotidien :

- problèmes d'observance : les oublis de pilule, notamment, constituent un phénomène fréquent ; selon une étude action lancée sur 3 départements⁵⁴, 92% des utilisatrices de contraception orale avaient oublié de prendre leur pilule entre 1 et 5 fois dans les 6 mois précédents l'enquête,
- mauvaise utilisation de la méthode : erreur dans le cycle de prise de la contraception orale, manque de pratique dans l'usage du préservatif, font également partie des circonstances relevées par les professionnels qui peuvent conduire à une IVG,
- arrêts ou changements de méthode : l'étude des trajectoires contraceptives des femmes ayant eu recours à une IVG montre que la moitié d'entre elles avaient changé de contraception dans les 6 mois précédant⁵⁵. Par ailleurs de nombreuses circonstances peuvent conduire à interrompre la couverture contraceptive : effets secondaires ressentis ou redoutés, lassitude, difficultés financières, ordonnance périmée, rupture amoureuse, ...en s'exposant à un risque de grossesse non désirée.

3.2. Une inadéquation des méthodes et pratiques à laquelle les politiques publiques s'efforcent de remédier

Quelle que soit son efficacité théorique, l'efficacité pratique d'une méthode de contraception dépend de sa bonne utilisation et de son observance, lesquelles sont étroitement liées au niveau d'adhésion des utilisateurs/trices à la méthode, ainsi qu'à l'adaptation de celle-ci à leurs besoins et mode de vie.

3.2.1. Une certaine inadéquation des méthodes et pratiques

Mise en évidence par les chercheurs, fortement ressentie par les praticiens confrontés aux demandes d'IVG, la relative inadéquation des méthodes et des pratiques de contraception s'explique par divers facteurs :

- Une diversification des modes de vie et des attentes par rapport à la contraception

Plus longs, plus complexes, les parcours affectifs et sexuels ont évolué ; la majorité des femmes et des hommes connaîtront plusieurs partenaires sexuels au cours de leur vie, avec des périodes en couple, des ruptures, des périodes de célibat ou d'incertitude affective⁵⁶. La norme contraceptive au contraire demeure relativement uniforme, largement fondée sur la prise quotidienne d'une contraception orale, inspirée par le schéma d'une sexualité prévisible et régulière dans le cadre d'une relation de couple stable. Symbole de libération dans les années soixante, la prise quotidienne de pilule tend à être perçue comme une contrainte par une génération de femmes qui l'ont toujours connue. Cette contrainte est évidemment plus mal supportée lorsqu'elle n'est pas en adéquation avec le mode de vie : lorsque les relations sexuelles sont épisodiques, irrégulières, ou difficiles à prévoir, mais aussi pour les femmes dont l'activité se traduit par des horaires décalés ou des rythmes irréguliers de sommeil, susceptibles de perturber l'observance.

⁵⁴ « prévention des grossesses non désirées dans 3 départements, Rhône , Seine St Denis, Somme », FNORS, juin 2004

⁵⁵ Moreau C., Bouyer J., Bajos N., Rodríguez G., Trussell J. *Frequency of discontinuation of contraceptive use: Results from a French population based cohort*, Hum Reprod. 2009 Feb 27.

⁵⁶ BAJOS Nathalie et BOZON Michel, (sous la direction de) «Enquête sur la sexualité en France », INSERM- INED- ANRS, La Découverte, 2008

- Une participation et une information insuffisante des utilisatrices/teurs

Les études réalisées sur le sujet montrent que plus les femmes sont impliquées dans le choix de leur méthode de contraception, plus elles en sont satisfaites et moins elles connaissent d'échecs⁵⁷. Mais la prescription contraceptive procède trop rarement d'un véritable choix en partenariat entre le médecin et la patiente ou le couple. Le schéma le plus fréquent privilégie l'approche technique du prescripteur ; elle aboutit à une ordonnance de pilule dès lors qu'aucune contre-indication médicale n'a été constatée. Ce schéma, fondé sur un concept d'efficacité théorique, méconnaît le vécu de la contraception qui se traduit notamment par la fréquence des oublis de pilule. De plus, quelle que soit la méthode, son efficacité pratique dépend de la bonne information et formation des utilisatrices/teurs sur ses mécanismes de fonctionnement, sur les aléas qui exposent à un risque de grossesse et sur la conduite à tenir dans ces circonstances. L'attitude des femmes en cas d'oubli de pilule⁵⁸ renforce les interrogations que l'on peut avoir sur les conditions de prescription : il apparaît que trop peu de prescripteurs ont ou prennent le temps de délivrer les explications et conseils nécessaires et moins encore de vérifier qu'ils ont été compris et assimilés.

- Des conditions de prescription à améliorer

Il n'est pas question d'imputer aux professions médicales la responsabilité des échecs de contraception qui procèdent d'enchaînements complexes mettant en jeu de nombreux facteurs. Mais il importe de les mettre en situation d'exercer dans de meilleures conditions le rôle crucial qui leur est imparti dans la prévention des grossesses non désirées, à travers trois orientations principales :

- Un effort de formation initiale et continue

La maîtrise de la fécondité est une question qui concerne potentiellement à un moment ou l'autre de la vie l'ensemble de la population, mais elle prend peu de place dans la formation des futurs médecins généralistes qui y seront pourtant fréquemment confrontés dans leur pratique. L'étroitesse du socle de formation initiale sur ces questions, l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation se traduisent par la persistance chez certains praticiens d'idées reçues : comme on l'a vu, nombre de médecins excluent purement et simplement la pose d'un DIU chez une nullipare; par ailleurs on continue de voir des IVG suite à un arrêt de pilule recommandé par le médecin pour la « mise au repos » des ovaires.

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

La formation et la culture médicales ne prédisposent pas à ce type de situation où le soignant, confronté à une patiente ou un couple en bonne santé, se trouve placé en marge de sa position traditionnelle de guérison ou de prévention d'un état pathologique et conduit, pour répondre à sa demande, à entrer dans un champ qui relève de la plus grande intimité. La prescription contraceptive suppose d'entrer dans un autre schéma, fondé sur le partenariat entre le soignant et ses interlocuteurs, tel que développé par l'OMS dans le cadre du modèle dit « BERCER » axé sur le « *counseling* ».

- L'organisation et le traitement de la consultation contraceptive

Si la prévention des grossesses non désirées passe par la mise en place d'une contraception, on voit que la portée réelle de cette prévention dépend pour une large part de l'attention portée aux besoins des utilisatrices/teurs, de la qualité du contact noué, du temps passé à déterminer les éléments d'un choix éclairé, du soin pris pour

⁵⁷ BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H., BOUYER J., et al. *Les inégalités sociales d'accès à la contraception. Population* 2004, 59.

⁵⁸ S. Champollion, R. Ourabah , « *que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ?* » *Exercer*, 2008, 80

expliquer le mode de fonctionnement et d'utilisation, à informer sur les accidents de parcours éventuels et les mesures à prendre en ce cas.

Les conditions actuelles d'exercice médical et le système de tarification forfaitaire à l'acte se prêtent mal à ce type de consultation longue à fort contenu relationnel, dont la spécificité mériterait d'être reconnue et encouragée (comme l'est par exemple la consultation pour un enfant à bas âge, qui fait l'objet d'une majoration).

3.2.2. que les politiques de santé publique s'efforcent de prendre en compte

La prise de conscience que les difficultés persistant pour la maîtrise de la fécondité tiennent moins à un problème d'accès à la contraception qu'à une *inadéquation* entre les méthodes contraceptives prescrites et les conditions de vie au quotidien, ainsi qu'à une insuffisance d'explication sur les modalités de celles-ci, a conduit les responsables et acteurs de la santé publique à accentuer les efforts dans cette direction, notamment à travers.

– Les recommandations pour la pratique clinique en matière de contraception

A la demande de la Direction générale de la Santé, des recommandations de pratique clinique en matière de contraception ont été mises au point par la Haute Autorité de santé (HAS), conjointement avec l'AFSSAPS et l'INPES. Rendues publiques en décembre 2004⁵⁹ sous l'intitulé « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », ces recommandations largement diffusées reposent sur l'idée centrale que pour être bien acceptée et bien suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa vie affective et sexuelle et de sa réalité quotidienne.

– Une stratégie d'actions en matière de contraception

Prenant appui sur ces recommandations la Direction générale de la santé a élaboré une stratégie d'actions en matière de contraception, qui repose sur quatre axes essentiels : améliorer l'information du public ainsi que des professionnels, agir sur les pratiques professionnelles, tout particulièrement des médecins (généralistes, gynécologues, pédiatres), des sages femmes, mais aussi des pharmaciens et infirmières scolaires, améliorer l'accès à la contraception, notamment pour les mineur(e)s dans les centres de planification ou d'éducation familiale, développer les connaissances en matière d'utilisation des moyens contraceptifs.

Les chercheurs et experts ont été largement associés à la conception de la dernière campagne menée par l'INPES sur la contraception (2007-2009)⁶⁰ qui tient compte des conclusions de leurs travaux. Le premier des thèmes retenus pour cette campagne, « *la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* », traduit en termes de communication médiatique un des axes majeurs des recommandations précitées de la HAS pour la pratique clinique. Un site dédié aux questions de contraception a par ailleurs été mis en place⁶¹ qui vise plus particulièrement les jeunes et jeunes adultes.

– Des actions pour sensibiliser et former les professionnels de santé

Un exemple d'initiative développée en collaboration entre les professionnels et les institutions en charge de la santé publique est fourni par le programme mis en place depuis 2006 par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) avec l'appui de la

⁵⁹ Il est disponible sur le site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme

⁶⁰ Le comité de pilotage de l' INPES incluait notamment Nathalie Bajos, auteure de nombreux travaux sur la sexualité cités dans le présent rapport.

⁶¹ <http://www.choisirsacontraception.fr/>.

Direction générale de la santé (DGS). Destiné aux médecins généralistes enseignants, qui constituent un public susceptible de relayer la formation reçue et d'en démultiplier les effets, il a pour but « d'améliorer l'information, la prescription et le suivi de la contraception »⁶². Les évaluations dont ce programme fait l'objet ont mis en évidence un niveau élevé de satisfaction des participants ainsi qu'un développement significatif de leurs connaissances au sortir de la formation.

3.3. Tous les problèmes d'accès à la contraception ne sont pas résolus

Le haut niveau de couverture contraceptive en France suffirait à démentir l'idée d'un problème global d'accessibilité mais des difficultés demeurent néanmoins, notamment pour certains types de contraception ou dans certaines situations personnelles. Par ailleurs la nécessité d'une prescription médicale pour la plupart des contraceptifs est contestée par ceux qui y voient une contrainte non justifiée freinant l'accès à la contraception.

3.3.1. Le coût de certains produits contraceptifs

A la suite des recommandations adoptées par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale⁶³ un amendement d'origine parlementaire a été apporté à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 selon lequel « *le Gouvernement évaluera l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et étudiera les moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs dans l'objectif de mieux adapter les modes de contraception utilisés aux besoins de chacun. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement* ».

On trouvera dans le rapport thématique sur la contraception une analyse plus détaillée de cette question dont seules les grandes lignes sont reprises ci-dessous.

Les conditions financières d'accès à la contraception sont très variables selon les produits et les méthodes. Un calcul effectué sur la base des prix de vente moyens et des modalités de remboursement par l'assurance maladie montre que le montant restant à la charge de l'utilisatrice peut varier dans des proportions de 1 à 100 : d'environ 2 euros par an (pour un stérilet au cuivre) à quelques 200 euros par an (timbre contraceptif, anneau vaginal, préservatif féminin).

⁶² RENARD V., AUBIN I., BACLE F., BOTTET A., ATTALI C. « Un partenariat original pour former les médecins généralistes » Le Concours médical, 128, 25/26, p.1057-58, Cf aussi Le Quotidien du médecin, 25/09/2008, « la prescription des méthodes contraceptives, ça s'enseigne »,

⁶³ « Suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception », Rapport d'information déposé par Mme Bérengère Poletti, députée, au nom de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, octobre 2008

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

	Prix approximatif	Périodicité de prise ou pose	Prise en charge par l'assurance maladie (remboursement à 65%)	Reste à charge annuel pour l'utilisatrice (après remboursement assurance maladie et avant remboursement éventuel mutuelle)
Pilules de 2e génération	Environ 30 euros/an pour les plus prescrites	Journalière	OUI	Env 10 euros/an (7 euros pour les génériques)
Dispositif intra-utérin au cuivre	27 euros	5 à 10 ans	OUI	Env 2 euros/an (calcul sur une durée moyenne de 5ans)
Dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel	130 euros	5 ans	OUI	Env 9 euros/an (calcul sur une durée de 5 ans)
Implant progestatif	124 euros	3 ans	OUI	Env 14 euros/an
Pilules de 3e génération	Prix libre, variable Env 110 euros/an (70 euros pour les génériques)	Journalière	NON, Sauf une ⁶⁴	70 à 110 euros/an
Anneau vaginal	170 euros/an	Mensuelle	NON	170 euros/an
Timbre contraceptif (patch)	175 euros/an	Hebdomadaire	NON	175 euros/an
Préservatif masculin	0,23 à 0,77 euros l'unité	A chaque rapport	NON	Variable. 54 euros sur la base de 9 rapports par mois ⁶⁵ et d'un coût moyen de 0,5 euros
Préservatif féminin	2,14 euros l'unité	A chaque rapport	NON	Variable 231 euros sur la base de 9 rapports par mois ⁴⁴

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

Cette non neutralité du régime de prise en charge financière de la contraception contribue à orienter la demande et la prescription contraceptive vers certains types de produits plutôt que d'autres. Elle apparaît donc en contradiction potentielle avec l'objectif d'une meilleure adéquation de la couverture contraceptive aux besoins personnels des utilisateurs pour une meilleure observance et une plus grande efficacité. En effet, si les critères médicaux sont bien pris en compte dans le choix du mode de contraception, pour le reste ce sont souvent les critères économiques qui tendent à prévaloir sur d'autres considérations.

