



Inspection générale
des affaires sociales

L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures

RAPPORT

Établi par

Stéphanie DUPAYS

Catherine HESSE

Bruno VINCENT

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Avril 2015 -

2014-167R

SYNTHESE

[1] Par une lettre en date du 1^{er} décembre 2014, la ministre en charge de la santé, des affaires sociales et du droit des femmes, Marisol TOURAINE, a chargé l'IGAS d'une mission sur l'accès à la contraception des mineures. La mission a été confiée à Stéphanie Dupays, Catherine Hesse et Bruno Vincent. Cette mission porte sur deux mesures prises dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 et 2014 :

- La LFSS 2013 a instauré la gratuité de la délivrance des contraceptifs remboursables¹ pour les mineures de 15 à 17 ans, ainsi que le droit au secret pour toutes personnes mineures ;
- La LFSS 2014 met en place un tiers payant pour la consultation et les analyses biologiques sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour les mineures de 15 à 17 ans.

1 LES MESURES PRISES DANS LES LFSS 2013 ET 2014 SONT MECONNUES ET PEU APPLIQUEES

1.1 Moins de 1% des délivrances de contraceptifs aux mineures utilisent les mesures de gratuité et secret

1.1.1 En ce qui concerne la gratuité, deux éléments expliquent ce dysfonctionnement

- En dépit des courriers d'information envoyés par les CPAM aux officines, les pharmaciens ignorent cette mesure ou ne la comprennent pas. En effet, la plupart des pharmaciens auditionnés estiment que si la mineure (dans la pratique, ses ouvrants droits) bénéficie d'une couverture complémentaire, la gratuité est déjà établie via une dispense totale d'avance de frais (sauf bien sûr dans les cas où les contraceptifs ne font pas partie des contraceptifs remboursés, mais dans ce cas la mesure LFSS 2013 ne s'applique pas non plus).
- En matière de secret, la complexité de la procédure reposant sur l'utilisation d'un numéro d'inscription au répertoire (NIR) anonyme à la place des identifiants de la mineure rebute les pharmaciens. La confusion avec une procédure de facturation très proche mais pas identique utilisée dans la délivrance de la pilule du lendemain a pu les induire en erreur.

1.1.2 La mission propose d'automatiser, dans les logiciels de facturation des pharmaciens, la procédure d'exonération et de secret, dans la délivrance d'un contraceptif aux mineures

[2] Dans le logiciel de facturation du pharmacien à l'assurance maladie, le croisement des deux données « âge <18 ans » et « contraceptif inscrit sur la liste I » pourrait indiquer au pharmacien de pratiquer la dispense totale d'avance de frais et d'anonymiser l'acte si la mineure le souhaite. Cette modification serait à inscrire dans le cahier des charges que la Cnamts adresse aux éditeurs de logiciels de facturation pharmaceutique.

¹ Cette mesure concerne les contraceptifs remboursables par l'assurance maladie (cf. pilules contraceptives sauf celles de 3e et 4e générations, les implants contraceptifs, les dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilets et les diaphragmes). Le patch, l'anneau, la cape cervicale, les préservatifs et les spermicides ne le sont pas. Voir annexe 3 pour plus de détails.

- [3] Dans un second temps, outre l'utilisation du NIR anonyme, il existe un autre moyen de garantir le secret sans déroger par rapport à une facturation classique. C'est le projet Top anonymat qui supprime l'information indiquant la délivrance d'un contraceptif sur le relevé d'AMO, alors même que la mineure est identifiée dans la facturation avec son véritable NIR et sa date de naissance. L'indication d'une anonymisation intervient après la saisie habituelle de l'identification. Ce projet est en cours de construction à la Cnamts et nécessite des modifications substantielles de la procédure de remboursement avec la création d'un indicateur assurant le secret et l'utilisation d'un circuit de facturation différent du code d'exonération. Par souci de clarté, la mission propose que ce projet soit renommé « Top Confidentialité » au lieu de « Top anonymat »².

1.2 La mise en œuvre du tiers payant dans la consultation et les analyses biologiques ne peut être retracé

- [4] Les mesures votées ne sont pas retraceables dans les bases de la Cnamts car la consultation et l'analyse biologique à visée de prescription contraceptive sont noyées dans la masse d'une part des consultations et d'autre part des analyses lipidiques pour l'essentiel. La mission a constaté sur le terrain que ces mesures étaient méconnues des professionnels. A noter par ailleurs que les laboratoires pratiquent en général déjà le tiers-payant, la mesure n'apportant donc pas de plus value notable au regard de l'existant.
- [5] La mission estime que ces mesures sont insuffisantes car elles n'atteignent pas un objectif de gratuité et surtout empêchent la confidentialité en impliquant les organismes complémentaires qui ne peuvent pas, au regard des clauses contractuelles qui les lient aux ouvrants droit, anonymiser les relevés de remboursement. Ces mesures paraissent donc appeler des actions complémentaires (cf. 3).

2 LES BESOINS DES MINEURES EN MATIERE DE CONTRACEPTION SONT DIFFICILES A IDENTIFIER, MEME SI LA CONFIDENTIALITE SEMBLE PLUS CRUCIALE QUE LA GRATUITE

- [6] Tout d'abord, précisons que les données épidémiologiques concernant la contraception des mineures sont favorables : le nombre de grossesses précoces (naissances + IVG) est en diminution. On compte 3 838 naissances en 2013 (chiffre le plus bas depuis les années 2000) et 12 000 avortements en 2013 contre respectivement 4 148 et 14 000 en 2006, sans que ces baisses s'expliquent par des évolutions démographiques. Le recours à la contraception est massif, malgré la « crise de la pilule » récente : près de 99,1% des femmes de 15-17 ans sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfant déclaraient en 2010 utiliser un moyen de contraception selon l'Inserm. Pour autant, d'importants problèmes d'observance et une très mauvaise connaissance de la reproduction peuvent entraîner des échecs contraceptifs, comme en atteste le fait que 70% des IVG sur mineures interviennent chez des jeunes femmes qui prenaient un contraceptif à la date de la conception.
- [7] Le principal élément permettant d'améliorer l'accès à la contraception relèverait donc de l'éducation à la sexualité et de l'information. Pour cette raison, la mission préconise le lancement rapide d'une évaluation rigoureuse de la loi du 4 juillet 2001 et en particulier du principe posé d'une information et d'une éducation à la sexualité dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène, les différents constats réalisés par la mission tendant à montrer que les mises en œuvre actuelles sont éloignées de l'objectif fixé en 2001.

² En effet, l'anonymat se distingue de la confidentialité-secret au sens où l'anonymat ne permet aucune conservation informatisée de l'identité de la mineure (cf. NIR anonyme sans utilisation de carte vitale) tandis que la confidentialité est simplement une anonymisation des relevés mais l'identification de la mineure reste possible dans les bases de l'assurance maladie, par exemple en cas de crise sanitaire nécessitant de recontacter la mineure concernée.

- [8] En ce qui concerne le coût de la contraception, il est rarement évoqué comme frein. Pour le secret, s'il est difficile d'évaluer de façon fiable le besoin de confidentialité, la mission considère raisonnable de l'estimer à environ un cinquième des mineures, mais la mission souligne que lorsque le secret est requis il est crucial qu'il soit respecté. D'un point de vue pratique, la prise en charge totale par l'AMO, en diminuant le nombre d'acteurs en jeu (les assurances maladies complémentaires ne sont plus concernées) facilite la confidentialité tout au long du parcours contraceptif jusqu'aux informations apparaissant dans le relevé des parents. C'est à ce titre que la mission propose une extension de la gratuité et du secret, soit pour toutes les mineures, soit pour celles qui demandent le secret.
- [9] Enfin la mission estime qu'un des besoins non couverts importants concerne les jeunes femmes de 18 à 24 ans qui ont, dans une large proportion, une pratique sexuelle. Dans cette tranche d'âge, peu d'entre elles disposent d'une autonomie financière. On observe un recours à l'IVG beaucoup plus élevé chez les 18-24 ans qu'entre 15-17 ans (plus de deux fois plus élevé pour les 18-19 ans et plus de trois fois plus élevé pour les 20-24 ans). Enfin, si les pratiques sexuelles sont rares avant 15 ans, cette tranche d'âge est la plus vulnérable. Or ces jeunes adolescentes sont aujourd'hui dans une situation pour le moins ambiguë : la LFSS 2013 leur garantit le secret mais ne leur offre pas la dispense d'avance de frais. Cette incohérence est d'autant plus problématique que, ces mineures n'ayant quasiment aucune autonomie financière, sans la gratuité, il est quasiment impossible de parvenir à mettre en place le secret. Harmoniser les critères d'âge entre les mesures de secret et de dispense d'avance de frais par une extension de la gratuité apparaît donc nécessaire.

3 DEUX SCENARIOS ET DEUX OPTIONS TECHNIQUES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

3.1 Au stade de la consultation, deux options techniques permettraient d'assurer la dispense d'avance de frais et le secret

- [10] Au stade de la consultation, la mission a étudié plusieurs options techniques de prise en charge de la consultation pour distinguer lesquelles sont les plus aptes à assurer gratuité totale ou partielle (selon les scénarii envisagés) et secret (pour toutes ou sur demande). Elle en a retenu deux. La première a pour cadre le dispositif actuel de facturation SESAM-Vitale et repose sur l'extension du dispositif Top anonymat de la CNAMTS combiné à l'utilisation d'un code d'exonération (déjà existant dans d'autres situations). La seconde s'en affranchit et repose sur un paiement du professionnel via l'espace professionnel du médecin ou grâce à une procédure manuelle. Ce second système ne dispenserait pas le médecin de s'assurer de l'identité de la mineure et de garder une trace de la consultation et de la prescription à des fins de traçabilité et de contrôle. Contrairement aux Pass contraception développés par nombre de régions, aucune de ces deux options ne nécessitent de démarche préalable des mineures pour se procurer un quelconque document autorisant la prise en charge (cf. chéquiers régionaux avec des coupons). Le dispositif serait accessible auprès de l'ensemble des prescripteurs de contraceptifs remboursables.
- [11] La mission estime que la première option serait la plus facile à accepter par les professionnels de santé car elle ne repose pas sur un dispositif dérogatoire à leurs pratiques et limitent les manipulations nouvelles. Cette option limite de plus les coûts de gestion pour l'assurance maladie dans la mesure où la prise en charge transiterait par le canal habituel de facturation. Les deux options techniques peuvent s'appliquer aux deux scénarii décrits plus bas.

- [12] Précisons que retirer une information de remboursement sur le décompte d'assurance maladie à des fins de confidentialité est un enjeu nouveau dans la mesure où presque aucune prise en charge à ce jour ne repose sur l'anonymisation des relevés d'assurance maladie³. Parvenir à résoudre les difficultés techniques que cela pose sera néanmoins utile à potentiellement d'autres situations (cf. prise en charge de maladie spécifique comme le sida).

3.2 Aligner les modalités de prise en charge de la délivrance de contraceptifs en pharmacie et des analyses biologiques

- [13] Par souci de simplicité, il est souhaitable que les modalités de prise en charge au stade de la délivrance en pharmacie et des analyses biologiques fonctionnent selon le même schéma, quel que soit le schéma final retenu.

3.3 Les scénarii possibles pour la gratuité et la confidentialité

- [14] La mission propose deux scénarii concernant la mise en œuvre de la dispense totale d'avance de frais (ce qui revient donc à atteindre dans la pratique la gratuité). Dans chacune, la confidentialité est soit à la demande de la mineure soit pour toutes. La prise en charge totale par l'AMO, si elle est moins cruciale que la confidentialité, est souvent un moyen d'atteindre plus facilement la confidentialité.

3.3.1 Scénario 1 : Une prise en charge totale par l'AMO

- [15] Une prise en charge totale par l'AMO étendue à la consultation et aux analyses biologiques présente l'intérêt de faciliter les démarches pour le patient et d'assurer plus facilement la confidentialité en supprimant les AMC de la liste des acteurs concernés. Pour la pharmacie, le dispositif est inchangé. Pour les laboratoires d'analyse, la procédure est alignée sur la pharmacie. A périmètre constant, ce scénario est plus coûteux pour l'AMO que le scénario 2 mais présente l'intérêt d'une mise en œuvre simplifiée pour les professionnels de santé et les bénéficiaires.

3.3.2 Scénario 2 : Une prise en charge par l'AMO couplée à l'AMC lorsque cela est possible

- [16] La prise en charge totale par l'AMO serait réservée aux cas où l'assurée n'a pas de mutuelle et/ou demande la confidentialité. La gratuité instaurée par la mesure de 2012 n'est pas remise en cause mais serait atteinte d'une autre manière. Ce système présente l'intérêt de ne pas faire sortir du droit commun la majorité des mineures (à savoir en n'imposant pas la gratuité et la confidentialité aux situations – majoritaires – qui ne le requièrent pas). Il permet de plus de limiter le coût financier de la mesure pour l'assurance maladie obligatoire.

- [17] Les chiffrages des coûts associés au choix du scénario 1 ou 2 sont fonction de l'ouverture ou non du dispositif aux jeunes majeures. L'hypothèse la plus basse financièrement est celle qui fait intervenir l'AMC (scénario 2) sans extension aux 18-22 ans (1,3 millions d'euros) tandis que l'hypothèse la plus élevée financièrement est celle qui fait intervenir uniquement l'AMO (scénario 1) avec extension aux 18-22 ans (29 millions d'euros). Les différentes variantes entre ces deux extrêmes sont présentées en détails dans la partie 3 du rapport.

³ L'IVG peut, à la demande de la patiente, être confidentielle. A l'hôpital, elle l'est entièrement (aucune mention sur le relevé d'assurance maladie) ; en ville, la prise en charge est mentionnée sur le décompte d'assurance maladie d'une façon non identifiable (l'acte n'est pas nommé).

3.4 Enfin la mission propose deux expérimentations

- [18] Afin de résoudre le problème d'accès en milieu rural, la mission propose d'initier sous l'égide de la Haute autorité de santé et du ministère de l'éducation nationale une expérimentation permettant d'évaluer une extension du rôle des infirmières scolaires.
- [19] Par ailleurs, la mission a noté un sujet particulièrement controversé : la possibilité de laisser les pharmaciens prescrire les pilules microprogestatives microdosées sans ordonnance dans le cas d'une primo-délivrance, afin de faciliter l'accès à cette contraception et d'éviter la discontinuité dans la prise de ce contraceptif. La mission propose d'initier sous l'égide de la Haute autorité de santé une expérimentation permettant d'en évaluer l'impact sanitaire et social.
- [20] En conclusion, la mission souligne la nécessité d'informer les mineures sur les dispositifs existants, mais également les professionnels. Pour ces derniers, un simple courrier de l'Assurance maladie est insuffisant pour les faire prendre conscience des évolutions législatives. Une campagne s'appuyant sur les organismes professionnels serait souhaitable.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
1 LES MESURES PRISES DANS LES LFSS 2013 ET 2014 SONT MECONNUES ET PEU APPLIQUEES	3
1.1 Moins de 1 % des délivrances de contraceptifs aux mineures utilisent les mesures de gratuité et secret.....	3
1.1.1 En ce qui concerne la gratuité, deux éléments expliquent ce dysfonctionnement.....	3
1.1.2 La mission propose d'automatiser, dans les logiciels de facturation des pharmaciens, la procédure d'exonération et de secret, dans la délivrance d'un contraceptif aux mineures	3
1.2 La mise en œuvre du tiers payant dans la consultation et les analyses biologiques ne peut être retracé	4
2 LES BESOINS DES MINEURES EN MATIERE DE CONTRACEPTION SONT DIFFICILES A IDENTIFIER, MEME SI LA CONFIDENTIALITE SEMBLE PLUS CRUCIALE QUE LA GRATUITE	4
3 DEUX SCENARIOS ET DEUX OPTIONS TECHNIQUES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE	5
3.1 Au stade de la consultation, deux options techniques permettraient d'assurer la dispense d'avance de frais et le secret.....	5
3.2 Aligner les modalités de prise en charge de la délivrance de contraceptifs en pharmacie et des analyses biologiques	6
3.3 Les scénarii possibles pour la gratuité et la confidentialité.....	6
3.3.1 Scénario 1 : Une prise en charge totale par l'AMO.....	6
3.3.2 Scénario 2 : Une prise en charge par l'AMO couplée à l'AMC lorsque cela est possible	6
3.4 Enfin la mission propose deux expérimentations	7
INTRODUCTION	13
1 LES MESURES DES LFSS 2013 ET 2014 FAVORISANT L'ACCES A LA CONTRACEPTION ET LEUR MISE EN ŒUVRE	14
1.1 La mesure de LFSS 2013 : gratuité et secret dans la délivrance de contraceptifs.....	14
1.1.1 La gratuité dans la délivrance de contraceptifs.....	14
1.1.2 Le secret dans la délivrance de contraceptifs.....	16
1.2 La LFSS 2014 instaure une dispense d'avance de frais pour la part du montant de la consultation et des analyses biologiques prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.....	18
1.2.1 La loi prévoit une dispense d'avance de frais pour la consultation	18
1.2.2 La loi prévoit une dispense d'avance de frais pour les analyses biologiques.....	20
1.3 Comment améliorer la mise en œuvre des mesures des LFSS 2013 et 2014	23
1.3.1 La pharmacie.....	23
1.3.2 La consultation et les analyses biologiques	24
2 LES MESURES NATIONALES PEINENT A REpondre A DES BESOINS PAR AILLEURS MAL IDENTIFIES	24
2.1 Les besoins réels des mineures sont encore insuffisamment connus.....	24
2.1.1 Les données épidémiologiques paraissent évoluer dans un sens favorable.....	24
2.1.2 Des connaissances insuffisantes sur les pratiques sexuelles et la contraception des mineures	26
2.2 Les mesures nationales ciblent mal les besoins.....	28
2.2.1 Un besoin de gratuité et de confidentialité qui ne paraît concerner qu'une minorité des mineures	28

2.2.2	Une spécificité du monde rural difficile à appréhender.....	33
2.2.3	Des bornes d'âge discutables d'un point de vue épidémiologique	34
2.2.4	Le champ restreint des contraceptifs remboursés	37
2.2.5	Une éducation à la sexualité qui reste en deçà des objectifs fixés par la loi	38
3	MIEUX REpondre AUX BESOINS SELON DIFFERENTS SCENARII.....	39
3.1	Deux options techniques au stade de la consultation	40
3.1.1	Option 1 : la dispense totale d'avance de frais et le secret de la consultation dans le dispositif SESAM-Vitale.....	40
3.1.2	Option 2 : la dispense totale d'avance de frais et le secret de la consultation hors du dispositif SESAM-Vitale.....	41
3.2	Aligner les modalités de prise en charge de la délivrance de contraceptifs en pharmacie et des analyses biologiques	42
3.3	Les stratégies possibles pour la gratuité et la confidentialité.....	42
3.3.1	Scénario 1 : Une prise en charge totale par l'AMO.....	42
3.3.2	Scénario 2 : Une prise en charge par l'AMO couplée à l'AMC lorsque cela est possible	43
3.3.3	Les simulations financières.....	45
3.4	Quelques pistes complémentaires pourraient constituer des solutions ponctuelles à certaines difficultés.....	49
3.4.1	La démedicalisation des microprogestatifs : une solution partielle à envisager	49
3.4.2	Un accroissement du rôle des infirmières scolaires : une piste à expérimenter en zone rurale	50
3.4.3	Une rémunération forfaitaire pour la contraception des mineures : une piste écartée par la mission.....	50
3.5	Au-delà de l'amélioration technique des dispositifs, un besoin crucial d'information	51
3.5.1	L'information des professionnels sur les dispositifs doit être renforcée	51
3.5.2	Plus généralement l'information sur l'entrée dans la vie sexuelle et l'éducation à la sexualité doivent être renforcées	51
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	53
	LETTRE DE MISSION.....	55
	LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	57
	LISTE DES SIGLES.....	65
	ANNEXE 1 DONNEES DE CONTEXTE SUR LA SEXUALITE, LA CONTRACEPTION, LES IVG ET LES NAISSANCES CHEZ LES MINEURES	67
	ANNEXE 2 LA SITUATION DES MINEURES A L'EGARD DE L'ASSURANCE MALADIE.....	91
	ANNEXE 3 LES MOYENS DE CONTRACEPTION	93
	ANNEXE 4 L'ACCES GRATUIT ET ANONYME A LA CONTRACEPTION POUR LES MINEURES VIA L'ACTION DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX ET DES CONSEILS REGIONAUX	103
	ANNEXE 5 L'EDUCATION NATIONALE ET LA CONTRACEPTION DES MINEURES.....	119
	ANNEXE 6 SIMULATIONS FINANCIERES.....	127
	CONTRIBUTION ECRITE 1 FEDERATIONS DES ASSOCIATIONS DES ASSOCIATIONS GENERALES ETUDIANTES	129

CONTRIBUTION ECRITE 2 JEUNES ECOLOGISTES.....	137
CONTRIBUTION ECRITE 3 UDI JEUNES	141
CONTRIBUTION ECRITE 4 UNION NATIONALE DES PHARMACIES DE FRANCE.....	147

INTRODUCTION

- [1] L'accès à la contraception des mineures est un enjeu de santé publique qui a fait l'objet de plusieurs avancées successives récentes. Après l'autorisation du recours à l'IVG et à la contraception d'urgence, dont l'accès a été facilité via un système de prise en charge gratuite et anonyme afin d'assurer aux mineures une plus grande autonomie vis-à-vis de leurs parents, les dernières évolutions législatives ont concerné l'accès gratuit et anonyme à la contraception ordinaire.
- [2] Ainsi, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a instauré la gratuité de la délivrance des contraceptifs pour les mineures de 15 à 17 ans, ainsi que le droit au secret pour l'ensemble des mineures. Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, un tiers payant a été adopté pour la consultation et les analyses biologiques à visée contraceptive, toujours pour les mineures de 15 à 17 ans.
- [3] Or, la mise en œuvre de ces deux dernières mesures est apparue défailante si bien que par une lettre en date du 1^{er} décembre 2014, la ministre en charge de la santé, des affaires sociales et du droit des femmes, Marisol TOURAINE, a chargé l'IGAS d'analyser les raisons de ces défaillances et de proposer des solutions pour y remédier.
- [4] Si cette étude des dysfonctionnements des mesures LFSS et les moyens d'y remédier constituent le cœur du travail de la mission, la mission s'est également interrogée sur les élargissements possibles du dispositif qui permettraient de mieux garantir l'accès à la contraception et de mieux répondre aux besoins. Elle a notamment étudié la pertinence des bornes d'âges fixées par les mesures de la LFSS, ainsi que la spécificité des zones rurales.
- [5] Pour ce faire, la mission a conduit des auditions auprès des administrations (DSS, DGS, Cnamts, Inpes) et professionnels concernés (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers et leurs représentants, laboratoires d'analyses, centres de planification et d'éducation familiale, organismes d'assurance maladie, représentants des jeunes, chercheurs...). La mission s'est déplacée sur trois territoires (Ile-de-France, Rhône-Alpes, Aisne) choisis pour leur variété en termes de densité (rural, urbain) ou de sensibilisation à la problématique de la contraception (existence de dispositif tels les Pass contraception régionaux). Sans être représentatifs, les territoires choisis présentent une certaine diversité en matière de densité des professionnels de santé et de caractéristiques sociodémographiques. Pour des contraintes d'agenda, la mission n'a pas traité de la situation particulière de l'outre-mer.
- [6] La mission a également procédé à des analyses statistiques à partir de données fournies par la Cnamts (régime général, hors régime agricole-régime des indépendants-régimes spéciaux), les CPAM ou d'autres acteurs rencontrés afin de mieux éclairer les pratiques de consommation de contraceptifs et de cerner les besoins des mineures. La mission a conduit des simulations financières afin d'évaluer le coût des mesures proposées pour faciliter l'accès à la contraception des mineures ou étendre cet accès au-delà des bornes d'âge actuelles.
- [7] Le présent rapport décrit les mesures des LFSS 2013 et 2014 et analyse les raisons des difficultés de mise en œuvre. Ensuite, il se propose de repartir d'une analyse des besoins des mineures et des conditions à réunir pour leur faciliter l'accès à la contraception (quelle est l'ampleur de la demande de confidentialité, de gratuité ?). Enfin, la mission propose plusieurs stratégies visant à améliorer l'accès à la contraception, stratégies reposant sur deux scénarii de mise en œuvre dont les avantages et les inconvénients sont analysés et chiffrés.

- [8] *Nota Bene* : en dehors du coût des préservatifs masculins et des questions d'éducation sexuelle, le présent rapport ne traite pas du sujet important du rapport des garçons à la contraception dans la mesure où les contraceptifs visés par les mesures à évaluer ne concernent que les filles (à savoir principalement les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération, le stérilet, l'implant). Il est néanmoins souhaitable d'intégrer autant que possible les hommes aux questions de contraception.

1 LES MESURES DES LFSS 2013 ET 2014 FAVORISANT L'ACCES A LA CONTRACEPTION ET LEUR MISE EN ŒUVRE

- [9] Afin de favoriser l'accès à la contraception des mineures, la LFSS 2013 a instauré la gratuité et le secret dans la délivrance des contraceptifs remboursés par l'assurance maladie. La LFSS 2014 a complété cette mesure en mettant en place le tiers-payant systématique pour les consultations et examens médicaux nécessaires à la contraception. Cette partie décrit les changements introduits par chacune des LFSS ainsi que leur mise en œuvre.

1.1 La mesure de LFSS 2013 : gratuité et secret dans la délivrance de contraceptifs

- [10] La délivrance des contraceptifs aux mineures est, comme pour l'ensemble des femmes, assurée en pharmacie et dans une moindre mesure en centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF)⁴. Les mesures adoptées dans la LFSS pour 2013 afin d'améliorer l'accès à la contraception des mineures ne concernent donc que la délivrance en officine et non les CPEF.

1.1.1 La gratuité dans la délivrance de contraceptifs

1.1.1.1 La LFSS 2013 améliore la prise en charge financière en supprimant la participation de l'assurée dans l'achat de contraceptifs pour les mineures

- [11] Selon les termes de l'article 52 de la LFSS pour 2013 (n°2012-1404 du 17 décembre 2012 parue au JO le 18 décembre 2012) repris dans les articles L.322-3 et R.322-9 du Code de la sécurité sociale, la participation de l'assuré est supprimée pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs délivrés aux mineures de 15 à 17 ans. Cela signifie que le ticket modérateur (TM) est supprimé, c'est-à-dire que l'assurance maladie obligatoire (AMO) prend en charge à 100 % le coût des contraceptifs visés au lieu des 65 % remboursés jusque là.

Article L322-3 CODE DE LA SECURITE SOCIALE
Modifié par LOI n°2014-1554 du 22 décembre 2014 – art. 43

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

(...)

21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs ;

Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures

Au I de l'article R. 322-9 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

⁴ La distribution via les Pass contraception régionaux restant à ce jour extrêmement marginale, cf. Annexe 4.

Article R 322-9 du code de la sécurité sociale

« La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est supprimée, par application de l'article L. 322-3 :

(...)

5° Pour les mineures âgées d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition des spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive inscrites sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ainsi que des dispositifs médicaux à visée contraceptive inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1. »

[12] Les contraceptifs entrant dans le champ d'application de la mesure sont :

- Les spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive inscrites sur la liste des spécialités remboursables, prévue au 1er alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ;
- Les dispositifs médicaux à visée contraceptive inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (cf. annexe 3).

1.1.1.2 La mise en œuvre du dispositif de gratuité prévu par la LFSS 2013 selon l'assurance maladie

[13] La date d'application de la mesure d'exonération du TM a été fixée au 31 mars 2013 (décret n°2013-248 du 25 mars 2013, JO du 27 mars 2013). Les spécialités médicales et dispositifs visés sont remboursables sur prescription du médecin ou de la sage-femme. Ceux-ci doivent rédiger la prescription sur une ordonnance isolée. La prise en charge par l'assurance maladie obligatoire concerne toutes les prescriptions de contraceptifs dans le champ de la mesure alors que le secret n'est mis en œuvre que si la jeune fille le demande (cf. infra).

[14] En pratique, la gratuité est assurée par l'utilisation dans la facturation par le pharmacien du code exonération 3.

[15] La Cnamts a informé les syndicats de pharmaciens par courrier et mis à jour les informations sur le site Internet Ameli.fr. Les caisses ont localement relayé cette information aux pharmaciens via des courriers ou courriels.

1.1.1.3 La mise en œuvre effective de la mesure

[16] D'après les données de la CNAMTS, moins de 0,6% des contraceptifs délivrés à des mineures de 15 à 17 ans en 2014 ont fait l'objet d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie⁵. La plupart des pharmacies et des représentants de la profession auditionnés ignorent l'existence de la mesure de prise en charge totale du contraceptif par l'assurance maladie obligatoire. Quand une mineure achète un contraceptif, le pharmacien envoie donc deux facturations, à l'assurance maladie obligatoire pour la part qu'elle prend en charge et à l'assurance complémentaire, le cas échéant si la mineure (ou ses ouvrants-droits) possède une mutuelle, pour le ticket modérateur. Pour les mineures ayant une complémentaire (ce qui signifie dans la majorité des cas « dont les parents ont une complémentaire »), la gratuité est bien obtenue, mais par d'autres moyens que ceux prévus par la loi : en faisant intervenir l'assurance-complémentaire. Pour les mineures sans complémentaire, le ticket modérateur reste à leur charge. Il a également été rapporté à la mission quelques cas où le pharmacien met en œuvre la prise en charge totale par l'assurance maladie obligatoire prévue par la loi quand la mineure n'a pas de mutuelle afin de lui éviter de payer le ticket modérateur.

⁵ A noter que cette statistique est un majorant du nombre de pharmaciens ayant eu recours au dispositif prévu en LFSS 2013 dans la mesure où il existe d'autres cas où la prise en charge se fait à 100% (ex. ALD).

- [17] Plusieurs raisons expliquent la complexité de la mise en œuvre de la mesure :
- La non-lecture des courriers envoyés par les caisses locales (CPAM),
 - La rareté des cas : dans l'activité d'une pharmacie, la délivrance de contraceptifs aux mineures, sans être exceptionnelle, est peu fréquente (en moyenne dix par mois par pharmacie⁶ et donc quelques boîtes par pharmacien/préparateur). En outre, les mineures ne connaissant pas le dispositif, contrairement à la contraception d'urgence (cf. annexe 3), elles ne peuvent attirer l'attention du pharmacien et ce d'autant moins que le besoin d'anonymat (qui implique donc de ne pas faire apparaître la consommation de contraceptifs sur les décomptes AMO et AMC) est loin de concerner toutes les mineures (cf. partie 2.),
 - Certains pharmaciens ne mettent pas en place la prise en charge totale par l'assurance maladie obligatoire car pour eux, si la mineure a une complémentaire, la gratuité est obtenue par le dispositif habituel. La prise en charge par l'AMO leur apparaît redondante,
 - Enfin, au début de la mise en œuvre de la mesure, la difficulté à se faire rembourser a pu décourager les pharmaciens (un pharmacien rencontré par la mission a été confronté à un « rejet » de facturation, qui a mis du temps à être résolu par la CPAM⁷). La confusion avec les modalités de remboursement de la contraception d'urgence, à la fois proches mais non identiques, a également pu entraîner des erreurs et des rejets.

1.1.2 Le secret dans la délivrance de contraceptifs

1.1.2.1 La LFSS 2013 instaure un secret dans la délivrance et la prise en charge

- [18] Dans la loi de financement de la sécurité pour 2013 (Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012, article 52 codifié à l'article L.5134-1 du code de la santé publique), la gratuité de la contraception pour les mineures est accompagnée d'un dispositif de « secret ». A l'absence de consentement parental pour la prescription, la délivrance et l'administration de contraceptifs – disposition déjà présente dans la loi depuis 2001 - s'ajoute le secret dans la délivrance et la prise en charge.

Article L5134-1 CODE SANTE PUBLIQUE

Modifié par LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 52

I.-Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. La délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures. (...)

- [19] La notion de secret diffère de l'anonymat : elle n'exclut pas que la mineure communique son identité au professionnel de santé (médecin, sage-femme, pharmacien qui sont tenus au secret professionnel). En effet, selon l'article R 5132-3 du code de la santé publique, la prescription de produits de santé inscrits sur liste suppose que l'ordonnance précise l'identité du patient. Le secret se comprend donc vis-à-vis de l'autorité parentale, ce qui fait entrer en jeu un autre acteur de la chaîne de prise en charge : les organismes d'assurance maladie.