Elle se traduit également par des inégalités sociales marquées dans l'accès à certains types de contraceptifs.

⁶⁴ Un arrêté ministériel publié au JO du 11 septembre 2009 inscrit pour la première fois sur la liste des médicaments remboursables un contraceptif de troisième génération. Le prix est similaire aux pilules de première et deuxième génération (2,90 euros/mois) et remboursé comme elles à 65%

⁶⁵ La fréquence habituelle moyenne des rapports par mois avec le dernier partenaire est évaluée à 8,8 pour les femmes et 8,7 pour les hommes « Enquête sur la sexualité en France », sous la direction de N Bajos et M Bozon, INSERM- INED-ANRS, La Découverte, 2008.

Les « nouvelles pilules » dites de troisième génération.

Bien qu'assez largement diffusées (près de 30% des prescriptions de contraceptifs oraux) elles ne sont actuellement pas remboursées par l'Assurance Maladie. Jusqu'à une période récente, les laboratoires concernés se sont abstenus de présenter une demande de remboursement qui, en l'absence de reconnaissance de la supériorité du service médical rendu par rapport aux produits de deuxième génération, les aurait empêchés de fixer leurs prix à un niveau nettement supérieur.

L'objectif affirmé par la ministre de la Santé⁶⁶ de favoriser le remboursement des pilules de troisième génération et l'inscription d'un premier produit à l'automne 2009 pourraient modifier la donne.

L'élargissement de la gamme de pilules financièrement accessibles peut contribuer à l'objectif d'une meilleure adéquation aux besoins, pour les femmes auxquelles les pilules de deuxième génération ne conviennent pas. Il apparaît toutefois nécessaire d'accompagner ce mouvement en lançant une réflexion sur les pratiques de prescription et de déterminer les cas dans lesquels leur administration apparaît pertinente et justifiée. Ce tant pour des raisons médicales (les contraceptifs de troisième génération constituant des traitements de deuxième intention, selon l'avis de la Commission de la transparence du médicament) qu'économiques (le surcroît de dépenses entraîné pour l'Assurance maladie devant prouver son efficacité par rapport à d'autres emplois possibles, comme le remboursement d'autres contraceptifs ne nécessitant pas une observance quotidienne).

3.3.2. Le préalable de la consultation médicale

Le coût de la consultation médicale est beaucoup moins souvent incriminé que celui des contraceptifs alors que pour certains publics il freine l'accès à la contraception. D'autant que dans l'esprit de nombreuses utilisatrices, la prescription contraceptive suppose la consultation d'un gynécologue, ce qui peut se traduire, notamment dans les grandes villes, par des dépassements d'honoraires importants, la majorité d'entre eux exerçant en secteur 2⁶⁷. Le coût de la consultation gynécologique peut contribuer à expliquer la plus faible diffusion du stérilet dans les classes sociales moins favorisées⁶⁸, peu de médecins généralistes procédant à cette intervention.

Pour les jeunes qui, comme le souligne le Pr Nisand dans son rapport, ne disposent généralement pas des moyens nécessaires pour payer une consultation médicale, aussi modique soit-elle, le prix de la consultation médicale constitue un réel problème. De plus, pour ceux qui n'ont pas de couverture sociale autonome, le remboursement de la consultation entre en conflit avec la confidentialité souhaitée vis-à-vis des parents. D'où l'intérêt essentiel qui s'attache à leur garantir un accès aisé aux centres de planification (*cf. infra*).

Au-delà de ces aspects financiers, les jeunes sont souvent réticents à prendre rendez-vous avec un médecin inconnu-ou au contraire trop connu- dont ils craignent les questions indiscrettes. La crainte pour les jeunes filles d'avoir à subir un examen gynécologique constitue un autre frein, abordé dans les recommandations de la HAS pour la pratique clinique ; celles-ci soulignent que dans la plupart des cas l'examen gynécologique peut être reporté à une consultation ultérieure.

L'exigence d'une prescription médicale pour accéder notamment à une première contraception orale fait l'objet d'un débat tant parmi les professionnels qu'au niveau politique. Des mesures ont été votées dans le cadre de la loi HPST pour élargir les possibilités de délivrance

⁶⁶ Cf intervention de Mme Roselyne Bachelot sur la santé des femmes le 19 juin 2009

⁶⁷ Selon l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) 51% des gynécologues médicaux exerçaient en secteur 2 en 2001. (rapport 2005 tome 3)

⁶⁸ Même si les inégalités ont tendance à se réduire, les ouvrières restent de moindres utilisatrices du dispositif intra-utérin. Cf. N Bajos et al., 2004, *op cit*

(compétence étendue des sages-femmes, renouvellements d'ordonnance par les pharmaciens) sans à ce stade remettre en question le principe.

3.3.3. L'accès aux centres de planification et d'éducation familiale

Structures dont le fonctionnement relève, depuis les lois de décentralisation, de la responsabilité des Conseils généraux, les centres de planification permettent d'apporter une réponse immédiate, gratuite et confidentielle aux problèmes de contraception de certaines catégories : jeunes et personnes en difficulté sociale. Encore faut-il les connaître, s'y reconnaître et y avoir accès.

L'information sur les centres de planification – existence, prestations offertes, conditions d'accès - constitue un enjeu majeur en termes de prévention des grossesses non désirées. Les séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires et les autres structures fréquentées par les jeunes ou les personnes en difficulté sociale (CHRS, CADA, ...) sont un moyen de faire passer cette information, surtout lorsque les intervenants sont eux-mêmes issus d'un centre de planification. Faute de quoi, il faut souligner qu'il n'est pas évident pour un jeune de 15 ans de s'adresser à une « conseillère conjugale » dans un centre placé sous le signe de la « planification et de l'éducation familiale »... Par ailleurs ces centres sont loin d'être accessibles partout et à tout moment : la densité des implantations varie fortement selon les départements⁶⁹ et laisse à découvert nombre de territoires ruraux ; les modes de fonctionnement et horaires d'ouverture n'offrent pas toujours la souplesse requise pour satisfaire aux besoins d'une population contrainte par des horaires scolaires ou professionnels et qui tend à vivre sur le mode de l'immédiateté.

4. LA CONTRACEPTION D'URGENCE : UN IMPACT INSUFFISANT POUR COMPENSER LES ECHECS DE CONTRACEPTION

Oubli de pilule, rupture de préservatif, rapport imprévu non protégé... dans ces cas où la prévention primaire – à travers la prise d'une contraception régulière- a été mise en échec, la contraception dite d'urgence constitue une solution de rattrapage qui s'apparente à une forme de prévention secondaire, et permet d'éviter le recours éventuel à l'interruption volontaire de grossesse. L'accès à la contraception d'urgence fait partie des objectifs de la politique de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004 (Objectif n° 97).

Une première contraception d'urgence est constituée par la pose d'un dispositif intra utérin dans les 5 jours après la date estimée de l'ovulation. Cette méthode, très efficace mais peu connue et peu utilisée, présente pourtant l'avantage, une fois mise en place, de fournir une couverture contraceptive fiable pendant plusieurs années. Mais elle suppose une intervention médicale qui ne la rend pas nécessairement facilement accessible.

La forme la plus connue de la contraception d'urgence est la contraception d'urgence hormonale, plus connue sous le nom de « pilule du lendemain »⁷⁰. Son efficacité est relative et dépend de sa rapidité d'utilisation: elle est estimée à 95% dans les 24h suivant le rapport, à 85% entre 24 et 48 heures, à 58% entre 49 et 72 heures⁷¹. C'est cette forme de contraception d'urgence qui fait l'objet des paragraphes qui suivent⁷².

⁶⁹ on recensait en 2002 plus de 30 CPEF pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans en Seine St Denis contre 2,8 dans le Pas de Calais et 2,1 en Loire Atlantique

⁷⁰ Son principe actif est le levonorgestrel qui empêche la nidification de l'embryon dans la paroi utérine quand le rapport a été fécond. Actuellement 2 spécialités contenant du levonorgestrel dosé à 1,5 mg sont commercialisées : le Norlevo et depuis 2007, le Levonorgestrel-Biogaran

⁷¹ N. Matet « La contraception d'urgence, une méthode « de rattrapage », Vocation SageFemme n° 64 –juillet-août 2008

⁷² A noter que vient d'être mis sur le marché un nouveau produit qualifié de « pilule du surlendemain ». Délivré sur ordonnance et non remboursé il est utilisable jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel. Cette innovation est trop récente pour être traitée dans le cadre du présent rapport d'évaluation.

4.1. Une grande simplicité d'accès qui facilite sa diffusion

4.1.1. Le souci d'un accès facile, surtout pour les jeunes.

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

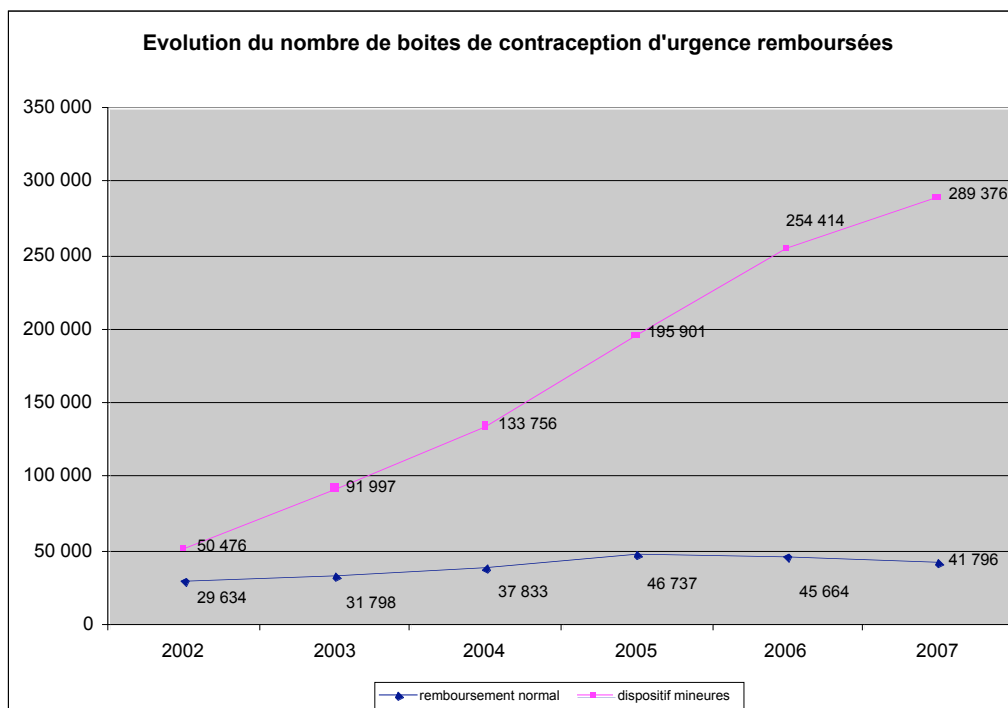
A la différence de la contraception hormonale régulière, la contraception hormonale d'urgence est accessible sans prescription médicale. La France est le premier pays à avoir autorisé sa délivrance en pharmacie sans ordonnance, dès 1999.

Le circuit mis en place vise tout particulièrement à favoriser le recours à la contraception d'urgence chez les plus jeunes : la « pilule du lendemain » est délivrée gratuitement et de façon anonyme aux mineures en pharmacie, sur simple déclaration de leur part. Elle peut également être obtenue gratuitement dans les centres de planification familiale et auprès des infirmières scolaires dans les établissements du second degré. Les femmes majeures peuvent se procurer librement la contraception d'urgence en pharmacie, mais une ordonnance est nécessaire pour obtenir sa prise en charge par l'assurance maladie.

De fait c'est bien le public jeune qui recourt le plus à la contraception d'urgence : un tiers des jeunes femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives déclaraient l'avoir utilisée au moins une fois contre 1 sur 7 dans l'ensemble des femmes de 15 à 54 ans⁷³.

La progression du nombre de boîtes remboursées par l'assurance maladie s'explique essentiellement par celle des boîtes délivrées gratuitement aux mineures en pharmacie qui constituent aujourd'hui 90% du total des remboursements.

Graphique 5 : Evolution des remboursements par l'Assurance maladie



Source : CNAMTS

⁷³ Chiffres 2004, INPES, Baromètre Santé

Mais les prises en charge par l'assurance maladie ne représentent qu'une part minoritaire de la consommation : selon les chiffres du fabricant, plus de 1,2 millions de boîtes ont été commercialisées en 2006, dont seulement 300 000 environ ont fait l'objet d'un remboursement, que ce soit par le dispositif d'accès gratuit pour les mineures ou selon la procédure habituelle de remboursement sur prescription médicale⁷⁴.

Il apparaît donc qu'une part importante des utilisatrices, y compris chez les mineures, recourt à l'achat direct en pharmacie sans demander de prise en charge financière, soit par choix délibéré -la demande de gratuité supposant un entretien redouté avec le pharmacien –soit par ignorance de leurs droits.

4.1.2. Un circuit démedicalisé qui fait appel à d'autres professionnels de santé

L'originalité du dispositif mis en place est de s'appuyer sur d'autres professionnels de santé en confiant un rôle central aux pharmaciens, complété par les infirmières scolaires.

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

Pour ce qui concerne la délivrance du produit, les 23 000 officines de pharmacie offrent une couverture géographique plus complète et plus dense qu'aucune autre structure sanitaire ou sociale, notamment en milieu rural. Elles fournissent un accès de proximité, sans rendez-vous, sur une grande amplitude horaire, particulièrement adapté à la délivrance d'un produit qui doit être pris rapidement pour être efficace.

Mais le rôle des pharmaciens va bien au-delà de la simple délivrance. Généralement seul interlocuteur d'une femme en situation de fragilité, suite à un échec ou un défaut de couverture contraceptive, le pharmacien est appelé à jouer un rôle particulièrement important d'information et de conseil dans une circonstance et sur un sujet particulièrement délicats. Ce rôle peut s'avérer décisif dans l'immédiat mais aussi à plus long terme pour la prévention d'une grossesse non désirée. Pour les jeunes mineures cette responsabilité du pharmacien est précisée et organisée par la réglementation. Selon les termes du décret du 9 janvier 2002⁷⁵ « *la délivrance par le pharmacien est précédée par un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical* ».

Conscients de l'enjeu, les organismes professionnels se sont mobilisés pour favoriser une bonne application dans les officines de la législation sur la contraception d'urgence. Divers outils d'information ont été élaborés en direction des pharmaciens et du public par le CESPARM, la CNAMTS et la DGS. L'accès à la contraception d'urgence dans les pharmacies a nettement progressé, les refus de principe sont devenus rares, et la majorité des professionnels tire un bilan positif de ce dispositif⁷⁶. Mais une majorité d'entre eux fait également état de difficultés dans sa mise en œuvre.

⁷⁴ S'y ajoutent quelque 10 000 boîtes délivrées gratuitement par les infirmières scolaires ainsi que celles obtenues dans les centres de planification dont le coût est pris en charge par les Conseils généraux. Mais on peut penser que cette dernière forme de délivrance demeure marginale, la couverture géographique et horaire des centres de planification ne se prêtant guère à une utilisation massive dans des conditions d'urgence.

⁷⁵ Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence.

⁷⁶ Comme le fait notamment apparaître l'enquête menée dans le cadre de la mission auprès des pharmacies d'officine en Alsace, présentée dans le rapport thématique sur la contraception.

De fait il apparaît que la délivrance aux mineures se fait rarement dans les conditions prescrites par la réglementation : les demandes de paiement sont relativement fréquentes et certains professionnels exigent une pièce d'identité. Mais c'est au niveau de l'accompagnement et de la démarche d'éducation sanitaire que les carences les plus importantes sont constatées. Confrontés à des jeunes femmes pressées et qui cherchent à se dérober, manquant eux même souvent de la disponibilité nécessaire en raison de l'afflux de clientèle, ayant du mal à ménager les conditions d'intimité nécessaires à l'entretien, nombre de pharmaciens reconnaissent éprouver des difficultés à s'acquitter des responsabilités qui leur ont été confiées en la matière. Celles-ci comportent notamment la remise obligatoire d'une brochure d'information, pour toute délivrance de la contraception d'urgence à une mineure. L'écart très important que l'on constate entre le nombre de brochures diffusées et celui des boîtes délivrées donne une idée du décalage entre la distribution du produit et son accompagnement.

Tableau 8 : Diffusion de la brochure d'information relative à la contraception d'urgence

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

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

L'intervention des infirmières scolaires se situe dans un cadre plus circonscrit, et conditionnel, la loi la prévoyant « dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée », « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification n'est pas immédiatement disponible ».

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

La délivrance par cette voie demeure limitée : de l'ordre de 10 000 boîtes en 2006-2007. On note en milieu scolaire une absence de progression de la demande depuis 2002 qui contraste avec l'évolution de la demande en pharmacie qui a été multipliée par 5 au cours de la même période.

Le taux de couverture de réponse par les infirmeries scolaires a significativement augmenté depuis 2002 puisque la contraception d'urgence y est délivrée directement dans 8 cas sur 10 (contre 5 à 6 cas sur 10 en 2002-2003). Il reste que 20% des élèves qui se sont adressées à l'infirmière, et dont le besoin d'une contraception d'urgence a été reconnu, sont réorientées vers l'extérieur de l'établissement scolaire, ce qui paraît en contradiction avec l'objectif de prévention et la situation d'urgence effective dans laquelle elles se trouvent. L'absence ou l'insuffisance du budget des infirmeries scolaires pour procéder à l'achat de la contraception d'urgence constitue une des difficultés les plus flagrantes. La lecture très rigoureuse qui est faite des conditions légales d'intervention et notamment de la notion d'urgence et de détresse semble en constituer une autre, ainsi que l'insuffisance de formation et d'information des personnels concernés. De façon générale l'infirmière scolaire apparaît plus comme un dernier recours que comme une voie supplémentaire d'accès ouverte aux jeunes filles dont la liberté de mouvement est limitée pendant les heures scolaires.

4.2. *Sans effet repérable sur les interruptions volontaires de grossesse*

4.2.1. **La montée en charge de la « pilule du lendemain » n'a pas eu d'impact notable sur l'IVG ni sur les pratiques contraceptives**

Des attentes déçues : les mesures prises pour faciliter l'accès à la contraception d'urgence étaient explicitement motivées par la volonté de voir diminuer le nombre des grossesses non désirées, notamment chez les jeunes filles, et donc de prévenir les avortements. Selon certaines études, la contraception d'urgence devait pouvoir prévenir la moitié des grossesses non prévues et des avortements chaque année⁷⁷.

Cet objectif est pour le moment resté lettre morte : si le recours à la « pilule du lendemain » a augmenté de 72% entre 2000 et 2005, le nombre d'IVG pratiquées est demeuré stable. On constate même une tendance à l'augmentation de leur nombre chez les jeunes, qui sont pourtant les premières utilisatrices de la contraception d'urgence.

Des craintes non vérifiées: les craintes de voir la contraception d'urgence s'ériger en méthode de substitution plutôt que de rattrapage, en dissuadant les utilisatrices de recourir à la contraception régulière ne se sont pas non plus réalisées. La couverture contraceptive a au contraire continué de s'élargir et le recours à la contraception médicale s'est développé chez les 18 et 19 ans ainsi que chez les 35-44 ans entre 1999 et 2004⁷⁸. L'usage de la contraception d'urgence semble répondre dans la majorité des cas à celui pour lequel elle a été conçue : celui d'une méthode de rattrapage des échecs ou erreurs de contraception. Les données du Baromètre santé 2005 de l'INPES montrent que plus de 2 femmes sur 3 ayant eu recours à la contraception d'urgence ne l'ont utilisée qu'une seule fois. Si des cas d'utilisations répétées sont signalés sur le terrain, notamment par les pharmaciens, qui s'en inquiètent, il semble qu'ils soient circonscrits à une frange marginale de la population, dont rien ne permet d'ailleurs d'affirmer qu'elle aurait sinon recours à une forme de contraception régulière.

4.2.2. **Le recours à la contraception d'urgence en cas de rapport mal ou non protégé est loin d'être systématique**

Bien qu'ayant fortement progressé, le niveau d'utilisation de la contraception d'urgence est sans commune mesure avec l'importance des expositions à un risque de grossesse non désirée, dans un ordre de grandeur de 1 à 20⁷⁹.

Le recours à la contraception d'urgence suppose en effet de réunir plusieurs conditions :

- La femme doit être consciente du risque de grossesse encouru.

Ce qui suppose une connaissance des facteurs de risque, dont certains sont souvent ignorés par manque d'information. Interrogées sur les raisons pour lesquelles elles n'ont pas utilisé la contraception d'urgence, une large majorité (61%) des femmes demandeuses d'IVG déclarent qu'elles ne pensaient pas qu'il y avait un risque⁸⁰. Même lorsque le risque est perçu, son appréciation comporte dans les faits une large part de subjectivité et se fonde trop souvent sur un pari approximatif quant à la période supposée « dangereuse » : nombre

⁷⁷ TRUSSEL et al, 1992

⁷⁸ Moreau C et Bajos N. « Impact de la démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France », Le Concours médical tome 128 – 25/26 du 05-09-2006.

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

⁷⁹ Un chiffre, dont le détail figure en annexe, du nombre des oublis de pilule et des accidents de préservatif permet d'estimer à environ 24 millions le nombre annuel des rapports « à risques » -chiffre plancher auquel il faudrait ajouter le nombre de rapports non protégés et les risques engendrés par l'utilisation d'autres méthodes comme les méthodes naturelles, difficiles à évaluer. Ces 24 millions doivent être rapprochés du 1,2 million de boîtes vendues en 2006

⁸⁰ Goulard H. et al. *Contraceptives failures and determinants of emergency contraception use*. Contraception. 2006 sep ; 74 (3)

de jeunes continuent par exemple de se fier à l'indication de leurs manuels scolaires selon lesquels l'ovulation intervient au quatorzième jour du cycle.

- Elle doit être au courant des possibilités de rattrapage par la contraception d'urgence et de ses conditions de délivrance.

Le Baromètre santé 2005, faisait apparaître à cet égard un niveau de connaissance hétérogène et relativement imprécis : si la quasi-totalité des personnes interrogées avaient déjà « entendu parler » de la contraception d'urgence, le délai maximal d'efficacité reconnue (72 heures) n'était correctement cité que par une sur 10. Le fait qu'une ordonnance ne soit pas obligatoire était d'abord connu des jeunes (9 sur 10), moins des plus âgés (3 sur 4)

- Elle doit enfin être en mesure de se la procurer dans de très brefs délais

De ce point de vue il n'est pas difficile d'imaginer les difficultés pratiques auxquelles peut se heurter une jeune fille habitant dans une commune rurale qui a besoin de se procurer une contraception d'urgence un dimanche, sans que ses parents en soient informés... Disposer du produit à l'avance « pour le cas où » peut être une façon de se prémunir contre ce genre de problèmes.

5. L'INFORMATION ET L'EDUCATION A LA SEXUALITE : UN DEFI A RELEVER

L'information sur la contraception, comme l'éducation à la sexualité constituent un enjeu majeur pour les jeunes qui débutent leur vie sexuelle. La prévention des grossesses non désirées, notamment pour les plus jeunes suppose de développer partout et de manière renouvelée les actions d'information sur la contraception, d'engager les priorités sur l'éducation à la sexualité, tout en sachant que ces actions n'ont pas un effet mécanique sur la maîtrise de la fécondité.

Déjà difficiles à mettre en œuvre dans les établissements scolaires, pour lesquels la loi prévoit une obligation de faire, ces politiques d'information et d'éducation à la sexualité sont encore plus délicates à organiser en dehors du système éducatif et dans les cursus spécifiques, comme par exemple les centres de formation d'apprentis. Elles y sont pourtant particulièrement nécessaires, notamment pour les jeunes qui sont d'une manière ou d'une autre déscolarisés ou en marge du système scolaire, ceux qui sont pris en charge au titre de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

Même si les inégalités devant la contraception tendent à s'atténuer en France, les difficultés sociales, scolaires et financières ont une influence importante sur les comportements face à la sexualité et à la grossesse : niveau d'éducation, de formation et d'emploi, famille monoparentale avec difficultés financières, accès parfois compliqué au système de santé, origine étrangère, autant de facteurs qui ont un impact déterminant⁸¹.

Les actions d'information et d'éducation doivent également répondre aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité comme celles qui se trouvent en centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) ou en centres d'accueil pour demandeur d'asile (CADA), mais aussi des femmes qui pour une raison ou une autre – sans domicile, victimes de violence, en situation de dépendance conjugale ou familiale – qui éprouvent de grandes difficultés à contrôler leur fécondité. Les modalités d'action sont souvent d'une nature différente de celles qui sont prévues pour la population générale.

⁸¹ N. Bajos, H. Leridon, P. Oustry, J. Bouvier, N. Job Spira, D. Hassoun et l'équipe COCON, «les inégalités sociales d'accès à la contraception en France» *Population-F*, 2004.

⁸¹ S. Singh, J.E. Darroch ; J. Froste and the study team, «socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behaviour : the case of five developed countries», 2001 volume 33, n°6, *Family planning perspective*,

5.1. *En milieu scolaire : des dispositions légales à traduire dans les faits*

5.1.1. **L'éducation à la sexualité n'est pas véritablement traitée comme une obligation légale**

L'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 inscrit dans le Code de l'éducation un art. L 312-16 selon lequel « *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* ».

Ces dispositions légales témoignent d'une réelle ambition et leur portée mérite d'être soulignée :

- elles consacrent le passage de l'information sexuelle à l'éducation à la sexualité, complétant la démarche et le cheminement amorcés dans l'Education nationale depuis 1968 avec l'introduction d'abord d'une *information* scientifique, pour s'élargir ensuite à une véritable *éducation* globale à la sexualité appréhendée dans ses diverses dimensions.
- elles en font une obligation au plan légal
Prévue initialement sous la forme de séances facultatives, l'éducation à la sexualité est devenue obligatoire avec la circulaire du Ministère de l'éducation nationale du 11 avril 1996 annulée et remplacée par celle du 19 novembre 1998, qui prévoyait un enseignement de 2 heures minimum par an pour les classes de 4^{ème} et de 3^{ème}.
La consécration de cette obligation par le législateur lui donne une toute autre portée. Mais bien que prévue par la loi et formulée en termes très concrets et opérationnels sa mise en application ne comporte aucune sanction légale ce qui lui confère de fait plutôt le caractère d'un objectif solennellement consacré par la loi.
- elles généralisent et systématisent la démarche d'éducation à la sexualité, puisque celle-ci, auparavant centrée sur l'entrée dans l'adolescence (4^{ème} et 3^{ème}) doit être assurée sur tous le cursus scolaire, de l'enseignement élémentaire jusqu'à l'entrée dans l'enseignement supérieur.

La mise en œuvre des dispositions de la loi de 2001 fait l'objet d'une circulaire d'application du Ministère en charge de l'éducation nationale publiée le 17 février 2003 qui aménage un cadre de référence et prévoit un dispositif de pilotage au niveau de chaque académie comprenant un projet, un coordonnateur et une équipe de pilotage. Mais l'organisation et le financement des actions demeurent aléatoires et le suivi fait sérieusement défaut.

En effet il n'y a pas en 2009 de bilan de l'application des dispositions de la loi de 2001 concernant l'éducation à la sexualité.

Les responsables de ces questions au Ministère de l'éducation nationale font état des difficultés méthodologiques qui ont jusqu'à présent fait obstacle à sa réalisation. Il apparaît notamment difficile de faire la part de ce qui relève d'interventions ponctuelles et d'actions sur la durée s'insérant dans un projet d'éducation à la sexualité.