⁶ 0,5 millions de boîtes de pilules pour le régime général hors sections locales mutualistes soit environ 0,6 millions tous régimes. Comme il y a 22000 pharmacies en France, environ 115 boîtes par pharmacies et par an d'où un peu plus de 10 par mois et par pharmacie.

⁷ D'après le pharmacien, il lui a fallu, en temps cumulé, 2 à 3 heures de travail en lien avec l'assurance maladie pour se faire rembourser, le tout échelonné sur trois mois.

- [20] D'après une précision donnée par Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, qui renseigne sur la lettre du texte, l'idée de cette mesure était de garantir le secret à toutes les étapes du parcours contraceptif jusqu'à la réception du relevé de remboursements par l'AMO et l'AMC : « *Cet amendement est nécessaire afin que les jeunes filles puissent avoir recours à la contraception si elles le souhaitent sans que l'information qui serait faite à leurs parents sur ce point, notamment par les informations issues du remboursement par l'assurance maladie, ne pèse dans leur décision et vienne entraver leur volonté*⁸ ».
- [21] Tel que le texte est écrit, le secret ne concerne que l'étape de délivrance et prise en charge des contraceptifs. Mais si la consultation est couverte par le secret médical, sa prise en charge par les organismes d'assurance maladie pose des difficultés en matière de secret (cf. infra).

1.1.2.2 La mise en œuvre du secret selon l'assurance maladie

- [22] Pour la délivrance de contraceptifs, l'assurance maladie a interprété que le secret devait être garanti, non pour toutes les jeunes filles de façon générale et automatique, mais pour celles qui en font la demande. Cela signifie donc que si la jeune fille le demande, le pharmacien doit mettre en œuvre une procédure d'anonymisation afin que la délivrance du contraceptif ne soit pas mentionnée sur le relevé de remboursement des parents (relevé papier et compte Améli⁹) qui, sont en général, les assurés auxquels la mineure est rattachée.
- [23] Selon la situation de la jeune fille mineure vis-à-vis de l'assurance maladie, la procédure de garantie du secret varie. L'assurance maladie, dans sa communication aux pharmaciens, prévoit trois modalités de facturation du contraceptif par le pharmacien à la CPAM:
- Si la jeune fille mineure a sa propre immatriculation et présente sa carte vitale, alors aucune procédure n'est nécessaire puisque le relevé d'assurance maladie est envoyé à la jeune fille.
 - Si la jeune fille mineure est ayant droit de ses parents, qu'elle présente sa carte vitale individuelle ou celle de ses parents, alors si elle demande le secret, le pharmacien doit renseigner sur la facturation envoyée à l'assurance maladie obligatoire un NIR anonyme¹⁰ (2 55 55 ...042/xx) ainsi que la date de naissance exacte de la mineure. Ainsi, le pharmacien sera remboursé sans que n'intervienne l'assurance maladie des parents.
- [24] Si la mineure ne présente pas de carte vitale, que le secret soit demandé ou non, le pharmacien utilise le NIR anonyme et la date de naissance de la mineure. Ainsi, le pharmacien sera remboursé sans que n'intervienne l'assurance maladie des parents. C'est donc la solution du NIR anonyme que l'assurance maladie a choisie pour garantir le secret. Elle présente l'inconvénient d'empêcher la traçabilité (qui n'est de toutes façons pas assurée par d'autres modes de délivrance de la contraception, les Pass contraception régionaux et la délivrance en CPEF, ces derniers tenant néanmoins un registre retraçant les prescriptions).
- [25] Le NIR anonyme se terminant par 42 ne peut être géré que par le régime général (les CPAM) et non par les autres régimes.

⁸ Assemblée nationale, compte rendu des débats de la deuxième séance du lundi 26 novembre 2012, <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2012-2013/20130073.asp>.

⁹ La mesure ne prévoyait pas d'anonymisation des relevés des complémentaires étant donné le fait que la gratuité détaillée en première sous partie devait reposer sur une prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

¹⁰ Ce NIR anonyme a d'abord été le même que celui utilisé dans la contraception d'urgence (31 mars 2013 au 31 mai 2013 complété de la date de naissance exacte de la jeune fille), puis à partir du 31 mai 2013, un NIR anonyme différent de celui utilisé dans la contraception d'urgence a été créé. Ce NIR spécifique est aussi complété de la date de naissance exacte de la jeune fille (alors que dans la contraception d'urgence, le pharmacien doit renseigner une date de naissance fictive).

1.1.2.3 En pratique, la mise en œuvre effective du secret est très rare car ni le pharmacien ni la jeune fille mineure ne connaissent cette possibilité

[26] D'après les données de la CNAMTS, moins de 1% des contraceptifs délivrés à des mineures de 15 à 17 ans en 2014 ont fait l'objet d'une prise en charge via un NIR anonyme. Lors des auditions, il est apparu que la mesure de secret n'était pas plus connue des professionnels de santé, y compris des pharmaciens, que celle portant sur la gratuité. Cette méconnaissance s'explique en partie par le faible nombre de demandes de la part des mineures qui, si elles connaissent bien la gratuité de la contraception d'urgence, ignorent le dispositif de secret et de gratuité de la contraception « ordinaire » ou n'en perçoivent pas l'intérêt.

[27] Dans la pratique, le pharmacien qui ignore également la prise en charge totale par l'assurance maladie met en œuvre la facturation habituelle (assurance maladie + mutuelle, le cas échéant). Cela a pour conséquence l'absence de secret puisque dans la procédure de facturation habituelle (sans utilisation du NIR fictif), la délivrance de contraceptif apparaîtra bien sur les relevés de l'assuré (des parents dans le cas le plus fréquent), le relevé de l'AMO et de l'AMC le cas échéant. Il a été rapporté à la mission des cas où la mineure souhaitant cacher à ses parents l'achat du contraceptif avait renoncé au remboursement par l'AMO et l'AMC.

1.2 La LFSS 2014 instaure une dispense d'avance de frais pour la part du montant de la consultation et des analyses biologiques prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

1.2.1 La loi prévoit une dispense d'avance de frais pour la consultation

1.2.1.1 Détail et champ d'application de la mesure pour la consultation

[28] La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (LFSS 2014) instaure un tiers-payant sur le montant de la consultation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les consultations concernées peuvent être effectuées par le médecin ou la sage-femme et sont réalisées en vue d'une prescription de contraceptifs ou d'examens biologiques ou peuvent contenir des actes de pose, changement, retrait d'un contraceptif.

Article L162-4-5 CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Créé par LOI n°2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 55

Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

Article L162-8-1 CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Modifié par LOI n°2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 55

La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

- [29] La dispense d'avance de frais ne concerne que la part obligatoire, et non le ticket modérateur qui représente 30% du tarif convention, soit 6.90 euros pour une consultation de 23 euros¹¹. Aucune contractualisation n'a eu lieu concernant les dépassements d'honoraires si bien que le reste à charge pour la mineure peut être augmenté du dépassement si le médecin est en secteur II ou en secteur I avec dépassement autorisé.
- [30] Le site AMELI précise de façon assez confuse, comme les circulaires de la CNAMTS à destination des professionnels, que « Le contraceptif doit être prescrit, par le médecin ou la sage-femme, sur une ordonnance isolée, avec la mention « contraception mineures » en plus des mentions habituelles (identité de la jeune fille mineure, âge...). L'absence de mention « contraception mineures » ne doit toutefois pas faire obstacle à la délivrance ». La référence à cette mention non nécessaire a également pu entraîner une confusion chez les pharmaciens.

1.2.1.2 La mise en œuvre du dispositif prévue par la CNAMTS

- [31] La CNAMTS a précisé la mise en œuvre de ce dispositif. Dans une lettre réseau, la CNAMTS précise que la mineure doit justifier de sa qualité d'assurée sociale ou d'ayant droit (cf. annexe 2 sur la situation des mineures vis-à-vis de l'assurance maladie : selon les statistiques recueillies dans un département 95 % des mineures seraient ayant droit de leurs parents). Le remplissage, par le médecin ou la sage-femme, de la feuille de soins se fait sans anonymisation et à partir des informations disponibles sur la carte vitale (cf. Partie 2 sur la confidentialité). Afin de mettre en œuvre le tiers payant sur la part obligatoire, le professionnel de santé coche la case « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire ». Une dérogation au parcours de soins (applicable à partir de 16 ans) permet à la mineure qui n'a pas encore déclaré de médecin traitant de ne pas voir son remboursement minoré.
- [32] Ces informations ont été communiquées aux organismes des professionnels concernés par la CNAMTS, aux professionnels de santé via les caisses primaires et sur le site Internet Ameli.fr.

1.2.1.3 La mise en œuvre effective

- [33] La mesure n'est pas retraceable dans les statistiques de remboursements des consultations de la Cnamts. En effet, les consultations à visée contraceptive chez les mineures sont fondues dans la masse de l'ensemble des consultations (code acte C pour un généraliste ou CS pour un spécialiste). La mission a tenté de repérer les consultations de mineures suivies de délivrance de contraceptifs en pharmacie mais ces évaluations sont assez instables et sensibles aux hypothèses retenues quant au laps de temps entre consultation et délivrance retenu.
- [34] La mesure est ignorée de la plupart des médecins rencontrés par la mission et davantage connue des sages-femmes.
- [35] Il en résulte que la dispense d'avance de frais est appliquée par le médecin comme dans le cas général, en fonction de la situation financière de l'assurée¹², et sans référence à l'objet de la consultation.
- [36] La mesure ne visant pas à garantir le secret, le remboursement de la consultation est toujours mentionné sur le relevé de l'assurance maladie et, le cas échéant, de l'assurance complémentaire.

¹¹ Le tarif de la consultation est de 23 €. Sur ce montant, l'Assurance Maladie rembourse 70 %, soit 16,10 € (les mineurs ne sont pas concernés par la franchise de 1 €). Le montant du ticket modérateur demeurant à la charge de l'assurée est de 6,90 €

¹² En dehors des cas prévus par la loi (AME, CMU-C etc.), le médecin traitant peut accorder le tiers payant sur la part obligatoire aux patients qui le nécessitent, en particulier ceux qui sont confrontés à des difficultés financières.

- [37] La mineure souhaitant le secret doit donc ne pas utiliser la carte vitale de ses parents et payer l'intégralité de la consultation. Ou alors, un médecin rencontré a rapporté à la mission que pour garantir le secret, ils pouvaient émettre, en plus de l'ordonnance contraceptive, une ordonnance autre pour permettre à la mineure de justifier de la consultation auprès des parents.

1.2.2 La loi prévoit une dispense d'avance de frais pour les analyses biologiques

1.2.2.1 Détail et champ d'application de la mesure 2-2-1 ce que prévoit la loi pour les examens biologiques

- [38] La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 instaure une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses de biologie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les examens liés à la prescription d'un contraceptif. Cette disposition n'exonère pas du ticket modérateur qui s'élève à 40 % du coût des examens biologiques et du prélèvement¹³ (d'après les estimations de la mission, le coût des examens biologiques (avant tout remboursement) varient entre 17 et 28 euros).

**Article L162-4-5 CODE DE LA SECURITE SOCIALE
Créé par LOI n°2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 55**

Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

1.2.2.2 La mise en œuvre prévue par l'assurance maladie

- [39] Une lettre réseau de la Cnamts précise les modalités de mise en œuvre de cette disposition. Là aussi, la dispense d'avance de frais concerne la part obligatoire. La franchise de 0.50 euros sur les prélèvements n'est pas prélevée pour les mineurs.
- [40] La mineure d'au moins 15 ans doit, comme pour la consultation et la délivrance de produits pharmaceutiques, justifier de ses droits et être en possession de la carte Vitale de l'ouvrant droit ou d'une attestation de droits à jour ou à partir de 16 ans, de sa propre carte Vitale individuelle ou d'une attestation de droits à jour.
- [41] Sur la feuille d'honoraires, il suffit de cocher la case « au laboratoire » dans la partie « remboursement » et de mentionner « tiers payant » dans la zone prévue à cet effet.
- [42] Les examens biologiques sont mentionnés sur le relevé de remboursement de l'assurance maladie et, le cas échéant, de l'assurance-complémentaire.

¹³ Quelques exemples de tarifs des analyses usuelles pour une prise en charge contraceptive: Cholestérol : 1.35€ Triglycérides : 1.89 € Exploration anomalie lipidique : 7.29€ glycémie, 1.35€ dosage HCG urines : 6.75€ dosage HCG sang 8.10€(pour la France métropolitaine, un peu plus élevés aux Antilles en Guyane et à la Réunion. S'ajoutent à ces tarifs des forfaits fixes par dossier de biologie (5,40 €), le coût du prélèvement sanguin qui varie de 3,78 €(technicien ou pharmacien biologiste) à 6,08 €selon le préleveur. S'ajoute également une participation forfaitaire d'un euro sur les actes de biologie (max 4 par jour).

1.2.2.3 La mise en œuvre effective

- [43] La plupart des laboratoires d'analyses pratiquant le tiers-payant, la mesure de dispense d'avance de frais ne fait qu'entériner une pratique déjà largement généralisée.
- [44] Quand le secret est important pour la mineure, la remise des résultats (aux parents du mineur) peut poser problème. L'article L1111-5 du Code de la Santé publique prévoit une dérogation au consentement du titulaire de l'autorité parentale lorsque le traitement ou l'intervention l'impose, mais il n'est pas évident que la remise de résultats d'analyses biologiques entre dans le champ de cet article. En toute rigueur, les laboratoires d'analyse, qui ne prennent pas de décisions médicales et n'ont pas en charge le traitement ou l'intervention concernant le mineur, ne peuvent se dispenser, sur le fondement des dispositions de l'article L1111-5 du CSP, de l'information des parents pour divulguer les résultats d'examen au seul mineur. Ce sont donc les dispositions de l'article L1111-2 qui leur sont applicables (« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle [...] sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle »).

Article L1111-5

Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Tableau 1 : Gratuité et secret dans le cas d'une mineure ouvrant droit

	Ce que prévoit la loi		Ce qui est appliqué	
	gratuité	Secret	gratuité	Secret
Consultation	1/3 payant part obligatoire, gratuité sur la part obligatoire mais pas sur le TM et les dépassements	oui, remboursement sur le relevé de la mineure à secret vis-à-vis des parents	1/3 payant (gratuité sur la part obligatoire mais pas sur le TM et les dépassements) ou pas	oui, remboursement sur le relevé de la mineure, secret vis-à-vis des parents (sauf si pour la part AMC elle est encore ayant-droit de ses parents)
Délivrance	Gratuité totale, prise en charge par l'AMO	oui	Prise en charge par AMO et AMC donc gratuité uniquement si la mineure a une complémentaire	Rarement mis en œuvre, mais comme la mineure a son propre relevé d'AM, le secret est garanti. (sauf si pour la part AMC elle est encore ayant-droit de ses parents)
Examens biologiques	1/3 payant part obligatoire	oui, remboursement sur le relevé de la mineure → secret vis-à-vis des parents	1/3 payant en général	oui, le relevé de la mineure (sauf si pour la part AMC elle est encore ayant-droit de ses parents) → secret vis-à-vis des parents

Source : Auteurs.

Tableau 2 : Gratuité et secret dans le cas d'une mineure ayant droit de ses parents qui présente la carte vitale de ses parents ou la sienne

	Ce que prévoit la loi		Ce qui est appliqué	
	remboursement	secret	remboursement	Secret
Consultation	1/3 payant part obligatoire	Non, remboursement relevé des parents → pas de secret vis-à-vis des parents	1/3 payant ou pas	Non, relevé des parents AMO (et AMC le cas échéant) → pas de secret pas de secret sauf si la mineure renonce au remboursement
Délivrance	Gratuité totale, prise en charge par l'AMO	Oui, pas d'info. sur le relevé des parents	Prise en charge par AMO et AMC donc gratuité uniquement si les parents ont une complémentaire	Non, relevé des parents AMO (AMC le cas échéant) → pas de secret sauf si la mineure renonce au remboursement
Examens biologiques	1/3 payant part obligatoire	Non, relevé des parents → pas de secret vis-à-vis des parents	1/3 payant en général	Non, relevé des parents AMO (et AMC le cas échéant) → pas de secret pas de secret sauf si la mineure renonce au remboursement

Source : Auteurs.

Tableau 3 : Gratuité et secret dans le cas d'une mineure ayant droit de ses parents qui n'a pas de carte vitale

	Ce que prévoit la loi		Ce qui est appliqué	
	remboursement	secret	remboursement	Secret
Consultation	1/3 payant part obligatoire	Non, remboursement relevé des parents → pas de secret vis-à-vis des parents	Pas de 1/3 payant, la mineure paie la consultation et se fait rembourser ensuite en envoyant la feuille de soins à l'AMO (et l'AMC) de ses parents	Si la mineure envoie la feuille de soins à l'AMO (et l'AMC) cela apparaît sur le relevé des parents AMO (et AMC le cas échéant) → pas de secret sauf si la mineure renonce au remboursement et demande qu'aucune feuille de soins ne soit faite
Délivrance	Gratuité totale, prise en charge par l'AMO	oui	Soit le pharmacien applique la bonne procédure : la mineure ne paie rien ; Soit la mineure paie la totalité et se fait rembourser ensuite en envoyant la feuille de soins à l'AMO (et l'AMC).	Secret via l'utilisation du NIR anonyme Pas de secret, ça apparaît sur le relevé des parents d'AMO (et d'AMC), sauf si la mineure renonce au remboursement
Examens biologiques	1/3 payant part obligatoire	Non, remboursement sur le relevé des parents → pas de secret vis-à-vis des parents	1/3 payant en général	Non, remboursement sur le relevé des parents AMO (et AMC le cas échéant) → pas de secret, sauf si la mineure renonce au remboursement

Source : Auteurs.

1.3 Comment améliorer la mise en œuvre des mesures des LFSS 2013 et 2014

- [45] Cette partie présente des voies d'amélioration, à législation constante, de l'application des mesures des LFSS 2013 et 2014 tandis que la partie 3. du présent rapport s'affranchit de ce cadre législatif pour proposer des extensions de la gratuité et du secret afin de favoriser l'accès à la contraception des mineures.

1.3.1 La pharmacie

1.3.1.1 L'utilisation du NIR anonyme et d'un code EXO, solution mise en œuvre par la Cnamts pourrait être simplifiée si les logiciels de facturation des pharmacies automatisaient la manipulation

- [46] Dans le logiciel de facturation du pharmacien à l'assurance maladie, le croisement des deux données « âge <18 ans » et « contraceptif inscrit sur la liste I » pourrait obliger le pharmacien de pratiquer la dispense totale d'avance de frais et, si la mineure le souhaite, à anonymiser l'acte. Cette modification serait à inscrire dans le cahier des charges que la Cnamts adresse aux éditeurs de logiciels de facturation pharmaceutique.

- [47] A la suite de la venue de la mission, la Cnamts a lancé une étude de faisabilité auprès de trois éditeurs de logiciels. Pour la dispense d'avance de frais, la difficulté consiste à fournir et mettre à jour la liste des contraceptifs entrant dans le champ de la mesure, difficulté facilement surmontable. Pour l'anonymisation, l'enjeu est d'éviter au pharmacien de créer une nouvelle fiche client pour chaque mineure demandant l'anonymat tout en conservant sur son ordonnancier les coordonnées de la mineure à des fins de traçabilité. Une solution est à l'étude.

Recommandation n°1 : Simplifier le fonctionnement des logiciels des pharmaciens de façon à automatiser leurs actes métiers, en attendant la mise en œuvre du projet Top anonymat.

1.3.1.2 Le projet top anonymat garantit le secret tout en présentant une meilleure traçabilité

- [48] Outre l'utilisation du NIR anonyme, il existe un autre moyen de garantir le secret : sans perdre l'identité de la mineure comme dans le système actuel. C'est le projet Top anonymat qui supprime l'information indiquant la délivrance d'un contraceptif sur le relevé d'AMO, alors même que la mineure est identifiée dans la facturation avec son véritable NIR et sa date de naissance. Cette solution permet une plus grande traçabilité de la patientèle ayant reçu un médicament.

- [49] Ce projet est en cours de construction à la Cnamts et nécessite des modifications substantielles de la procédure de remboursement avec la création d'un indicateur assurant l'anonymat et l'utilisation d'un circuit de facturation différent du code d'exonération. Ce projet est intégré à l'élaboration de la nouvelle norme B2. Le calendrier prévoit une publication du nouveau cahier des charges pour les éditeurs de logiciel d'ici fin 2015.

Recommandation n°2 : Déployer le projet top anonymat en pharmacie suivant un calendrier rapproché.

- [50] La mission préconise de renommer le projet top anonymat top confidentialité dans la mesure où il vise justement à éviter l'anonymat mais à assurer le secret avec traçabilité.

1.3.2 La consultation et les analyses biologiques

- [51] La mesure votée relative à la consultation n'étant pas retraceable et donc pas évaluable, la mission n'a pas de proposition pour améliorer sa mise en œuvre. Tout au plus remarque-t-elle que tout comme pour les examens biologiques, cette mesure n'atteint ni un objectif de gratuité ni un objectif de confidentialité et paraît donc appeler des actions complémentaires (voir partie 3.).
- [52] Concernant les examens biologiques, la mesure n'est pas non plus retraceable ou évaluable, mais la mission considère qu'il serait nécessaire pour mettre en œuvre de façon systématique le tiers payant AMO prévu par la loi que les prescripteurs d'analyse biologique portent sur les ordonnances la mention « Contraception » afin que les laboratoires d'analyses médicales sachent qu'ils sont dans une situation où ils doivent toujours appliquer le tiers payant AMO. En effet, il existe sinon beaucoup d'autres raisons de faire le même type d'examens biologiques (cf. cholestérol, glycémie,...). Donner au mineur la possibilité de retirer les résultats de ses analyses biologiques nécessite une modification législative.

Recommandation n°3 : Demander aux prescripteurs d'examens biologiques de faire figurer sur leurs ordonnances la mention « contraception » afin que les laboratoires d'analyses médicales puissent faire entrer les bénéficiaires dans le dispositif LFSS 2014 et donner au mineur la possibilité de retirer lui-même ses résultats.

2 LES MESURES NATIONALES PEINENT A REPONDRE A DES BESOINS PAR AILLEURS MAL IDENTIFIES

2.1 Les besoins réels des mineures sont encore insuffisamment connus

2.1.1 Les données épidémiologiques paraissent évoluer dans un sens favorable

2.1.1.1 Des grossesses précoces en baisse

- [53] Les grossesses précoces chez les mineures sont en diminution depuis plusieurs années. Les naissances chez des mères de 15 à 17 ans diminuent : leur nombre a connu en 2013 son plus bas niveau historique avec 3838 naissances (à titre de comparaison, il était de 4737 en 2001 et de 4148 en 2006) sans que cette baisse s'explique par un effet démographique. De plus, les IVG chez les 15-17 ans diminuent également depuis 2006 : elles sont passées de plus de 14 000 à moins de 12 000 en 2013 (voir détail en annexe 1).
- [54] Ces deux baisses concomitantes des IVG et des naissances indiquent donc que le nombre de grossesses précoces chez les femmes de 15-17 ans diminue. Ces évolutions ne sont pas liées aux dispositions présentées dans la première partie du présent rapport dans la mesure où elles sont antérieures. En 2013, le nombre de grossesses précoces pour 1000 femmes de 15 à 17 ans s'établit donc à 12,6 (9,5 donnant lieu à une IVG et 3,1 à une naissance).
- [55] Il n'existe pas de donnée actualisée permettant de comparer le positionnement de la France par rapport aux autres pays développés. Les comparaisons établies par le centre d'analyse stratégique sur des données 2009 permettent cependant de dire que la France se situe dans une situation plus favorable que le Royaume-Uni et les Etats-Unis mais moins que la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas (voir détail en annexe 1).

[56] La diminution des grossesses précoces chez les mineures engagées depuis une dizaine d’années s’accompagne depuis 2010 d’une baisse du recours à la contraception d’urgence chez les mineures¹⁴. Cette baisse est inattendue car elle rompt la tendance observée depuis le début des années 2000 d’un recours croissant à la pilule du lendemain par les mineures, croissance impulsée par la création du dispositif d’accès gratuit et anonyme en pharmacie de la pilule du lendemain (voir annexe 3). Ces évolutions concomitantes (cf. grossesses précoces et pilules du lendemain) tendraient à laisser penser que l’utilisation de la contraception ordinaire s’est améliorée. Or, comme l’indique les éléments ci-dessous, le taux de recours à la contraception ordinaire est resté stable et élevé.

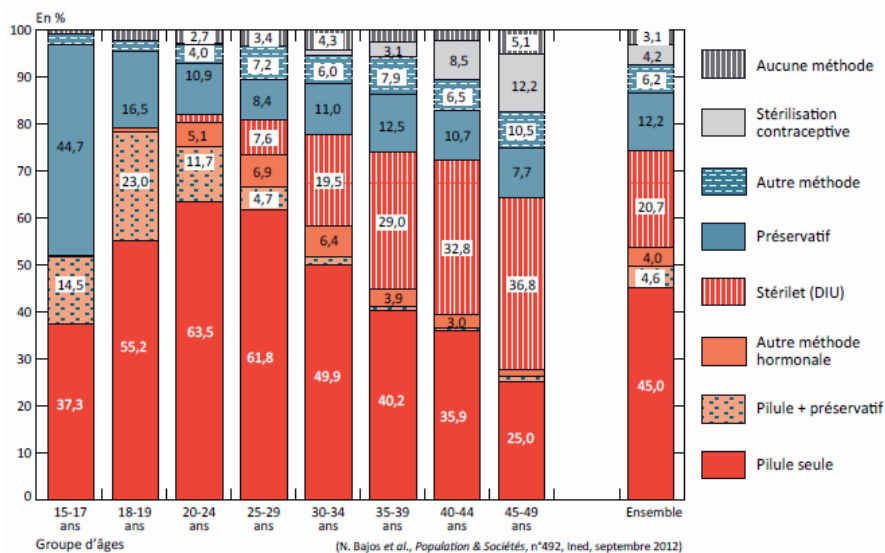
2.1.1.2 Un recours à la contraception ordinaire massif malgré la « crise de la pilule » survenue fin 2012-début 2013

[57] Les femmes de 15-17 ans ont recours à la pilule pour deux grands types de raisons : la prévention de grossesses non désirées d’un côté et des motifs non contraceptifs d’un autre.

- La contraception comme moyen de prévenir les grossesses non désirées

[58] La France fait partie des pays développés où le recours à la contraception chez les femmes de 15-17 ans est très élevé : ainsi, d’après l’enquête Fécond réalisée par l’Inserm, près de 99,1% des femmes de 15-17 ans sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d’enfant déclaraient en 2010 utiliser un moyen de contraception (cf. graphique ci-dessous). Le préservatif¹⁵ et la pilule, utilisés soit séparément soit conjointement, sont les deux principaux modes de contraception chez les femmes de ces tranches d’âge (cf. 59,2% pour l’un et 51,8% pour l’autre). Une mineure sur sept a recours à la double protection préservatif-pilule.

Tableau 4 : Méthodes de contraception en France en 2010 selon l’âge des femmes



Source : Enquête Fécond 2010, Inserm-Ined. Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d’enfant. Note : Autre méthode hormonale : implant, patch, anneau vaginal ; Autre méthode : retrait, abstinence périodique, méthode locale.

¹⁴ Ainsi, entre 2011 et 2013, le recours par les mineures à la pilule du lendemain a diminué de 5.9%. Cette statistique doit néanmoins être maniée avec précaution dans la mesure où 85% des pilules du lendemain distribuées à des mineures le sont via le dispositif anonymat-gratuit mis en place depuis 2002 dans les pharmacies. Or il suffit pour une mineure de se déclarer mineure pour avoir accès à la pilule du lendemain. Il se peut donc qu’un certain nombre de femmes non mineures y aient accès, sans possibilité pour les pharmaciens de contrôler la véracité de la déclaration de la jeune femme.

¹⁵ Le préservatif présente une efficacité contraceptive théorique moindre que la pilule mais est le seul moyen de contraception à protéger des infections sexuellement transmissibles.

➤ La consommation de pilules à des fins non contraceptives

[59] L'usage de la pilule à des fins non contraceptives est fréquent en cas d'acné, de règles douloureuses ou de cycles menstruels irréguliers. D'après les estimations de la mission, un peu plus de 40 % des pilules consommées par les femmes de 15-17 ans le sont à des fins non contraceptives tandis qu'un peu moins de 60 % sont utilisées pour prévenir les grossesses non désirées (voir le détail de l'estimation en annexe)¹⁶. Il va de soi que l'assurance maladie n'est pas en mesure de savoir pour quel motif une mineure souhaite avoir recours à la pilule. Par conséquent, que la pilule remplisse un objectif de prévention des grossesses ou un but non contraceptif, l'ensemble des mineures sont prises en charge de la même façon.

➤ La « crise de la pilule » n'a pas réduit la consommation de pilules chez les 15-17 ans

[60] La controverse intervenue fin 2012-début 2013 sur les pilules de 3^{ème} génération qui a conduit à leur déremboursement n'a pas eu d'impact sur la consommation globale de contraceptifs des femmes de 15-17 ans : le volume de pilules pris en charge par l'assurance maladie pour cette tranche d'âge est resté stable entre 2012 et 2014 (-0.4 %). Les pilules de 3^{ème} génération ont néanmoins quasiment disparu (d'un tiers des boîtes de pilules remboursées en 2012 à moins de 0,5 % en 2014), sachant que la part de pilules de 2^{ème} génération est, elle, passée dans le même temps des deux tiers à quasiment la totalité (99,2 %). Tout au plus relève-t-on que cet événement sanitaire a probablement induit chez les femmes de 15 à 17 ans une légère augmentation du recours aux contraceptifs hormonaux autres que la pilule (cf. implant, stérilet hormonal, patch) : la prise en charge par l'assurance maladie d'implants a augmenté de 21 % entre 2012 et 2014 et celle de stérilets de 75 %. Ces évolutions restent cependant trop marginales pour être visibles dans la nouvelle enquête Fécond menée en 2013 dans la mesure où cela concerne moins de 10 000 femmes de 15 à 17 ans sur près de 1,2 millions (soit moins de 0.9 %).

2.1.2 Des connaissances insuffisantes sur les pratiques sexuelles et la contraception des mineures

[61] Les trois évolutions détaillées précédemment (cf. diminution des grossesses précoces, baisse du recours à la contraception d'urgence et stabilité du recours à la contraception ordinaire) ne paraissent pouvoir s'expliquer que par deux phénomènes : une meilleure observance des mineures dans l'utilisation de la contraception ce qui accroît son efficacité et/ou une évolution des pratiques sexuelles.

2.1.2.1 En matière d'observance

[62] 70 % des IVG de mineures interviennent sur des femmes qui déclarent avoir été sous contraceptif pendant le mois de la conception¹⁷. Ce chiffre indique que la bonne utilisation de la contraception – autrement dit une observance adéquate - est une question centrale, sachant par ailleurs que le taux de recours général à la contraception est très élevé.

¹⁶ Les femmes qui l'utilisent pour les deux à la fois sont ici incluses dans celles qui l'utilisent pour prévenir les grossesses non désirées.

¹⁷ C. Moreau & alii, "Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France", J Adolesc Health. 2012 April ; 50(4): 389-394.