Un tel bilan a pourtant été réalisé pour la période 1997-2001 avant que l'éducation à la sexualité ne devienne une obligation légale. Sans doute la généralisation de l'éducation à la sexualité à l'ensemble du cursus scolaire rend-elle le recueil d'information plus complexe et difficile. Mais l'impossibilité de disposer d'éléments d'évaluation sur l'impact des dispositions légales huit ans après leur entrée en vigueur n'en pose pas moins problème. D'autant que la circulaire précitée prévoyait d'établir un bilan annuel académique de la mise en œuvre de la loi de 2001 à partir d'une grille nationale transmise aux recteurs.

La direction de l'évaluation et de la prospective du Ministère a engagé une étude sur échantillon portant sur l'éducation à la santé dans les établissements scolaires dont un certain

nombre de questions ont trait à l'éducation à la sexualité. Les premiers résultats en seront connus pour la fin de l'année 2009.

La mission a pu collecter des éléments chiffrés dans certaines régions qui se sont particulièrement investies en matière d'éducation à la sexualité comme par exemple en Alsace où cette question fait l'objet d'un travail partenarial important. Ces chiffres dont la signification ne dépasse pas le cadre local témoignent d'une préoccupation de suivi qui mériterait d'être exploitée et poursuivie dans une perspective plus globale d'évaluation nationale.

Au total, il semble que l'obligation légale soit très inégalement et partiellement appliquée.

5.1.2. Sa mise en œuvre rencontre des difficultés

La mise en œuvre des dispositions légales sur l'éducation à la sexualité soulève de délicats problèmes de fond, dont l'administration de l'éducation nationale semble avoir bien conscience, et auxquelles elle répond notamment en termes d'éthique et d'objectifs éducatifs à travers les orientations définies par la circulaire du 17 février 2003.

Mais l'organisation des séances d'éducation à la sexualité se heurte aussi à d'importantes difficultés matérielles : intégration dans le programme et la vie scolaire, disponibilité des salles et créneaux horaires, financement des actions, articulation entre l'équipe éducative et les intervenants extérieurs... Le coût des interventions n'est pas intégré dans les prévisions budgétaires et leur financement est tributaire de la mobilisation des diverses collectivités et institutions concernées par ces questions (éducation nationale, conseils généraux et régionaux, assurance maladie,...) entre lesquelles les compétences ne sont pas clairement réparties.

Faute d'impulsion suffisante pour les résoudre, ces difficultés freinent la mise en œuvre des dispositions légales là où il n'existe pas une forte dynamique locale.

5.1.3. De nombreuses expériences ouvrent cependant la voie

Les problèmes ne sont pourtant pas insurmontables, comme en témoignent les multiples initiatives développées sur le terrain par des partenaires convaincus de la nécessité d'agir. Le rapport thématique consacré à l'information et à l'éducation à la sexualité donne des exemples d'actions menées dans certaines régions vues par la mission : Limousin, Alsace, Ile de France,... Mais la prise de conscience collective au niveau des établissements demeure aléatoire, et fonction des équations locales. La diffusion des expériences n'est pas suffisamment développée, ni l'effort d'évaluation qui serait nécessaire pour mettre en évidence des résultats dont personne ne doute mais qui méritent d'être mieux connus, appréciés et valorisés.

5.2. Une inscription plus difficile encore dans les filières de formation spécifiques

5.2.1. Les jeunes en formation professionnelle

Inscrits dans un système de formation spécifique, les jeunes apprentis, les élèves des maisons familiales et rurales, ou les jeunes fréquentant l'association de formation professionnelle pour adultes (AFPA) sont souvent moins favorisés culturellement, socialement et financièrement. Ils ne sont présents dans l'établissement que de manière fractionnée, en fonction de leur stage en milieu professionnel ce qui ne facilite pas l'organisation de séances d'information sur ces questions. Les programmes scolaires peuvent intégrer, selon les formations et les cycles, les questions d'éducation à la sexualité, (en réalité quand les jeunes préparent les diplômes de l'éducation nationale) et les établissements accueillant les jeunes organisent parfois des actions d'information en partenariat avec le MFPP, point écoute, ou un service d'accompagnement social.

5.2.2. Les jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse

Près de 165 000 jeunes (74% de garçons) sont suivis d'une manière ou d'une autre par une structure de la protection judiciaire de la jeunesse. 540 ont été condamnés pour viols en 2006 et 1834 pour atteintes sexuelles⁸².

Poursuivant une scolarité dans un établissement scolaire ou ne relevant que des structures d'hébergement de la PJJ, ces jeunes se caractérisent, selon les dernières enquêtes⁸³, par une sexualité plus précoce que l'ensemble des jeunes de leur âge, un recours à la contraception moins fréquent, et la violence sexuelle fait souvent partie de leur parcours, comme auteurs ou victimes.

La collaboration engagée entre les ministères de la justice et de la santé sous la forme d'un accord cadre signé en 2007 doit permettre de développer une démarche qui s'inscrit dans la perspective de l'objectif 97 de la loi du 9 août 2004 : « *toute institution accueillant des jeunes doit prendre en compte leur sexualité, effective ou fantasmatique, en maintenant les efforts de prévention par une approche globale intégrée au travail éducatif, ...en permettant l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG* ».

Sur le terrain, quand cet objectif figure dans ceux du plan régional de santé publique (PRSP) la mission de l'IGAS a pu constater que la participation des représentants de la PJJ au travail des GRSP permettait de prévoir des actions en direction des jeunes concernés dans le cadre de ces partenariats et des programmes d'« éducation à la santé et à la sexualité ».

Mais la PJJ ne dispose pas d'une médecine scolaire ou similaire adaptée. En outre, les 70 infirmières de la PJJ n'ont pas compétence pour distribuer la contraception d'urgence. Les réponses apportées aux jeunes varient en fonction de la capacité et de l'initiative propres des éducateurs.

Ceux-ci se heurtent parfois à l'indifférence, voire à l'hostilité de leurs collègues ou de leur hiérarchie lorsqu'ils s'efforcent pour répondre aux sollicitations des jeunes de s'impliquer dans ce domaine. Des formations relatives à la vie affective et sexuelle des adolescents sont intégrées au contenu de la formation des directeurs et éducateurs, essentiellement sous l'aspect psychopathologique, mais le ministère de la justice a engagé un travail pour les ouvrir à une approche plus globale de ces questions.

Les outils d'aide à la réalisation d'actions d'éducation pour la santé que ce ministère est en train d'élaborer seront en ce sens particulièrement précieux s'ils intègrent les questions d'éducation à la sexualité et permettent de donner à ces jeunes les éléments d'appropriation de ces informations.

5.3. *Le développement d'actions dans des lieux extrascolaires pour atteindre une population de jeunes plus importante.*

Pour un certain nombre de jeunes, la sexualité reste une question à part, marquée par les tabous et des relations garçons-filles souvent difficiles. L'appropriation d'une information et d'une éducation à la sexualité dispensées à l'école est difficile quand ces jeunes rejettent tout ou partie du système scolaire, et sont plus réceptifs aux idées fausses, préjugés sexistes véhiculés par les médias et l'industrie pornographique, qui constitue parfois leur seule source d'information.

Il est donc nécessaire de démultiplier les lieux dans lesquels ces jeunes peuvent faire part de leurs interrogations, ou de leurs problèmes et recevoir des réponses.

Missions locales, espaces santé jeunes, points écoutes, foyers de jeunes travailleurs ou maison des adolescents les accueillent à un moment ou un autre de leur parcours. Mais comme

⁸² Annuaire statistique justice 2008 à partir des données 2006 des tribunaux.

⁸³ Baromètre santé 2000 (INPES) et enquête ESPAD 2003- INSERM, OFDT

l'indique « la charte de la santé des jeunes en insertion » des missions locales, les actions développées en direction des jeunes et qui permettent de contribuer à leur information au sens large ne doivent pas s'improviser : « *si on veut éviter les dérives auxquelles on assiste trop souvent d'initiatives spontanées qui ajoutent des réponses de bric et de broc à des problèmes qui justifieraient l'implication de professionnels compétents dont on ignore l'existence ou qu'on ne sait pas mobiliser* ». Comme tous jeunes, ils sont confrontés aux questions de la virginité, de la reconstitution d'hymen, de l'homosexualité, de la violence... problèmes difficiles que le traitement en dehors du cadre scolaire strict doit conduire à aborder avec professionnalisme.

Tous les jeunes peuvent fréquenter ces lieux prévus pour eux, mais pour certains ils constituent le seul endroit où ils peuvent trouver un lieu d'écoute, des conseils, une orientation plus personnels ou plus intimes. Ce peut être un centre de planification familiale situé à proximité d'un grand centre commercial permettant l'anonymat, ou un espace de convivialité dans une galerie marchande de la banlieue parisienne permettant de donner une information préalable pour enclencher chez le jeune l'envie de revenir.

« Tête à Tête », porte ouverte pour les 13/25 ans en Seine-Saint-Denis

Atypique dans le paysage actuel, « Tête à Tête » est intégré, à Rosny2, la galerie marchande de l'un des plus grands centres commerciaux de l'Île de France. Situé entre les boutiques du centre commercial, cet espace permet aux jeunes de trouver une écoute attentive, un dialogue original, une convivialité et une orientation en matière de santé, de prévention et de bien-être. Ouvert depuis juin 2006, il a déjà accueilli **45 000 adolescents, et jeunes adultes**. Composé de 8 intervenants en prévention des conduites à risques, c'est un service de la « mission départementale des conduites à risques de Seine-Saint-Denis », relevant du Conseil général. En parallèle à l'**accueil spontané** des jeunes, l'espace Tête à Tête propose un **accueil collectif** en direction des 13/25 ans aux établissements scolaires (collèges, lycées, Centres de formation des apprentis (CFA) en partenariat avec l'éducation nationale, et aux structures hors scolaires du département (protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), mission locale, Institut médico-éducatif (IME), associations. Le principe est commun : donner une information préalable pour enclencher chez le jeune l'envie de revenir, seul, ou avec ses amis. Parmi les **20 713** jeunes reçus en **2008**, **81% sont venus dans le cadre d'un accueil spontané**.

Source : Tête à Tête, www.seine-saint-denis.fr

5.4. Les femmes en situation de précarité sont destinataires d'accompagnements spécifiques

Certaines femmes qui connaissent des situations sociales et financières difficiles, en milieu urbain, dans certains « quartiers », mais aussi dans le monde rural, sont parfois confrontées à un tel cumul de handicaps que l'accès à l'information sur la contraception, sans même parler d'éducation à la sexualité, n'est pas une priorité par rapports à l'ensemble des problèmes auxquels elles sont confrontées.

5.4.1. Une difficile appropriation de leur vie sexuelle

Outre les difficultés d'appropriation de leur vie sexuelle, ces femmes, dont beaucoup sont issues de l'immigration, sont parfois placées dans une situation de dépendance marquée par rapport au conjoint ou à la famille. Pas tant pour des raisons religieuses, que pour des raisons culturelles⁸⁴.

⁸⁴ « L'information et l'éducation à la santé, notamment en matière de sexualité, des femmes et des hommes, jeunes et adultes, des « quartiers », rapport du conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale », septembre 2004.

Elles peuvent être aussi victimes de violences, et même si ces violences ne sont pas l'apanage des milieux défavorisés, les conséquences sont parfois plus difficiles à gérer pour ces dernières⁸⁵. Parmi les motifs de recours à l'IVG, les violences ont leur importance, qu'il ne faut pas négliger.

5.4.2. Des interventions au cadrage juridique ou financier incertain et fragile

L'information à la sexualité en direction de ces publics peut être initiée et intégrée dans des interventions sociales plus larges développées dans le cadre associatif : mise à profit de cours d'alphabétisation pour donner une information sur la contraception par exemple. Les établissements d'information, de consultation de conseil familial (EICCF) assurent dans le cadre d'une convention nationale avec l'Etat (programme 106 du ministère des affaires sociales) des interventions collectives en direction de populations en difficulté, victimes de dysfonctionnements familiaux ou de violences. La diffusion d'informations et l'organisation « *d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale* » fait partie des missions réglementaires des centres d'éducation ou de planification familiale (CPEF) qui relèvent de la compétence des départements⁸⁶. Mais peu de Conseils généraux se sont engagés dans le financement d'actions de ce type à partir d'un CPEF, auprès de structures spécifiques comme les centres d'hébergement, les prisons, la PJJ, en complément ou à la place des financements par ces structures elles-mêmes.

Ce mode de fonctionnement n'est pas satisfaisant et rend ces interventions particulièrement fragiles, alors qu'elles sont indispensables pour ces personnes qui n'ont pas d'autre recours pour une information, ou une prise en charge.

Enfin, dans certains centres de PMI, également de la compétence des départements, les professionnels peuvent entrer en contact avec de jeunes mères ou des femmes enceintes en situation difficile. C'est parfois la seule opportunité, à travers des actions individuelles ou collectives, d'aborder avec elles les questions de contraception, en tenant compte des spécificités sociales, culturelles ou religieuses, et de créer un lien avec les professionnels de la planification.

5.4.3. Les actions dans les institutions : informer, prendre en charge

Le MFPP forme des intervenants pour des actions dans les lieux où se trouvent ces populations les plus défavorisées, sur la base d'une convention triennale sur budget de l'Etat de 150 000 euro par an.

Sur le terrain, la mission de l'IGAS, à partir d'un sondage effectué dans des établissements de la Fédération nationale d'accueil et de réadaptation locale (FNARS) et d'un questionnaire adressé à l'association pour les travailleurs migrants et leurs famille (APTM), a pu constater qu'un travail d'information et d'accès aux différents moyens de contraception existait, à partir d'initiatives locales, de partenariats menés avec le MFPP, les centres de planification des hôpitaux, la PMI, ou la CPAM. Ces enquêtes ne permettent bien entendu ni de généraliser, ni de dresser une évaluation complète et exhaustive des actions menées sur le terrain, dans les institutions d'accueil. Mais elles présentent, toutes choses égales par ailleurs, un échantillon de ce qu'il est possible de faire à partir d'initiatives diverses, mais sur la base d'interventions menées, là encore, avec des professionnels formés.