- [63] De façon plus détaillée, un cinquième des femmes de moins de 20 ans concernées par une IVG déclare que la grossesse est due à l'utilisation irrégulière ou incorrecte de la pilule (19%). De nombreuses personnes rencontrées par la mission pointent le fait que le recours massif à la pilule chez les mineures, et plus généralement chez les jeunes femmes, - phénomène généralement dénommé le « modèle du tout pilule » - pose des difficultés réelles en matière d'observance. Ces difficultés proviennent principalement de la nécessité de prendre la pilule de façon journalière à horaires quasi fixes, ce qui s'accorde parfois mal avec le rythme de vie des adolescentes. La mission relève néanmoins que les Pays-Bas ont un taux de recours à la pilule plus élevé qu'en France et ont dans le même temps moins de grossesses précoces¹⁸. Cet écart s'explique certainement par les campagnes nombreuses d'éducation à la sexualité faites aux Pays-Bas et la promotion forte de la double protection (« double dutch »), pratique consistant à utiliser simultanément un préservatif et un contraceptif oral, ce qui réduit les risques de grossesse et d'infection. Poursuivant le même objectif en France, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) promeut depuis quelques années cette « double protection » via notamment ses sites Internet (inpes.sante.fr et choisirsacontraception.fr).
- [64] En effet, même si le préservatif est l'unique moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles comme par exemple le sida, son utilisation seule n'est pas une protection suffisamment efficace contre les grossesses : outre le fait que ce moyen de contraception a une efficacité théorique moindre que les contraceptifs hormonaux et le stérilet en cuivre (cf. [annexe 3](#)), dans la pratique, les jeunes ne savent pas toujours en faire une utilisation adéquate. Ainsi un quart des femmes de moins de 20 ans concernées par une IVG déclare que la grossesse est due au glissement ou à la rupture du préservatif (26 %).
- [65] De nombreux interlocuteurs de la mission ont rapporté le fait que les mineures, du fait de leur inexpérience et de l'insuffisance des campagnes d'éducation à la santé et à la sexualité en France (voir sous partie ci-dessous), connaissent mal le fonctionnement de leur propre corps (ex. cycles menstruels, risque de grossesse dès le premier rapport sexuel) ainsi que celui des contraceptifs (ex. pilule prise par intermittence, préservatif déroulé dans le mauvais sens, mauvais choix de la taille du préservatif). Cependant, au-delà de ces constats qualitatifs souvent tirés de l'expérience de terrain de professionnels de santé, les difficultés d'observance de la contraception des mineures sont aujourd'hui mal connues. La campagne de l'Inpes « Choisir sa contraception » vise à inciter chaque femme à prendre le contraceptif qui correspond le mieux à ses besoins et à sa situation de vie. Cependant, nous verrons ci-dessous à quel point ce type de campagnes est aujourd'hui assez peu pertinente chez les jeunes du fait de la faiblesse de leurs moyens financiers et de l'utilisation encore rare de certains contraceptifs pour cette population (cf. stérilet, implant).
- [66] Dans la mesure où les IVG sur des mineures ont tendance à se concentrer sur des mineures dont le profil social est particulier (ex. scolarisation plus faible, décohabitation d'avec la famille plus fréquente)¹⁹, l'évolution des pratiques contraceptives et d'observance spécifiquement chez ces femmes pourrait avoir un impact fort sur la diminution globale des grossesses précoces. Concernant les grossesses abouties, plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission ont par ailleurs souligné le fait qu'un certain nombre de ces grossesses sont parfois désirées, par exemple pour échapper à un univers familial difficile. Dans ces situations, il est vain de rechercher la cause d'une naissance dans l'échec d'un moyen de contraception ou une difficulté d'accès à l'interruption volontaire de grossesse²⁰ - même si ces phénomènes existent bel et bien par ailleurs. Si des enquêtes statistiques ont été faites sur les adolescentes ayant recours à une IVG, la mission n'a pas connaissance de travaux comparables récents sur les adolescentes ayant mené une grossesse à terme.

¹⁸ In *Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale*, Note d'analyse, juin 2011, n°226, Centre d'analyse stratégique.

¹⁹ M. Moisy, *Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante*, Revue française des affaires sociales, 2011/1.

²⁰ Relevons néanmoins que les notions de grossesse désirée ou de grossesse non désirée ne sont pas toujours dans la pratique aisées à établir dans la mesure où une grossesse non désirée au départ peut le devenir ensuite une fois que la jeune fille s'aperçoit qu'elle est enceinte.

2.1.2.2 En matière de pratiques sexuelles

- [67] La principale donnée statistique utilisée dans le débat public sur la sexualité des jeunes portent sur l'âge médian d'entrée dans la sexualité (cf. 17,6 ans pour les femmes, 17,2 ans pour les hommes d'après l'enquête Fécond 2010). Cependant, cette médiane ne dit pas grand-chose des pratiques sexuelles concrètes des jeunes (ex. nombre de partenaires différents, nombre de relations sexuelles par an, type de pratiques, durée moyenne entre deux relations, temps entre le premier rapport sexuel et le second, motif d'entrée dans la sexualité). Ainsi, à peine plus d'un quart (27,7 %) des femmes de 15 à 17 ans sont en fait sexuellement actives (c'est-à-dire déclarent avoir eu une relation sexuelle au cours des 12 derniers mois).
- [68] Ainsi que le relèvent différents auteurs, en même temps que les adolescents ont gagné en autonomie du point de vue de leur sexualité, la perception des adultes oscille entre principalement deux approches : gestion du risque²¹ (cf. risque de grossesse, risque de maternité, risque d'infection, risque de violences) et panique morale²². Ces deux visions de la sexualité des adolescents s'accompagnent d'anxiété, ce qui complique le traitement serein de la question. Or l'enjeu de la meilleure contraception des mineures devrait avant tout reposer sur la recherche d'une sexualité épanouie des adolescentes qui seraient mises en situation de faire des choix éclairés sur les conséquences de leurs pratiques sexuelles et contraceptives.

2.2 Les mesures nationales ciblent mal les besoins

2.2.1 Un besoin de gratuité et de confidentialité qui ne paraît concerner qu'une minorité des mineures

2.2.1.1 La gratuité

- [69] La question du coût financier de la contraception ne paraît pas être une difficulté pour la grande majorité des adolescentes. Outre le fait qu'il existe un certain nombre d'endroits où elles peuvent accéder à la contraception sans rien payer (ex. CPEF) et que certains dispositifs comme des Pass contraception - certes peu utilisés à ce jour - ont été mis en place dans près de la moitié des régions au cours des dernières années (pour plus de détails, se reporter à l'annexe 4), l'accès à la contraception ne paraît pas représenter un coût financier problématique.
- La consultation
- [70] Le coût financier d'une consultation à visée contraceptive est le même qu'une consultation standard. La base de remboursement est de 23 euros chez un médecin généraliste de secteur 1 et de 28 euros chez un gynécologue. Des données fournies par les CPAM du Rhône et de Seine-Saint-Denis indiquent que les mineures ont recours dans deux tiers des cas à un médecin généraliste et dans un tiers des cas à un gynécologue. Cependant, il est probable que le ratio national se situe plus près d'une répartition 75/25 dans la mesure où les gynécologues sont majoritairement implantés en zones urbaines.
- [71] Les mineures ne payant pas de participation forfaitaire, elles n'ont pas de reste à charge si elles ont une mutuelle et qu'elles recourent à un médecin de secteur 1. Cinq limites existent cependant :

²¹ Maillochon F., « Premières relations sexuelles et prises de risque » L'éclairage des enquêtes statistiques réalisées en France, Agora débats/jeunesses, 2012/1 N° 60, p. 59-66.

²² Bozon M., « Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes - Le garçon sans frein et la fille responsable », Agora débats/jeunesses, 2012/1 N° 60, p. 121-134

- Une couverture mutuelle défaillante : d'après les données de l'enquête Santé et Protection sociale de 2008, environ 6 % des femmes de 15 à 24 ans ne possèdent pas de couverture complémentaire. La prise en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire s'élevant à 70 % de la base de remboursement, l'absence de mutuelle laisse à la charge des mineures un ticket modérateur de 6,90 euros chez un généraliste et 8,40 chez un gynécologue. La mission considère que la mineure ira en moyenne deux fois en consultation la première année et une fois ensuite (soit pour le renouvellement de prescription de pilule soit pour une visite de contrôle pour le stérilet et l'implant). Le coût laissé à la charge de la mineure sera donc entre 13,80 et 16,80 euros la première année d'accès à la contraception, coût peu élevé mais non négligeable.
- Des inégalités dans l'accès aux médecins de secteur 1 : la répartition des médecins de secteur 1 étant inégale sur le territoire, les mineures peuvent se trouver contraintes de se rendre chez un médecin de secteur 2, même si le secteur 1 est largement majoritaire chez les généralistes. Le montant moyen du dépassement s'élève à 10 euros pour la France et va jusqu'à 14 euros en Ile-de-France²³. Si les médecins rencontrés par la mission ont indiqué, conformément au « tact et à la mesure » qui régit la fixation d'honoraires, ne pas pratiquer de dépassement pour une mineure sans ressources, aucune convention ne le garantit.
- Une avance des frais problématique : en l'absence d'un tiers payant généralisé, les mineures ayants droit doivent faire l'avance des frais et demander ensuite à leurs parents le reversement des sommes qu'ils ont reçu en remboursement (ou bien demander à leurs parents l'argent avant d'aller en consultation). La consultation requiert donc une avance des frais, avance qui peut être compliquée à faire pour certaines mineures dont les familles rencontrent des difficultés financières ou qui ne souhaitent pas demander à leurs parents de l'argent (soit avant, soit après la consultation).
- Un besoin de confidentialité difficile à respecter par l'assurance maladie : à l'heure actuelle, toute prise en charge d'une consultation pour une mineure par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire donne lieu à une mention sur les relevés de l'assurance maladie et de la mutuelle. Or une mineure ayant droit de ses parents qui désirerait ne pas porter à la connaissance de ces derniers le fait qu'elle s'est rendue chez le médecin sera contrainte de payer la consultation sans moyen de se faire rembourser (le remboursement se faisant sur le compte bancaire des parents). Dans cette configuration, la mineure doit payer le praticien en liquide et demander une feuille de soins papier (dont elle ne demandera pas le remboursement) et non électronique. C'est donc l'intégralité des 23 euros ou des 28 euros qui restent à sa charge (cf. partie I).

➤ Les analyses biologiques

[72] Plusieurs types d'examens peuvent être faits :

- Les examens minimaux : Exploration d'anomalie lipidique (dont Cholestérol, Triglycérides) 7.29€; Glycémie 1,35€+ Coût du prélèvement sanguin qui varie de 3,78 € (technicien ou pharmacien biologiste) à 6,08 € selon le préleveur, soit 4,93€ S'ajoutent à ces tarifs des forfaits fixes par dossier de biologie (5,40 €) : l'ensemble représente donc une dépense minimale qui varie entre 17.82 euros et 20.12 euros.
- Les examens complémentaires en cas de suspicion de grossesse : Dosage HCG²⁴ via les urines 6.75€ ou via une prise de sang 8.10€ (pour la France métropolitaine, un peu plus élevés aux Antilles en Guyane et à la Réunion).

[73] La dépense minimale est donc estimée à 17.82 euros et la dépense maximale à 28.22 euros.

²³ Source : indicateurs régionaux d'offre de soins 2014 DREES : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir_2014_doc_partie_1-p01-55.pdf

²⁴ Cela permet de diagnostiquer une grossesse.

[74] Le coût réel des examens pour une mineure est donc fonction de sa couverture sociale et de son besoin de confidentialité :

- pour une personne utilisant une carte vitale, une mutuelle et n'ayant pas de besoin de confidentialité, les examens ne lui coûteront rien ; il peut néanmoins y avoir une avance de frais à réaliser, avant remboursement ultérieur sur le compte bancaire des parents ;
- pour une personne n'ayant pas de mutuelle, les examens lui coûteront 40 % du coût global présenté ci-dessus ;
- pour une personne n'utilisant ni sa carte vitale ni de mutuelle (par exemple pour rester anonyme) ou souhaitant une confidentialité totale (ce qui requiert donc de ne pas demander de remboursement de base ou complémentaire), les examens lui coûteront entre 17.82 euros et 28.22 euros.
- La délivrance

[75] Les contraceptifs sont généralement accessibles de façon simple et peu coûteuse. Pour ce qui concerne tout d'abord le préservatif, moyen de contraception le plus utilisé par les mineures, aucun intervenant rencontré par la mission n'a fait part de difficultés pour trouver des préservatifs : ces derniers sont souvent distribués gratuitement (ex. CPEF, infirmerie scolaire, missions locales, associations intervenant auprès des publics jeunes) et sinon peu coûteux en pharmacie²⁵. Le fait de ne pas en disposer tient donc plus à un manque d'anticipation d'un rapport sexuel ou à la volonté de ne pas y recourir.

[76] Pour ce qui concerne les pilules, le coût financier est beaucoup plus variable : l'Inpes estime que les prix varient entre 1,88 euros et 14 euros pour une plaquette d'un mois, sachant que certaines pilules sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (cf. les premières et deuxième générations) quand d'autres non (cf. les troisièmes et quatrième générations rarement prescrites aux jeunes femmes). Les données relatives à la consommation par les femmes de 15-17 ans de pilules remboursées en 2014 par le régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) indiquent que le coût moyen d'une pilule (cf. base de remboursement) est légèrement inférieur à 5 euros la boîte de trois mois²⁶. Le coût d'une pilule est donc extrêmement faible en moyenne, et ce quelle que soit la couverture santé de la mineure :

- pour une personne utilisant une carte vitale et une mutuelle, la pilule ne coûtera rien, hormis parfois l'avance de quelques dizaines de centimes d'euros chaque mois si la pharmacie n'a pas de convention avec la mutuelle de l'assurée ;
- pour une personne n'ayant pas de mutuelle, la pilule coûtera en moyenne moins d'un euro par mois (cf. 35% du prix en reste à charge) ;
- pour une personne n'utilisant ni sa carte vitale ni de mutuelle (par exemple pour rester anonyme), la pilule coûtera en moyenne moins de deux euros par mois.

[77] L'implant et le stérilet représente un coût financier notablement plus élevé à l'unité : en effet, les stérilets hormonaux coûtent en moyenne 125 euros (source Inpes), les stérilets en cuivre 30 euros et les implants 106 euros. Cependant, implant et stérilet sont des contraceptifs pris en charge par l'assurance maladie et les mutuelles, ce qui donc les rend totalement accessibles d'un point de vue financier. En termes d'arbitrage financier, le stérilet en cuivre, qui peut être conservé entre 4 et 10 ans, est donc de loin le mode contraceptif offrant le service médico-économique le plus élevé : son efficacité²⁷ est estimée à 99,2 % (contre 99,9 % pour l'implant, 91 % pour la pilule, 85 % pour le préservatif) et son coût s'élève en moyenne par mois à entre 0,25 et 0,62 euros par mois (fonction de la durée d'utilisation).

²⁵ D'après le site de l'Inpes choisirscontraception.fr, un préservatif coûte en moyenne 0.56 euros.

²⁶ Ce décompte ne permet pas de séparer les boîtes d'un mois de celles de trois mois. Les entretiens réalisés par la mission tendent néanmoins à montrer que les boîtes d'un mois sont très peu fréquentes.

²⁷ Données sur l'efficacité pratique (in choisirscontraception.fr – Inpes).

- [78] Il n'est dès lors pas surprenant de constater que parmi les adolescentes ayant eu recours à une IVG et déclarant n'avoir pas utilisé de contraceptif au moment de la conception, seules 5 % d'entre elles avancent le coût de la contraception (vraisemblablement compris comme le coût de l'achat d'un contraceptif) comme motif à leur absence de protection.
- [79] Au-delà de l'évaluation stricto sensu financière du coût associé à chaque étape du parcours d'accès à la contraception, se pose plus généralement la question de l'activation par les mineures des différentes couvertures dont elles bénéficient. En effet, un grand nombre d'entretiens réalisés par la mission attestent du fait que les mineures connaissent mal leurs droits de base et complémentaires ainsi que le fonctionnement du système de l'assurance maladie.
- [80] Cette situation s'explique non seulement par la complexité du système actuel de prise en charge de l'assurance maladie, en l'absence d'un tiers payant généralisé systématique, et parce que les adolescentes étant en début d'autonomisation vis-à-vis de leurs parents ont toutes les raisons de mal connaître les rouages du système. Cette situation fait courir le risque qu'un certain nombre de mineures soient contraintes d'effectuer des dépenses dont elles pourraient se dispenser (ex. ne sachant pas que leurs parents ont une mutuelle) ou d'effectuer des avances de frais dont elles ne demanderont pas le remboursement.
- [81] Ces éléments accroissent dans la pratique le coût financier de la contraception, en particulier au stade de la consultation. Bien que ces difficultés soient délicates à quantifier, elles n'en paraissent pas moins réelles. Ces problèmes ne se posent certes pas uniquement pour l'accès à la contraception, mais dans ce cas précis ils ont une plus grande acuité, un certain nombre de mineures souhaitant effectuer leurs démarches sans avoir à en parler à leurs parents.

Recommandation n°4 : Mettre en place pour toutes les mineures un système national de prise en charge de la contraception qui les dispense de façon systématique de toute avance de frais depuis la consultation jusqu'à la délivrance en pharmacie.

- [82] Les modalités pratiques de mise en œuvre de cette recommandation seront décrites en partie 3.

2.2.1.2 La confidentialité

- [83] Il n'existe pas de moyen simple d'estimer le besoin de confidentialité des mineures. Cependant, un faisceau d'indices concourent à penser que la majorité des mineures ne ressentent pas de besoin de secret.
- [84] La mobilisation par les mineures des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) est une première façon d'approximer le besoin d'anonymat. En effet, les CPEF restent aujourd'hui le seul véritable moyen de parvenir à accéder à la contraception d'une façon qui est totalement gratuite et anonyme à toutes les étapes du parcours contraceptif. Les données fournies à la mission par le Conseil départemental du Rhône conduisent à estimer qu'environ 5 % des contraceptifs délivrés à des mineures dans le département le sont via les CPEF. Cependant, ce chiffre est sans doute une sous estimation forte du besoin de confidentialité des mineures dans la mesure où un certain nombre de jeunes soit ne connaissent pas l'existence des CPEF ou n'y ont pas accès²⁸ (cf. éloignement géographique, difficultés personnelles à accéder aux CPEF aux horaires d'ouverture)²⁹.
- [85] Une seconde façon d'estimer le besoin d'anonymat réside dans la disposition que les mineures déclarent avoir pour échanger avec leurs parents sur la contraception et la sexualité, même si « parler avec ses parents de sexualité » et évoquer avec eux sa propre contraception est différent. L'enquête Fécond 2010 de l'Inserm donne de ce point de vue un éclairage intéressant. Ainsi, 56,2 % des femmes de 15 à 24 ans déclarent qu'il leur était aisé, lorsqu'elles avaient 15 ans, de parler de sexualité ou de contraception avec leur mère, 33,7 % déclarent qu'elles n'en avaient pas l'envie et seulement 10,1 % estiment que cela leur était difficile. Par comparaison, la discussion avec les amis est plus aisée, vu que plus des trois quart l'estiment facile³⁰.

Tableau 5 : Discussion au sein de la famille de sexualité/contraception

Discuter du sujet de la sexualité ou de la contraception avec sa mère/son père à 15 ans	Avec sa mère	Avec son père
Facilement	56,2%	14,4%
Difficilement	10,1%	13,0%
Pas envie d'en parler avec elle/lui	33,7%	72,6%
Total	100,0%	100,0%

Source : Enquête Fécond 2010, Inserm.

²⁸ D'après un avis de la Haute autorité de santé d'avril 2013 « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », la Région Rhône Alpes compte 58,5 CPEF pour 100 000 femmes de 15 à 19 ans contre 64,1 en moyenne nationale (France métropolitaine).

²⁹ Malgré les données transmises par le Conseil départemental de l'Aisne et le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, la mission n'est pas parvenue pour ces deux territoires à construire un ratio de la proportion de contraceptifs distribués aux mineures via les CPEF.

³⁰ True & alii, *Timing of contraceptive initiation and association with future sexual and reproductive outcomes*, Human reproduction, June 10, 2014.

[86] Une troisième manière d'approximer le besoin d'anonymat est rendu possible par la manière que la région Rhône-Alpes³¹ a de distribuer le Pass contraception qu'elle finance à destination des mineures et jeunes majeures. En effet, les bénéficiaires du Pass contraception commandent leurs Pass par Internet à partir d'une carte personnelle sur laquelle figure un code d'accès avec identifiant. L'envoi du Pass se fait à trois endroits possibles : au domicile des parents, chez un tiers ou à l'établissement scolaire de rattachement. Il est significatif de constater que, à la demande des mineures, un peu plus du quart des Pass commandés sont envoyés à l'établissement et chez un tiers, seul le reste étant envoyé au domicile des parents. Ce pourcentage est cependant probablement un majorant du besoin de confidentialité dans la mesure où les jeunes qui font la demande d'un Pass contraception (et ce que l'envoi se fasse à domicile ou ailleurs) sont très peu nombreux et donc certainement plus en demande de discrétion que ceux qui n'y recourent pas et qui utilisent le canal standard non confidentiel de l'assurance maladie.

[87] Enfin, les entretiens de terrain réalisés par la mission auprès de professionnels intervenants auprès des jeunes conduisent à établir trois constats qualitatifs :

- En consultation : les mineures qui recherchent de la discrétion sont enclines à ne pas vouloir consulter le médecin de famille par crainte que la famille apprenne qu'elles ont des pratiques sexuelles ou bien recours à de la contraception. Cela dénote une méconnaissance de la part des mineures du secret médical auquel sont tenus les médecins.
- En pharmacie : les pharmaciens rencontrés par la mission ont tous fait le constat que les mineures venant dans leur officine pour se procurer des contraceptifs sont d'après eux majoritairement accompagnés d'un de leur parent, principalement la mère de la mineure.
- L'existence de situations dangereuses : un grand nombre d'interlocuteurs rencontrés par la mission ont fait part du fait que lorsqu'une mineure souhaite vraiment garder secret vis-à-vis de ses parents son recours à de la contraception, il est impératif de pouvoir lui garantir ce service, sous peine de générer des gros troubles familiaux dans son existence, voire, dans certaines situations extrêmes, mettre en danger son intégrité physique.

[88] L'ensemble de ces éléments conduisent la mission à estimer qu'environ un cinquième des mineures souhaitent garder le secret vis-à-vis de leurs parents pour ce qui concerne leur sexualité ou leur utilisation de contraceptifs³² - hypothèse retenue dans les simulations financières de la partie 3.3.2. Si le besoin de confidentialité n'est pas généralisé, lorsqu'il existe il semble crucial.

Recommandation n°5 : Permettre à toutes les mineures qui le demandent d'avoir accès à la contraception de façon confidentielle à chaque étape de leur parcours d'accès à la contraception.

2.2.2 Une spécificité du monde rural difficile à appréhender

[89] Les entretiens réalisés par la mission au stade du cadrage initial de ses travaux tendaient à suggérer une éventuelle spécificité du monde rural où l'accès à la contraception aurait été plus difficile qu'en milieu urbain. Les investigations de la mission ont été dès lors conduites de façon à identifier des différences éventuelles d'accès à la contraception en fonction des lieux de vie des mineures. La mission s'est ainsi déplacée dans des territoires aussi bien à forte densité de population (Seine-Saint-Denis, Lyon) qu'à faible densité (Aisne, Tarare). Des travaux quantitatifs sur l'accès aux soins, le recours à la contraception et les grossesses précoces par départements et/ou régions ont aussi été menés (voir le détail en annexe 4).

³¹ Le dispositif a été mis en place en 2011.

³² Il est noté que la mission Igas n'a par définition pu collecter aucune statistique sur le volume de pilules achetées en pharmacie par des mineures payant directement sans prise en charge de l'assurance maladie. Cette situation est d'autant plus plausible qu'à l'unité une boîte de pilules ne coûte que quelques euros. Ce qui limite néanmoins l'ampleur du phénomène tient au fait que la mineure a de toute façon besoin d'une ordonnance pour effectuer cet achat.

- [90] Les entretiens de terrain ont très largement confirmé cette différence entre le rural et l'urbain : les mineures vivant en zone urbaine bénéficient de moyens de transports facilités, d'une faible interconnaissance, d'un nombre plus grand de professionnels de santé ainsi que d'une offre plus nombreuse de CPEF, situation exactement inverse en milieu rural. Certains constats paraissent corroborer ces avis (ex. 30 % des cantons Rhônalpins ne sont couverts par aucune structure d'éducation et de prévention en matière sexuelle³³, majoritairement des cantons ruraux).
- [91] Cependant, les travaux quantitatifs n'ont pas permis d'objectiver cette spécificité rurale et les conséquences qu'elle pourrait produire sur les pratiques contraceptives des mineures concernées. La mission n'en tire néanmoins pas la conclusion que la perception des acteurs de terrain est erronée. Il lui semble plutôt qu'une objectivation statistique et sociologique fiable du phénomène devrait reposer sur deux aspects : 1) une analyse territoriale menée à une échelle infra-départementale (par exemple les bassins de vie) ; 2) une connaissance plus fine des différences quant à la sexualité des mineures vivant en zone rurale par rapport à ceux vivant en zone urbaine (ex. âge d'entrée dans la sexualité, nombre de relations sexuelles par an).

2.2.3 Des bornes d'âge discutables d'un point de vue épidémiologique

2.2.3.1 Pour une part non négligeable de mineures, le premier rapport sexuel intervient avant 15 ans

- [92] On estime à environ 25 000 le nombre de personnes qui, à chaque génération, entrent dans la sexualité avant l'âge de 15 ans³⁴. Les données épidémiologiques tendent par ailleurs à montrer que les grossesses précoces à ces âges existent, même si elles sont très marginales : ainsi, on recense en 2013 plus de 750 IVG sur des mineures de moins de 15 ans³⁵ ; on dénombre par ailleurs 131 naissances chez des mères de moins de 15 ans³⁶.
- [93] Le dispositif de gratuité en pharmacie et de tiers payant systématique sur la part assurance maladie obligatoire en consultation et pour les analyses biologiques n'est accessible qu'aux mineures de plus de 15 ans, et ce alors même que le dispositif de secret est, lui, garanti à l'ensemble des mineures quel que soit leur âge. Outre le fait que ce décalage entre les deux dispositifs est générateur d'une complexité administrative qui se reporte directement sur les personnes concernées, il n'a pas grand sens dans la pratique. En effet, les mineures de moins de 15 ans ont par définition encore moins d'autonomie financière que les mineures de 15-17 ans.
- [94] Le recours à la contraception des moins de 15 ans est difficile à estimer dans la mesure où les enquêtes Fécond de l'Inserm ou le baromètre santé de l'Inpes ne concernent pas les moins de 15 ans. Tout au plus peut-on estimer d'après la consommation de contraceptifs des assurées du régime général (hors SLM) qu'environ 1 % des assurées de 12 à 14 ans ont bénéficié du remboursement d'un contraceptif en 2014 (cf. pilule, implant, stérilet), soit entre 10 000 et 15 000 filles de 12 à 14 ans chaque année qui représentent moins de 100 000 euros de dépenses pour l'assurance maladie obligatoire.
- [95] Une extension du dispositif de gratuité aux mineures de moins de 15 ans serait bénéfique en termes de santé publique et permettrait d'aligner les dispositifs visant à renforcer la confidentialité et la gratuité

Recommandation n°6 : Aligner les bornes d'âges fixées aux dispositions visant à assurer la gratuité sur celles de la disposition concourant au secret, à savoir un accès ouvert à l'ensemble des mineures.

³³ Observatoire régionale de santé – Rhône Alpes, novembre 2011.

³⁴ Voir détails en annexe 1.

³⁵ Données Drees. Etant donné les modalités de collecte, il est vraisemblable que cette statistique sous estime la réalité.

³⁶ Source Insee, bilan démographique 2013. L'âge correspond à l'âge révolu, et non à l'âge atteint dans l'année.

2.2.3.2 Les enjeux de santé publique se concentrent sur les jeunes majeures

➤ Une sortie du dispositif à 18 ans qui pose question

[96] Le dispositif de gratuité en pharmacie et de tiers payant systématique sur la part assurance maladie obligatoire en consultation et pour les analyses biologiques ainsi que la garantie de secret n'est plus garantie au jour du 18^{ème} anniversaire de l'assurée.

[97] Ce basculement à 18 ans dans le régime de droit commun pose question en termes de santé publique. En effet, à 18 ans, plus des trois quart des jeunes sont encore scolarisés³⁷. La grande majorité est dans le secondaire, l'âge moyen au baccalauréat en France étant supérieur à 18 ans³⁸. En d'autres termes, une élève qui atteint l'âge de 18 ans par exemple en cours d'année de terminale perd du jour au lendemain le bénéfice du régime de secret-gratuité. Or il n'y a pas de raison de penser que l'autonomie financière de cette élève et son besoin de confidentialité vis-à-vis de ses parents ait changé. A 18 ans, la très grande majorité des jeunes restent ayant droit de leurs parents³⁹. Il est donc probable qu'une mineure souhaitant conserver le secret modifiera à ce moment-là ses pratiques contraceptives afin de ne pas les rendre visibles de ses parents sur les décomptes de l'assurance maladie. Le risque d'une diminution du recours à la contraception, sans modification concomitante des pratiques sexuelles, accroît dès lors la probabilité d'une grossesse non désirée, les phases de changement des pratiques contraceptives étant souvent à l'origine d'accident de contraceptifs (cf. habitudes nouvelles à prendre avec un autre contraceptif).

[98] Il serait donc souhaitable d'accorder a minima la date de sortie du dispositif avec le moment où les jeunes acquièrent une autonomie réelle vis-à-vis de leurs parents. Les jeunes pouvant, dans la plupart des cas, être ayant droit de leurs parents jusqu'à la veille de leur 20^{ème} anniversaire⁴⁰, il serait pertinent d'étendre les dispositifs de gratuité et de confidentialité aux jeunes de 18 et 19 ans.

➤ Des besoins forts chez les 20-24 ans

[99] Le recours à l'IVG est beaucoup plus élevé chez les 18-24 ans qu'entre 15-17 ans (plus de deux fois plus élevé pour les 18-19 ans et plus de trois fois élevé pour les 20-24 ans – cf. tableau ci-dessous). A cela s'ajoute le fait que les IVG connaissent une baisse forte chez les 15-17 ans ce qui n'est pas le cas des 20-24 ans.

³⁷ Données 2010, Eurostat (in Scolarisation et les jeunes quittant prématurément le système d'éducation et de formation, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/School_enrolment_and_early_leavers_from_education_and_training/fr.)

³⁸ Bloch D., Chamonard D., Hoquaux C., « Les parcours scolaires et l'âge des bacheliers », Éducation & formations – n° 60 – juillet-septembre 2001.

³⁹ Pour ceux qui ont leur baccalauréat au cours de leur 18^{ème} année, c'est seulement à l'approche de leur 19 ans en moyenne qu'ils basculent dans le régime étudiant.

⁴⁰ Certains régimes offrent la possibilité d'être ayant droit jusqu'à un âge plus tardif : par exemple, Assemblée Nationale et Sénat (21 ans), Personnel du port autonome de Bordeaux (21 ans), Enim – régime social des marins (21 ans), SNCF (28 ans).

Tableau 6 : Evolution du nombre d'IVG en France entre 2011 et 2013

Total IVG	2011	2012	2013	2011/2013	Nombre d'IVG pour 1000 femmes de chaque tranche âge
Moins de 15 ans	898	880	767	-14,6%	nd
15-17 ans	12 464	11 691	11 168	-10,4%	9,5
18 et 19 ans	18 272	16 843	16 410	-10,2%	21,6
20 à 24 ans	56 410	55 178	56 711	0,5%	29,5
25 à 29 ans	48 982	48 799	52 733	7,7%	26,2
30 à 34 ans	39 569	40 844	44 099	11,4%	21,0
35 à 39 ans	29 757	29 087	30 811	3,5%	15,0
40 à 44 ans	13 463	13 696	14 703	9,2%	6,4
45 à 49 ans	1 413	1 352	1 432	1,3%	0,6
50 ans ou plus	343	335	488	42,3%	nd
Age inconnu	786	858	1 162	47,8%	nd
Total	222 357	219 563	230 484	3,7%	15,6*

Source : Drees, calcul des ratio par les auteurs, France entière. * ratio sans les moins de 15 ans, les plus de 50 ans et les âges inconnus.

- [100] Par ailleurs, la controverse relative aux pilules de 3^{ème} génération intervenue fin 2012-début 2013 semble avoir eu un impact très différencié selon l'âge des jeunes femmes. Ainsi tandis que la consommation de pilules chez les femmes de 15-17 ans est resté stable (avec comme décrit un report vers les pilules de 2^{ème} génération), la consommation des femmes de 20 à 22 ans paraît avoir fortement chuté. Dans le même temps, les implants et stérilets ont augmenté pour toutes les tranches d'âge mais dans une proportion bien moindre pour les 20-24 ans que pour les 15-17 ans⁴¹.

Tableau 7 : Taux d'évolution entre 2012 et 2014 des consommations de contraceptifs remboursés par les assurées du régime général (hors SLM) entre 2012 et 2014

	Pilules	Implant	Stérilet
15-17 ans	-0,4%	20,7%	75,5%
18-19 ans	5,7%	18,9%	69,1%
20-22 ans	-10,2%	4,5%	46,0%

Source : Données Cnamts, base DCIR ; calculs des auteurs.