Il importe qu'au niveau national, ces actions puissent être poursuivies, intégrées dans les programmes régionaux de santé publique et évaluées, d'autant plus qu'elles s'adressent à des populations particulièrement vulnérables, et qu'il soit prévu, d'une manière ou d'une autre, d'y intégrer une information en direction des hommes.

⁸⁵ M. Jaspard, E. Brown, S. Condon, S. Fougeyrollas-Schwebel, A. Houel, et al. « les violences envers les femmes en France, une enquête nationale », la documentation française, 2003.

⁸⁶ décret du 6 août 1992 ; Article R 2311-7 du Code de la santé.

5.5. Des actions d'information et de communication qui gagneraient à être renouvelées régulièrement

Avec des actions d'information à la sexualité mises en œuvre dans de nombreux lieux, une large diffusion par internet, on peut difficilement dire que la population française n'est pas informée de ces questions.

Pourtant les différents travaux d'analyse menés, notamment au moment du lancement par les responsables de la santé publique de la campagne triennale sur la contraception en 2007, montrent la persistance de représentations erronées et d'erreurs d'interprétation sur les méthodes contraceptives, ainsi que de réelles difficultés d'appropriation de ces méthodes. Il ne s'agit pas d'une question anodine, dans un contexte où le nombre encore important d'IVG dans notre pays est perçu comme un échec de la prévention, et parfois présenté comme une incapacité des femmes à gérer leur « devoir contraceptif ».

5.5.1. En dépit de sources d'information diversifiées, la persistance d'interprétations erronées

Si les Français dans leur ensemble s'estiment plutôt bien informés sur la contraception⁸⁷, on constate de fortes disparités dans l'accès à l'information, les personnes les moins bien informées n'étant pas forcément celles qui sont les plus demandeuses d'information. Par ailleurs cette perception positive n'empêche pas la persistance de lacunes importantes, d'idées fausses et d'interprétations erronées.

5.5.1.1. Les sources d'information les plus répandues

Les sources d'information de la population française sont diversifiées, mais ce sont les professionnels de santé qui sont les vecteurs privilégiés d'information pour la population générale.

Tableau 9 : Niveau de confiance envers les sources d'information (2004)

Source d'information	Population totale
Personnel médical	55%
Médias	47%
Professionnels du social	9%
Entourage	7%
Sphère scolaire	4%

Source : *Les Français et la contraception* », INPES, BVA, mars 2007

Préoccupés des conséquences d'un défaut d'information qu'ils constatent dans leurs consultations ou lorsqu'ils interviennent dans des séances d'éducation à la sexualité, nombre de professionnels de santé ont pris des initiatives pour y remédier à leur niveau en développant par exemple des blogs, ou des sites interactifs. Certains sont plus particulièrement destinés aux jeunes, incités à poser en tout anonymat les questions qui les préoccupent auxquels les professionnels apportent des réponses adaptées.

« Info ados »

Info ado dispose aussi d'un site internet (taper info ado) où le nombre de visiteurs ne cesse d'augmenter : 12 800 en 2001 et 142 136 en 2006 . Les questions posées ne cessent d'augmenter : 576 en 2001 et 6032 en 2006.

Source : DRASS Alsace

⁸⁷ D'après le Baromètre de la communication gouvernementale 2004, 72% des Français s'estimaient bien informés sur la contraception

La fréquentation de ces sites, la lecture des questions posées, suffisent à en démontrer l'intérêt et l'utilité. Il reste que de telles démarches requièrent de la part des professionnels concernés une motivation importante et représentent un investissement en temps individuel et collectif d'autant plus lourd qu'il est dupliqué en divers lieux pour répondre à des préoccupations communes.

5.5.1.2. La persistance d'idées reçues

On constate que des représentations erronées demeurent chez une part non négligeable de la population, dont les conséquences potentielles en termes de prévention des grossesses non désirées sont préoccupantes.

Ainsi selon l'INPES⁸⁸ une majorité de la population française croit qu'un rapport sexuel pendant la période des règles ne peut être fécond. Un Français sur quatre (et jusqu'à un sur trois chez les 15-20 ans) pense que la pilule peut rendre stérile et fait grossir.

Dans certains cas, paradoxalement, c'est la connaissance elle-même qui est à l'origine d'interprétations dangereuses : ainsi la grande majorité des jeunes filles sait, généralement à partir des cours de biologie dispensés dans le cadre scolaire, que l'ovulation intervient vers le 14^{ème} jour du cycle⁸⁹. Trop d'entre elles en concluent qu'il est inutile de prendre des mesures de prévention en dehors de cette période très restreinte. Les professionnels de santé rencontrés par la mission s'en inquiètent et la présidente de l'association française pour la contraception a saisi les éditeurs de manuels scolaires pour les sensibiliser à ce problème.

Les représentations erronées n'épargnent d'ailleurs pas les professionnels eux-mêmes : l'idée selon laquelle le stérilet ne peut être utilisé que par les femmes ayant déjà eu un enfant, majoritaire dans le grand public, est encore présente chez nombre de médecins.

5.5.2. De trop rares campagnes d'information

Reconnue comme un enjeu majeur de santé publique, qui concerne la plus grande partie de la population, la santé sexuelle et reproductive devient un objet de communication publique. Contrairement à la Grande-Bretagne, qui, confrontée à un problème de grossesses précoces important, a choisi de donner une large publicité aux modalités de recours à l'IVG, les autorités françaises en charge de la santé publique ne communiquent pas sur l'IVG et les campagnes publiques se concentrent sur la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles.

Les impératifs de la lutte contre le sida ont conduit pendant plusieurs années à privilégier cette question dans les actions d'information et de communication. Cette priorité a joué au détriment de l'information sur la contraception, tant dans le message délivré que dans l'affectation des moyens et la répartition des actions. La délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale s'en inquiétait en 2005⁹⁰, notant que « *l'information en matière de contraception est un domaine que les pouvoirs publics semblent avoir délaissé depuis quelques années* » et appelant au lancement rapide d'une nouvelle campagne nationale.

Le lancement en 2007 d'une campagne triennale d'information sur la contraception, comportant un large programme d'intervention piloté par l'INPES répond à cette préoccupation, après plusieurs décennies où les campagnes ont été très espacées. Cette relative rareté de la

⁸⁸ « Contraception : que savent les Français ? » Dossier de presse pour le lancement de la campagne sur la contraception, 11 septembre 2007, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports-INPES

⁸⁹ BENNIA-BOURRAÏ S., ASSELIN I. et VALLEE M., « Contraception et adolescence, une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens », Médecine, 2006, 2, n° 2, p.84-89.

⁹⁰ Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 30 novembre 2005

communication contraste avec la permanence des besoins: en effet chaque année une nouvelle génération d'adolescents entame sa vie sexuelle et a un besoin immédiat d'information adaptée ; de plus les techniques de contraception évoluent sans cesse ce qui suppose d'actualiser l'information y compris des publics plus avertis.

Tableau 10 : Campagnes nationales d'information sur la contraception

Dates	Message	Commentaires
1981-1982	"La contraception est un droit fondamental".	Première campagne grand public. Objectif : affirmer le droit des femmes
1992	"La contraception, ça devient simple quand on en parle".	Message axé sur le dialogue. Accent mis sur le préservatif dans une double perspective de contraception et de prévention du Sida (qui semble avoir affaibli le message contraception).
2000	"La contraception, à vous de choisir la vôtre."	Informersur les différents modes de contraception disponibles et favoriser un accès égal pour toutes à la contraception.
2002	"La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place"	Poursuivre l'effort de sensibilisation et favoriser une utilisation effective de la contraception par les femmes et leur partenaire
2007-2009	2007 "La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit"	Initier une nouvelle "culture contraceptive" reposant sur le choix éclairé de la méthode la mieux adaptée
	2008 « Vous ne pouvez-pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous ».	Ciblé sur les adolescents, pour libérer la parole, les inciter à s'informer et à adopter une démarche contraceptive responsable.
	2009 « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? »	Accent mis sur l'implication des hommes, la contraception étant présentée comme un enjeu pour le couple et non la seule femme.

5.5.3. Une efficacité difficile à apprécier

Dotée d'un budget de 6 400 000 euro, la dernière campagne a développé une information sur les thèmes de la sexualité, de la vie sentimentale et de la contraception en direction du grand public, en portant une attention particulière aux adolescents, notamment ceux sortis du milieu scolaire et aux populations des DOM. Le dispositif a associé un large éventail de supports : spots TV, annonces radios, création d'un site Internet référent sur la contraception⁹¹ films sur internet, rediffusion de chroniques sur la sexualité, le VIH, la contraception... diffusion de SMS sur téléphone mobile, encarts dans la presse,... En ce qui concerne les adolescents, un des moyens choisis est celui de la diffusion de brochures d'information, de manière assez traditionnelle, en direction des établissements scolaires, par l'intermédiaire des conseillers techniques auprès des recteurs et inspecteurs d'académie, pour mener des actions de prévention notamment par l'intermédiaire des infirmières scolaires. Une diffusion complémentaire a été organisée dans des lieux ciblés, mais qui reste encore limitée (10 en tout dans les centres de rétention des mineurs ...).

⁹¹ www.choisirscontraception.fr.

Des actions de sensibilisation et d'information ont également été menées en direction des professionnels de santé, pour les aider à adapter leurs pratiques et à accompagner les femmes et les couples dans leurs choix contraceptifs.

Les évaluations intermédiaires de cette campagne contraception montrent les difficultés d'évaluer la compréhension de la campagne, et surtout son impact. De plus, il s'agit d'évaluation à court terme qui ne permet pas de prévoir les comportements futurs, et dont le caractère déclaratif rend difficile la mesure des effets. En effet, il ne suffit pas d'informer la population sur un danger objectif par une communication de masse aussi professionnelle et séduisante soit-elle pour que les individus changent instantanément de comportement à l'égard de ce danger, car on a affaire à des « *dissonances cognitives qui conduit souvent chaque individu à adapter ses représentations à ses actes*⁹² ».

Il est difficile, dans toute action de communication publique, de voir comment infléchir les conduites, d'où la nécessité de prévoir des actions régulières et intensives d'information. Mais il faut se féliciter que les pouvoirs publics aient enfin décidé de lancer des campagnes de communication spécifiquement axées sur la contraception, et sur une durée qui permet d'en évaluer quelques effets. Cependant, ces campagnes doivent intégrer plusieurs impératifs :

- la nécessité de les répéter régulièrement, surtout lorsqu'on veut cibler les jeunes ;
- une conception de la campagne avec les acteurs de terrain, en intégrant la dimension de la langue pour l'outremer ;
- des modalités de diffusion sur le terrain décentralisées ;
- la prise en compte du traitement de la prévention du SIDA et de l'articulation avec la contraception notamment pour gérer la transition entre préservatif et un autre moyen de contraception dans le temps.

6. LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Il ressort des constats effectués que l'économie générale du dispositif législatif et réglementaire en matière est dans l'ensemble adaptée et ne requiert pas de modification majeure.

Mais son bon fonctionnement suppose des aménagements parfois significatifs, notamment sous l'angle des financements (régime de remboursement de la contraception, cotation de l'IVG,..), de l'organisation (accessibilité du conseil et des produits contraceptifs, conditions de prise en charge de l'IVG,..) et de la démarche pour aborder ces questions (sexualité envisagée trop exclusivement sous l'angle des risques et de façon trop cloisonnée : contraception/ IST/ éducation/ IVG/ ...).

Il passe également par des évolutions dans le comportement des différents acteurs, qui requièrent un effort important et soutenu de communication, d'information et d'éducation. Cet effort doit viser en priorité les jeunes mais aussi certains publics moins jeunes, placés dans des situations qui les exposent à un risque plus important de grossesse non désirée.

On trouvera ci-dessous une présentation des principales recommandations. L'ensemble des propositions est présenté de façon exhaustive dans les différents rapports thématiques qui accompagnent ce rapport de synthèse.

6.1. Principales recommandations concernant la mise en œuvre de l'interruption volontaire de grossesse

- Intégrer l'activité d'IVG à part entière dans l'offre de soins en l'inscrivant dans le plan stratégique régional de santé, dans les relations contractuelles entre les futures agences régionales de santé et les établissements de santé, et dans les projets d'établissement et de pôle

⁹² S. Moscovici in L.Stein, op cité

- Poursuivre l'effort de revalorisation financière engagé et inscrire l'IVG dans le droit commun d'une tarification fondée sur les coûts
- Garantir l'accès à toutes les techniques d'IVG en veillant à ce que les femmes puissent avoir réellement le choix de la méthode utilisée
- Elaborer un cahier des charges de la pratique de l'IVG médicamenteuse et se donner les moyens de mieux développer cette activité en ville, en favorisant son inscription dans les réseaux ville-hôpital

6.2. Principales recommandations concernant la contraception et la contraception d'urgence

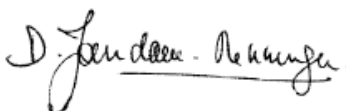
- Assurer dans les faits un accès gratuit à la contraception pour les jeunes de moins de 18 ans et pour les 18-25 ans dépourvus de couverture sociale autonome, en développant des réseaux de professionnels de santé acceptant le tiers payant
- Promouvoir les méthodes de contraception de longue durée, en particulier le stérilet
- Mieux gérer les situations d'urgence engendrées par un échec ou 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 sage-femmes
- Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive

6.3. Principales recommandations concernant l'information, l'éducation et la communication sur la sexualité

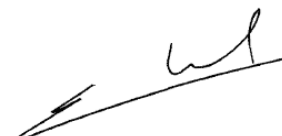
- Dresser un état des lieux concernant la mise en œuvre des dispositions de l'article L312-16 du Code de l'éducation et mettre en place un dispositif de pilotage et de suivi opérationnel des progrès réalisés
- Lancer une mission interministérielle IGAEN-IGAS visant à identifier les difficultés rencontrées et à proposer des modalités concrètes d'actions pour intensifier l'effort d'information et l'éducation à la sexualité en direction des jeunes
- Inscrire les actions de prévention et notamment l'éducation à la sexualité dans les orientations des « commissions de coordination des politiques publiques de santé » prévue par la loi HPST au niveau régional
- Recenser et diffuser les expériences innovantes et bonnes pratiques en matière d'information et d'éducation à la sexualité dans et hors de l'institution scolaire. Développer des protocoles d'évaluation pour apprécier leur impact.
- Intégrer un volet information et prévention en matière de santé sexuelle et reproductive dans les actions et lieux qui reçoivent des jeunes ou des populations en situation de vulnérabilité.
- Analyser la cohérence des politiques de prévention et de communication entre protection VIH et contraception, préservatif et pilule contraceptive, sans pour autant privilégier une approche « par les risques »
- Programmer des campagnes nationales de communication régulières sur la contraception, déclinées au plan national et local



Claire AUBIN;



Danièle JOURDAIN MENNINGER,



Dr. Laurent CHAMBAUD

Note de cadrage

Claire AUBIN
Danièle JOURDAIN MENNINGER

1^{er} octobre 2008

<p>Evaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse</p>
--

Cette mission est inscrite au programme de travail de l'IGAS pour 2008. La mission se donne pour objectif d'analyser, avec un certain recul (7 ans), les modalités de mise en œuvre effective et l'impact des dispositions de la loi.

1. LE CONTEXTE GENERAL

==> **un constat** : inscrite dans un contexte plus apaisé qu'en 1975, la loi du 4 juillet 2001 reposait sur un constat : la persistance de grossesses non désirées (200 000 IVG/an) y compris chez les adolescentes, et des difficultés pour accéder à l'IVG dans le cadre légal existant (dépassement des délais légaux obligeant à l'effectuer à l'étranger : estimation 5000 IVG « étrangères » par an) ; c'est donc au départ la question de l'allongement du délai qui a pesé sur la décision de modifier le dispositif.

==> **un objectif**

L'approche est désormais d'une autre nature qu'en 1975, qui abordait l'IVG dans le contexte juridique de la dépénalisation (la loi était inscrite dans le code pénal) car la nouvelle loi figure désormais dans le code de la santé publique. La loi visait un objectif : progresser dans la maîtrise de la fécondité en rendant la *législation* cohérente avec les évolutions techniques tant en matière de contraception que d'IVG et avec la demande sociale. L'accent était mis sur l'accès effectif aux droits en prenant en compte les besoins des populations les plus fragiles.

==> des mesures

Contraception	IVG
Accès pour les mineurs sans autorisation parentale	Allongement des délais légaux, portés de 10 à 12 semaines
Délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures	Aménagement du parcours (suppression –pour les majeures- de l'obligation de la consultation psychosociale préalable, suppression du délit de propagande et de publicité, renforcement du délit d'entrave)
Accès gratuit et anonyme aux mineurs à la contraception dans les CPEF	Assouplissement du régime d'autorisation parentale pour les mineures
Généralisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire	Obligation d'organiser l'activité dans les établissements de santé
Cadre légal pour la stérilisation à visée contraceptive	Ouverture à la médecine de ville (IVG médicamenteuse) puis centres de santé et CEPF (en cours)
Information sexuelle aux personnes handicapées	Fin du quota maximum d'IVG dans les établissements de santé privés

2. LA SITUATION ACTUELLE

Le paradoxe français : un taux de natalité premier en Europe, un taux de diffusion de la contraception (réversible) chez les femmes parmi les plus élevés et une stabilité du nombre des IVG

Un taux de diffusion élevé de la contraception

Les femmes françaises occupent la première place mondiale dans l'utilisation de méthodes médicales de contraception (pilule et stérilet). Pourtant, près d'un tiers des grossesses ne sont pas prévues et la moitié d'entre elles se terminera par une interruption volontaire de grossesse (IVG). Par ailleurs, près de deux grossesses sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser un moyen contraceptif au moment de la survenue de la grossesse⁹³.

En 2005, 71 % des personnes âgées de 15 à 54 ans, sexuellement actives, ont déclaré "faire quelque chose pour éviter une grossesse"⁹⁴. Les moyens contraceptifs les plus utilisés sont la pilule (57,2%), le dispositif intra-utérin (21,9%), et le préservatif masculin (20,9%). **Toutes tranches d'âge confondues, la pilule est la méthode la plus utilisée.** C'est chez les jeunes que l'usage de la pilule est le plus important, puisqu'en 2005 près de 88% des femmes de 20-24 ans l'utilisaient. En revanche, son utilisation diminue à partir de 35 ans au profit du stérilet

Le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel a régulièrement augmenté depuis 20 ans. Ainsi, 85% des jeunes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2000 et 2005 ont utilisé un préservatif.

D'après le Baromètre santé 2005 de l'Inpes, **plus d'une femme sur 10 (13,7%) a déjà eu recours à la contraception d'urgence** suite le plus souvent à un problème de préservatif (32,5%), un oubli de pilule (24,9%) ou un rapport sexuel non protégé (21,8%). Cette pratique est surtout répandue chez les jeunes femmes : 30% des femmes de 15-19 ans et 32% des 20-24 ans y ont déjà eu

⁹³ Stratégie d'actions en matière de contraception, Direction générale de la santé, janvier 2007

⁹⁴ P. Guilbert et A. Gautier (sous la direction), Baromètre Santé 2005, Premiers résultats, édition Inpes.

recours, contre seulement 9,7% des 35-44 ans. Le recours à la contraception d'urgence ne modifie pas le comportement contraceptif des femmes, elle est utilisée de manière ponctuelle, peu fréquente et en majorité une seule fois⁹⁵.

En moyenne, le remboursement de la contraception d'urgence aux mineures a représenté, en 2004, 78% de l'ensemble des remboursements de Norlévo® contre 74% en 2003⁹⁶. Le nombre de boîtes remboursées aux majeures reste en revanche très stable, entre 2.500 et 3.000 boîtes par mois.

Un recours à l'IVG qui ne diminue pas

La France se situe avec la Suède, le Royaume Uni et quatre nouveaux pays membres de l'Union Européenne parmi les pays ayant les taux de recours à l'IVG les plus élevés⁹⁷,

(Les recours à l'IVG sont toujours plus fréquents dans le Sud, en Ile de-France et dans les départements d'outre-mer.)

En 2006, le nombre d'IVG a été évalué à 209.700 en France métropolitaine⁹⁸...

Année	2002	2003	2004	2005	2006
Taux IVG pour 1000 femmes métropole	14,3	14,1	14,6	14,3	14,5
Nombre d'IVG en métropole	206 596	203 346	210 664	206 311	209 699
dont jeunes filles de 15-17ans	10 722	11 029	11 517	12 138	13 230
soit	8,9%	9%	10%	10,6%	11,5%
Part des IVG médicamenteuses	35%	38%	42%	44%	46%
Part des IVG en secteur public	68%	68%	70%	72%	74%

et à 13 455 dans les DOM

Année	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'IVG dans les DOM	13 474	13 090	13 115	13 111	13 455
Taux IVG pour 1000 femmes DOM	28,8%	27,6%	27,4%	27,1%	27,8%
Soit en Guadeloupe	41,2%	41,5%	41,7%	39,0%	39,4%
Soit en en Martinique	25,2%	22,9%	23,3%	22,0%	22,9%
Soit en en Guyane	37,3%	37,1%	33,8%	32,9%	36,7%
Soit à la Réunion	21,6%	20,0%	19,9%	21,7%	21,3%

Ce sont les femmes de 20-24 ans qui ont le plus souvent recours (27,1 IVG pour 1000 femmes de 20-24 ans en 2006).. En revanche, le nombre d'IVG continue de progresser chez les mineures : en 2006, il concerne 13 230 jeunes filles de 15-17 ans, contre 10.722 en 2002 et 848 jeunes filles de moins de 15 ans.

Les IVG médicamenteuses représentent 46% de l'ensemble des IVG réalisées en 2006 contre 18 % il y a 10 ans .

Les IVG médicamenteuses en cabinet libéral, autorisées depuis août 2004, représentent 7% de l'ensemble des IVG en 2006 et sont très irrégulièrement réparties sur le territoire (L'Ile-de-France concentre à elle seule plus de la moitié des forfaits d'honoraires remboursés). La Réunion se

⁹⁵ Enquête relative aux obstacles à l'utilisation d'une contraception d'urgence, 2003, Inserm (U569)

⁹⁶ Données recueillies par la CNAMTS, dossier accessible sur "www.sante.gouv.fr"

⁹⁷ Toutes choses égales par ailleurs compte tenu de la difficulté à comparer des législations et des pratiques (et des politiques) différentes.

⁹⁸ Vilain A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 », Etudes et résultats, n°624, septembre 2008.

distingue également avec 38% des IVG médicamenteuses réalisées en cabinet, mais par un seul médecin.

En 2006, 74% des IVG ont été réalisées dans le secteur public avec une activité de plus en plus concentrée sur les plus gros établissements. En métropole, 43 établissements représentent près du quart du total des IVG pratiquées dans l'année. Les établissements de santé privés ne semblent pas avoir une grosse activité en matière d'IVG depuis la levée des quotas maximum (sauf en Ile de France où ils représentent encore 39 % des IVG.)

Les délais de prise en charge diminuent légèrement en 2006 avec une moyenne de 7,5 jours (contre 9 jours en 2005). Ce délai augmente toutefois en fonction de l'activité moyenne de l'établissement.

Reste à interpréter ce constat et à analyser les causes de ce paradoxe. Depuis 2001, plusieurs travaux ont été lancés, d'origine et d'envergure variable : ils soulignent pour la plupart les obstacles et dysfonctionnements :

- rapport du comité de suivi de la loi présidé par E. Jeandet Mengual, suivi d'une commission des suites en 2003,
- rapport de la délégation parlementaire aux droits des femmes de l'Assemblée nationale
- rapports de l'IGAS : partie des rapports sur la PMI consacrés aux centres d'éducation et de planification familiale, rapport sur le statut des conseillères conjugales et familiales
- études et résultats de la DREES
- Une enquête plus sociologique sur le profil des femmes ayant recours à l'IVG a été lancée par la DREES en 2008 et sera exploitée par l'INSERM et l'INED en 2009
- La MAFI a lancé une enquête sur les établissements de santé qui pratiquent des IVG sur 600 établissements. Seules deux régions (Limousin et La Réunion ont terminé leur programme d'inspection).

3. LA PROBLEMATIQUE DE LA MISSION

La problématique de la mission sera centrée autour de la notion d'accès effectif :

En 2001 le droit a été réformé pour l'adapter aux évolutions de la société et des techniques. La question est aujourd'hui celle de sa mise en œuvre, au-delà de la seule question de l'allongement des délais.

Y a-t-il un accès effectif de toutes les femmes à toutes les possibilités prévues par la loi pour prévenir ou interrompre une grossesse non désirée?

Le périmètre

Une option serait de réaliser une évaluation stricto sensu de la loi de 2001 en prenant une à une chaque mesure et en examinant sa mise en application. Mais elle n'aurait guère de sens compte tenu de l'interdépendance des phénomènes et des textes législatifs et réglementaires intervenus depuis 2000.

Une autre option, et c'est celle retenue par la mission, consiste à cibler les analyses sur *l'ensemble du champ contraception + IVG tel que redéfini par la loi 2001*, avec un éclairage particulier sur les catégories de femmes les plus « fragiles » (mineures, migrantes, défavorisées, ...)

La mission estime qu'il est indispensable, compte tenu des chiffres cités supra, de faire une analyse de site sur un DOM.

Parmi les questions qui apparaissent d'ores et déjà :

- ⇒ la loi du 4 juillet 2001 a-t-elle modifié les conditions du recours à l'IVG et en quoi ?
- ⇒ clause de conscience : sur la mise en œuvre de la loi, sur la seule question du délai de 10 à 12 semaines, pour les médecins, ou pour certains établissements de santé privés
- ⇒ pourquoi le nombre d'IVG ne décroît-il pas ?

- ⇒ conditions effectives de prise en charge des IVGs au-delà de 10 semaines
- ⇒ état de l'IVG médicamenteuse en ville, quels blocages ?
- ⇒ IVG à l'étranger
- ⇒ la tarification des actes dans les établissements de santé, et impact à terme de la TAA
- ⇒ la tarification des actes en ville,
- ⇒ l'impact des restructurations hospitalières
- ⇒ la question du remboursement de la contraception
- ⇒ diversification et adaptation des modes de contraception
- ⇒ réalité de l'accès gratuit et anonyme des mineures à la contraception
- ⇒ conditions de recours et d'accès effectif à la contraception d'urgence
- ⇒ portée et cible des campagnes de communication (2007 et 2008)
- ⇒ mise en œuvre effective de l'éducation à la sexualité : sur ce point, la mission complètera l'analyse faite dans les rapports PMI avec un complément dans des lieux plus spécifiquement fréquentés par des jeunes : missions locales, établissements de la Protection judiciaire de la jeunesse, foyers de jeunes travailleurs, centre de santé ouverts à des jeunes en difficulté
- ⇒ information et formation des professionnels de santé
- ⇒ statut des personnels : quelle évolution depuis 2001 ? La question de l'élargissement des compétences à certains professionnels de santé dans la prescription de contraceptifs (infirmières, sages femmes...) constitue-t-elle une bonne réponse ?

L'angle d'approche

La mission se concentrera là où l'IGAS peut avoir une réelle plus value. Il ne s'agit pas de refaire un travail de collecte et d'analyse systématique et exhaustives d'information qui existent ou sont analysées par ailleurs, par la DREES/INSERM et la MAFI.