- [101] Ces différents éléments convergent pour laisser penser que la priorité de santé publique devrait être les jeunes majeures - et particulièrement ceux entre 20 et 24 ans - plutôt que les mineures.

Recommandation n°7 : Etendre, dans la mesure des capacités financières disponibles, les dispositifs d'accès gratuit et confidentiel à la contraception au-delà de 18 ans.

⁴¹ Pour nuancer ces évolutions, noter que la consommation de stérilets chez les femmes de 17 ans assurées au régime général était en volume environ dix fois inférieure à celle des femmes de 22 ans en 2012. Il serait par ailleurs plus fiable de calculer l'évolution des pratiques en suivant des cohortes dans le temps ce qui permettrait de repérer les changements de pratique des mêmes individus.

2.2.4 Le champ restreint des contraceptifs remboursés

- [102] Les mesures adoptées en 2012 et 2013 visant à faciliter l'accès gratuit et confidentiel à la contraception des mineures portent sur les contraceptifs remboursés par l'assurance maladie (cf. pilule de 1^{ère} et 2^{ème} génération, implant, stérilet). Par définition, les contraceptifs non remboursables (ex. patch, anneau vaginal, préservatif) ne sont pas concernés. En d'autres termes, ne peuvent accéder à ces moyens de contraception que les femmes qui ont les moyens de les payer⁴². Ce constat entre en contradiction frontale avec le slogan des campagnes portées par l'Inpes et le ministère de la santé suivant lequel « *la bonne contraception, c'est celle que l'on choisit* »⁴³. Pour les mineures, le choix est dans la pratique réduit du fait de leurs faibles moyens financiers⁴⁴, ce que regrettent certains représentants de la jeunesse.
- [103] A cela s'ajoute le fait que la pose de stérilets chez des mineures restent exceptionnelle malgré les avis de la HAS⁴⁵ rappelant l'absence de contre indications. Notons de plus qu'il existe sur le marché des stérilets de plus petite taille mieux adaptés aux nullipares.
- [104] Il n'existe pas une unique solution contraceptive qui serait applicable à toutes les mineures. L'efficacité des pratiques contraceptives repose sur l'adaptation de la contraception aux besoins de chaque femme, mineure ou majeure. Dans cette logique, il faut laisser à chacune la capacité réelle de choisir le contraceptif qui lui convient le mieux. Dans cette logique, il serait bénéfique de mener une étude plus poussée pour évaluer la pertinence et les moyens de faire entrer des patchs et anneaux de 1^{ère} ou 2^{ème} génération dans le champ des contraceptifs remboursables⁴⁶. Les contraintes d'observance étant différentes de celles de la pilule, il se pourrait que ces moyens de contraception conviennent mieux à certaines mineures que la pilule, l'implant ou le stérilet.

Recommandation n°8 : Mettre à l'étude, par la HAS, la pertinence et les moyens de faire entrer le patch et l'anneau vaginal dans le champ des contraceptifs remboursables.

- [105] La mission considère néanmoins qu'il n'est pas utile de faire entrer dans le champ remboursable le préservatif au regard de la facilité à s'en procurer à des coûts faibles ou nuls.

⁴² Pour information, un anneau coûte en moyenne 16 euros par mois et un patch 15 euros pour trois mois (cf. données Inpes choisirsacontraception.fr). Ces prix élevés s'expliquent principalement pour deux raisons : 1) les prix ne sont pas régulés, ils sont libres ; 2) les volumes faibles de vente ne permettent pas aux industriels d'atteindre des économies d'échelle suffisantes pour amortir leur recherche et développement.

⁴³ <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>.

⁴⁴ Ces propos méritent certes d'être nuancés par le fait que les CPEF et les Pass contraception régionaux donnent généralement accès de façon gratuite et anonyme à ce type de contraceptifs. Cependant, ces modes de diffusion ne permettent pas aujourd'hui de toucher la totalité des mineures, et ce d'autant moins qu'ils restent peu connus du grand public.

⁴⁵ HAS fiche Memo, contraception chez l'adolescente, juillet 2013

⁴⁶ D'après les informations collectées par la mission, il n'existe pas à ce jour de patch ou anneau de ce type sur le marché. Seuls des 3^{ème} ou 4^{ème} génération sont vendus.

2.2.5 Une éducation à la sexualité qui reste en deçà des objectifs fixés par la loi

- [106] Parmi les adolescents ayant recours à l'IVG et déclarant ne pas avoir utilisé de contraceptifs – soit un tiers des adolescentes ayant recours à une IVG, le premier motif avancé par ces dernières pour expliquer l'absence d'utilisation de contraceptif au moment de la conception est le fait qu'elles ne pensaient qu'elles courraient un risque de grossesse (31 % des cas)⁴⁷. Cette situation illustre le manque d'éducation à la sexualité d'un certain nombre de mineures.
- [107] Il est de plus à noter que les questions de vie sexuelle et affective ne sont pas toujours abordées par les médecins généralistes avec leurs patientes. Parmi les champs de prévention dont traitent les médecins (ex. drogue, alimentation, sexualité), la vie sexuelle et affective est le domaine dont les médecins considèrent le moins qu'il relève de leur rôle de prévention⁴⁸ : ainsi seuls 35,9 % des médecins généralistes considèrent que la vie sexuelle et affective fait « tout à fait » partie des champs de prévention à aborder avec leurs patients, loin derrière les risques cardiovasculaires (90,1 %), le tabagisme (81,7 %) ou l'alimentation (70,8 %). Le fait que les médecins généralistes endossent peu le rôle pourtant important qu'ils ont vis-à-vis de leur patient en termes d'éducation à la sexualité s'explique en grande partie par la difficulté qu'ils ressentent à traiter de ce sujet : alors que la majorité des médecins s'accordent pour dire qu'il est facile d'aborder avec leurs patients le risque cardio-vasculaire (96,1 %) ou le tabagisme (89,2 %), seuls 58,7 % estiment que traiter de la vie affective et sexuelle leur est facile, signe sans doute d'un manque de formation et d'information de leur part.
- [108] Le législateur a adopté en 2001 une mesure permettant cependant de renforcer l'éducation sexuelle des mineures. La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (article L. 312-16) pose le principe d'« *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* ». Une étude menée en 2001⁴⁹ sur l'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège avait en effet mis en évidence « *une multiplicité et une hétérogénéité d'actions sans projet réellement structuré* ».
- [109] Une seconde enquête a été conduite par la *direction générale de l'enseignement scolaire du Ministère de l'Éducation nationale au cours de l'année 2008-2009, sur les projets d'éducation à la santé des établissements du second degré* a donné les informations suivantes : les élèves ont le plus souvent accès, lors de leur cursus dans l'établissement, *au moins une fois (c'est-à-dire « une fois » ou « plus d'une fois »)*, à *des actions de formation* sur les IST et sur la contraception (respectivement 97 et 96 % des réponses en moyenne) ainsi que sur le sida (95 %). L'Éducation nationale estime qu'un établissement sur deux mène une politique éducative de santé, au sens large, incluant l'éducation à la sexualité. Les lycées professionnels sont les plus nombreux (56 % au lieu de 49 % en moyenne)⁵⁰. Une évaluation plus fine permettant d'apprécier la réalité du temps scolaire consacré à l'éducation à la sexualité par niveau serait en cours.
- [110] Pour sa part, la mission a interrogé les professionnels de terrain qu'elle a rencontrés sur la réalité de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. Les informations recueillies, certes ponctuelles, donnent à penser que la loi de 2001 est imparfaitement appliquée. L'exigence de trois heures de cours par niveau d'âge, sur tout le cursus scolaire, semble au mieux concentrée sur les classes de 3^{ème} et 4^{ème}, soit seulement deux niveaux de classes sur les douze prévues par la loi.

⁴⁷ C. Moreau & alii, « *Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France* », J Adolesc Health. 2012 April ; 50(4): 389–394.

⁴⁸ Baromètre Santé – Médecins généralistes 2009, Inpes.

⁴⁹ « L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au coll7ge 2001-2002 », note d'information 03-23.

Note d'information, « L'éducation à la santé dans les établissements du second degré 2008-2009 ». Cette note retient cinq critères d'évaluation : l'inscription du projet d'éducation à la santé dans le projet d'établissement, l'opérationnalité du CESC, la nomination d'un coordonnateur responsable de l'éducation à la santé dans l'établissement, un diagnostic préalable à la mise en place des projets et enfin une évaluation, en fin d'année scolaire

Recommandation n°9 : Evaluer l'application de la loi du 4 juillet 2001 posant le principe d'une éducation à la sexualité de trois heures, par groupe d'âge, sur tout le cursus scolaire.

3 MIEUX REpondre AUX BESOINS SELON DIFFERENTS SCENARI

- [111] Le besoin de confidentialité (cf. II) s'il ne concerne qu'une faible partie des mineures n'en est pas moins crucial pour ces jeunes filles. A ce titre, la mission propose d'étendre la garantie du secret à toutes les étapes du parcours contraceptif. La gratuité totale (ticket modérateur en plus de la part prise en charge par l'AMO) pour la consultation et les analyses biologiques est également étudiée par la mission, en soi, et aussi comme moyen de faciliter la garantie du secret. Sur ce dernier point, il est en effet plus facile de préserver le secret si un seul acteur, l'AMO, participe à la prise en charge que si une multitude (les AMC) entre en jeu. Ainsi, si la gratuité totale ne semble pas un besoin prioritaire en tant que tel, c'est en tant qu'élément facilitant la mise en œuvre du secret que la mission a établi des scénarios envisageant cette hypothèse.
- [112] Notons que le tiers payant généralisé prévu par le projet de loi de santé actuellement en discussion au Parlement ne sera qu'une réponse partielle à cette question dans la mesure où :
- 91 % des mineures de 15 à 17 ans sont ayants droit d'un de leur parent⁵¹. Ce qui pose deux questions si elles souhaitent la confidentialité (d'après nos hypothèses, environ 20 % ont besoin d'accéder à la contraception de façon confidentielle) : la mention d'un élément en lien avec la contraception sur le relevé des parents et la possession d'une carte vitale (propre ou, par emprunt, celle d'un de leur parent) pour bénéficier de la dispense d'avance de frais. Beaucoup ne possèdent pas de carte vitale en propre (parmi les 27,7 % de filles de 15-17 ans sexuellement actives, un tiers n'ont pas de carte vitale en propre),
 - Une proportion non négligeable de mineures (ou leurs parents) n'ont pas de complémentaire (environ 6 % des femmes de 15 à 24 ans d'après l'enquête ESPS 2008).
- [113] Afin de ne pas compliquer à outrance des flux administratifs déjà complexes, la mission prend le parti de ne jamais mobiliser une mutuelle lorsqu'un besoin de confidentialité s'exprime, et ce d'autant que le besoin de confidentialité n'est pas majoritaire. En effet, l'inverse poserait de multiples difficultés. En effet, l'anonymisation des relevés des mutuelles vis-à-vis des parents :
- nécessiterait de passer outre les dispositions contractuelles liant les parents ouvrants droit et leur mutuelle. Seule une disposition législative permettrait d'imposer une telle mesure,
 - ne serait possible que dans les cas où la bénéficiaire possède une mutuelle qui est en flux Noemie avec l'assurance maladie obligatoire (à savoir en flux dématérialisés directs). Pour les mutuelles où aucun flux Noemie n'existe, faire intervenir un remboursement complémentaire nécessite l'émission d'un relevé non anonymisé de l'assurance maladie obligatoire à l'adresse des parents afin que ces derniers demandent ensuite à leur mutuelle une prise en charge, ce qui de facto fait perdre la confidentialité,
 - nécessiterait donc que tous les professionnels de santé soient en mesure de savoir en amont quelles sont les mutuelles qui sont en flux Noemie et celles qui ne le sont pas, ce qui est aujourd'hui loin d'être le cas.

⁵¹ Selon l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2013 (EGB), une base extraite du SNIIRAM sur le champ régime général hors SLM + MSA + RSI. Estimation DREES.

3.1 Deux options techniques au stade de la consultation

[114] La mission a étudié plusieurs options techniques de prise en charge de la consultation pour distinguer lesquelles sont les plus aptes à assurer gratuité totale ou partielle (selon les scénarii envisagés) et secret (pour toutes ou sur demande). La première a pour cadre le dispositif actuel SESAM-Vitale, la seconde s'en affranchit et repose sur une facturation hors SESAM-Vitale (via espace pro ou une procédure manuelle).

3.1.1 Option 1 : la dispense totale d'avance de frais et le secret de la consultation dans le dispositif SESAM-Vitale

[115] Au stade de la consultation, les mineures qui ont besoin du secret en ont besoin à toutes les étapes :

- lors de la consultation : demander à leurs parents les moyens de financer la consultation peut être un obstacle, c'est pourquoi une prise en charge totale par l'AMO peut être étudiée,
- dans les informations issues de l'assurance maladie : la consultation ne doit pas être visible ni sur les relevés ni sur les informations que les parents peuvent obtenir en interrogeant leur CPAM.

[116] Dans le dispositif de prise en charge actuel (SESAM-Vitale), la prise en charge repose sur l'identification du patient et de son ouvrant-droit. Plusieurs outils peuvent être envisagés pour assurer gratuité et confidentialité :

[117] La première solution pour assurer le secret au niveau de la consultation serait de mettre en place un dispositif top anonymat identique à celui prévu pour la pharmacie (cf. 1.3.1) qui bloquerait l'information de la consultation sur le relevé de remboursement de l'AMO et générerait un « warning » en cas de demande d'information de l'ouvrant-droit à la CPAM. Cette solution, reposant sur la carte vitale, conserverait toutes les informations utiles à la traçabilité de la consultation. La prise en charge à 100% par l'AMO évite de mettre en œuvre des procédures complexes – que la mission juge difficilement applicables – pour assurer le secret sur le relevé d'AMC des parents.

[118] Pour les mineures n'ayant pas de carte vitale en propre et ne pouvant donner les informations nécessaires à l'identification de leur ouvrant-droit, un code d'exonération pourrait être utilisé pour bloquer l'information sur le relevé d'assurance maladie des parents.

[119] Les codes existants (EXO DIV, EXO3) pourraient être utilisés. La mission souligne que pour être correctement assuré, le secret doit s'appliquer au relevé des parents mais aussi aux bases de remboursements des CPAM qui doivent contenir un « warning » afin de cacher la consultation en cas de demande téléphonique des parents.

[120] En cas d'absence de carte vitale ou de données permettant la dispense d'avance de frais, la mission propose d'utiliser un NIR anonyme et de faire prendre en charge la consultation à 100% par l'AMO pour que la mineure n'ait rien à déboursier. Le NIR anonyme présente un risque de dérive et de non-traçabilité qui peut être endigué en demandant au médecin de conserver sur un registre les coordonnées de la mineure ayant bénéficié de la consultation.

[121] L'utilisation de ces outils (NIR anonyme, code EXO, top anonymat) peut-être prévue dans toutes les consultations à visée contraceptive pour les mineures, ou de façon dérogatoire, pour s'assurer du secret en cas de demande ou pour s'assurer de la gratuité en l'absence de droits à jour (ou en l'absence de complémentaire pour le cas où on resterait dans le cadre du schéma actuel avec une exonération portant seulement pour la part AMO).

3.1.2 Option 2 : la dispense totale d'avance de frais et le secret de la consultation hors du dispositif SESAM-Vitale

- [122] Les seuls dispositifs hors SESAM-Vitale existants à ce jour qui permettent d'accéder à la médecine de ville en ayant une dispense totale d'avance de frais et le secret de la consultation sont les Pass contraception mis en place dans environ la moitié des régions en France (cf. annexe relative aux actions des conseils départementaux et régionaux). Cependant, l'une des principales limites au déploiement des Pass contraception régionaux est leur caractère optionnel pour les médecins. Comme il n'existe de plus souvent pas de liste diffusable des médecins acceptant le Pass, il est très difficile à un jeune de trouver un professionnel participant au dispositif. A cela s'ajoute le fait que, dans la majorité des cas, les jeunes doivent effectuer des démarches préalables pour retirer les Pass avant d'aller en consultation, ce qui complique notablement les modalités d'accès.
- [123] L'option technique proposée ici par la mission (Option 2) reposerait aussi sur une facturation hors SESAM-Vitale mais contournerait les difficultés rencontrées par les Régions. Elle s'appuierait sur un paiement par un coupon via l'espace professionnel du médecin (coupon dématérialisé) ou grâce à une procédure manuelle (coupon papier). Ce système ne dispenserait pas le médecin de s'assurer de l'identité de la mineure et de garder une trace de la consultation et de la prescription à des fins de traçabilité et de contrôle.
- [124] Cette option technique se distinguerait fortement des Pass régionaux. Tout d'abord, étant porté par l'assurance maladie, le dispositif présenterait l'intérêt d'être obligatoire pour tous les médecins, ce qui éviterait la double difficulté des Régions (cf. nécessité d'adhésion + absence de listes de professionnels adhérents). De plus, il ne requerrait pas de démarche préalable des patients pour se procurer des coupons ou chèquiers avant de se rendre en consultation : seul le professionnel de santé effectuerait une manipulation pour enclencher une prise en charge.
- [125] Par rapport au cadre SESAM-Vitale, l'avantage d'un tel dispositif qui ne repose pas sur l'identification d'un ouvrant-droit est d'assurer plus facilement la confidentialité, sans compliquer la transmission de flux entre le médecin et l'assurance maladie par l'utilisation des procédures décrites plus haut.
- [126] Cette option 2 peut être mise en œuvre de trois manières :
- soit pour toutes les mineures en cas de consultation à visée contraceptive,
 - soit de façon exceptionnelle, pour pallier les défauts du système SESAM-Vitale en matière de confidentialité et gratuité :
 - en matière de confidentialité : l'option 2 permet de garantir la confidentialité si la mineure en fait la demande, le médecin facturerait hors du dispositif SESAM-Vitale à la CPAM. Le remboursement n'apparaîtrait donc pas sur le relevé des parents.
 - Si la mineure n'a pas de carte vitale à jour ou ne peut fournir données nécessaires à son identification en matière de droits : l'option 2 permettrait de prendre en charge la consultation sans que la mineure n'ait à déboursier le montant, alors qu'actuellement quand la mineure n'a pas sa carte vitale ou n'est pas à jour de ses droits, le médecin lui fait payer la consultation (ou renonce à se faire payer).
- [127] Ce système présente un risque de dérive financière qui peut être maîtrisé en axant les contrôles de CPAM sur les utilisations anormalement fréquentes du Pass.

- [128] Au regard des auditions réalisées par la mission, il semblerait que les médecins préféreraient un dispositif passant par SESAM-Vitale avec une case à cocher « Confidentialité » (comme actuellement « accident du travail » par exemple) à un dispositif spécifique. Cela paraît logique dans la mesure où la facturation SESAM-Vitale est automatisée avec peu de saisie. Une consultation des organisations représentatives des médecins généralistes et des gynécologues serait néanmoins nécessaire pour conforter cette position.

Recommandation n°10 : Créer une dispense totale d'avance de frais pour une consultation à visée contraceptive de mineures soit via la facturation SESAM-Vitale soit en dehors (cf. espace professionnel ou procédure manuelle) permettant d'assurer le secret.

- [129] La mission n'a pas mené d'investigations pour évaluer ce qu'apporterait l'ouverture d'un tel dispositif aux garçons (cf. apports, inconvénients, coût financier).

3.2 Aligner les modalités de prise en charge de la délivrance de contraceptifs en pharmacie et des analyses biologiques

- [130] La mission recommande de procéder de la même façon pour les deux étapes dans la mesure où les situations sont comparables car elles reposent sur la génération d'un acte à partir d'une ordonnance.

Recommandation n°11 : Aligner les modalités de prise en charge de la délivrance de contraceptifs en pharmacie et des analyses biologiques

3.3 Les stratégies possibles pour la gratuité et la confidentialité

- [131] La confidentialité systématique ou au cas par cas est présentée à l'intérieur de chaque sous partie.

3.3.1 Scénario 1 : Une prise en charge totale par l'AMO

- [132] Une prise en charge totale par l'AMO étendue à la consultation et aux analyses biologiques présente l'intérêt de faciliter les démarches pour le patient et d'assurer plus facilement la confidentialité en supprimant les AMC de la liste des acteurs concernés.

- [133] En revanche cette option contraint les mineures pour qui la question de la contraception ne pose aucune difficulté avec leurs parents (la majorité) à sortir du droit commun. En outre, on peut s'interroger sur l'opportunité de faire financer la totalité des coûts par l'assurance maladie dans la mesure où la gratuité ne semble pas relever dans la majorité des cas d'un besoin de santé publique avéré. La mise en œuvre de dispositifs spécifiques dans le cadre SESAM-Vitale ou en dehors suppose le concours des professionnels de santé et nécessitera une communication forte auprès d'eux mais également des mineures afin de ne pas reproduire l'échec actuel des mesures concernant la délivrance de contraceptifs.

3.3.1.1 Consultation

- [134] Dans le cas de la consultation, les options 1 ou 2 peuvent assurer la prise en charge à 100% par l'AMO.

- [135] Si la prise en charge à 100% par l'AMO est mise en place, le secret peut être facilement obtenu avec un top anonymat dans le cadre SESAM-Vitale (et un NIR anonyme de façon exceptionnelle, en l'absence d'informations sur l'assuré) soit à la demande soit de façon systématique. Avec l'option 2 (facturation hors SESAM-Vitale), la confidentialité est autonome.

3.3.1.2 Pharmacie et analyse biologique

- [136] Si l'on reste dans le dispositif actuel (prise en charge totale par l'AMO pour la pharmacie, l'utilisation d'un code d'exonération, solution choisie par la CNAMTS, est pertinente. Sa mise en œuvre serait facilitée si le logiciel des pharmaciens générerait automatiquement une demande « cette prise en charge est-elle à 100% ? » dès que le pharmacien entre la date de naissance de la mineure et un produit contraceptif de liste I dans les informations de remboursement.
- [137] Un dispositif identique pourrait être mis en place pour les analyses biologiques.
- [138] Dans ce cadre la confidentialité est soit pour toutes, soit au cas par cas (si la mineure le demande ou si la mineure n'a pas de carte vitale ce qui suppose de s'affranchir du dispositif SESAM-Vital et d'utiliser un NIR anonyme pour l'identifier).

3.3.1.3 Bref résumé du scénario 1

- [139] Le tableau ci-dessous résume le scénario en détaillant les deux options possibles pour l'étape de la consultation.

Tableau 8 : Scénario 1 : prise en charge totale par l'AMO

	Consultation		Biologie/Délivrance
	Via SESAM-Vitale (Option 1)	Hors SESAM-Vitale (Option 2)	
Gratuité	Facturation via SESAM-Vitale (code exo)	Facturation via Espace Pro ou Manuelle	Code exonération
Confidentialité	A la demande (Projet top confidentialité)	Systématique	A la demande (Projet top confidentialité)

Source : Auteurs.

3.3.2 Scénario 2 : Une prise en charge par l'AMO couplée à l'AMC lorsque cela est possible

- [140] La mission propose d'examiner un scénario où la prise en charge totale par l'AMO serait réservée aux cas où l'assurée n'a pas de mutuelle ou demande la confidentialité. La gratuité instaurée par la mesure de 2012 n'est pas remise en cause mais serait atteinte d'une autre manière.
- [141] Ce système présente l'intérêt de ne pas faire sortir du droit commun la majorité des mineures (à savoir en n'imposant pas la gratuité et la confidentialité aux situations – majoritaires – qui ne le requièrent pas). Il permet de plus de limiter le coût financier de la mesure pour l'assurance maladie.
- [142] L'inconvénient de ce scénario réside dans la dualisation des canaux de prise en charge de la contraception pour les mineures, selon leur possession d'une couverture AMC ou leur besoin exprimé de confidentialité, sachant que dans tous les cas la dispense de frais est assurée. Il serait source d'une plus grande complexité administrative (certes non visible par l'assurée et amoindrie pour les professionnels de santé si les logiciels de facturation à l'assurance maladie automatisent le processus).
- [143] Ce système nécessiterait, pour la pharmacie, de revenir sur la disposition législative adoptée en 2012 - disposition qui n'est par ailleurs quasiment jamais appliquée à l'heure actuelle - sachant que l'objectif visé en 2012 d'éviter à toute mineure une dépense d'argent reste inchangé, seul le procédé pour y parvenir serait modifié.

3.3.2.1 Consultation

[144] Pour la consultation, la prise en charge fonctionnerait de la façon suivante :

- En cas de possession d'une mutuelle et en l'absence de demande de confidentialité : tiers payant généralisé standard, suivant le même schéma que celui qui sera retenu pour mettre en œuvre le projet de loi santé en cours d'adoption au parlement.
- En l'absence de mutuelle ou si demande de confidentialité : recours à l'option 1 ou à l'option 2, ces deux options induisant une prise en charge totale par l'AMO avec une confidentialité systématique (cf. automatique avec l'option 2 ; avec extension du projet top confidentialité pour le code d'exonération de l'option 1).

[145] La question de la possession ou non d'une carte vitale en propre par la mineure ne se pose pas dans la mesure où :

- Si la mineure souhaite la confidentialité, l'utilisation de sa carte vitale n'est pas nécessaire (cf. possibilité d'un NIR anonyme à défaut du top confidentialité appliquée quand elle a la carte)
- Si la mineure ne souhaite pas la confidentialité, il lui suffit de récupérer la carte vitale de ses parents ou une attestation de droit.

3.3.2.2 Pharmacie et analyse biologique

[146] Ce système consistant à mobiliser la mutuelle lorsque la mineure en a une correspond concrètement à ce que font déjà dans la pratique la quasi totalité des pharmaciens et biologistes. Il induit donc une évolution des pratiques à minima des professionnels de santé et des mineures.

[147] Les changements interviendraient uniquement dans le cas où la mineure n'aurait pas de mutuelle et/ou souhaiterait la confidentialité. Dans ces cas-là, le professionnel appliquerait le même schéma que celui décrit précédemment au 3.3.1.2.

3.3.2.3 Bref résumé du scénario 2

[148] Le tableau ci-dessous résume le scénario en détaillant les deux options possibles pour l'étape de la consultation.

Tableau 9 : Scénario 2 : recours à l'AMO et l'AMC dans le cas général et à 100% l'AMO si besoin

	Possession d'une mutuelle et pas de demande de confidentialité		Pas de mutuelle ou demande de confidentialité		
	Consultation	Biologie/Délivrance	Consultation		Biologie/Délivrance
			Via SESAM-Vitale (Option 1)	Hors SESAM-Vitale (Option 2)	
Gratuité	Tiers payant généralisé	Tiers payant généralisé	Facturation via SESAM-Vitale (code exo)	Facturation via Espace Pro ou Manuelle	Code exonération
Confidentialité			A la demande (Projet top confidentialité)	Systématique	A la demande (Projet top confidentialité)

Source : Auteurs.

3.3.3 Les simulations financières

- [149] L'ensemble des hypothèses retenues pour ces simulations font l'objet d'une présentation détaillée en annexe 6. Il n'est pas fait ici d'hypothèse de montée en charge ni de flexion des taux de recours à la contraception.
- [150] Concernant la montée en charge, l'exemple de la pilule du lendemain a montré que la montée en charge pour ce type de dispositif se fait sur des périodes très longues (en l'occurrence, presque une dizaine d'années). D'un point de vue financier, la montée en charge lente a comme effet de réduire à court terme le coût financier des mesures prises.
- [151] Concernant les taux de flexion, la mission considère qu'ils seront tout à fait mineurs dans la mesure où les recourantes sont déjà très nombreuses sur ces tranches d'âge (cf. environ un quart des mineures de 15 à 17 ans). Si une flexion à la hausse des taux de recours devait intervenir, c'est à la rigueur plutôt chez les femmes de 18-22 ans qu'il surviendrait (la mission donne une estimation dans les sous parties correspondantes). Les simulations financières données dans le tableau ci-dessous et détaillées dans les sous parties suivantes sont donc à considérer le surcoût financier des mesures « en régime de croisière ».

Tableau 10 : Coûts actuels et surcoûts anticipés du scénario 1 et du scénario 2 pour l'assurance maladie obligatoire

Coût des remboursements actuels			
	Moins de 15	15-17 ans	18-22
Consultation	265 202 €	6 421 934 €	27 511 214 €
Analyse bio	72 083 €	1 745 521 €	7 799 340 €
Délivrance	92 731 €	2 665 497 €	14 108 265 €
Total coût actuel	430 016 €	10 832 952 €	49 418 818 €
Surcoût AMO si 100% pour l'AMO			
Scénario 1	Moins de 15	15-17 ans	18-22
Consultation	113 658 €	2 752 257 €	11 790 520 €
Analyse bio	48 056 €	1 163 681 €	5 199 560 €
Délivrance	48 988 €	1 402 643 €	7 264 892 €
Total scénario 1	210 701 €	5 318 581 €	24 254 972 €
Surcoût AMO si AMC utilisée quand c'est possible			
Scénario 2	Moins de 15	15-17 ans	18-22
Consultation	28 414 €	688 064 €	2 947 630 €
Analyse bio	12 014 €	290 920 €	1 299 890 €
Délivrance	12 247 €	350 661 €	1 816 223 €
Total scénario 2	52 675 €	1 329 645 €	6 063 743 €

Source : Auteurs. L'AMC dans le scénario 2 est mobilisée par hypothèse dans 25% des cas dans les chiffres présentés ci-dessus.

- [152] Les simulations avant 15 ans concernent en fait les 12-14 ans, les dépenses associées à des prises en charge de contraceptifs chez des filles de 10 et 11 ans étant extrêmement résiduelles⁵². Etablir des simulations après l'âge de 18 ans est délicat dans la mesure où aucune borne d'âge ne s'impose mécaniquement. Afin de fixer un ordre de grandeur des enjeux financiers, la mission a pris le parti arbitraire de faire ses simulations sur les 18-22 ans. Naturellement, une diminution de la borne d'âge supérieure réduit les coûts induits tandis qu'une extension les augmente.

⁵² Moins de 3000 euros au total de l'assurance maladie obligatoire en 2012.

3.3.3.1 Scénario 1 : prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire de l'ensemble des dépenses

➤ Pour les 15-17 ans

[153] D'après les estimations de la mission, la mesure consistant à la délivrance en pharmacie des contraceptifs sans avance de frais pris en charge totalement par l'assurance maladie coûte actuellement à peine plus de 10 000 euros pour l'assurance maladie tandis que les contraceptifs remboursés selon le circuit standard (cf. 65 % pour l'assurance maladie) coûtent environ 2,6 millions d'euros. Si la mesure votée en 2012 était effectivement appliquée par les pharmaciens, à savoir prise en charge à 100 % de l'ensemble des contraceptifs remboursés par l'assurance maladie à des mineures de 15-17 ans, le surcoût serait estimé à 1,4 millions d'euros pour l'assurance maladie obligatoire (cela correspond donc concrètement au coût de la mesure LFSS 2012 pour la délivrance en pharmacie si la mesure était appliquée).

[154] Un alignement des examens biologiques sur la prise en charge à 100 % par la pharmacie induirait un surcoût de 1,2 millions d'euros.

[155] En revanche, une prise en charge à 100% par l'assurance maladie de l'ensemble des consultations ayant pour objet la contraception représenterait un surcoût plus élevé pour l'assurance maladie obligatoire, estimé à 2,8 millions d'euros par an.

[156] Au global, une prise en charge effective à 100 % par l'AMO du parcours d'accès à la contraception des 15-17 ans engendrerait un surcoût estimé à 5.3 millions d'euros.

➤ Avant 15 ans

[157] Le surcoût associé à une prise en charge gratuite de la contraception remboursée pour les moins de 15 ans représenterait une dépense minimale : environ 50 000 euros pour la délivrance en pharmacie, près de 50 000 euros pour les examens biologiques et un peu plus de 100 000 euros pour la consultation, soit au total moins de 200 000 euros pour l'ensemble.

➤ Après 18 ans

[158] Le surcoût estimé est nettement plus important ici (ce qui est logique du fait de la plus grande activité sexuelle à ces âges et du fait que l'on couvre un nombre plus grand de tranches d'âge) : pour la délivrance, plus de 7 millions d'euros, plus de 5 millions d'euros pour les examens biologiques et près de 12 millions d'euros pour les consultations, soit au total un surcoût de plus de 24 millions d'euros pour l'assurance maladie obligatoire.

3.3.3.2 Scénario 2 : prise en charge à 100% par l'AMO seulement quand aucune mutuelle n'est mobilisable

[159] Les coûts associés ici sont par construction nettement plus faibles dans la mesure où il est considéré que la demande de confidentialité n'intervient que dans un cinquième des cas auquel il faut adjoindre 6 % des bénéficiaires qui n'ont pas de mutuelle. Le recours à une prise en charge 100 % AMO n'intervient donc que dans un quart des cas⁵³.

⁵³ On considère que les mineures qui ne demandent pas la confidentialité et qui ont une mutuelle ne passent pas en 100 % AMO. Or 20 % des mineures auraient besoin de la confidentialité et 6% des femmes de 15 à 24 ans n'ont pas de couverture complémentaire (enquête 2008 Santé et protection sociale) => on applique le taux de 25 % (cf. 20 % + (1-20 %)*6 % = 24,8 %).

[160] Le surcoût pour les 15-17 ans n'est alors plus que de 1,3 millions d'euros (consultation-examen biologique-délivrance) contre 5.3 millions d'euros dans le scénario 1, soit une économie différentielle de 4 millions d'euros pour l'AMO. Le surcoût total pour les moins de 15 ans diminuerait à 50 000 euros quand celui des plus de 18 ans avoisinerait le 6 millions d'euros. En d'autres termes, le recours aux mutuelles dans le scénario 2 permettrait donc de financer, à coût presque constant, une extension du dispositif de gratuité-confidentialité aux 18-22 ans (voir le tableau ci-dessous).

3.3.3.3 Bilan général : un arbitrage entre scénario 1 et scénario 2 fonction des objectifs politiques visés

[161] La mission considère que quel que soit le scénario retenu, l'extension aux moins de 15 ans n'est pas un enjeu financier. Elle présenterait de plus l'intérêt d'éviter le décalage actuel entre un dispositif de secret ouvert à tous les mineures et un dispositif de gratuité accessible seulement à partir de 15 ans, décalage source d'une complexité néfaste pour les professionnels de santé comme pour les bénéficiaires.

[162] Au-delà des considérations de santé publique évoquées précédemment (cf. voir partie 2 du présent rapport), le choix de l'un ou l'autre scénario et de leurs variantes, sachant par ailleurs que les deux scénarii assurent une dispense totale d'avance des frais pour les bénéficiaires et une possibilité de confidentialité est conditionné par le calendrier de déploiement souhaité au regard du calendrier de mise en œuvre du tiers payant généralisé ainsi que de l'engagement financier que les pouvoirs publics sont prêts à dédier à cette politique publique (cf. extensions en termes d'âge, volume des remboursements pris en charge à 100 % par l'AMO).

[163] Par rapport au scénario 1, le scénario 2 présente plusieurs avantages :

- Ne pas forcer les mineures pour qui la problématique de la gratuité et de la confidentialité ne se pose pas à sortir du régime de droit commun.
- Limiter le coût financier pour l'assurance maladie obligatoire : pour les 15-17 ans, 1,3 millions d'euros dans le scénario 2 contre 5,3 dans le scénario 1, soit une économie différentielle de 4 millions d'euros.
- Faciliter une extension du dispositif aux jeunes majeures : le surcoût de 6 millions d'euros pour les 18-22 ans serait en grande partie compensé par l'économie de 4 millions d'euros que permettrait la mobilisation des mutuelles des mineures de 15 à 17 ans. A l'inverse, le surcoût d'une extension aux 18-22 ans dans le scénario 1 s'élèverait à près de 24 millions euros par an, ce qui représente à l'inverse un surcoût de dépenses élevé.

[164] Cependant, le scénario 2 présente aussi quatre inconvénients :

- Sa mise en œuvre est dépendante du déploiement du tiers payant généralisé, ce qui retardera de facto son lancement à 2017.
- Il nécessite que la bénéficiaire exprime clairement son besoin de confidentialité, ce qui peut ne pas être aisé pour une mineure et implique que la bénéficiaire ait une bonne connaissance de ses droits (en l'occurrence qu'une prise en charge assurant le secret peut lui être assurée si elle le demande). Par comparaison, le scénario 1 ne requière pas obligatoirement cette demande explicite : en effet, la confidentialité peut être appliquée de façon systématique à toutes les bénéficiaires quelle que soit l'option technique retenue (cf. code exonération couplée au projet top confidentialité (option 1) ou facturation hors SESAM-Vitale (option 2)).
- L'évolution des pratiques des professionnels sera ralentie du fait des faibles volumes qu'ils auront à traiter via le nouveau canal de prise en charge (cf. environ un quart des prises en charge). Cette limite est à cependant relativiser si une extension aux jeunes majeures est adoptée dans la mesure où cela accroîtra très sensiblement les volumes.

- Le volume exact des bénéficiaires qui auront recours à une prise en charge à 100 % AMO dans le scénario 2 (cf. demande d'anonymat ou absence de mutuelle) est calculé ici à un quart ici. Cependant, le recours exact au dispositif assurant la confidentialité dans l'avenir est par définition difficile à déterminer (cf. partie 2 du présent rapport). Si dans la pratique la demande de confidentialité s'avérait plus forte qu'attendu, le coût du scénario 2 pour l'AMO en serait accru (il restera cependant dans tous les cas inférieurs au scénario 1 où la mutuelle n'intervient jamais). Inversement, si la demande de confidentialité était plus faible qu'un quart, le coût du scénario 2 sera inférieur aux estimations présentées ici.

[165] Au-delà La mission considère en conséquence que l'arbitrage entre le scénario 1 et le scénario 2 doit s'effectuer en fonction des objectifs attendus de cette politique (confidentialité systématique ou au cas par cas ; extension aux jeunes majeures ou non), des moyens financiers disponibles et de la rapidité de déploiement souhaité. Le tableau ci-dessous résume les cinq stratégies possibles, sachant que la volonté d'assurer une confidentialité systématique requiert de recourir au scénario 1 (cf. prise en charge à 100% par l'AMO de toutes les bénéficiaires).

Tableau 11 : Stratégies possibles pour arbitrer entre le scénario 1 et le scénario 2

N°	Stratégie	Confidentialité systématique	Extension aux jeunes majeures	Rapidité de déploiement	Coût financier	Scénario préférable
1	Confidentialité totale	Oui				1 (AMO seule)
2	Ambition réduite à coût faible		Non	Non	Faible	2 (AMO/AMC)
3	Ambition réduite à coût moyen		Non	Oui	Moyen	1 (AMO seule)
4	Ambition forte à coût moyen		Oui	Non	Moyen	2 (AMO/AMC)
5	Ambition forte à coût élevé		Oui	Oui	Elevé	1 (AMO seule)

Source : Auteurs. Note de lecture : un « oui » à la rapidité de déploiement signifie que le dispositif cible peut être installé sans attendre la mise en place du tiers payant généralisé. Le scénario 1 correspond à une prise en charge à 100% par l'AMO pour toutes les bénéficiaires. Le scénario 2 fait lui intervenir l'assurance maladie complémentaire lorsque cela est possible (cf. possession d'une mutuelle et pas de besoin de confidentialité).

[166] Le coût financier associé à chaque stratégie est⁵⁴ :

- Pour la **stratégie 1** (Confidentialité totale) : le coût serait fonction de l'extension ou non aux jeunes majeures :
 - ✓ une stratégie 1 sans extension coûterait **5,3 millions d'euros** (même cas que la stratégie 3 avec application d'une confidentialité systématique);
 - ✓ une stratégie 1 avec extension coûterait **29 millions d'euros** (même cas que la stratégie 5 avec application d'une confidentialité systématique).
- Pour la **stratégie 2** (Ambition réduite à coût faible) : **1,3 millions d'euros** ;
- Pour la **stratégie 3** (Ambition réduite à coût moyen) : **5,3 millions d'euros** ;
- Pour la **stratégie 4** (Ambition forte à coût moyen) : **7,4 millions d'euros** ;
- Pour la **stratégie 5** (Ambition forte à coût élevé) : **29 millions d'euros**.

⁵⁴ Ne sont pas ici pris en compte les coûts induits par une extension aux mineures de moins de 15 ans du fait de la modicité des sommes en jeu.

[167] Une **stratégie intermédiaire** mêlant le scénario 1 pour les mineures avec confidentialité systématique et le scénario 2 pour les jeunes majeures avec confidentialité à la demande conduirait à un déploiement en deux temps : le scénario 1 pourrait être mis en place tout de suite pour les mineures pour un coût annuel pour l'AMO estimé à 5,3 millions d'euros ; puis, une fois que le tiers payant généralisé serait déployé, serait mis en place pour les jeunes majeures de 18 à 22 ans le scénario 2 pour un coût annuel pour l'AMO estimé à 6 millions d'euros. Une fois les deux dispositifs lancés (celui pour les mineures et celui pour les jeunes majeures), le coût annuel pour l'AMO serait donc de **11,3 millions d'euros**.

[168] La mission considère qu'il n'est pas de son ressort d'arbitrer entre ces différentes stratégies, et donc entre le scénario 1 et le scénario 2, dans la mesure où cela relève d'une décision politique au regard des implications en termes financiers et de politiques publiques de chaque stratégie.

3.4 Quelques pistes complémentaires pourraient constituer des solutions ponctuelles à certaines difficultés

3.4.1 La démedicalisation des microprogestatifs : une solution partielle à envisager

[169] Le décret du 12 janvier 2002 pris en application de la loi HPST du 22 juillet 2009 a lancé un mouvement de démedicalisation de la pilule en autorisant les pharmaciens, sages-femmes et infirmiers à prolonger la délivrance de ce moyen de contraception et en facilitant la distribution de la pilule du lendemain. Certains proposent d'aller plus loin dans la démedicalisation de la délivrance de la pilule en permettant la primo-délivrance de la pilule progestative microdosée par le pharmacien d'officine, sans ordonnance, afin de faciliter l'accès à cette contraception, d'éviter la discontinuité dans la prise de ce contraceptif et de ce fait réduire le nombre de grossesses non désirées. Cette libéralisation de la vente permettrait aussi d'assurer de facto l'anonymat.

[170] Ce mode de distribution des moyens contraceptifs oraux est déjà appliqué au Mexique et est en cours d'expérimentation dans différents pays. A Londres depuis 2009, une expérimentation est conduite sous l'égide du National Health Service. Les promoteurs de l'expérimentation britannique soulignent que d'autres médicaments sont délivrés sans ordonnance. Cette expérience, toujours en cours, fait l'objet de premières évaluations positives.

[171] Depuis 2007, le Québec a mis en place un modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale, validée au terme de 3 ans de discussions par le collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmiers et l'Ordre des pharmaciens, avec le soutien du Ministère de la Santé et à l'initiative de l'Institut National de Santé Publique. Le consensus stipule qu'un médecin d'un établissement de santé peut déléguer la tâche d'initiation de la contraception hormonale aux infirmières et à des pharmaciens désignés. Cette initiation est valable pour une durée de 6 mois non renouvelable et permet de dispenser aux femmes en bonne santé une contraception hormonale orale, transdermique, vaginale ou injectable.

[172] En France, le rôle des pharmaciens dans la primo-délivrance de la micropilule est soutenue par certaines associations et notamment l'Association française pour la contraception. D'autres acteurs soulèvent l'argument de la sécurité, que la crise de la pilule de 3^{ème} génération a relancé, et craignent la désaffection par les femmes de la prévention.

[173] Lors de la discussion de la loi HPST du 21 juillet 2009 un amendement avait été voté autorisant « à titre expérimental les pharmaciens d'officine ayant reçu une formation spécifique à délivrer une seule fois, une contraception oestroprogestative aux femmes de plus de quinze ans et de moins de trente-cinq ans ». Il avait été repoussé par le Conseil Constitutionnel pour des raisons de forme.

[174] La DGS a depuis lors interrogé l'Académie de pharmacie qui s'est prononcée le 2 octobre 2011. Soulignant le bon positionnement de ces acteurs de santé pour faciliter et sécuriser la contraception, elle préconise une meilleure formation des pharmaciens sur la contraception afin qu'ils soient en mesure de mieux informer les femmes. Quant à l'attribution aux pharmaciens d'officine, volontaires et ayant suivi une formation adaptée, d'un droit de primo-prescription de la contraception hormonale, l'Académie nationale de Pharmacie demande que celle-ci s'accompagne d'un renforcement des campagnes d'information auprès des femmes sur la nécessité d'une surveillance gynécologique par un médecin.

[175] La mission a demandé aux professionnels rencontrés leur position par rapport à la vente en libre accès de la pilule. Les avis sont partagés même si la majorité des personnes rencontrées n'y étaient pas favorables. Cependant, il semble nécessaire d'objectiver ce que seraient les risques encourus par la prise régulière de ces hormones laissée à la libre appréciation des femmes (cf. risque sanitaire, risque en termes d'efficacité contraceptive). Mettre en place une expérience qui remplisse les conditions d'une formation préalable des pharmaciens et d'une stricte évaluation mériterait ainsi d'être envisagée.

Recommandation n°12 : Mettre en place sous l'égide de la Haute autorité de santé une expérimentation permettant d'évaluer l'impact sanitaire et social d'une possibilité offerte aux pharmaciens d'effectuer des prescriptions de pilules microprogestatives.

3.4.2 Un accroissement du rôle des infirmières scolaires : une piste à expérimenter en zone rurale

[176] Les infirmières scolaires ont vu ces dernières années leur rôle se développer dans le champ de la contraception des mineures (cf. administration de contraceptifs d'urgence, renouvellement d'ordonnance, voir annexe5). De par leur proximité avec les mineures, ces dernières présentent un intérêt majeur en termes d'accessibilité et de confidentialité vis-à-vis des parents.

[177] La mission a rencontré sur chacun des territoires où elle s'est déplacée des infirmières scolaires. Leur faible nombre (moins de 8 000 pour plus de 60 000 établissements scolaires), qui se traduit par une présence très fragmentée dans les établissements, ne plaide pas, en première intention, vers une extension massive du rôle des infirmières dans le champ de la contraception des mineures. Pourraient cependant être expérimentés sur certains territoires, en particulier dans les territoires où l'accès aux soins pose difficulté comme par exemple en zone rurale, de nouveaux dispositifs renforçant la présence des infirmières scolaires tout en étendant leurs missions. Deux schémas mériteraient ainsi d'être étudiés : 1) capacité d'infirmières spécifiquement formées à prescrire certains contraceptifs, notamment microprogestatifs ; 2) capacité des infirmières à délivrer des contraceptifs sur ordonnance.

Recommandation n°13 : Initier sous l'égide de la Haute autorité de la santé et du ministère de l'éducation nationale une expérimentation permettant d'évaluer une extension du rôle des infirmières scolaires, notamment en milieu rural, concernant l'accès à la contraception des mineures.

3.4.3 Une rémunération forfaitaire pour la contraception des mineures : une piste écartée par la mission

[178] Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.

[179] Il créé des majorations de rémunération pour le médecin qui reçoit des malades qui demandent un suivi particulier (nourrisson, patient en ALD) ou qui effectue certaines tâches complémentaire à sa pratique médicale courante telle que la coordination du parcours de soin. Pour ces actes, le médecin voit ses cotisations sociales allégées et sa pratique clinique mieux rémunérée.

- [180] Plusieurs acteurs rencontrés par la mission ont évoqué la possibilité de faire bénéficier toutes les femmes de 15 à 49 ans, ou du moins les mineures, d'une « visite contraception » à visée largement informative, et cela gratuitement. Le temps minimum nécessaire évoqué pour cette consultation est généralement de 45 minutes. Celle-ci serait alors rétribuée au médecin par une rémunération forfaitaire. L'hypothèse de faire ainsi entrer la contraception des mineures dans le champ de ces nouveaux modes de rémunération n'a pas été retenue par la mission car cette prise en charge n'est ni spécifique, ni plus lourde que lorsqu'il s'agit d'adultes. Il y a certes un temps d'information à prévoir pour la mineure non informée mais il ne sera pas systématique car certaines mineures peuvent disposer de toute l'information utile, et, à l'inverse, une contraception de majeure peut aussi prendre du temps dans certains cas. Se pose de plus des difficultés particulières de contrôle de la mise en œuvre d'une telle proposition. Dans ces conditions, la mission n'a pas mené d'investigations approfondies sur la mise en œuvre de cette proposition car il ne paraît pas justifié pour le médecin, spécialiste ou généraliste, de bénéficier d'une majoration systématique pour une prescription de contraception pour une mineure.

3.5 Au-delà de l'amélioration technique des dispositifs, un besoin crucial d'information

3.5.1 L'information des professionnels sur les dispositifs doit être renforcée

- [181] En pharmacie, les courriers et la mise à jour du site Internet Ameli n'assurent qu'une diffusion imparfaite de l'information. Il serait souhaitable de mettre à l'ordre du jour des visites des délégués de l'Assurance maladie, habituellement centrées sur la maîtrise des dépenses, un rappel concernant les mesures des LFSS 2013 et 2014.
- [182] Pour les médecins et sages-femmes, les contacts avec les CPAM sont moins fréquents, si bien qu'une mobilisation des organismes professionnels sur la contraception des mineures est nécessaire.
- [183] Pour les pharmaciens, les rencontres sont fréquentes avec l'assurance maladie et les mesures LFSS 2013 et 2014 devraient y être évoquées (plusieurs pharmaciens rencontrés par la mission ont d'ailleurs fait part de leur étonnement que cela n'ait pas été d'après eux le cas).

Recommandation n°14 : Renforcer l'information des professionnels de santé sur l'existence des dispositifs d'accès gratuit et anonyme à la contraception, via une action spécifique des caisses primaires d'assurance maladie.

3.5.2 Plus généralement l'information sur l'entrée dans la vie sexuelle et l'éducation à la sexualité doivent être renforcées

- [184] Une des raisons majeures pour laquelle le dispositif voté en LFSS 2013 d'accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures en pharmacie ne monte pas en charge tient à l'absence de communication spécifique vis-à-vis des principales personnes concernées, les mineures. Or, les stratégies de communication doivent être partie intégrante des dispositifs mis en œuvre : en effet, le dispositif mis en œuvre doit en partie est calibré de sorte à permettre une communication simple, et donc efficace.
- [185] Les mineures pourraient être informées de l'existence de dispositifs de dispense d'avance de frais et gratuité en utilisant les relais que sont les infirmières scolaires, les CPEF, les référents chargés de l'accompagnement social dans les missions locales lorsqu'ils existent. Une campagne d'information pourrait être organisée par l'INPES et diffusée dans les médias utilisés par les jeunes (radios, sites internet, facebook). La CNAMTS pourrait également, lors de l'envoi du dossier de Carte Vitale à la mineure, l'informer des dispositions spécifiques relatives à la contraception.
- [186] Mais c'est de façon plus générale et dans un cadre dépassant la problématique de ce rapport toute l'éducation à la sexualité qui doit être renforcée, en premier lieu en veillant à ce que la loi de 2001 soit appliquée.

Recommandation n°15 : Renforcer l'information des jeunes sur l'existence des dispositifs d'accès gratuit et anonyme à la contraception, via une action spécifique et concertée de l'Inpes, de l'éducation nationale, de la CNAMTS, des Conseils régionaux et départementaux et des missions locales.

Stéphanie DUPAYS

Catherine HESSE

Bruno VINCENT

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Détails de la recommandation	Autorité responsable	Vecteur juridique	Echéance
1	Simplifier le fonctionnement des logiciels des pharmaciens de façon à automatiser leurs actes métiers	Cnamts	Interne - Cnamts	
2	Déployer le projet top anonymat en pharmacie suivant un calendrier rapproché.	Cnamts	Interne - Cnamts	
3	Demander aux prescripteurs d'examens biologiques de faire figurer sur leurs ordonnances la mention « contraception » afin que les laboratoires d'analyses médicales puissent faire entrer les bénéficiaires dans le dispositif LFSS 2014 et donner au mineur la possibilité de retirer lui-même ses résultats.	Cnamts Ministère en charge de la Santé	Interne - Cnamts + Loi	
4	Mettre en place pour toutes les mineures un système national de prise en charge de la contraception qui les dispense de façon systématique de toute avance de frais depuis la consultation jusqu'à la délivrance en pharmacie.	Cnamts	Interne - Cnamts	
5	Permettre à toutes les mineures qui le demandent d'avoir accès de la contraception de façon confidentielle à chaque étape de leur parcours d'accès à la contraception.	Cnamts	Interne	
6	Aligner les bornes d'âges fixées aux dispositions visant à assurer la gratuité sur celles de la disposition concourant au secret, à savoir un accès ouvert à l'ensemble des mineures.	Ministère en charge de la Santé	Loi	
7	Etendre les dispositifs, dans la mesure des capacités financières disponibles, d'accès gratuit et confidentiel à la contraception au-delà de 18 ans.	Ministère en charge de la Santé	Loi	
8	Mettre à l'étude, par la HAS, la pertinence et les moyens de faire entrer le patch et l'anneau vaginal dans le champ des contraceptifs remboursables.	Ministère en charge de la Santé+ HAS		
9	Evaluer l'application de la loi du 4 juillet 2001 posant le principe d'une éducation à la sexualité de trois heures, par groupe d'âge, sur tout le cursus scolaire.	Ministère en charge de la Santé+ ministère de l'Education nationale		
10	Créer une dispense totale d'avance de frais pour une consultation à visée contraceptive de mineures soit via la facturation SESAM-Vitale soit en dehors (cf. espace professionnel ou procédure manuelle) permettant d'assurer le secret.	Ministère en charge de la Santé Cnamts	Loi	

11	Aligner les modalités de prise en charge de la délivrance de contraceptifs en pharmacie et des analyses biologiques	Ministère en charge de la Santé	Loi	
12	Initier sous l'égide de la Haute autorité de santé une expérimentation permettant d'évaluer l'impact sanitaire et social d'une possibilité offerte aux pharmaciens d'effectuer des prescriptions de pilules microprogestatives.	Ministère en charge de la Santé + HAS		
13	Initier sous l'égide de la Haute autorité de santé et du ministère de l'éducation nationale une expérimentation permettant d'évaluer une extension du rôle des infirmières scolaires, notamment en milieu rural, concernant l'accès à la contraception des mineures.	Ministère en charge de la Santé + HAS		
14	Renforcer l'information des professionnels de santé sur l'existence des dispositifs d'accès gratuit et anonyme à la contraception, via une action spécifique des caisses primaires d'assurance maladie.	Cnamts	Interne - Cnamts	
15	Renforcer l'information des jeunes sur l'existence des dispositifs d'accès gratuit et anonyme à la contraception, via une action spécifique et concertée de l'Inpes, de l'éducation nationale, de la CNAMTS, des Conseils régionaux et départementaux et des missions locales.	Ministère en charge de la Santé, Ministère de l'éducation nationale, Inpes, Cnamts, collectivités territoriales		

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre
CBI/NL D14-2964

Paris, le 01 DEC. 2014

NOTE

A l'attention de
Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission sur la contraception des mineures

L'accès à la contraception pour les femmes, en particulier pour les mineures, constitue une priorité pour mon ministère. C'est pourquoi dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, j'ai proposé au Parlement de voter la gratuité des moyens de contraception prévus au remboursement de l'assurance maladie pour les mineures de plus de 15 ans, avec un dispositif de « secret » permettant, si la jeune fille le souhaite, de ne pas faire figurer la mention de délivrance sur le décompte des parents. L'année suivante, dans la loi de financement de la sécurité sociale 2014, un complément a été apporté avec la mise en place pour les mineures d'un tiers payant pour les consultations et les examens de biologie nécessaires à leur contraception, avec une dispense d'avance de frais pour la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Cette mesure préfigure le tiers payant généralisé prévu dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du projet de loi de santé.

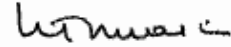
Malgré toutes ces avancées, il semble que le dispositif doive être amélioré pour mieux répondre au besoin d'anonymat des jeunes femmes, et pour assurer l'accès à la prescription ainsi que la gratuité effective de la contraception.

C'est pourquoi le Parlement a adopté un amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, demandant au gouvernement un rapport sur l'application des dispositions existantes et sur les conditions de leur effectivité.

Je souhaite donc que soit réalisée une mission permettant d'éclairer ces débats et de nous donner les moyens de rendre effectif et dans de bonnes conditions l'accès à la contraception des mineures.

Cette mission devra apporter des éléments concrets concernant l'utilisation actuelle par les jeunes filles des mesures de gratuité, de secret, de tiers payant et l'avance de frais mises en place depuis deux ans. Elle identifiera les besoins non couverts pas les dispositifs législatifs et réglementaires actuels, les difficultés rencontrées par les jeunes femmes dans leur parcours de contraception en précisant la portée nationale ou territoriale de ces dysfonctionnements et proposera les mesures correctives adéquates.

L'attention que je porte à la clarification de ce sujet dans un délai le plus bref possible et le fait qu'un important travail de vos services a déjà été réalisé en 2009 dans ce domaine, me conduisent à demander que les conclusions de cette mission puissent m'être remises pour le 31 mars 2015 au plus tard.



Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES

Cabinet de la ministre de la Santé, des Affaires sociales et des droits des femmes

Raymond LEMOIGN, directeur de cabinet adjoint

Catherine BISMUTH, conseillère en charge de la santé publique

Assemblée nationale

Catherine COUTELLE, présidente de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

Violaine GODET, attachée parlementaire

Catherine LEMORTON, députée, présidente de la commission des affaires sociales

Bérengère POLETTI, députée, membre de la commission des affaires sociales

Direction Générale de la Santé du ministère des affaires sociales et de la santé

Zinna BESSA, adjointe à la sous-direction santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Flore MOREUX, adjointe au chef du bureau Santé des populations, sous -direction Santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Lionel LAVIN, médecin, chargé de la contraception et santé des femmes, bureau Santé des populations

Direction de la Sécurité Sociale du ministère des affaires sociales et de la santé

Marie-Anne JACQUET, sous-directrice, sous direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Jérôme CLERC, adjoint à la sous-directrice, sous direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Julie POUGHEON, adjointe à la cheffe du bureau Couverture maladie universelle et prestations de santé

Nina VASSILIEFF, chargée de mission, bureau Couverture maladie universelle et prestations de santé

Direction générale de l'enseignement scolaire du ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Marie-Jeanne URCUN, médecin, conseillère technique

Véronique GASTE, cheffe du bureau Santé, action sociale, sécurité

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Matilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Eléonore ROMFLE, direction des assurés sociaux

Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL, médecin, responsable du département des produits de santé

Gildine CROISE, chargée d'études, direction des assurés sociaux

Aude SIMONI-THOMAS, pharmacien conseil, département des produits de soins

Philippe AUBOIN, statisticien, département des produits de soins

Véronique BELOT, chargée de prévention et de promotion de la santé
Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins

Frédéric MERLE, Responsable de la Division Gestion des Prestations et des Partenaires, Direction Déléguée aux Opérations

Pierre BACHELIER

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Bénédicte FEUILLEUX, directrice de la direction des politiques publiques

Ghislaine ROSAY, responsable du cabinet de la présidence et de la direction générale

Pascal VERRECCHIA, responsable du département relations avec les partenaires de santé, conditions de prise en charge des prestations en nature

Ile-de-France***Agence régionale de santé***

Anne Gaëlle DANIEL, chargée de mission périnatalité et contraception ARS

Julie FOURIER, chargée de mission santé Ile-de-France ARS

Conseil général de la Seine-Saint-Denis

Emmanuelle PIET, médecin chef de PMI

Nathalie CANDIOLO, médecin de PMI

Centre de planification et d'éducation familiale de Stains

Pauline VASSAL, médecin de PMI

Martine LACHAUD, conseillère conjugale et familiale

Inspection académique de la Seine Saint-Denis

Martine ROCHE, infirmière départementale, conseillère technique du directeur académique de Seine-Saint-Denis

Véronique DEJIEUX, adjointe à la conseillère technique du directeur académique de Seine-Saint-Denis

Caisse primaire d'assurance maladie de Seine Saint Denis

Nicolas LE BELLEC, directeur général de la CPAM

Marion VAN VONTERGHEM, directrice générale adjointe

Hélène YVERT, directrice de la gestion du risque

Thierry BEAUDOIN, responsable du Pôle prescriptions

Audrey ARBONA PEPY, responsable adjoint du Pôle prescriptions

Autres personnes rencontrées sous l'égide de l'Agence régionale de Santé

Morgan HERVO, planning familial Région Ile-de-France

Sophie GANDU, responsable du DU Régulation des naissances, Université Paris V

Muriel PRUDHOMME, médecin adjoint chargé de la planification familiale et de la PMI - Paris

Valérie LEYDOUR, directrice de la PMI - conseil général de l'Essonne

Laurence VAYET, Union Régionale des Professions de Santé d'Ile-de-France

Rhône-Alpes***Conseil régional***

Thomas SENNE, directeur jeunesse sport vie associative éducation populaire

Marie DUPONT, chargée de mission à la carte M'RA

Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône

Eric LE BOULAIRE, directeur

Valérie CHAVEAU, sous directrice chargée de la direction juridique et des prestations en nature

Thérèse MALACRAY, responsable des établissements

Sandrine LONGY, responsable des prestations en nature, prof libérales

MFPP Rhône-Alpes

Carole BARDOTTI, médecin, MFPP de le Loire

Véronique DALEMANS, coordinatrice Rhône-Alpes du MFPP

Françoise LAURANT, présidente de la fédération régionale, ancienne présidente du MFPP France

Marijo PENEL, présidente de l'association départementale de l'Ardèche du MFPP

Brigitte POIZAT, médecin, MFPP de la Loire

Valérie RADIX, conseillère conjugale et familiale, MFPP Rhône CPEF Villeurbanne

Centre régional d'information jeunesse Rhône-Alpes

Xavier VANDERPLANCHE, Responsable de l'Espace Santé Jeunes de Lyon, Responsable du Pôle Santé du CRIJ Rhône-Alpes, Président de la Fédération Espace Santé Jeunes

Tarare

Agnès BERTHOLLET, Directrice des Soins, Hôpital Nord-Ouest Tarare

M. BLANC, pharmacien

Maria CHIESA, infirmière scolaire, cité scolaire de Tarare

M. CONVERT, pharmacien, président de l'association des professionnels de santé Réseau Santé Monts de Tarare

Jean-Paul DUPERRAY, Adjoint solidarités et cohésion sociale - Ville de Tarare

Isabelle GARCIA-CARVALHO, médecin PMI, Maison du Rhône - Département du Nouveau Rhône

Marie-Louise HANSEN GUERBAS, référente de parcours, Programme de Réussite Educative (rattaché au service politique de la ville de la COR)

Brigitte LAUGIER, CPEF, Maison du Rhône - Département du Nouveau Rhône

Renaud LUDIN, conseiller, Mission locale rurale nord-ouest Rhône

Laboratoire MELKI

Zohra TAJI, responsable Politique de la ville, communauté de communes Ouest Rhodanien

Nadia UThERMELE, CPEF, Maison du Rhône - Département du Nouveau Rhône

Lyon

Nora ARROUD, Infirmière, Centre Soins infirmier CPAM

Danièle AUTHIER, Coordinatrice FRISSE

Chloé BASTIANINI, chargée de mission à l'association avenir Santé

Chantal BERNARD, Gynécologue, Maison des Adolescents

Myriam BUFFET, Chef de mission Santé, Ville de Lyon

Christine CADOT, éducatrice spécialisée en prévention spécialisée à la société lyonnaise pour l'enfance et l'adolescence

Catherine CHAUDRON, Référente vie sociale, Mission Locale Lyon

Alexandre CHEVALIER, Coordinateur des actions de prévention, ALS

Julie COLLE, Volontaire service civique association avenir Santé

Anne-Cécile DE LINOTTE, Chargée de mission, FRISSE

Claire FAHYS, Responsable subvention formation, Filactions

Alexandrine JAMET, Chargée de prévention santé, LMDE

Sarah LABORDE-GARCIA, Responsable prévention santé, SMERRA Rhône-Alpes-Auvergne

Florence LAPICA, Médecin généraliste, Pôle de Santé Etats -Unis

Thiphaine LEVOIR, 5ème année médecine stage au cabinet de madame Lapica Pole de santé Etats-Unis.