Nous nous attacherons plutôt à :

- *élaborer la synthèse de l'état de la question en s'appuyant sur ce qui existe déjà*
- *compléter par des enquêtes de terrain sur des cas illustratifs (de difficultés ou au contraire de bon fonctionnement)*
- *faire un inventaire de « bonnes pratiques »*
- *des recommandations*

Calendrier et lieux d'investigation

La mission croisera une approche géographique : l'incontournable Ile-de-France, une région rurale, une région moyenne, avec des éléments tirés des premiers enseignement des enquêtes de la MAFI, et des lieux de bonnes pratiques qui pourraient être, en fonctions des indications données par nos interlocuteurs, le Nord, la Loire Atlantique, l'Alsace, mais la liste reste ouverte.

Liste des personnes rencontrées

1. CABINET

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

2. ASSEMBLEE NATIONALE

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

3. ADMINISTRATIONS, AGENCES, ORGANISMES DE RECHERCHE

• MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

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

Direction générale de la santé (DGS)

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

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

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

Direction de la sécurité sociale (DSS)

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

Direction générale de l'action sociale (DGAS)

M. P. DIDIER-COURBIN, chef de service

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

Mme le Dr. J. DUBOIS

Secrétariat d'Etat aux droits des femmes (SDFE)

Mme J.VOISIN, chef de service

Mme BORSISERANE

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

M. J.B. HERBET, chef de bureau

Mme A.VILAIN

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

M. N. RENAUDIN, Président

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

4. ASSOCIATIONS ET ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

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

Mme M.J. KELLER , présidente
Mme M. BENOIT TRUONG CANH, conseillère nationale

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

5. PROFESSIONNELS DE SANTE

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

6. PERSONNES CONTACTEES OU RENCONTREES SUR SITES

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

- **REGION PAYS DE LOIRE**

DRASS des Pays de Loire

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

DDASS Loire Atlantique

M le Dr. J. BACHER, MISP

Conseil général de Loire Atlantique (DGAS)

Mme le Dr VERNET

Mme le Dr DUCROS

Agence régionale d'hospitalisation (ARH)

M. J-Y. GAGNER

Centre hospitalier de Laval

M. P. MARIN, directeur

Mme LEMOINE, directrice adjointe

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

Mme BOURBAN, cadre du pôle « mère enfant »

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

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

Mme BEAUMONT, conseillère conjugale

Mme MOREAU, secrétaire au CIVG

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

CHU de Nantes

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

Mme C. DUPUY COUPPAIN, cadre sage-femme

Mme F. ARAGOT, sage-femme

Mme M. GELABALE, directeur des soins

Clinique Jules Verne (PSPH)

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

Mme le Dr R. MOULLIER

Mme Hubert, Directrice

Mme DEBARD, Directrice financière

Mme F. BARDY, sage-femme

Mme B. BONIFACE, conseillère conjugale et familiale

Mme L. CUANY, conseillère conjugale et familiale

Mme C. GOUAUD, secrétaire médicale

Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse

M. M. DUBREIL, infirmier

CPAM Saint Nazaire

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

Autres professionnels

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

- **REGION LIMOUSIN**

DRASS du Limousin

Mme F. DELAUX, directrice régionale

Mme le Dr. E. MILOR, MIGSP

M T. GUYONNET, pharmacien inspecteur

Mme V. LIVERTOUT, statisticienne

Mme P. VIALE, inspectrice

DDASS de la Corrèze

Mme le Dr. C. DIEDERICH, MISP

Conseil général de la Corrèze

Mme le Dr. CHASSAGNOL

DDASS de la Creuse

M. le Dr C. GILLES, MISP

DDASS de la Haute Vienne

M. le Dr. M. BOULLAUD, MISP

ARH

M. ROEHRICH, directeur

Ordre régional des pharmaciens

M.Y. TARNAUD, président

CPAM Haute Vienne

M. P. ORLIAC, directeur

M. B. GOURAUD, responsable service prévention

MSA Limousin

M. L. MARTIN, directeur général par intérim,

M le Dr AIMEDIEU, médecin conseil MSA

Service droits des femmes

Mme A.M. CHASTRE, chargée de mission départementale

CHU de Limoges

Mme M. SENGUELEN, directrice adjointe

Mme Le Dr. J. MOLLARD, responsable du CIVG

Mme F. VILLEFAYAUD, sage-femme cadre supérieur

Mme A.M. POURCHET, sage-femme cadre

Mme DUGUET, conseillère en économie sociale et familiale

Clinique des Emailleurs

M WASILEVSKI, directeur

M le Dr EYRAUD, gynécologue obstétricien

Mme WEHBE, sage-femme

Centre Hospitalier de Tulle

Mme E. DEBAISIEUX directrice adjoint

Mme le Dr. V. MEHADIER

Mme A. DUPRE secrétaire médicale

Rectorat

Mme C. GARCIA, infirmière, conseillère technique

Lycée agricole de Naves

M. C. SEGALER, Proviseur

M. M. FAOURI, Proviseur adjoint

Mme M. LEPOTTIER, Infirmière scolaire

MFPH

Mme G.VAST

- **REGION PARIS-ILE DE FRANCE**

DRASSIF

Mme le Dr. J. DEVORT, MISP

DDASS de Seine-Saint-Denis

Mme le Dr E. VANHECKE, MISP

DDASS du Val d'Oise

Mme le Dr. D. SERVAIS, MISP

Mme le Dr. S. MICHAUD, MISP

Assistance publique/Hôpitaux de Paris

Mme le Dr. CARICABURU, direction de la politique médicale

Centre hospitalier Louis Mourrier, Colombes

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

Mme le Dr B.FOUGEYROLLAS, médecin généraliste

Mme J LANOUE, infirmière,

Mme H. COEVOET, infirmière

Mme C. AILLET, infirmière

M. CATHELINÉAU, directeur des finances

Centre hospitalier du Kremlin Bicêtre

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

Centre hospitalier Jean Verdier, Bondy

M. le Dr BENCHIMOL, chef du pôle Mère enfant

Mme FERVÉL, sage femme

Clinique des Lilas, Près Saint Gervais

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

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

Mme F. GOUALARD, sage-femme

Mme C PALLAIS, psychologue,

Mme C. MILAN, conseillère conjugale et familiale

Mme M. GRUNDMANN, secrétaire médicale,

Mme F. MOY, secrétaire médicale,

Centre de santé des cygnes, Saint-Denis

Mme le Dr J. GUILBAUD, chef de service

Centre hospitalier, Pontoise

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

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

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

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

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

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

Clinique du Parisis, Cormeilles en Parisis

M. P. GARCIA, directeur

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

M. le Dr. COULLOMB, gynécologue obstétricien

Centre hospitalier de Corbeil

Mme le Dr. GUERRE

Clinique des Bluets

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

Centre hospitalier Saint Vincent de Paul

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

Institut mutualiste Montsouris, établissement PSPH

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

MFPE

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

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

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

Département de Paris

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

- **REGION ALSACE**

DRASS

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

Centre hospitalier Hautepierre, Strasbourg

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

Centre hospitalier CMCO/SIHCUS

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

Centre hospitalier Mulhouse

Mme A. BOURGEOIS, infirmière

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

MFPP

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

Conseil Général du Haut Rhin, service de PMI

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

- **REGION NORD- PAS DE CALAIS**

Centre hospitalier de Roubaix

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

DRASS

Mme le Dr VERITE, médecin inspecteur régional adjoint

- **REGION PACA**

DRASS

Mme le Dr. M. BENSADOUN, MISP Région PACA

Etablissements hospitaliers

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

Centre hospitalier de Draguignan

Mme Carole BRISION

- **REGION CORSE**

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

- **REGION BOURGOGNE**

M. le Dr. D. VAILLANT, MISP, DDASS de la Nièvre

Mme C. ALLOSSERY, CPAM Nevers

- **BRUXELLES (BELGIQUE)**

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

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

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

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

Annexe 1 : tableaux des propositions figurant dans les rapports thématiques

Principales recommandations de la mission relatives à l'interruption volontaire de grossesse

N°	Recommandation
1	Réexaminer l'architecture du dispositif d'information statistique sur l'IVG.
2	Organiser au niveau central la synthèse et la confrontation des données issues des récents travaux d'enquête et d'études sur la prise en charge des IVG.
3	Compléter le dispositif d'information pour disposer de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'orientation de la prise en charge de l'IVG.
4	Utiliser la méthode du « testing » pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG.
5	Etudier la faisabilité et les modalités d'une enquête de satisfaction auprès des femmes ayant réalisé une IVG.
6	Prévoir de compléter les enquêtes nationales par des études d'administration comparée.
7	Inscrire l'activité d'IVG dans les éléments d'appréciation de la conférence régionale de santé en charge de participer par ses avis à la définition des objectifs et actions de l'ARS.
8	Prévoir dans les SROS un volet relatif à la prise en charge de l'IVG dans les différentes structures de l'offre de soin, y compris la médecine libérale, les CPEF et centres de santé.
9	Préserver, pour cette activité de santé qui ne connaît que très peu de problème de sécurité sanitaire, une pratique dans des établissements de santé de proximité, qui n'oblige pas les patientes à des déplacements mal commodes et onéreux.
10	Inscrire l'activité d'IVG comme une activité de santé à part entière dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signé entre les ARS et le conseil national de surveillance, avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs.
11	Inscrire l'activité d'IVG comme une activité de santé à part entière dans les contrats d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et les établissements de santé.
12	Intégrer l'activité d'IVG dans les projets d'établissement et de pôle.
13	Adopter une stratégie souple dans les choix d'organisation de l'activité d'IVG au sein des établissements.
14	S'assurer dans les modalités d'organisation que l'activité se déroule dans de bonnes conditions, permettant notamment de préserver l'anonymat, de renforcer la discrétion, et d'être attentif à la « bienveillance » des femmes tout au long de leur parcours.
15	S'assurer de l'objectivité de l'information délivrée pour permettre aux femmes d'exercer un choix réel quant à la méthode.
16	Assurer dans les établissements la possibilité de recourir à tout moment aux différentes techniques d'IVG, y compris l'IVG par aspiration dans les cas où le processus médicamenteux est mal supporté par une patiente.
17	Rédiger un cahier des charges précisant les conditions minimum (notamment moyens en personnel et aménagements matériels) de mise en œuvre de l'IVG médicamenteuse en établissement.

18	Maintenir et promouvoir l'IVG par aspiration sous anesthésie locale, en veillant notamment à la formation des soignants à cette technique.
19	Régler les contradictions internes au dispositif régissant les pratiques médicales en matière d'IVG en privilégiant le renvoi aux recommandations professionnelles par rapport à la réglementation.
20	Saisir la HAS pour qu'elle effectue une analyse du suivi des conditions de mise en œuvre de ses recommandations en vue de procéder à leur actualisation.
21	Se donner les moyens de mieux développer l'IVG médicamenteuse en ville.
22	Poursuivre l'effort de revalorisation engagé pour amener le forfait IVG à un niveau permettant d'en couvrir les coûts.
23	Inscrire l'activité d'IVG dans le droit commun de la tarification hospitalière fondée sur les coûts.
24	Redéfinir les conditions dans lesquelles est mis en œuvre le reste à charge en préservant l'anonymat, pour les femmes qui le souhaitent, dans le paiement du ticket modérateur, et le recours à l'aide médicale d'Etat pour sa prise en charge.
25	Afin de pallier les dépassements d'honoraires, revoir la liste des consultations et des actes couverts et étendre dans le périmètre pris en compte l'ensemble des actes indispensables à la réalisation de l'IVG, dont l'échographie de contrôle.
26	Intégrer à sa juste place, dans la carrière des professionnels, l'activité d'IVG et de l'orthogénie.
27	Intégrer dans la formation initiale et les stages pour les professionnels en formation (internes, médecins généralistes, sages femmes, infirmières) un passage dans un centre d'IVG accompagné par le tuteur de stage pour les interventions.
28	Encourager la mise en place de diplômes universitaires (DU) intégrant les différents personnels de santé impliqués dans l'activité d'IVG et d'orthogénie.

Principales recommandations de la mission sur la contraception

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

Principales recommandations de la mission relatives à l'éducation à la sexualité, à l'information et à la communication

N°	Recommandation
1	Faire un état des lieux de la situation concernant la mise en œuvre de l'article L 312-16 du Code de l'éducation
2	Lancer une mission interministérielle IGAS-IGAEN visant à proposer des modalités concrètes d'actions pour intensifier l'effort d'information et l'éducation à la sexualité en direction des jeunes
3	Mettre en place un dispositif de pilotage et de suivi opérationnel avec des indicateurs de performance permettant de suivre les progrès réalisés dans chaque établissement scolaire en matière d'éducation à la sexualité
4	Clarifier le financement : évaluer les besoins et la répartition entre les différents financeurs en fonction des compétences de chacun
5	Recenser les ressources mobilisables pour mener les actions d'information et d'éducation à la sexualité au niveau de chaque région : organismes concernés, personnes qualifiées
6	Développer les actions d'information et d'éducation par les pairs auprès des jeunes
7	Recenser et diffuser les expériences innovantes et bonnes pratiques en matière d'information et d'éducation à la sexualité dans et hors de l'institution scolaire
8	Développer des protocoles d'évaluation pour apprécier l'impact des actions menées en matière d'information et d'éducation à la sexualité
9	Renforcer la formation des professionnels qui entrent en contact avec les jeunes hors du système scolaire, (professionnels des missions locales, foyers de jeunes travailleurs, associations de jeunesse)
10	Intégrer dans cette formation, à côté de l'information directement opérationnelle, une approche des questions sensibles auxquelles les jeunes peuvent être confrontés
11	Prévoir dans les programmes d'étendre cette formation au-delà des éducateurs à toute l'équipe éducative notamment les directeurs d'établissements (PJJ, CFA, AFPA etc...)
12	Pour la PJJ, systématiser les actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes sous main de justice
13	Inscrire l'éducation à la sexualité dans les orientations des commissions de coordination des politiques publiques de santé
14	Faire au niveau local l'inventaire des différents lieux d'accueil des jeunes en situation de précarité pour y développer des actions d'information et d'éducation à la sexualité
15	Si une maison des adolescents est adossée à l'hôpital, inclure la possibilité de donner l'information sur la planification familiale et la contraception

16	Si le personnel de santé fait des interventions en milieu scolaire, dans le cadre de la planification familiale, voir comment élargir les lieux d'intervention (missions locales, PJJ etc....
17	Renforcer les formations de formateurs et les actions menées par le MFPPF dans le cadre du partenariat avec l'Etat et mettre dans les conventions avec les associations qui interviennent auprès des populations en situation de vulnérabilité un volet contraception.
18	Mettre à profit les actions collectives menées dans les centres de PMI, pour donner l'information sur la contraception
19	Prévoir de diffuser aussi des informations sur la contraception en direction des hommes présents dans les institutions (CHRS, CADA...)
20	Prévoir que les campagnes nationales de communication sur ces thématiques soient régulièrement réitérées
21	Renforcer les déclinaisons locales des campagnes nationales de communication
22	Associer à la définition des campagnes nationales d'information des personnes cibles.
23	Revoir la définition des campagnes en direction de l'outremer, diffuser les documents d'information dans l'ensemble des collectivités ultramarines

**Annexe 2 : Contraception et contraception
d'urgence dans les objectifs de
la loi de santé publique**

OBJECTIF 97

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population • Contraception

Contraception

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

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

INDICATEURS PRINCIPAUX

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

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

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

Taux d'incidence des IVG

En 2005, 206 311 femmes ont eu recours à une IVG en France métropolitaine soit 14,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Les taux d'IVG sont stables depuis 2002 après avoir augmentés régulièrement à partir de 1995 où le taux était de 12,3‰². Les taux de recours à l'IVG sont très différenciés selon les générations, allant de 26,0‰ entre 20-24 ans à 5,4‰ chez les femmes de 40 à 44 ans. Chez les mineures, le nombre d'IVG est en augmentation. De 9 600 IVG en 1998 et 10 200 en 2001, il est de 12 600 en 2005.