Alizée RAMIREZ, Responsable développement Lyon, SMERRA Rhône-Alpes-Auvergne

Sandrine TISSOT, Infirmière, Centre Soins infirmier CPAM

Myriam ZAGO, Médecin généraliste, Pôle de Santé Etats -Unis

Autres personnes rencontrées sous l'égide de l'Agence régionale de Santé

Hélène BARBIER, médecin en CPEF au Conseil général de la Drôme

Nicole BEZ, médecin généraliste, représentant de l'URPS Médecins Rhône-Alpes

Cristel BRIOUDE-CARRIO, gestionnaire de prévention en santé, service Prévention et Promotion de la Santé direction de la Santé Publique, ARS Rhône-Alpes

Jacqueline GUILLIER, médecin, Métropole Lyon

Sylvie JACQUET-FRANCILLON, médecin de PMI et coordonnatrice des centres de planification et d'éducation familiale, Conseil général de l'Ain

Pierre LAHET, Conseiller conjugal, Réseau de périnatalité ELENA, CPEF du CH de Firminy

Chantal MANNONI, médecin de santé publique et de médecine sociale, service Prévention et Promotion de la Santé direction de la Santé Publique, ARS Rhône-Alpes

Sophie MICO, cadre de santé à la protection judiciaire de la jeunesse

Marielle PERICARD, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, service Prévention et Promotion de la Santé direction de la Santé Publique, ARS Rhône-Alpes

Elodie RENON, médecin au CPEF de Villefontaine

Brigitte RABA-JUENET, médecin, Métropole Lyon

Dr SICOT, Réseau périnatal Alpes-Isère

Mme SCOUAMEC, sage-femme, Réseau périnatal Alpes-Isère

Agnès VINCENT-GENOD, médecin au Conseil général de Savoie

Aisne

Centre de formation des apprentis

Eric SADIN : adjoint de direction chargé de l'accompagnement social en CFA

Professionnels de santé

Camille JONNEAUX, sage femme en remplacement au CPEF de Laon

Moustapha EL AZIZ, gynécologue au planning familial et en ville, président du MFPPF de l'Aisne

Jacqueline SMULEVICI, médecin chef de PMI au Conseil général de l'Aisne, responsable des centres de planification

Nadine BARTHOMEUF, sage femme en PMI sur le secteur de Laon

Véronique THUEZ, infirmière scolaire

Julie DAUBIE, infirmière scolaire

Caisse primaire d'assurance maladie

Laurent ANGIBAUD, directeur adjoint de la CPAM de Laon

Mission locale

Marie-Danielle SAINTES, directrice de la mission locale de Vervins

Mutuelle générale de l'éducation nationale

Nathalie CHABERT, maîtrise d'ouvrage ROSC, en charge des liquidations et paiements des feuilles de soin

Caroline DUDET, responsable coordination innovation santé sociale

Association française pour la contraception

Laure SIRINELLI, trésorière

Fédération des Syndicats pharmaceutiques de France

Philippe GAERTNER, président

Institut national pour l'éducation à la santé

Lucile BLUZAT, Responsable du pôle Santé Sexuelle

Mouvement Français du Planning familial

Véronique SEHIER, coprésidente du MFPPF, de Lille et dans la commission contraception

Catherine EL MGHAZLI, animatrice à l'association de Paris en charge de la fonction contraception du mouvement

Union nationale des pharmacies de France

Jean-Luc FOURNIVAL, président

Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine

Gilles BONNEFOND, pharmacien, président

Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues

Philippe BONNET, directeur

Institut national de la santé et de la recherche médicale

Nathalie BAJOS, sociologue, directrice de recherche

Solène VIGOUREUX, médecin gynécologue obstétricienne, doctorante en épidémiologie sur l'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement

Personnalités qualifiées

Danielle JOURDAIN-MENNINGER, inspectrice générale des affaires sociales

Israël NISAND, chef de service de gynécologie-obstétrique au SIHCUS-CMCO de Strasbourg, créateur du site « info-ado »

Brigitte LETOMB, gynécologue

Françoise TOURMEN, médecin endocrinologue, formatrice en faculté de pharmacie

Sabine BAILLARGUET, élève ingénieur IPEF à l'Ecole des Ponts et chaussées, coauteur d'une évaluation fin 2014 sur les pass contraception régionaux

Joachim DELPECH, élève ingénieur IPEF à l'Ecole des Ponts et chaussées, coauteur d'une évaluation fin 2014 sur les pass contraception régionaux

Pauline METIVIER, élève ingénieur IPEF à l'Ecole des Ponts et chaussées, coauteur d'une évaluation fin 2014 sur les pass contraception régionaux

Mathieu PRALONG, élève ingénieur IPEF à l'Ecole des Ponts et chaussées, coauteur d'une évaluation fin 2014 sur les pass contraception régionaux

Yannick LHORTY professeur d'économie Paris Est Marne La Vallée, encadrant académique des travaux du groupe d'étudiants de l'école des Ponts sur le Pass contraception

Yaelle AMSELLEM-MAINGUY, chargée d'études à l'INJEP

Contributions écrites à la mission

Fédérations des associations générales étudiantes

Jeunes écologistes

UDI Jeunes

Union nationale des pharmacies de France

Lors de ses déplacements, la mission est allée à la rencontre de plusieurs pharmaciens en officine et de personnels de laboratoires d'analyse sans que les noms des personnes rencontrées n'aient été relevés.

LISTE DES SIGLES

AMC	Assurance maladie complémentaire
AMO	Assurance maladie obligatoire
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre d'éducation et de planification familiale
CRIJ	Centre régional information jeunesse
DIU	Dispositif intra utérin
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
EICCF	Etablissement d'information, de consultation et de conseil familial
EPLE	Etablissement public local enseignement
EREA	Etablissement régional d'enseignement adapté
ETP	Equivalent temps plein
GAAP	Groupe d'Analyse d'Action Publique
HAS	Haute autorité de santé
INPES	Institut national pour l'éducation à la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST	Infection sexuellement transmissible
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
OMS	Organisation mondiale de la santé
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SUMPPS	Services universitaire de médecine préventive et de promotion à la santé
TM	Ticket modérateur

ANNEXE 1

DONNEES DE CONTEXTE SUR LA SEXUALITE, LA CONTRACEPTION, LES IVG ET LES NAISSANCES CHEZ LES MINEURES

1	LES PRATIQUES SEXUELLES : DES INFORMATIONS LACUNAIRES	69
1.1	Le premier rapport sexuel : une forte dispersion autour de la médiane de 17,6 ans.....	69
1.2	La sexualité des mineures : un sujet d'étude peu fréquemment l'objet d'enquête statistique en France.....	70
2	LE RECOURS A LA CONTRACEPTION : UNE NORME CONTRACEPTIVE CENTREE SUR LA PILULE ET LE PRESERVATIF.....	72
2.1	Un recours à la contraception massif chez les mineures sexuellement actives malgré la crise de la pilule intervenue en 2012-2013.....	72
2.2	La prise de la pilule chez les mineures n'a fréquemment pas de visée contraceptive.....	74
2.3	Un besoin de confidentialité qui est minoritaire au sein de la population mineure.....	76
3	LE RECOURS A LA CONTRACEPTION D'URGENCE : UNE BAISSSE INEXPLIQUEE.....	77
4	LE RECOURS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	79
4.1	La France dans une situation moyenne par rapport aux pays occidentaux.....	79
4.2	Une baisse atypique et forte chez les femmes de moins de 20 ans ces dernières années.....	80
4.3	Les mineures ayant recours à une IVG : un profil particulier	82
4.4	70 % des IVG sur mineures surviennent chez des femmes qui prenaient un contraceptif au moment de la conception.....	82
5	LES NAISSANCES CHEZ DES MERES MINEURES : UNE DIMINUTION QUI SE POURSUIT	83
6	L'EXISTENCE DE SPECIFICITES TERRITORIALES : UN PHENOMENE SOUVENT EVOQUE MAIS DIFFICILE A OBJECTIVER.....	83
7	CONCLUSION	84

- [187] La présente annexe porte sur les filles mineures et ne s'intéresse que marginalement aux jeunes majeures.
- [188] En l'absence de précision, le terme de « contraception » utilisé dans la présente annexe concerne la contraception ordinaire (ex. pilule, implant, patch, anneau, stérilet) ou les techniques contraceptives utilisées au moment du rapport sexuel (ex. préservatif masculin ou féminin, techniques dites « naturelles ») ; la contraception d'urgence, à savoir la pilule du lendemain - le stérilet au cuivre n'étant presque jamais utilisé par les jeunes comme contraceptif d'urgence -, fait quant à elle l'objet d'un traitement distinct.

1 LES PRATIQUES SEXUELLES : DES INFORMATIONS LACUNAIRES

1.1 Le premier rapport sexuel : une forte dispersion autour de la médiane de 17,6 ans

- [189] D'après l'enquête Fécond 2010 réalisée par l'Inserm, l'âge médian au premier rapport sexuel est globalement stable en France depuis dix ans et avoisine les 17,2 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles. A titre de comparaison, il y a cinquante ans, les femmes commençaient leur vie sexuelle à 20,6 ans en moyenne, soit deux ans plus tard que les hommes⁵⁵. Cependant, cet âge médian est globalement stable, avec certes une légère baisse pour les femmes, depuis trente ans.
- [190] Parmi les mineures de 15 à 24 ans, 6,5 % déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans, 28,1 % entre 15 et 16 ans et 15,7 % à 17 ans (cf. tableau ci-dessous). En termes de volume, cela signifie donc que, sur une génération de filles (environ 390 000 personnes actuellement), près de 25 000 entrent dans la sexualité avant 15 ans.

Tableau 12 : Age au premier rapport sexuel des femmes de 15-24 ans

Age	%
Avant 15 ans	6,5
15-16 ans	28,1
17 ans	15,7
18 ans	17,9
19-24 ans	31,8
Pas de rapport sexuel	7,9
Total	100,0

Source : *Eenquête Fécond-Inserm 2010. Les mineures sexuellement actives : un peu moins d'un tiers des mineures de 15 à 17 ans*

- [191] L'âge d'entrée dans la sexualité est certes une donnée instructive mais elle ne dit en elle-même pas grand-chose de l'activité sexuelle qui va suivre. En effet, le premier rapport sexuel peut n'être que ponctuel et ne pas se poursuivre par d'autres rapports pendant plusieurs mois ou années. Il est donc plus utile de connaître la proportion par âge de jeunes sexuellement actifs.

⁵⁵ Nathalie Bajos et Michel Bozon, « Transformation des comportements, immobilité des représentations – Premiers résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (2006) », *Informations sociales*, 2007/8, n°144).

[192] D'après le Baromètre Santé 2010⁵⁶, 10,7 % des mineures de 15 ans déclarent être actives sexuellement (à savoir, avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois), 27,5 % pour les mineures de 16ans et 45 % pour ceux de 17 ans. Il est donc raisonnable d'estimer qu'environ un quart (cf. 27,7 %) des 15-17 ans sont actifs sexuellement.

Tableau 13 : Proportion de femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois parmi les femmes de 15 à 25 ans

Age (années)	Au cours des 12 derniers mois (%)
15	10,7
16	27,5
17	45
18	61,8
19	79,4
20	84,9
21	80,3
22	89,4
23	84,2
24	83,9
25	86,8

Source : Baromètre Santé 2010.

1.2 La sexualité des mineures : un sujet d'étude peu fréquemment l'objet d'enquête statistique en France

[193] Pour identifier les besoins en contraception des mineures, il serait souhaitable de disposer d'informations plus précises sur leurs pratiques sexuelles réelles (ex. nombre de partenaires différents, nombre de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, durée moyenne entre deux rapports). En effet, tandis que les mineures ayant des rapports sexuels épisodiques avec par exemple des partenaires différents auront certainement tendance à préférer le préservatif, contraceptif à la fois peu contraignant (cf. pas de prescription médicale nécessaire pour s'en procurer, utilisation au coup par coup) et peu coûteux⁵⁷, les jeunes ayant des rapports sexuels plus réguliers, notamment ceux qui sont dans une relation stable, se porteront plus aisément vers des contraceptifs au long cours (ex. pilule, implant, patch, anneau, stérilet).

⁵⁶ Le Baromètre Santé est produit par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Le prochain baromètre à paraître sera le baromètre 2013.

⁵⁷ D'après le site de l'Inpes www.choisirscontraception.fr, le prix moyen d'un préservatif est de 0,56 centimes d'euros dans le commerce. A noter de plus que beaucoup de jeunes parviennent à s'en procurer de façon gratuite soit auprès de leur établissement scolaire, mission locale, centre de planification et d'éducation familiale soit auprès d'association œuvrant dans la lutte des infections sexuellement transmissibles comme le sida. Les entretiens réalisés par la mission n'ont pas conduit à pointer de difficultés majeures rencontrées par les jeunes pour se procurer des préservatifs dès lors qu'ils le souhaitent.

- [194] En dehors de nombreux travaux sociologiques de nature qualitative, la mission ne peut que regretter le peu d'enquêtes quantitatives sur ces sujets pour alimenter le débat public, et ce alors même que le législateur s'efforce depuis plusieurs années de renforcer l'accès à la contraception pour les mineures. A titre d'exemple, l'enquête Contexte sur la sexualité en France réalisée en 2006⁵⁸, enquête la plus importante conduite sur cette thématique au cours des dix dernières années, ne portait que sur les 18-69 ans, les mineurs n'ayant pas été intégrés à l'échantillon d'étude. Ce constat d'un manque de données sur la sexualité des mineures n'est par ailleurs pas nouveau⁵⁹.
- [195] La première grande enquête consacrée à la sexualité des 15-18 ans remonte à 1993 et s'inscrivait alors dans le contexte d'expansion du sida⁶⁰. Plus de vingt ans après, aucune enquête n'a permis d'étudier d'une façon aussi précise les pratiques sexuelles de cette population. En effet, la majorité des informations actuelles sur la sexualité des mineures proviennent d'enquêtes qui concernent plus généralement la santé des adolescents et des jeunes (ex. enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) réalisée tous les 4 ans depuis 2002) voire la santé de la population en générale (ex. Baromètre Santé de l'Inpes réalisé tous les quatre ans). Dans ces enquêtes, en comparaison avec d'autres thèmes (ex. consommation de drogues, alimentation, handicap, hygiène, sommeil), la sexualité des adolescents n'occupe qu'une place mineure. De plus, ce sujet a tendance à être étudié plus sous un angle épidémiologique que sociologique. Les questions portant néanmoins sur la sexualité des jeunes ont tendance à se porter soit sur le premier rapport sexuel soit sur le dernier (notamment pour évaluer le recours à la contraception des jeunes).
- [196] Cette faiblesse des travaux statistiques sur la sexualité des jeunes est une particularité française qui ne se retrouve pas partout à l'étranger : à titre d'exemple, aux Etats-Unis, les enquêtes statistiques régulières sur ce sujet existent depuis longtemps. In fine, la façon d'étudier (ou ne justement pas étudier) la sexualité des adolescents en France reflète une représentation sociale qui oscille entre deux approches : l'une consistant à se représenter la sexualité des adolescents comme une pratique déviante et donc largement taboue, (ex. violences sexuelles), l'autre centrée sur les risques inhérents à la sexualité à cet âge (cf. IST, grossesse précoce). Le rapport à la sexualité comme plaisir ou expérimentation ou le fait que les grossesses adolescentes sont parfois des grossesses désirées –plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission ont rappelé le fait que ce phénomène est loin d'être exceptionnel parmi les grossesses adolescentes – restent donc des sujets mal connus.
- [197] Il est d'ailleurs caractéristique de constater que les jeunes ont tendance à prendre de mieux en mieux en compte la contraception, et notamment la protection contre les infections sexuellement transmissibles : ainsi, tandis que 70 % des jeunes ayant eu leur premier rapport au début des années 1990 avaient utilisé un préservatif à cette occasion, ils sont plus de 80 % à partir des années 2000⁶¹, le Baromètre Santé 2010 indiquant même que chez les 15-24 ans 90 % déclarent avoir eu recours au préservatif lors de leur premier rapport sexuel⁶².
- [198] Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater que les études statistiques sur la contraception des mineures sont plus fournies que les études sur la sexualité en elle-même. On peut néanmoins regretter le fait que les enquêtes sur les pratiques contraceptives ne s'appuient pas sur une connaissance plus fine de la sexualité des adolescents par exemple pour distinguer les spécificités qui peuvent exister entre milieux sociaux, notamment entre urbains et ruraux. Tout au plus sait-on que les jeunes déscolarisés ou engagés dans les études les moins longues sont généralement plus précoces et vivent les situations les plus risquées au regard de la prévention des IST et des grossesses, ce que les entretiens réalisés par la mission ont eu tendance à confirmer.

⁵⁸ Cette enquête était une production conjointe de l'Inserm, l'Ined et l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida).

⁵⁹ M. Moisy, *Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante*, Revue française des affaires sociales, 2011/1.

⁶⁰ Maillolchon Florence, « Premières relations sexuelles et prises de risque » L'éclairage des enquêtes statistiques réalisées en France, Agora débats/jeunesses, 2012/1 N° 60, p. 59-66.

⁶¹ Maillolchon, op. cit.

⁶² In *Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale*, Note d'analyse, juin 2011, n°226, Centre d'analyse stratégique.

[199] In fine, les besoins réels des adolescents sont aujourd'hui mal connus. Tout au plus sait-on que la sexualité adolescente n'a souvent pas pour finalité une mise en couple, information décisive en matière de pratique contraceptive si l'on s'accorde à dire que la mise en couple accroît certainement la probabilité d'évoluer vers des moyens de contraception au long cours.

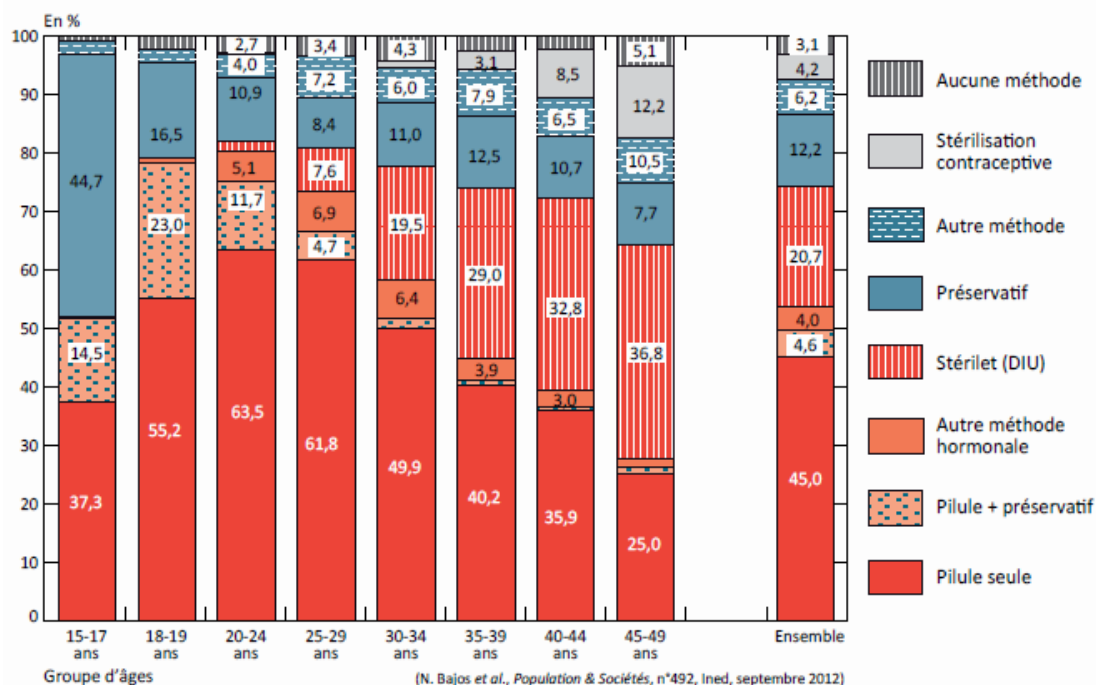
2 LE RECOURS A LA CONTRACEPTION : UNE NORME CONTRACEPTIVE CENTREE SUR LA PILULE ET LE PRESERVATIF

2.1 Un recours à la contraception massif chez les mineures sexuellement actives malgré la crise de la pilule intervenue en 2012-2013

[200] La quasi-totalité des mineures ayant des rapports sexuels et ne souhaitant pas être enceintes déclarent utiliser un moyen de contraception (cf. tableau ci-dessous – enquête Fécond 2010) : chez les 15-17 ans dans cette situation, 0,9 % seulement n'ont recours à aucune méthode contraceptive. Cette statistique faible dénote une prise en compte précoce de la contraception dans la vie sexuelle des jeunes. Le préservatif et la pilule, utilisés soit séparément soit conjointement, sont les deux principaux modes de contraception (cf. 59,2 % pour l'un et 51,8 % pour l'autre). Une mineure sur sept a recours à la double protection préservatif-pilule.

[201] Le Baromètre santé 2010 parvient à une statistique comparable dans la mesure où la part des femmes de 15 à 19 ans sexuellement actives est estimée à 91,2 %⁶³, l'écart entre les chiffres Fécond et Inpes s'expliquant vraisemblablement en partie par le fait que l'enquête Fécond restreint son périmètre aux femmes déclarant « ne pas vouloir d'enfant ».

Tableau 14 : Méthodes de contraception en France en 2010 selon l'âge des femmes



Source : Enquête Fécond 2010, Inserm-Ined. Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant. Note : Autre méthode hormonale : implant, patch, anneau vaginal ; Autre méthode : retrait, abstinence périodique, méthode locale.

⁶³ Centre d'analyse stratégique, op. cit.

- [202] On remarque néanmoins que le taux de contraception diminue légèrement chez les 18-24 ans par rapport aux 15-17 ans, baisse qui se poursuit aux âges supérieurs.
- [203] La controverse intervenue fin 2012-début 2013 sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, communément appelée « crise de la pilule », a vraisemblablement renforcé ce phénomène. Cet événement a conduit à une quasi disparition du recours à ces pilules par les femmes de moins de 20 ans qui se sont reportées massivement vers d'autres modes contraceptifs en particulier les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération et les autres méthodes hormonales (ex. implants, patch) sans baisse générale du recours à la contraception ; en revanche, chez les femmes de 20 à 24 ans, le recul des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération n'a été que partiellement compensé par une hausse des autres modes contraceptifs⁶⁴. En dehors des mineures, la crise de la pilule a accéléré la baisse du recours à la pilule engagée précédemment et l'émergence d'autres modes de contraceptions, au premier rang desquels le stérilet, notamment en cuivre. Par ailleurs, contrairement aux femmes de moins de 20 ans, la qualité de la couverture contraceptive des femmes de 20-24 ans tend à diminuer : ainsi la proportion d'entre elles n'ayant recours à aucune méthode contraceptive ou à une méthode dite naturelle (ex. retrait, abstinence périodique) passe de 6,7 % en 2010 à 8,9 % en 2013.
- [204] Malgré cette crise de la pilule, la France connaît un recours à la contraception chez les mineures qui reste élevé. A titre de comparaison, le taux espagnol n'est que de 65 %⁶⁵.
- [205] Si ces données paraissent indiquer un recours à la contraception satisfaisant chez les mineures, il faut les prendre avec précaution et ce pour deux raisons :
- Le préservatif est certes le seul moyen de contraception qui permet protéger contre les infections sexuellement transmissibles, comme par exemple le sida. Cependant en termes de protection contraceptive son efficacité théorique et pratique est inférieure à la pilule, l'implant ou le stérilet (voir annexe 3 relative aux modes de contraception). Cela est d'autant plus vrai qu'aux premiers âges de la vie sexuelle, le manque d'expérience engendre certainement plus d'utilisation inadaptée (ex. préservatif déroulé dans le mauvais sens, préservatif abîmé par les ongles ou les dents au moment de l'ouverture, mauvais choix de la taille de préservatif, non respect de la date de péremption) et donc d'accident (ex. fuite, rupture, perte). Des interlocuteurs rencontrés par la mission ont ainsi fait part du fait que nombre de jeunes conservent dans leurs poches ou leurs portefeuilles les préservatifs, augmentant du même coup le risque de fissures par exemple au contact de trousseaux de clés, fissures qui ne sont pas toujours visibles à l'œil nu.
 - La pilule est un moyen de contraception qui nécessite une observance particulière (prise journalière sans oubli) qui ne s'adapte pas toujours au mode de vie des mineures et à la compréhension qu'elles ont de leur cycle menstruel. En effet, prendre la pilule à des horaires variables, être en situation de décalage horaire, avoir des vomissements sont autant de situations qui diminuent l'efficacité contraceptive de la pilule. La bonne utilisation de la pilule est de plus largement conditionnée à la connaissance que les mineures ont de leur propre corps. Plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné que les mineures ne parviennent pas à toujours à faire un parallèle entre les enseignements magistraux faits en classe de sciences et vie de la terre à l'école et le fonctionnement de leur propre corps, citant des mineures croyant qu'elles ne pouvaient pas tomber enceintes lors de leur première relation sexuelle avec pénétration vaginale ou prenant un jour sur deux la pilule en alternance avec leur conjoint. A cela s'ajoute le fait que la prise de pilule est parfois stoppée brutalement au moment d'une rupture, ce qui expose la mineure à un risque accru de grossesse si elle vient à avoir de nouvelles relations sexuelles sans avoir basculé vers un autre mode de contraception.

⁶⁴ Bajos & alii, *La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?*, Populations et Sociétés, Ined, mai 2014, n°511.

⁶⁵ Centre d'analyse stratégique, op. cit.

- [206] Les verbatims de jeunes collectés par la mission auprès du centre régional information jeunesse de la région Rhône Alpes (CRIJ)⁶⁶ confirment la méconnaissance qu'ont un certain nombre de jeunes quant au fonctionnement de leur corps et des contraceptifs (pour plus de détails voir les éléments figurant à la fin de la présente annexe). Le fait que 70 % des IVG sur mineures interviennent sur des jeunes femmes qui utilisaient un contraceptif au moment de la conception indique la bonne utilisation de la contraception et le choix d'un contraceptif adapté à sa situation de vie sont des sujets tout aussi importants que celui de l'accès à la contraception.

La contraception chez les mineures de moins de 15 ans

Les enquêtes comme le Baromètre Santé ou Fecond ne portent pas sur les mineures de moins de 15 ans. Cependant, il est raisonnable de considérer que, pour les mineures de moins de 15 ans, le recours à la contraception est très marginal du fait de pratiques sexuelles relativement rares (cf. 6,5 % des jeunes de plus de 15 ans déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans) et que la puberté est encore balbutiante⁶⁷. Par ailleurs, d'après les données du régime général d'assurance maladie (hors sections locales mutualistes), seul 1 % des assurées de 12 à 14 ans ont bénéficié du remboursement d'un contraceptif en 2014 (cf. pilule, implant, stérilet). Si en proportion le phénomène est donc tout à fait minime, en volume il concerne entre 10 000 et 15 000 filles de 12 à 14 ans chaque année, soit près de la moitié des filles de moins de 15 ans qui sont entrées dans la sexualité.

2.2 La prise de la pilule chez les mineures n'a fréquemment pas de visée contraceptive

- [207] Nombre de mineures ont recours à la pilule à des fins non contraceptives (ex. régulation du cycle, lutte contre l'acné, règles moins douloureuses). Quantifier de façon précise ce phénomène est délicat dans la mesure où prévention des grossesses et visée non contraceptive peuvent dans la pratique se mêler.
- [208] L'enquête Fécond 2010 permet d'identifier que 37 % des femmes ayant déjà eu une relation sexuelle et ayant utilisé la pilule comme premier moyen contraceptif ont eu recours à la pilule en dehors de toute visée contraceptive (cf. tableau ci-dessous pour le détail en fonction du calendrier d'entrée dans la sexualité). D'autre part, un quart des femmes de 15 à 30 ans n'ayant jamais eu de relations sexuelles ont déjà eu recours à la pilule dans le passé⁶⁸.

⁶⁶ Le CRIJ tient un site Internet dénommé keskesex.fr à partir duquel les jeunes peuvent poser des questions soit via un blog soit via un système de messagerie instantanée.

⁶⁷ L'âge median aux premières règles serait de 13,1 ans (donnée de 1994 in *La puberté des filles et des garçons en France*, Elise de la Rochebrochard, Ined, Revue Population, 1999).

⁶⁸ True & alii, *Timing of contraceptive initiation and association with future sexual and reproductive outcomes*, Human reproduction, June 10, 2014.

Tableau 15 : Motif de recours à la pilule parmi les femmes de 15 à 30 ans ayant déjà eu un rapport sexuel dont la pilule était le premier moyen de contraception

%	Avant la première relation sexuelle	Au moment de la première relation sexuelle	Après la première relation sexuelle	Total
Pour éviter une grossesse si elle avait des relations sexuelle	53	86,5	79	62,7
Acné	21,2	13,1	9,6	17,8
Pour réguler le cycle menstruel	66,8	46,2	48,4	60,3
Pour éviter les règles douloureuses	47,5	25,9	26,1	40,2
Problèmes ovariens	9,5	2,1	5,8	7,8
Autres raisons	4,3	0	6,9	4,3

Source : Fecond 2010. Note de lecture : 53 % des femmes de 15 à 30 ans sexuellement actives ayant eu la pilule comme premier moyen contraceptif y ont eu recours pour ne pas éviter une grossesse. Complément : 37 % des femmes entamèrent la pilule pour un motif non contraceptif, 26 % dans une visée contraceptive et 37 % pour les deux à la fois. 43 % des personnes qui ont débuté la pilule après leur premier rapport l'ont fait moins d'un mois après.

[209] Le volume de contraceptifs distribués à des fins non contraceptives peut par ailleurs être estimé de la façon suivante. Considérant que :

- parmi les femmes de 15-17 ans, 27,7 % se déclarent sexuellement actives au cours des 12 derniers mois,
- parmi les femmes de 15-17 ans sexuellement actives, 51,8 % déclarent utiliser la pilule,
- on obtient donc que 14,3 % des femmes de 15-17 ans déclarent utiliser la pilule à des fins contraceptives. Or 24,4 % des assurées de 15-17 ans⁶⁹ ont eu au moins un remboursement de boîte de pilules par l'assurance maladie au cours de l'année 2014. On peut donc raisonnablement considérer qu'environ six consommatrices mineures de pilules sur dix (cf. 58,6 %) y ont recours pour prévenir des grossesses quand le reste y a recours à d'autres fins (cf. 41,4 %)⁷⁰.

⁶⁹ Extrapolation à partir du décompte 217 187 assurées consommatrices / 891 057 assurées de 15-17 ans au 1^{er} janvier 2015, d'après les données du régime général (hors sections locales mutualistes).

⁷⁰ Ce calcul ne tient pas compte des mineures qui ont recours à la contraception via les centres de planification familiale et d'éducation à la santé. La mission a estimé lors de ces déplacements des écarts très importants entre territoires : la part de contraceptifs distribués aux mineures qui transitent par les CPEF représente quelques points de pourcentages par rapport aux volumes de l'assurance maladie et sans doute près d'un cinquième sur un territoire où l'implantation de CPEF est massive comme en Seine Saint Denis.

2.3 Un besoin de confidentialité qui est minoritaire au sein de la population mineure

- [210] Il n'existe pas de donnée d'enquête auprès des mineures portant explicitement sur leur besoin de confidentialité. Cependant, un faisceau d'indices concourent à penser que la majorité des mineures ne ressentent pas de besoin d'anonymat.
- [211] La mobilisation par les mineures des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) est une première façon d'approximer le besoin d'anonymat. En effet, les CPEF restent aujourd'hui le seul véritable moyen de parvenir à accéder à la contraception d'une façon qui est totalement gratuite et anonyme à toutes les étapes du parcours contraceptif. Les données fournies à la mission par le Conseil départemental du Rhône conduisent à estimer qu'environ 5 % des contraceptifs délivrés à des mineures dans le département le sont via les CPEF. Cependant, ce chiffre est sans doute une sous estimation forte du besoin de confidentialité des mineures dans la mesure où un certain nombre de jeunes soit ne connaissent pas l'existence des CPEF soit n'y ont pas accès⁷¹ (cf. éloignement géographique, difficultés personnelles à accéder aux CPEF aux horaires d'ouverture).
- [212] Une seconde façon d'estimer le besoin d'anonymat réside dans la disposition que les mineures déclarent avoir pour échanger avec leurs parents sur la contraception par contraste avec leurs ami(e)s. L'enquête Fécond 2010 de l'Inserm donne de ce point de vue un éclairage intéressant. Ainsi, 56,2 % des femmes de 15 à 24 ans déclarent qu'il leur était aisé, lorsqu'elles avaient 15 ans, de parler de sexualité ou de contraception avec leur mère, 33,7 % déclarent qu'ils n'en avaient pas l'envie et seulement 10,1 % estiment que cela leur était difficile. Par comparaison avec le père, la proportion de ceux qui estiment que cela était difficile est semblable (13 %) mais ceux qui n'en ressentaient pas l'envie sont beaucoup plus nombreuses (72,6 %). La discussion avec les amis est celle qui est logiquement la plus aisée, vu que plus des trois quart l'estiment facile⁷².