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

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

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

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

INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Vente de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence

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

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

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

4,6% des femmes potentiellement concernées par la contraception n'utilisent pas ou pas systématiquement de moyen contraceptif. Celles qui ont recours à un moyen contraceptif utilisent à 58,7% la pilule, 24,2% le stérilet et 11,5% le préservatif masculin. Ces modes de contraception représentent 94,4% des méthodes employées. L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2006, notamment chez les plus jeunes.

14,3 pour 1 000 femmes ont eu recours à une IVG en 2005, mais les taux sont stables depuis 2002. Les taux varient selon les régions, les IVG étant plus fréquentes dans le sud de la France et dans les DOM. Les délais de rendez-vous pour la réalisation d'une IVG dans un établissement de soin sont stables en 2005.

1. Femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, déclarant avoir eu des rapports sexuels avec pénétration, non enceintes et non stériles.

2. Vilain A., 2006. « Les interruptions de grossesse en 2004 ». *Études et Résultats*, DREES, n° 522, septembre.

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population • Contraception

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

	Oui	Ça dépend des fois	Non
15-19 ans (n = 378)	95,20	2,70	2,10
20-24 ans (n = 616)	98,40	1,40	0,20
25-34 ans (n = 2103)	95,90	1,10	3,00
35-49 ans (n = 2957)	94,40	1,10	4,50
Total (n = 6054)	95,40	1,20	3,40

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

Champ: France métropolitaine.

Sources: Baromètre Santé 2005.

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

	Stérilisation tubaire	Stérilet	Implant, patch, anneau	Pilule	Préservatif masculin	Autres méthodes exclusivement
15-19 ans (n = 370)	0,00	0,00	0,80	78,10	20,90	0,20
20-24 ans (n = 612)	0,00	1,10	1,10	87,70	9,60	0,50
25-34 ans (n = 2030)	0,20	16,90	1,80	87,00	11,50	2,60
35-49 ans (n = 2787)	3,90	38,20	1,10	43,30	10,60	2,90
Total (n = 5799)	2,00	24,20	1,30	58,70	11,50	1,30

Champ: France métropolitaine.

Sources: Baromètre Santé 2005.

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

	2000	2005
15-19 ans	12,2 (n = 241)	31,5 (n = 442)
20-24 ans	16,0 (n = 502)	31,8 (n = 765)
25-34 ans	10,0 (n = 1 689)	16,8 (n = 2 794)
35-49 ans	6,3 (n = 1 952)	8,6 (n = 4 070)
Total	8,9 (n = 4 414)	15,2 (n = 8 071)

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

Champ: France métropolitaine.

Sources: Baromètres santé 2000 et 2005.

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

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

Champ: France métropolitaine.

Sources: Baromètre Santé 2005.

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

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

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

Lecture: En 2002, la moitié des établissements déclarent un délai supérieur à 10 jours et la moitié un délai inférieur. 25% des IVG sont réalisées dans les 8 jours suivant la date de la demande et 25% au-delà de 15 jours.

Champ: France métropolitaine.

Sources: SAE.

Tableau 6 • Nombre de boîtes de Norvevo® vendues

Année	750 mg (2 cp)	1 500 mg (1cp)*
1999	165 719	-
2000	569 104	-
2001	623 954	-
2002	725 753	-
2003	811 433	-
2004	818 538	99 766
2005	89	1 033 204
2006	-	1 100 053

* Conditionnement apparu en 2004.

Champ: France entière.

Sources: GERS.

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

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

MÉTHODOLOGIE • Enquêtes téléphoniques de type déclaratif, sondage aléatoire.

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

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

SOURCES • Statistique annuelle des établissements (SAE).

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

CHAMP • Officines pharmaceutiques, France entière.

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

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

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

Sigles utilisés

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

Bibliographie

Ouvrages

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enquête ESPAD 2003. Paris, OFDT-INSERM, 2004

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), *Enquête sur les conditions de délivrance du Norvele* ®. Fort-de France, ORS Martinique, 2007, 39 p.

http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport_norlevo.pdf

Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants (EPSE), *Enquête sur la santé des étudiants dans les DOM*. Paris, LMDE, 2008, 8 p.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), *Les professionnels de santé : comptes rendus des auditions : tome 3 : rapport 2005*. Paris, La documentation française, 2006, 223 p.

POLETTI B., Rapport d'information sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Paris, Assemblée nationale, n°1206, 2008, 41 p.

PONS J.-C., VENDITTELLI F. et LACHCAR P., L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Paris, Masson, 2004, 331 p.

STIEN L. Dr, Comment améliorer la prévention des grossesses adolescentes du Gers. Rennes, ENSP, 2004.

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

UZAN M., Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998, 65 p.

VANHECKE E., L'interruption volontaire de grossesse en ville : une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG. Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis. Rennes, ENSP, 2006, 65 p.

VILCHIEN D., GAL C. et SALZBERG L., Le statut des conseillères conjugales et familiales. Paris, IGAS, 2006, 47 p.

ZIMMERMANN M.J., Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Paris, Assemblée nationale, n°2714, 2005, 313 p.

Articles de périodiques

AUBENY E., « Contraceptif post coïtal : pas avant ! » La Revue Prescrire, 2005, 25, n°267, p. 868.

AUBENY E. et al. « The Coraliance study : non-compliant behaviour. Results after a 6-month follow-up of patients on oral contraceptives », The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2004, 9, n°4, p. 267-277.

BAJOS N. et al. « Contraception at the time of abortion : high-risk time or high-risk women ? », Human Reproduction, 2006, 21, n°11, p. 2862-2867

BAJOS N. et al. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » Population et Sociétés, n°407, décembre 2004.

BAJOS N., LERIDON H. et JOB-SPIRA N., « La contraception en France dans les années 2000. Introduction au dossier », Population, 2004, 59, n°3-4, p. 409-418.

BAJOS N. et al. « Les inégalités sociales d'accès à la contraception », Population, 2004, 59, n°3-4, p. 479-502.

BAJOS N. et al. « Contraception : from accessibility to efficiency », Human Reproduction, 2003, 18, n°5, p. 994-999.

BENNIA-BOURRAÏ S., ASSELIN I. et VALLEE M., « Contraception et adolescence, une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens », Médecine, 2006, 2, n°2, p.84-89.

BIRMAN C., « Législation européenne sur l'avortement », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

BOMBBEREAU G., « La contraception, les grossesses à l'adolescence, les IVG et la sexualité en Guadeloupe », *Info santé*, 2004, n°13.

BOUDAN V., « L'IVG demeure une pratique fréquente », *Info santé*, 2004, n°12.

Centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) – hôpital Laënnec – Creil, « Interruptions volontaires de grossesse par association médicamenteuse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée au centre hospitalier de Creil », Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, 28 novembre 2005, Amiens.

COLLET M., « Etude de la satisfaction des usagères de maternité à l'égard du suivi des grossesses et du déroulement des accouchements », *études et résultats*, septembre 2008, n°660, 6 p.

« Contraception post coïtale : trop de pharmaciens en défaut », *La revue Prescrire*, 2008, 28, n°300, p.775.

DELOTTE J. *et al.* « Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises », *Gynécologie, Obstétrique, fertilité*, 2008, 36, n°1, p. 63-66.

FAUCHER. P. « L'IVG à domicile », *Réalités en gynécologie-obstétrique*, octobre 2006, n°114.

FAUCHER P., DAPPE S. et MADELENAT P., « Maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2002, 30, n° 12, p. 944-952.

FOURNIER C., « Aider les femmes à choisir leur méthode », *Le concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1053-1056.

GARBIN O. *et al.* « Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation “, *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 2006, 129, n°1, p. 36-40.

GERONIMUS AT., « Teenage childbearing as cultural prism », *British Medical Bulletin*, 2004, 69, n°1, p. 155-166.

GOSSELIN P., « La responsabilité des personnels de l'éducation nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une intervention volontaire de grossesse », *Lettre d'information juridique*, n° 128, octobre 2008, p. 36-38.

GOUALARD F., « Que fait la sage-femme au Centre d'Orthogénie de la Maternité des Lilas ? », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

GOULARD H. *et al.* « Contraceptives failures and determinants of emergency contraception use », *Contraception*, 2006, 74, n°3, p. 208-213.

GROSSMAN D. et JARVIS S., « Should the contraceptive pill be available without prescription ?”, *British Medical Journal*, 2009, 338, n°7688, p. 202-203.

HASSOUN D. « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : alternatives à l'hospitalisation en gynécologie-obstétrique », *La lettre du gynécologue*, avril 2005, n°301, p. 23-26.

HENSHAW S. K., SINGH S. et HAAS T., « Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde », *Perspectives Internationales sur le Planning familial*, 1999, n° spécial, p. 26-30.

HENSHAW RC. et al. « *Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : women's preferences and acceptability of treatment* », *British Medical Journal*, 1993, 307, n°6906, p. 714-717. *La revue du praticien*, 2008, 58, n° 1

LAMARCHE J. et MATET N., « L'accès en urgence : le dispositif actuel », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1051-1052.

LERIDON H. et al. « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, 2002, n°381, 4 p.

MARIE P., CHAMPOLLION S. et OURABAH R., « Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? », *Exercer*, 2008, 19, n°80, p. 13-16.

MATET N., « La contraception d'urgence, une méthode « de rattrapage », *Vocation Sage- Femme*, 2008, 7, n°64, p. 11.

MATET N., BASSET B. et DAB W., « Sages-femmes et contraception : une opportunité à saisir », *La Revue Sage-Femme*, 2005, 4, n°2, p. 53-56.

MOREAU C. et al. « Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a French population-based cohort », *Human Reproduction*, 2009, 24, n°6, p. 1387-1392.

MOREAU C. et al. « The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives : results from a French national cohort study », *American Journal of Public Health*, 2009, 99, n°3, p. 441-442.

MOREAU C. et al. « Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey », *Human Reproduction*, 2007, 22, n°9, p. 2422-2427.

MOREAU C. et BAJOS N., « *Impact de la démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1047-1050.

MOREAU C. et al. « *The remaining barriers to the use of emergency contraception : perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions* », *Contraception*, 2005, 71, n°3, p. 202-207.

MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J., « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 503-517.

MOSSUZ-LAVAU J., « Le planning familial reste essentiel », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2595, 6 février 2009, p. 42-43.

PISON G., « France 2008 : pourquoi le nombre de naissances continue-t-il d'augmenter ? », *Population et sociétés*, 2009, n°454, 4 p.

POLIS CB. et al. « Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention : a meta-analysis », *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 110, n°6, p. 1379-1388.

REGNIER-LOILIER A. et LERIDON H., « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? », *Population et sociétés*, 2007, n°439, 8 p.

RENARD V. et al. « *Un partenariat original pour former les médecins généralistes* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1057-58.

ROBIN G., MASSART B. et LETOMBE B., « La contraception des adolescentes en France en 2007 », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2007, 35, n°10, p. 951-967.

ROSSIER C. et PIRIUS C. « Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, 2007, 62, n°1, p. 57-90.

SINGH S., DARROCH JE., FROSTE J. and the study team, "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behaviour : the case of five developed countries", *Family planning perspectives*, 2001, 33, n°6, p. 251-259 et 289.

TRUSSEL J. *et al.* « Should oral contraceptives be available without prescription ? », *American Journal of Public Health*, 1993, 83, n°8, p. 1094-1099.

VILAIN A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 » *Etudes et résultats* n°659, septembre 2008.

WALSH TL. *et al.* "Effectiveness of the male latex condom : combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials", *Contraception*, 2004, 70, n°5, p. 407-413.

WESTOFF CF., "Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion", *Family Planning perspectives*, 1988, 20, n°1, p. 4-13.

Sites internet

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), « La prise en charge des femmes françaises », CNGOF, 2000

http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

VAUTRAVERS A. et NISAND I., « IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée - quelles techniques ? 30^e journées nationales du collège national des gynécologues et obstétriciens français », *CNGOF*,

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/009/index.htm

Avortement, contraception : donnée statistique

Institut national d'études démographiques (INED)

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

Contraception hormonale, expérience étrangère :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

http://www.inspq.qc.ca/asp/fr/contraception_accueil.aspx?sortcode=1.48.48.48