Tableau 16 : Discussion au sein de la famille de sexualité/contraception

Discuter du sujet de la sexualité ou de la contraception avec sa mère/son père à 15 ans	Avec sa mère	Avec son père
Facilement	56,2%	14,4%
Difficilement	10,1%	13,0%
Pas envie d'en parler avec elle/lui	33,7%	72,6%
Total	100,0%	100,0%

Source : Enquête Fécond 2010, Inserm.

⁷¹ D'après un avis de la Haute autorité de santé d'avril 2013 « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », la Région Rhône Alpes compte 58,5 CPEF pour 100 000 femmes de 15 à 19 ans contre 64,1 en moyenne nationale (France métropolitaine).

⁷² Bajos & alii, op. cit.

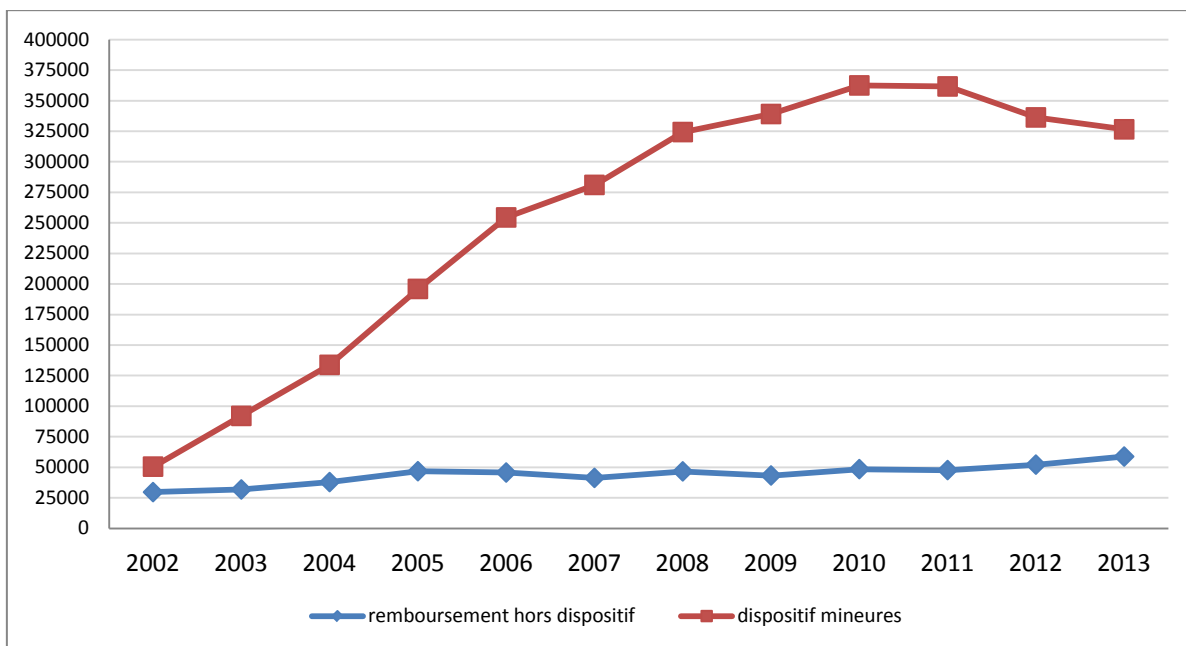
- [213] Une troisième manière d'approximer le besoin d'anonymat est rendu possible par la manière que la région Rhône Alpes a de distribuer le Pass contraception qu'elle finance à destination des mineures et jeunes majeures. En effet, les bénéficiaires du Pass contraception commandent leurs Pass par Internet à partir d'une carte personnelle sur laquelle figure un code d'accès avec identifiant. L'envoi du Pass se fait à trois endroits possibles : au domicile des parents, chez un tiers ou à l'établissement scolaire de rattachement. Il est significatif de constater que, à la demande des mineures, un peu plus du quart des Pass commandés sont envoyés à l'établissement et chez un tiers, seul le reste étant envoyé au domicile des parents. Ce pourcentage est cependant probablement un majorant du besoin de confidentialité dans la mesure où les jeunes qui font la demande d'un Pass contraception (et ce que l'envoi se fasse à domicile ou ailleurs) sont très peu nombreux et donc certainement plus en demande de discrétion que ceux qui n'y recourent pas et qui utilisent le canal standard non confidentiel de l'assurance maladie.
- [214] Enfin, les entretiens de terrain réalisés par la mission auprès de professionnels intervenants auprès des jeunes conduisent à établir trois constats qualitatifs :
- En consultation : les mineures qui recherchent de la discrétion sont enclines à ne pas vouloir consulter le médecin de famille par crainte que la famille apprenne qu'elles ont des pratiques sexuelles ou bien recours à de la contraception. Cela dénote une méconnaissance de la part des mineures du secret médical auquel sont tenus les médecins.
 - En pharmacie : les pharmaciens rencontrés par la mission ont tous fait le constat que les mineures venant dans leur officine pour se procurer des contraceptifs sont d'après eux majoritairement accompagnés d'un de leur parent, principalement la mère de la mineure.
 - L'existence de situations dangereuses : un grand nombre d'interlocuteurs rencontrés par la mission ont fait part du fait que lorsqu'une mineure souhaite vraiment garder secret vis-à-vis de ses parents son recours à de la contraception, il est impératif de pouvoir lui garantir ce service, sous peine de générer des gros troubles familiaux dans son existence, voire dans certaines situations extrêmes, mettre en danger son intégrité physique.
- [215] L'ensemble de ces éléments conduit la mission à estimer qu'environ un cinquième des mineures souhaitent garder le secret vis-à-vis de leurs parents pour tout ce qui concerne leur sexualité ou leur utilisation de contraceptifs⁷³.

3 LE RECOURS A LA CONTRACEPTION D'URGENCE : UNE BAISSÉ INEXPLIQUÉE

- [216] Depuis l'adoption au début des années 2000 d'un dispositif visant à faciliter l'accès gratuit et anonyme à la pilule du lendemain (cf. voir annexe 3 sur les contraceptifs), le recours à cette pilule a connu une croissance spectaculaire en un peu plus d'une décennie au sein de la population mineure pour avoisiner aujourd'hui les 385 000 boîtes par an prises en charge par l'assurance maladie, dont 85 % via le dispositif anonymat/gratuité (cf. tableau ci-dessous). D'après l'enquête HBSC, en 2010, environ 15 % des collégiennes sexuellement actives déclaraient avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain.

⁷³ Il est noté que la mission Igas n'a par définition pu collecter aucune statistique sur le volume de pilules achetées en pharmacie par des mineures en payant directement sans demander de prise en charge de l'assurance maladie. Cette situation est d'autant plus plausible qu'à l'unité une boîte de pilules ne coûte que quelques euros (à titre d'illustration, le prix moyen d'une boîte de pilules pour celles prises en charge par l'assurance maladie est de 5 euros – base de remboursement). Ce qui limite néanmoins l'ampleur du phénomène tient au fait que la mineure a de toute façon besoin d'une ordonnance pour effectuer cet achat.

Graphique 1 : Nombre de boîtes de pilule du lendemain remboursées par l'assurance maladie entre 2002 et 2013



Source : Erasme, Cnamts, délivrance par les pharmaciens d'officine.

[217] On relève néanmoins une baisse du recours à la contraception d'urgence via le dispositif nationale d'anonymat et de gratuité depuis 2011 : de 361 607 boîtes en 2011, on passe à 326 255 boîtes en 2013, ce qui équivaut à une baisse de 9,8 % en seulement deux années. Au global, le volume de contraceptifs d'urgence dont l'assurance maladie peut faire le décompte (à savoir qui transitent par une prise en charge de l'assurance maladie) s'élève à 409 271 en 2011 et 385 255 en 2013 (-5.9 %), la diminution sur le dispositif anonymat-gratuité étant partiellement compensée par une hausse du recours via le canal de droit commun (cf. prise en charge à 65 % faisant intervenir le cas échéant une complémentaire pour le ticket modérateur).

[218] Dans le même temps, la distribution de contraceptifs d'urgence via les autres canaux de distribution existants ne semble pas avoir connu de hausse (cf. infirmerie scolaire et CPEF). Ainsi, les données des infirmeries scolaires indiqueraient même une légère baisse : 8 701 pilules du lendemain ont été données à des mineures sur l'année scolaire 2011-2012, puis 8 655 pilules en 2012-2013⁷⁴, soit une baisse de 0,5 % en un an (cf. annexe 5 sur les acteurs de l'éducation nationale et la contraception).

[219] Cette évolution rapide pose plusieurs questions :

- En termes de volume de contraceptifs distribués : les pratiques sexuelles ou de contraception des mineures auraient-elles évolué de sorte que le recours à la contraception d'urgence est moins souvent nécessaire ?
- En termes de répartition : l'évolution de façon concomitante à la hausse pour le dispositif mineures et à la baisse pour le dispositif de droit commun (ni anonyme, ni gratuit) laisse entrevoir plusieurs possibilités : soit les mineures ont moins de difficultés avec le fait que leurs parents sachent qu'ils ont recours à la contraception d'urgence soit les nouvelles générations de mineures (et leurs parents) connaissent moins bien le dispositif mineures.

⁷⁴ Calculs des auteurs d'après les données transmises à la mission par l'éducation nationale. Les pilules du lendemain distribuées dans le cadre des établissements scolaires représentent donc environ 2 % de l'ensemble des pilules distribuées aux mineures.

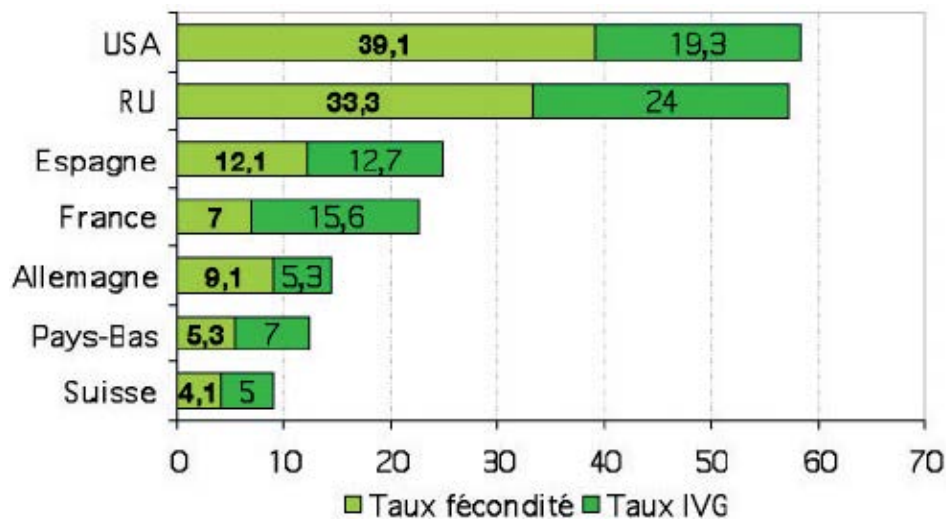
Les investigations de la mission ne permettent de trancher aucune de ces questions. Il est néanmoins notable de constater que dans un contexte de baisse du recours à la contraception d'urgence, le recours aux interruptions volontaires de grossesse à lui aussi tendance à baisser depuis 2011.

4 LE RECOURS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

4.1 La France dans une situation moyenne par rapport aux pays occidentaux

[220] La France se situe au regard des pays occidentaux dans une situation moyenne du point de vue des grossesses chez les femmes de 15 à 19 ans. Ainsi, ces grossesses sont environ 2,5 fois moins nombreuses qu'aux Etats-Unis (22,6 pour 1000 contre 58,4 pour 1000) mais 2,5 fois plus élevé qu'en Suisse (9,1 pour 1000). Du point de vue des IVG, les statistiques sont sensiblement les mêmes positionnant la France dans une situation intermédiaire (15,6 pour 1000) entre d'un côté le Royaume Uni et les Etats-Unis à des niveaux élevés (plus de 19 pour 1000) et l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse à des niveaux faibles (moins de 7 pour 1000).

Tableau 17 : Taux de grossesses abouties et d'IVG en 2009 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans



Source : In Centre d'analyse stratégique, 2011. États-Unis : U.S. Department of Health and Human Services (2008) ; RU : Office for National Statistics (2009) ; Espagne : El grupe daphne (2009) ; France : DREES (2007) et INSEE (2010) ; Allemagne : Federal Center for Health Education (2009) ; Pays-Bas : Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) ; Suisse : Office fédéral de la statistique (2009).

4.2 Une baisse atypique et forte chez les femmes de moins de 20 ans ces dernières années

- [221] Après un pic à plus de 14 000 IVG chez les 15-17 ans en 2006, le nombre d'IVG sur des mineures connaît une diminution rapide depuis. On relève ainsi une baisse de presque 15 % entre 2011 et 2013 chez les moins de 15 ans et de plus de 10 % chez les moins de 20 ans (cf. tableau ci-dessous). En 2013, 11168 IVG ont été pratiqués sur des mineures de 15 à 17 ans. D'après la Drees, il est vraisemblable qu'une grosse partie des IVG dont l'âge n'est pas connu (cf. 1162 en 2013) sont imputables à des mineures. Cependant, l'augmentation entre 2011 et 2013 du nombre d'IVG pour lesquelles l'âge de la personne est inconnu n'est que de 376 quand la baisse du nombre d'IVG chez les mineures entre 2011 et 2013 a été de 1427, preuve que même en imputant les IVG d'âge inconnu aux mineures, la baisse constatée du recours à l'IVG pour les mineures resterait forte.
- [222] Rapportée à la taille de la population, en 2013 le nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 17 ans semble s'établir à 9,5⁷⁵, soit une diminution de quasiment un cinquième en trois ans⁷⁶. Ce ratio est plus de deux fois inférieures à celui des femmes de 18-19 ans (cf. 21,6) et plus de trois fois inférieures à celui des femmes de 20-24 ans (cf. 29,5), tranche d'âge où le ratio est le plus élevé de toutes les classes d'âge.
- [223] Cette baisse forte des IVG chez les femmes de 15-17 ans est d'autant plus notable qu'elle va à rebours de l'ensemble des autres classes d'âge pour lesquelles le nombre d'IVG s'accroît, pour certaines même très rapidement (ex. 30-34 ans : + 11,4 % entre 2011 et 2013).

Tableau 18 : Evolution du nombre d'IVG en France entre 2011 et 2013

Total IVG	2011	2012	2013	2011/2013	Nombre d'IVG pour 1000 femmes de chaque tranche âge
Moins de 15 ans	898	880	767	-14,6%	nd
15-17 ans	12 464	11 691	11 168	-10,4%	9,5
18 et 19 ans	18 272	16 843	16 410	-10,2%	21,6
20 à 24 ans	56 410	55 178	56 711	0,5%	29,5
25 à 29 ans	48 982	48 799	52 733	7,7%	26,2
30 à 34 ans	39 569	40 844	44 099	11,4%	21,0
35 à 39 ans	29 757	29 087	30 811	3,5%	15,0
40 à 44 ans	13 463	13 696	14 703	9,2%	6,4
45 à 49 ans	1 413	1 352	1 432	1,3%	0,6
50 ans ou plus	343	335	488	42,3%	nd
Age inconnu	786	858	1 162	47,8%	nd
Total	222 357	219 563	230 484	3,7%	15,6*

Source : Drees, calcul des ratio par les auteurs, France entière.

- [224] Il faut néanmoins souligner la grande diversité des situations d'une région à l'autre en France. Ainsi, en 2010, tandis que le nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15-17 ans était de 8,4 en Alsace et 8,8 en Bretagne, il s'est élevé à 15,3 en Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et en Corse, et même 31 en Guadeloupe.

⁷⁵ Un peu moins si l'on ne tient pas compte des Outre mer. Ce chiffre doit être manié avec précaution au regard du nombre important d'IVG pour lesquelles l'âge de la bénéficiaire n'est pas connu.

⁷⁶ En 2010, le nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 17 ans s'élevait à 11,8.

Tableau 19 : IVG par Régions en 2010

Régions	IVG pour 1000 femmes de 15 à 17 ans
Île-de-France	12,7
Champagne-Ardennes	11,6
Picardie	12,3
Haute-Normandie	10,7
Centre	10,9
Basse-Normandie	8,9
Bourgogne	9,2
Nord - Pas-de-Calais	12,7
Lorraine	9,5
Alsace	8,4
Franche-Comté	9,7
Pays de la Loire	9,4
Bretagne	8,8
Poitou-Charentes	9,6
Aquitaine	10,6
Midi-Pyrénées	10,5
Limousin	10,7
Rhône-Alpes	9,2
Auvergne	10,5
Languedoc-Roussillon	14,4
PACA	15,3
Corse	15,3
France métropolitaine	11,3
Guadeloupe	31,0
Martinique	21,4
Guyane	28,9
Réunion	19,0
Total DOM	23,7
France entière	11,8

Source : Drees.

4.3 Les mineures ayant recours à une IVG : un profil particulier

[225] Tandis que 96 % des jeunes filles de 15-17 ans étaient encore en étude en 2007, ce n'était le cas que de 80 % des jeunes filles ayant eu recours à une IVG⁷⁷. Beaucoup de ces mineures connaissent de plus mal la couverture médicale dont elles bénéficient. En effet, 20 % déclarent ne pas avoir de couverture maladie complémentaire. Ce chiffre particulièrement élevé (cf. environ 4 fois supérieur à la moyenne) reflète cependant pour une large part une méconnaissance de la part de ces jeunes filles des dispositifs du système de santé et de leur propre prise en charge. Par ailleurs, 10 % des mineures enquêtés déclarent avoir quitté le domicile parental, ce qui est dix fois plus que pour l'ensemble des mineures.

4.4 70 % des IVG sur mineures surviennent chez des femmes qui prenaient un contraceptif au moment de la conception

[226] La part des femmes de moins de 18 ans ayant recours à une IVG alors qu'elles ne prenaient pas ailleurs pas de contraception sont minoritaires (cf. 30,3 % - voir tableau ci-dessous). Le principal moyen de contraception évoquée est le préservatif (42,8 %), la pilule étant mentionnée par 14 % des mineures concernées par une IVG.

Tableau 20 : Contraception au moment de la conception chez des femmes de moins de 20 ans ayant eu recours en 2007 à une interruption volontaire de grossesse

%	Moins de 18 ans	18-19 ans	Total
Pas de contraception	30,3	35,7	33,5
Stérilet, implant	0	0,8	0,5
Patch, anneau vaginal	0,4	0,6	0,5
Pilule	14	25,1	20,6
Préservatif	42,8	23,3	31,3
Autres méthodes barrières	10,9	12,9	12
Contraception d'urgence	1,7	1,7	1,7

Source : Enquête nationale sur les IVG en France, 2007⁷⁸.

[227] De façon plus détaillée, un quart des femmes de moins de 20 ans concernées par une IVG déclare que la grossesse est due au glissement ou à la rupture du préservatif (26 %) et à l'utilisation irrégulière ou incorrecte de la pilule (19 %).

[228] Parmi les adolescents ayant déclaré ne pas avoir utilisé de contraceptifs, 31 % pensaient qu'elles ne courraient pas de risque de grossesse, 23 % n'avaient pas anticipé le fait d'avoir des relations sexuelles, 20 % déclaraient avoir déjà rencontré des problèmes avec la contraception dans le passé, 14 % ne pas avoir pensé à la contraception, 7 % disaient que soit leur partenaire était réticent à utiliser la contraception soit voulait qu'elles tombent enceintes, 5 % avancent le coût et 5 % ne voulaient pas que leurs parents sachent qu'elles prenaient de la contraception. Ce dernier motif de non recours à la contraception est certes significativement plus chez les mineures que chez les 18-19 ans (évoquée quatre fois plus fréquente chez les mineures) mais reste largement minoritaire par rapport aux autres motifs (cf. 10 % des filles de moins de 18 ans avancent ce motif).

⁷⁷ Moisy, op. cit. Attention néanmoins, il est délicat de savoir dans quel sens joue la causalité entre ces deux variables, le recours à une IVG pouvant avoir un retentissement sur le parcours scolaire.

⁷⁸ Bajos 2012, op. cit.

5 LES NAISSANCES CHEZ DES MERES MINEURES : UNE DIMINUTION QUI SE POURSUIT

- [229] Avoir une grossesse non désirée n'est pas un phénomène marginal chez les jeunes femmes françaises : ainsi, parmi les femmes de 15 à 30 ans ayant déjà eu une relation sexuelle, près d'une sur cinq a déjà eu une grossesse non désirée (18,2 %) ⁷⁹. Or parmi ces dernières, seulement la moitié ont déjà eu recours à une IVG.
- [230] Cependant, le nombre de naissances chez des mères de 15-17 ans ⁸⁰ a connu en 2013 son plus bas niveau historique avec 3838 naissances (à titre de comparaison, il était de 4737 en 2001, soit une baisse de 19 % en 13 ans). Rapporté à la population, cela équivaut en 2013 à 3,2 enfants pour 1000 femmes de 15-17 ans ⁸¹.
- [231] On compte par ailleurs 131 mères de 12 à 14 ans ayant eu un enfant en 2013, ce qui représente environ une fille pour 10 000.

6 L'EXISTENCE DE SPECIFICITES TERRITORIALES : UN PHENOMENE SOUVENT EVOQUE MAIS DIFFICILE A OBJECTIVER

- [232] Les acteurs auditionnés par la mission ont fréquemment mis en avant un décalage présumé dans l'accès à la contraception entre zones rurales et zones urbaines. La distinction repose sur la logique suivante : tandis qu'il serait plus difficile d'accéder à la contraception en zone rurale (cf. moins de CPEF, éloignement géographique, plus grande difficulté à recourir de façon anonyme à des contraceptifs dans une pharmacie de village), il serait à l'inverse plus aisé de se procurer des contraceptifs en milieu urbain. Plusieurs éléments paraissent étayer ce point de vue : ainsi, les CPEF sont très majoritairement implantés dans les villes et particulièrement dans les grandes (ex. la Seine-Saint Denis compte à elle seule près de 10 % des CPEF de France, soit environ 120 pour seulement 40 communes).
- [233] Cependant, étayer de manière objective cette plus grande difficulté d'accès en milieu rural pour en identifier les conséquences est délicat. En effet, les enquêtes statistiques sur la contraception portent sur des échantillons réduits (quelques milliers d'individus de 15-17 ans au mieux) ce qui ne permet pas de descendre à un niveau d'analyse territorial fin, même régional. Par ailleurs, aucun recensement national des contraceptifs distribués via les CPEF n'étant à ce jour mené, il est difficile de mesurer le volume réel de contraceptifs distribués sur chaque territoire aux mineures (tout au plus les investigations de la mission conduisent elles à dire que ces volumes sont très faibles en comparaison de ceux de l'assurance maladie). Enfin, en l'absence d'information précise sur les différences territoriales de pratiques sexuelles, il est impossible d'évaluer ce que sont les besoins réels de recours à la contraception.
- [234] Les investigations conduites par la mission montrent certes que des différences territoriales fortes existent en termes de grossesse précoce. Cependant, en identifier les causes, notamment du point de vue de l'accès plus ou moins aisé à la contraception, est délicat.
- [235] Les données relatives aux IVG sur mineures et aux naissances de mères mineures montrent des différences territoriales très fortes (cf. tableau à la fin de la présente annexe) : ainsi, tandis que quatre régions ont moins de 10 grossesses précoces par an pour 1000 femmes de 15 à 17 ans (cf. Bretagne, Corse, Pays de la Loire, Rhône-Alpes), quatre autres en ont plus de 15 par an (cf. Languedoc-Roussillon, Nord-Pas de Calais, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Ainsi entre la Bretagne et le Nord-Pas de Calais, le ratio de grossesses précoces est du simple au double.

⁷⁹ Bajos 2014, op. cit.

⁸⁰ Age révolu.

⁸¹ France métropolitaine.

- [236] On relève des régions (ex. Pays de la Loire) qui ont une implantation inférieure à la moyenne de pharmacies, médecins généralistes et CPEF mais qui ont des taux de recours à la contraception via l'assurance maladie nettement plus élevés que la moyenne nationale (et un ratio de grossesses précoces moindre). Le Nord Pas de Calais a des taux de recours à la contraception une implantation de pharmacies, médecins généralistes et CPEF supérieure à la moyenne nationale mais a des taux de recours à la contraception via l'assurance maladie comparable au Pays de la Loire, mais a en revanche près de deux fois plus de grossesses précoces. On a par ailleurs des régions (ex. Rhône-Alpes) qui ont une implantation de pharmacies et de médecins généralistes proche de la moyenne, moins de CPEF, un taux de recours à la contraception via l'assurance maladie inférieur à la moyenne nationale et pourtant un niveau de grossesses précoces parmi les plus faibles des régions françaises.
- [237] Une analyse à un niveau départemental conduit même à plutôt montrer que le taux d'accès à la contraception via l'assurance maladie est plus élevé dans les départements où la densité de population est la plus faible (cf. tableau à la fin de la présente annexe). Ce phénomène a priori inattendu s'explique certainement par le fait que les CPEF sont majoritairement implantés dans les territoires urbains, ce qui réduit le nombre de contraceptifs transitant par l'assurance maladie. Quoiqu'il en soit, ces diverses investigations ne permettent pas de mettre en évidence une difficulté plus forte d'accès à la contraception en zone rurale.
- [238] Etablir un lien entre offre de services (cf. pharmacie, médecin, CPEF) et accès à la contraception d'une part, puis un lien entre accès à la contraception et grossesses précoces d'autre part, est particulièrement difficile à réaliser. Il faudrait pour cela être en mesure de descendre à une échelle territoriale beaucoup plus fine (ex. bassin de vie) et de disposer d'informations détaillées sur les pratiques sexuelles des mineures.

7 CONCLUSION

- [239] A l'exception du taux de recours à la contraception chez les mineures qui semble stable, les indicateurs épidémiologiques relatifs à la population des 15-17 ans suivent tous une tendance baissière engagée avant 2011 et donc avant l'adoption par le Parlement de mesures visant à faciliter l'accès gratuit et anonyme à la contraception ordinaire pour les mineures : baisse du recours à la contraception d'urgence, baisse des IVG, baisse du nombre de naissances. La concomitance de ces trois évolutions ne peut être interprétée que de deux manières : soit le recours à la contraception ordinaire est plus efficace (ex. meilleure observance) soit les pratiques sexuelles des mineures évoluent (ex. moins de rapports).
- [240] La pauvreté des données disponibles sur la contraception et la sexualité des mineures ne permettent cependant pas à ce jour de répondre de façon satisfaisante à ce qui semble néanmoins être une évolution forte des comportements des mineures depuis une décennie. En effet, les données relatives à la contraception issues des enquêtes Fécond 2010 et 2013 n'indiquent pas d'évolution particulière de la couverture contraceptive (qui était de toute façon déjà très élevée en 2010) ; l'échantillon de mineures de 15 à 17 ans interrogées est tellement faible qu'il ne permet pas d'identifier d'évolution dans les comportements, même au niveau du poids respectif de chaque contraceptif. Tout au plus a-t-on des raisons de penser que la crise de la pilule de 2012-2013 n'a pas fait baisser le recours à la contraception chez les mineures mais a induit un report vers les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération. Les entretiens effectués par la mission portent par ailleurs à dire que les objectifs de la loi de juillet 2001 relatifs à l'éducation à la sexualité au sein des établissements scolaires sont loin d'être atteints et qu'aucune évolution notable de nature à infléchir fortement les comportements de prévention des mineures n'est intervenue au cours des 5 dernières années.

[241] Un autre enseignement est le fait que le besoin d'anonymat n'est pas majoritaire au sein de la population mineure : si le besoin d'anonymat est impératif dans certaines situations sous peine de parfois faire courir des risques sur la personne même de la mineure, la majorité des mineures ne rencontrent pas de difficultés à échanger avec leurs parents, en particulier leur mère, sur ces problématiques.

[242] Le constat essentiel de cette annexe est donc le fait que les situations de difficulté ne portent pas tant sur les mineures que sur les jeunes majeures, particulièrement dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans : tout en ayant des pratiques sexuelles plus fréquentes et une autonomie financière encore faible, leur taux de couverture contraceptive est plus faible⁸², la crise de la pilule a induit chez elles une augmentation du recours aux méthodes contraceptives de faible efficacité (cf. méthodes dites « naturelles ») et leurs taux d'IVG, qui est le plus élevé de l'ensemble des tranches d'âge n'amorce pas de baisse significative ces dernières années contrairement aux mineures. Or une naissance non désirée ou mal programmée chez une jeune majeure peut avoir des conséquences tout à fait néfastes dans son parcours de vie (ex. interruption d'études, report de l'entrée sur le marché du travail).

Verbatim de questions posées par des jeunes au CRIJ Rhône Alpes – BLOG

Les sujets les plus fréquents sur le blog du site Keskesex.fr tenu par le CRIJ Rhône Alpes à partir de questions posées ou de verbatim sont :

- La pilule, comment ça marche ?
- A quel âge peut-on avoir une relation sexuelle ?
- C'est quoi la majorité sexuelle ?
- J'ai peur de ne pas réussir la première fois, de ne pas assurer
- Comment peut-on se faire avorter ?
- Si, après la prise de la pilule du lendemain, on a des petits saignements, est ce que ça veut dire que l'on n'est pas enceinte?
- J'ai eu un rapport protégé, mais le préservatif a cassé. J'ai donc pris la pilule du lendemain : Norlevo. Y a t il un risque pour que je sois enceinte?
- J'ai 15 ans, je n'ai jamais eu mes règles cependant j'ai eu un rapport sexuel non protégé. Est-il possible que je tombe enceinte? Je compte prendre la pilule du lendemain. Je voulais savoir également si on peut prendre la pilule sans avoir jamais eu ses règles.
- Comment faire de bons préliminaires ?
- Moi normalement je devrai avoir mes règles il y a 10 jours et là y a rien et en plus je sens que j'ai mes règles quand je vais au toilette c'est des pertes blanches, c'est pour cela je demande si c'est normal que ca se passe come ca.
- Bonjour, je viens de lire sur internet que la prise de pilule pouvait fausser un test de grossesse... Pouvez-vous me certifier le contraire?
- Salut! Depuis quelques jours j'ai des symptômes d'une grossesse, seins lourds, nausées, fatigue et j'en passe, J'ai fait 2 tests différents et le résultat est négatif. Y a t-il des tests plus fiables que d'autres ?
- J'ai des maux de ventre parfois j'ai très souvent mal a la tête et j'ai des maux de gorge depuis 5 jour et sa me fais mal quand j'aval un aliment.. ce ne sont pas les symptômes d'une grossesse ???

⁸² 0,9 % des femmes sexuellement actives ne souhaitant pas d'enfant n'utilisent pas de contraceptifs chez les 15-17 ans contre 2,7 % chez les 20-24 ans.

- Y a-t-il d'autres possibilités que la pilule ?
- Est-il possible que la prise régulière de la pilule, sans oubli et sans vomissements puisse camoufler une grossesse.
- Si on veut récupérer sa virginité, c'est quoi les démarches qu'on peut faire ?
- Comment se déroule un avortement ?
- Quand le garçon se masturbe et qu'après il me touche ma partie entre les jambes.... Est-ce qu'il y a un risque?
- Je voudrais savoir les démarches pour prendre la pilule ?
- C'est quoi les problèmes de santé qui retardent les règles ?

Verbatim de questions posées par des jeunes au CRIJ Rhône Alpes – MESSAGERIE INSTANTANEE

Les sujets les plus fréquents sur la messagerie instantanée Skype entre jeunes et professionnels du CRIJ Rhône Alpes à partir de questions ou discussions concrètes sont :

Discussion 1

jeune1 : *bonjour*

esj@j-net.org : *bonjour*

jeune1 : *je voulais vous poser une question*

esj@j-net.org : *je vous écoute*

jeune1 : *alors en fait est-ce qu'une fille peut tomber enceinte si elle a eu un rapport sexuel avec un garçon sans prendre la pilule et sans que le garçon mette un préservatif*

Discussion 2

Jeune2 : *est-ce qu'on peut acheter de la pilule à la pharmacie même si on est mineur ?*

Discussion 3

Jeune3 : *est-ce qu'il y a la pilule du lendemain ?*

Discussion 4

Jeune4 : *à la pharmacie il faut le donner à qui ?*

Discussion 5

Jeune5 : *il faut un médecin pour avoir cette pilule à la pharmacie ?*

Discussion 6

Jeune6 : *ya-t-il une autre façon de se protéger à part les préservatifs ?*

Discussion 7

Jeune7 : *j'ai une amie qui a mon âge qui est enceinte et elle voudrait se faire avorter mais elle ne sait pas comment faire ?*

si elle a dépassé le ... la durée en France pour se faire avorter elle fait comment . ?

Discussion 8

Jeune8 : *Bonjour Je pense en même temps qu'il ne va pas attendre super longtemps pour coucher avec moi et si il me demande d'avoir un enfant, parce que une fois il a commencé à m'en parler, mais j'ai changé de sujet...*

esj@crijrhonealp : *vous avez envie d'enfant à 15 ans??*

Jeune8 : *Lui il en a 18, et bientôt 19 et moi bientôt 16*

esj@crijrhonealp : *vous avez envie d'être mère à 16 ans?*

jeune : *Bonjour si je peux lui faire plaisir ... Mais je reconnais que ça sera dur, mais pas impossible*

Discussion 9

Jeune9 : *est-ce qu'il y a un moyen de faire un test*

Discussion 10

Jeune10 : *bonjour en fait j'ai eu un rapport avec un garçon et je ne sais pas si j'ai eu un enfant*

Tableau 21 : Données départementales d'accès à la contraception des mineures de 15-17 ans

Département	Densité (hab./km ²)	Nombre d'officines de pharmacie pour 100 000 habitants	Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants	Taux de femmes de 15-17 ans ayant recours à une contraception remboursée
LOZERE	14,8	50	124	33%
CREUSE	21,6	54	138	34%
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	23,5	38	164	26%
HAUTES-ALPES	25,6	39	202	27%
CANTAL	25,6	47	152	28%
CORSE	25,2	42	143	21%
HAUTE-MARNE	29,0	38	133	36%
GERS	30,5	41	132	32%
MEUSE	30,9	33	125	38%
ARIEGE	31,3	39	154	31%
NIEVRE	31,4	42	115	37%
A VEYRON	31,5	42	129	27%
INDRE	33,3	40	107	33%
LOT	33,5	39	147	28%
CORREZE	40,9	47	139	28%
CHER	43,1	37	106	33%
LANDES	43,4	35	145	29%
HAUTE-SAONE	44,7	37	126	37%
HAUTE-LOIRE	45,6	39	124	25%
YONNE	45,9	36	121	34%
DORDOGNE	46,2	40	123	32%
ALLIER	46,7	47	132	33%
ORNE	47,1	35	119	35%
AUBE	51,0	32	109	32%
HAUTES-PYRENEES	51,1	46	183	28%
JURA	52,1	38	133	36%
LOIR-ET-CHER	52,6	34	116	35%
ARDENNES	53,9	39	129	42%
ARDECHE	58,1	33	116	28%
CHARENTE	59,6	41	126	35%
MA YENNE	59,6	31	104	29%
AUDE	59,8	39	133	29%
COTE-D'OR	60,4	34	144	33%
VIENNE	61,8	37	143	38%
LOT-ET-GARONNE	62,1	39	116	29%
DEUX-SEVRES	62,4	35	128	37%
VOSGES	63,7	38	128	36%
SAONE-ET-LOIRE	64,7	39	120	31%

TARN	66,3	37	136	26%
TARN-ET-GARONNE	67,7	33	121	32%
HAUTE-VIENNE	68,1	42	175	30%
MARNE	69,8	33	138	36%
SAVOIE	70,9	36	160	24%
AISNE	73,3	34	104	39%
EURE-ET-LOIR	74,1	28	104	28%
DROME	76,0	33	133	26%
PUY-DE-DOME	80,7	40	144	26%
MANCHE	84,2	33	125	36%
COTES-D'ARMOR	87,2	36	127	31%
PYRENEES-ATLANTIQUES	87,2	38	158	24%
SARTHE	91,9	33	109	34%
CHARENTE-MARITIME	92,5	36	148	39%
SOMME	92,6	34	152	38%
INDRE-ET-LOIRE	98,3	34	138	34%
LOIRET	98,6	32	103	27%
VENDEE	98,6	33	115	36%
EURE	98,8	25	100	36%
DOUBS	102,1	36	156	26%
MORBIHAN	108,7	35	136	27%
AIN	108,9	26	100	24%
MAINE-ET-LOIRE	112,3	32	130	32%
PYRENEES-ORIENTALES	113,1	38	160	27%
CALVADOS	124,5	33	141	37%
GARD	126,5	34	136	25%
FINISTERE	134,4	37	147	28%
OISE	139,2	29	107	30%
MEURTHE-ET-MOSELLE	139,9	37	149	28%
GIRONDE	141,3	37	154	27%
ILLE-ET-VILAINE	151,6	31	131	27%
VAUCLUSE	154,3	37	146	25%
LOIRE	158,6	35	147	20%
ISERE	167,2	32	139	21%
MOSELLE	168,3	25	123	27%
VAR	172,5	36	146	28%
HAUTE-SA VOIE	177,2	29	133	21%
HERAULT	181,6	36	158	25%
LOIRE-ATLANTIQUE	197,1	32	137	29%
SEINE-MARITIME	200,0	30	133	38%
HAUTE-GARONNE	208,0	32	147	24%
HAUT-RHIN	215,1	25	131	26%

PAS-DE-CALAIS	219,3	36	128	39%
SEINE-ET-MARNE	233,3	28	98	22%
BAS-RHIN	233,5	25	148	29%
TERRITOIRE DE BELFORT	237,4	35	129	22%
ALPES-MARITIMES	252,0	42	161	19%
BOUCHES-DU-RHONE	392,4	38	164	19%
NORD	451,9	37	144	29%
RHONE	553,6	33	153	16%
YVELINES	619,5	30	117	15%
ESSONNE	696,9	29	114	18%
VAL-D'OISE	962,4	30	108	15%
VAL-DE-MARNE	5537,4	32	119	12%
SEINE-ST-DENIS	6585,4	28	110	9%
HAUTS-DE-SEINE	9099,9	31	145	11%
PARIS	21346,2	44	203	9%
FRANCE METROPOLITAINE	117,6	33	129	26%

Source : Calculs des auteurs. Les données de population ont été établies à partir du recensement au 1^{er} janvier 2014 ; les données sur les officines proviennent de Les pharmaciens – panorama au 1^{er} janvier 2014, éléments démographiques, Conseil national de l'ordre des pharmaciens ; les données sur les médecins généralistes proviennent de Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2014, Conseil national de l'ordre des médecins ; les données de contraception ont été établies à partir des consommations de contraceptifs des assurées du régime général (hors sections locales mutualistes et Outre mer) en 2014.

Note de lecture : les parties grisées sont les données départementales inférieures à la moyenne nationale.

Tableau 22 : Données régionales sur l'accès à la contraception et sur les grossesses précoces chez les femmes de 15 à 17 ans

Région	Densité (hab/km ²)	Nombre d'officines de pharmacie pour 100 000 habitants	Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants	Nombre de CPEF pour 100 000 femmes de 15-19 ans	Taux de femmes de 15-17 ans ayant recours à une contraception remboursée	Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15-17 ans	Nombre de naissances pour 1000 femmes de 15-17 ans	Nombre de grossesses précoces pour 1000 femmes de 15 à 17 ans
Alsace	225,7	25	141	33	28%	7,4	3,2	10,6
Aquitaine	79,3	38	146	54	27%	9,6	3,3	12,9
Auvergne	52,3	42	138	48	28%	8,1	3,6	11,7
Basse-Normandie	84,0	33	132	55	37%	8,3	3,0	11,3
Bourgogne	51,9	37	127	66	33%	7,5	3,7	11,2
Bretagne	120,3	34	136	40	28%	6,8	2,3	9,1
Centre	65,8	33	114	51	31%	8,5	3,5	12,1
Champagne-Ardenne	52,3	35	129	52	36%	9,3	5,1	14,4
Corse	25,2	42	143	110	21%	8,0	1,3	9,2
Franche-Comté	72,8	36	141	40	30%	7,5	3,5	11,0
Haute-Normandie	150,3	29	122	71	37%	8,5	4,2	12,7
Île-de-France	999,5	32	133	97	14%	9,7	2,6	12,3
Languedoc-Roussillon	100,7	37	148	61	26%	10,9	4,1	15,0
Limousin	43,4	46	157	51	30%	8,8	4,3	13,1
Lorraine	99,6	32	132	36	29%	8,4	3,7	12,1
Midi-Pyrénées	65,4	36	144	78	26%	8,7	3,1	11,8
Nord-Pas-de-Calais	326,9	36	138	67	32%	10,3	8,0	18,3
Pays de la Loire	115,0	32	124	30	32%	6,7	2,6	9,3
Picardie	99,4	32	119	63	35%	10,4	5,7	16,0
Poitou-Charentes	69,6	37	138	59	38%	8,1	3,8	11,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	158,1	38	159	64	22%	13,1	3,4	16,5
Rhône-Alpes	147,6	32	139	59	21%	7,7	2,0	9,7
France métropolitaine	117,6	33	129	64	26%	9,1	3,5	12,5

Source : Calculs des auteurs. Les données de population ont été établies à partir du recensement au 1^{er} janvier 2014 ; les données sur les officines proviennent de Les pharmaciens – panorama au 1^{er} janvier 2014, éléments démographiques, Conseil national de l'ordre des pharmaciens ; les données sur les médecins généralistes proviennent de Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2014, Conseil national de l'ordre des médecins ; les données de contraception ont été établies à partir des consommations de contraceptifs des assurées du régime général (hors sections locales mutualistes et Outre mer) en 2014. Les données relatives aux CPEF datent de 2012 et sont extraites de l'avis de la Haute autorité de santé (HAS) d'avril 2013, État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Les données d'IVG couvrent l'année 2013 (les quelques IVG dont l'âge de la femme n'était pas connue ont été imputées aux femmes de 15 à 17 ans). Les données de naissance couvrent l'année 2013 (les données couvrent l'ensemble des naissances de mères mineures). Les grossesses précoces sont la somme des IVG et des naissances par région.

Note de lecture : les parties grisées sont les données régionales inférieures à la moyenne nationale. Les données encadrées correspondent aux indicateurs régionaux d'IVG, de naissances et de grossesses précoces supérieurs à la moyenne nationale.

ANNEXE 2

LA SITUATION DES MINEURES A L'EGARD DE L'ASSURANCE MALADIE

[243] Les bénéficiaires de l'assurance maladie sont de deux types : les assurés et les ayant droits. Avant 16 ans, la mineure est toujours ayant droit rattachée à l'un de ses parents. A partir de 16 ans, elle peut soit rester ayant droit de ses parents, soit si elle travaille ou est étudiante être assurée.

1 JUSQU'A 16 ANS, L'ENFANT EST TOUJOURS AYANT DROIT D'UN DE SES PARENTS

[244] Un enfant de moins de 16 ans à la charge d'un de ses parents ou des deux est rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux (double rattachement). Ses frais de santé sont remboursés à l'assuré auquel il est rattaché (en cas de double rattachement le remboursement se fait sur le compte du parent qui a présenté sa carte vitale). La mineure de moins de 16 ans n'a pas sa propre carte vitale et doit ainsi emprunter celle de son parent assuré pour la présenter en consultation ou à la pharmacie.

2 A PARTIR DE 16 ANS, PLUSIEURS CAS SE PRESENTENT

➤ Entre 16 et 20 ans l'enfant qui dépend de ses parents peut rester ayant droit de ses parents, dans la plupart des cas.

[245] Jusqu'à son 20ème anniversaire (dans la plupart des régimes, plus tard dans certains régimes spéciaux⁸³), l'enfant reste ayant droit de ses parents s'il poursuit des études, ou s'il est dans l'impossibilité de travailler par suite d'infirmité ou de maladie chronique.

[246] Il peut demander la qualité d'ayant droit autonome afin que ses frais de santé soient remboursés directement sur son propre compte bancaire ou postal. Par ailleurs, les étudiants âgés de 16 à 20 ans sont automatiquement identifiés comme ayant droit autonomes : ils bénéficient du remboursement par virement sur leur propre compte.

[247] Qu'il soit ayant droit autonome ou non, la première carte vitale est envoyée à l'enfant dès ses 16 ans.

➤ A partir de 16 ans, l'enfant qui ne dépend plus de ses parents peut être assuré social.

[248] L'enfant qui ne dépend plus de ses parents (jeune étudiant, salarié....) est lui-même assuré social.

⁸³ Jusqu'au 21^{ème} anniversaire pour les régimes Personnel du port autonome de Bordeaux, ENIM, Assemblée Nationale, Sénat et 28ème pour la SNCF.

3 DANS LES FAITS, LES MINEURES ENTRE 15 ET 17 ANS SONT QUASIMENT TOUTES AYANT DROIT DE LEURS PARENTS

[249] Si la Cnamts n'a pu fournir de statistiques nationales sur la couverture maladie des mineures, les données fournies par les CPAM interrogées montrent que plus de 95 % des mineures de 15 à 17 ans sont ayant droit de leurs parents. Les données fournies par la MSA sont concordantes avec celles du régime général. Pour les mineures de moins de quinze ans aucune n'a sa propre carte vitale. A partir de 16 ans, la proportion d'ayant droit possédant sa propre carte, varie dans les départements auditionnés entre 40 et un peu plus de 60 % (dans le Rhône cf. tableau 1) et augmente aux âges ultérieurs.

Tableau 23 : Un exemple : statut vis-à-vis de l'assurance maladie des mineures dans le Rhône

AGE	ASSURÉE AUTONOME		AYANT DROIT		TOTAL
	avec carte vitale valide	Sans carte vitale valide	avec carte vitale valide	Sans carte vitale valide	
12				9 364	9 364
13				9 063	9 063
14				9 096	9 096
15				8 879	8 879
16	134	55	5 331	3 281	8 801
17	223	77	6 532	1 574	8 406
18	463	165	4 246	1 018	5 892
19	1 049	333	2 739	738	4 859
20	2 206	507	1 775	554	5 042
21	3 626	697	771	569	5 663
22	5 313	951	639	419	7 322
23	6 953	1 037	645	257	8 892
24	8 556	1 024	660	216	10 456
25	9 692	1 028	697	196	11 613

Source : CPAM Rhône

[250] Les conséquences en matière de secret et de remboursement sont les suivantes. Dans le cas le plus fréquent, si la mineure va consulter le médecin ou la sage-femme pour une prise en charge contraceptive ne pourra le cacher à ses parents, le remboursement de la consultation apparaîtra sur le relevé des parents. Le seul moyen de l'éviter est de renoncer à la dispense d'avance de frais/remboursement des soins. Pour les analyses biologiques, le mécanisme est le même. Enfin, pour la dispensation de contraceptifs, seule l'utilisation du NIR fictif par le pharmacien anonymise l'acte.

ANNEXE 3

LES MOYENS DE CONTRACEPTION

- [251] La contraception consiste, selon l'OMS, en « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter* ».
- [252] L'OMS propose une approche qualité en matière d'offre de moyens contraceptifs : « celle qui prend en charge le client dans sa globalité, en tenant compte de ses besoins sur le plan des soins de santé sexuelle et génésique mais aussi de l'ensemble des critères de recevabilité et des recommandations pratiques, afin de l'aider à choisir et à utiliser la méthode de planification familiale qui lui conviendra le mieux »⁸⁴. Pour les mineures, cette approche globale, prenant en compte les besoins mais aussi les possibilités réelles (physiologiques, matérielles psychologiques) de la jeune fille, est, plus encore que pour d'autres personnes concernées, souhaitable.
- [253] Les moyens de contraception sont au nombre de huit. Ils peuvent être présentés en plusieurs catégories selon qu'ils agissent par voie locale ou générale, ou selon leur mode d'action mécanique ou chimique, ou encore selon leur durée d'emploi.
- [254] La présente annexe les présente succinctement, en utilisant principalement les informations disponibles sur le site www.choisirsacontraception.fr, géré par l'INPES, sur celui du Planning familial www.planning-familial.org et de la Haute Autorité de Santé www.has.sante.gouv.fr, ainsi que sur des informations recueillies sur le terrain.
- [255] La présentation se présente selon le classement adopté par l'OMS et retenu par la HAS :
- les méthodes hormonales : estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)
 - les dispositifs intra-utérins (DIU) : DIU au cuivre et au lévonorgestrel (LNG)
 - les méthodes barrières : préservatifs féminin et masculin, diaphragme et cave cervicale, spermicides.
- [256] N'ont pas été retenus les méthodes dites naturelles (le retrait et les méthodes basées sur l'observation du cycle) qui présentent trop de contraintes et d'incertitudes et ne sont donc pas considérées comme utilisables par de jeunes filles, ni la stérilisation contraceptive, légale depuis la loi du 4 juillet⁸⁵ mais interdite pour les mineures. Dans les faits, deux moyens de contraception, le préservatif et la pilule, constituent la quasi-totalité (82 %) des usages par les 15-17ans.
- [257] L'objectif étant de présenter les moyens contraceptifs du point de vue de leur utilisation par un public jeune, non spécialiste, cette annexe donne peu d'indication sur les processus biologiques qu'ils mettent en œuvre mais expose leurs conditions de mise à disposition et d'utilisation pour les femmes et spécialement pour les mineures, leur efficacité et leur coût⁸⁶.
- [258] **La prescription et la délivrance du préservatif** sont les premières étapes à franchir pour une mineure. Elles peuvent constituer des obstacles concrets si celle-ci a des difficultés pour payer les actes ou les contraceptifs ou si elle souhaite rester discrète sur la démarche qu'elle a entreprise. C'est pourquoi le législateur a pris successivement différentes dispositions pour assurer une quasi-gratuité et une confidentialité du processus de la prise de contraceptifs, depuis la prescription jusqu'à la délivrance et éventuellement la pose, en faveur des jeunes filles.

⁸⁴ OMS. Sélection de recommandations pratiques relative à l'utilisation de méthodes contraceptives.

⁸⁵ Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

⁸⁶ Voir la fiche memo HAS : contraception chez l'adolescente. Juillet 2013.

- [259] Concernant **l'efficacité des contraceptifs** : la mesure de l'efficacité d'une méthode de contraception s'établit en mesurant le taux de survenue de grossesse dans une population sous contraceptif. On utilise l'indice de Pearl qui est une estimation du risque de grossesse annuel. Selon l'OMS, on estime qu'une contraception est « très efficace » si ce taux est inférieur à 1 (1 % de risque de grossesse par an), « efficace » s'il est entre 1 et 10, et « modérément efficace » s'il est entre 10 et 25. Selon les différentes sources on observe des différences minimales dans les indices d'efficacité ; est retenu ici celui figurant sur le site de l'INPES.
- [260] De plus, on doit distinguer l'efficacité du contraceptif dans le cadre d'une utilisation dite « correcte » (ou théorique) et celui résultant dans le cadre d'une utilisation dite « courante » (ou pratique). En utilisation courante, on comptabilise toutes les grossesses, que l'utilisation de la contraception soit optimale ou non. L'efficacité mesurée est donc globalement moindre, mais probablement plus proche de la réalité.
- [261] Les méthodes considérées comme très efficaces sont l'implant, et les dispositifs intra-utérins. Les méthodes efficaces sont les autres médicaments (en pilule, en timbre ou en anneau vaginal)⁸⁷. Les méthodes modérément efficaces sont les méthodes barrières telles que les préservatifs ou le diaphragme (associé au spermicide), les méthodes naturelles. Les méthodes moins efficaces sont la cape cervicale et le spermicide utilisé seul⁸⁸.
- [262] Concernant **le coût des contraceptifs** : actuellement la part de remboursement par l'assurance maladie est fixée à 65 % pour certaines pilules (dite de 2^e génération), l'implant et le dispositif intra-utérin et à moins de 10 % pour le diaphragme. La part complémentaire est généralement couverte par les mutuelles, la CMU ou l'AME. Les préservatifs, la cape cervicale, les spermicides, les autres pilules, le timbre et l'anneau vaginal ne sont pas remboursés par la sécurité sociale et n'ouvrent donc pas droit à un remboursement complémentaire. Les coûts présentés dans les fiches qui suivent sont des prix publics indicatifs.

1 LA PILULE

- [263] La pilule est la méthode de contraception la plus utilisée globalement en France et à tous les âges (45 % des femmes concernées par la contraception), sauf chez les 45-49 ans où elle est devancée par le DIU. Chez les 15-17 ans elle est utilisée à 37,3 %, c'est donc le moyen le plus souvent utilisé après le préservatif.
- [264] Les pilules contiennent des hormones qui ressemblent à celles que fabriquent naturellement les ovaires. Toutes les pilules contiennent une ou deux hormones similaires aux hormones féminines naturelles. Il y a deux types de contraceptions orales : les pilules « combinées » ou estroprogestatives, qui suppriment ou non l'ovulation. Elles contiennent des oestrogènes et de la progestérone. C'est pour ces pilules que l'on parle de "générations", selon leur date d'arrivée sur le marché. Il existe également des pilules microprogestatives (PP) contenant seulement un progestatif.

⁸⁷ OMS Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier

⁸⁸ OMS Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier.

- [265] Aucune pilule n'est sans risque, parmi lesquels le risque d'accidents thrombo-emboliques est le plus important. Les pilules progestatives sont celles qui présentent le moins de risques. Dans ces conditions, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a recommandé en 2013⁸⁹ la prescription de pilules de 2e génération en première intention⁹⁰. Une pilule oestroprogestative de 3^e génération a été exclue du remboursement parce qu'elle présentait un risque trop important. L'ANSM a également publié en 2014 un document d'information à destination des femmes pour les aider à mieux connaître les effets indésirables, les signes évocateurs d'une survenue d'accident thrombotique⁹¹.

1.1 PRESCRIPTION ET DELIVRANCE

- [266] La pilule régulière doit être prescrite par un médecin ou une sage-femme en raison des effets indésirables (nausées, prise de poids...) qu'elle peut provoquer et des contre-indications. La prescription se fera en prenant en compte les antécédents de la personne ainsi que les facteurs de risque tels que tabagisme par exemple. Elle est délivrée sur ordonnance en pharmacie. L'infirmière scolaire n'est pas en mesure de prescrire une contraception régulière, mais elle peut désormais renouveler les ordonnances de contraceptifs datant de moins d'un an.
- [267] Les contraceptifs oraux peuvent être délivrés pour une durée de 3 mois, et leur prescription peut avoir une durée de 12 mois.
- [268] Le pharmacien peut dispenser la pilule pour six mois supplémentaires maximum dans certaines conditions⁹², si la durée de l'ordonnance a expiré. Il en est de même depuis 2013 pour les infirmiers.

1.2 EFFICACITE

- [269] L'efficacité de la pilule prise régulièrement est supérieure à 99,7 %, c'est-à-dire que moins de 1 % des femmes utilisant ce moyen de contraception de façon parfaite connaissent une grossesse au cours de leur première année d'utilisation.
- [270] Cette efficacité peut être compromise par des oublis ou l'interaction avec d'autres médicaments. On estime donc son efficacité en utilisation courante est de 91 %. C'est pourquoi 9 % des femmes « sous pilule » connaissent une grossesse au cours de la première année d'utilisation.

⁸⁹ L'agence européenne du médicament avait auparavant confirmé les risques de thrombose veineuse et artérielle, rares mais non négligeables, liés à la prise de ces contraceptifs.

Voir HAS. Information aux prescripteurs, contraceptifs oraux combinés (COC) et risque de thrombose veineuse : préférer les pilules de deuxième génération contenant du lévonorgestrel : « afin de minimiser le risque de thrombose lié aux COC, qu'il soit veineux ou artériel, le rapport bénéfice/risque doit être évalué pour chaque patiente ». Ce risque est deux fois plus élevé pour les COC contenant du désogestrel ou du gestodène (COC de 3e génération) ou de la drospirénone par rapport aux COC contenant du lévonorgestrel (COC de 2e génération).

⁹¹ « Vous et... vos contraceptifs oestroprogestatifs » informe sur les précautions d'emploi pour minimiser les risques liés aux pilules, à l'anneau et au patch contraceptifs oestroprogestatifs. Ce document a été réalisé en collaboration avec la Haute autorité de santé (HAS), les professionnels de santé et les associations de patients.

⁹² Voir la fiche memo de la HAS : contraception hormonale orale : dispensation en officine - décembre 2013.

1.3 COUT

- [271] Selon le type de pilule, le coût est de 1,88 à 14 €par mois.
- [272] Les contraceptifs oraux inscrits sur la liste des spécialités remboursables sont pris en charge à 65 % par l'assurance maladie. Les autres contraceptifs ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie mais peuvent l'être par certaines mutuelles. Il en existe aussi des génériques.
- [273] Celles-ci peuvent être délivrées gratuitement en pharmacie, sur prescription médicale pour les mineures d'au moins 15 ans et jusqu'à 18 ans, assurées sociales ou ayants droit. Cette délivrance est protégée par le secret.
- [274] Pour les mineures non assurées sociales, les CPEF et les Services Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion à la Santé (SUMPPS) peuvent assurer une délivrance gratuite.

1.4 LA CONTRACEPTION D'URGENCE

- [275] La contraception d'urgence hormonale agit en retardant l'ovulation. Elle peut être prise sans danger par la majorité des femmes. Elle se présente sous la forme d'un comprimé unique. Il faut prendre le comprimé le plus tôt possible car son efficacité diminue avec le temps.
- [276] Elle n'est pas efficace à 100 %, mais elle est d'autant plus efficace qu'elle est prise rapidement après le rapport non ou mal protégé. La prise de certains médicaments (par exemple pour l'épilepsie, la tuberculose, le SIDA) peut diminuer l'efficacité de la contraception d'urgence hormonale.
- [277] Elle peut être délivrée sans ordonnance en pharmacie. Elle est remboursée à 65 % par l'assurance maladie si elle est prescrite.
- [278] Les mineures peuvent obtenir la contraception d'urgence de façon gratuite et anonyme en pharmacie.
- [279] Elle coute entre 6 et 7.40€

2 L'ANNEAU VAGINAL

- [280] L'anneau vaginal est un anneau flexible en plastique poreux qui contient une association d'hormones (estrogène + progestatif). On l'insère au fond du vagin et à la chaleur du corps, les hormones diffusent à travers la paroi vaginale et passent dans le sang.

2.1 Prescription délivrance et pose

- [281] L'anneau est prescrit par un médecin ou une sage-femme en raison de ses contre-indications et de ses effets secondaires (les mêmes que pour la pilule combinée). Il est prescrit en « deuxième intention » c'est-à-dire après avoir écarté d'autres moyens contraceptifs
- [282] Il est délivré en pharmacie sur ordonnance.
- [283] Il est posé au fond du vagin par la femme ; il se garde trois semaines et protège pendant 4 semaines. Il faut ensuite en reposer un autre.

2.2 Efficacité

- [284] L'anneau contraceptif est très efficace, puisque lorsqu'il est utilisé de manière parfaite, il protège à 99,71 %, comme une pilule combinée. Ce moyen de contraception possède toutefois une sécurité supplémentaire : on le porte toujours sur soi, sans avoir à y penser, pendant trois semaines.
- [285] Mais il peut y avoir des poses non parfaites, des oublis (après la 4e semaine il faut penser à le reposer) ou des accidents de manipulation (expulsion), ce qui fait que l'efficacité de ce moyen de contraception en utilisation courante est de 91 %.

2.3 Cout

- [286] L'anneau coûte environ 16€ par mois et n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

3 LE PATCH CONTRACEPTIF

- [287] Ce moyen de contraception fait partie des méthodes hormonales et est très peu utilisé par les femmes et particulièrement par les mineures (le taux d'utilisation pour toutes les méthodes hormonales autres que la pilule atteint seulement à 0,3 % chez les 15-17 ans).
- [288] Le patch est un timbre qui se colle sur la peau (et résiste à l'eau) et qui contient une association similaire à celle d'une pilule combinée. Les deux hormones (l'œstradiol et le progestatif) pénètrent dans le sang à travers la peau. Il faut coller un timbre par semaine, trois semaines sur quatre. Il doit être appliqué sur le ventre, sur les épaules ou au bas du dos.

3.1 PRESCRIPTION, DELIVRANCE ET POSE

- [289] Le patch contraceptif est prescrit par un médecin ou une sage-femme en raison de ses contre-indications et de ses effets secondaires.
- [290] Il est délivré en pharmacie sur ordonnance.
- [291] Le patch ne peut pas être utilisé par toutes les femmes pour lesquelles la pilule combinée est contre indiquée. Il est prescrit en « deuxième intention » c'est-à-dire après avoir écarté d'autres moyens contraceptifs. Son opportunité sera donc envisagée avec le professionnel de santé consulté.

3.2 EFFICACITE

- [292] Le patch est efficace une semaine. Lorsqu'il est utilisé parfaitement le patch est efficace à 99,7 %, comme une pilule combinée. Il présente une sécurité supplémentaire par rapport à la pilule car il y a moins de risque d'oubli.
- [293] Toutefois les erreurs d'utilisation (décollement) font que l'efficacité de ce moyen de contraception en utilisation courante est de 91 %.

3.3 COUT

- [294] Les patches sont vendus par boîte de trois (ce qui couvre quatre semaines). Une boîte de patch coûte environ 15€ par mois, Elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

4 L'IMPLANT

- [295] L'implant appartient à la catégorie des dispositifs hormonaux, mais est très peu utilisé par les femmes, et encore moins par les mineures (le taux d'utilisation pour toutes les méthodes hormonales autres que la pilule atteint seulement à 0,3 % chez les 15-17 ans).
- [296] L'implant est un petit bâtonnet cylindrique, en plastique souple, de 4 cm de long et 2 mm de diamètre (la taille d'une allumette). C'est un réservoir contenant les mêmes hormones que les pilules progestatives. L'hormone qu'il contient diffuse directement dans le sang et supprime l'ovulation (comme les pilules contraceptives).
- [297] Il est implanté sous la peau du bras au moyen d'une aiguille spéciale, après pose d'une crème anesthésique. Une fois en place, l'implant est invisible et indolore. Il peut se retirer à tout moment, par une petite incision dans le bras, après cette légère anesthésie.
- [298] L'implant est le plus souvent un contraceptif dit de « deuxième intention », c'est-à-dire qu'il sera prescrit aux femmes qui présentent des contre-indications ou une intolérance aux contraceptifs oestroprogestatifs et au DIU ou qui ont des difficultés d'observance à la pilule.

4.1 PRESCRIPTION, DELIVRANCE ET POSE

- [299] L'implant est délivré en pharmacie, sur ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme. Il existe quelques contre-indications à la pose d'un implant. Une visite médicale est conseillée 3 mois après la pose.
- [300] Il est délivré en pharmacie sur ordonnance.

4.2 EFFICACITE

- [301] Mis sur le marché en France depuis 2001, l'Implanon est, comme le dit l'association fil-santé-jeunes : www.filssantejeunes.com, « *parfait pour les habitués des oublis de la pilule* ». Il peut cependant avoir certains inconvénients, notamment la prise de poids et des troubles de règles.
- [302] L'implant est efficace à 99,9 %, et pour une durée de trois ans.

4.3 COUT

- [303] Son prix est de 106€, remboursés à 65 % par l'assurance maladie.

5 LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN

- [304] Le dispositif intra-utérin ou DIU est un dispositif contraceptif inséré dans l'utérus ; il est aussi connu sous le nom de « stérilet ».
- [305] Il existe de deux sortes : le DIU en cuivre (le cuivre rend les spermatozoïdes inactifs) et le DIU hormonal qui contient une hormone progestative délivrée en petite quantité pendant cinq ans. Ce dernier, outre son rôle contraceptif, présente un aspect thérapeutique en cas de règles abondantes ou douloureuses. Selon le modèle, le DIU peut être gardé entre 4 et 10 ans mais il faut contrôler annuellement s'il est toujours bien positionné.
- [306] Contrairement à ce qui est dit parfois, il ne présente pas d'inconvénient pour les nullipares ainsi que le rappelle expressément la HAS.

- [307] Dans les faits il n'est pas utilisé par les mineures, peut-être en raison de la fausse information concernant sa contre-indication pour les nullipares, alors que les femmes l'utilisent globalement à 20,7 %.

5.1 PRESCRIPTION, DELIVRANCE ET POSE

- [308] Le DIU s'achète en pharmacie, sur prescription médicale.
- [309] La pose du DIU par le médecin ou la sage-femme est très rapide (une minute). Elle peut être parfois douloureuse mais il en existe de petite taille adapté pour les jeunes filles, dont l'utérus est plus petit. Un suivi gynécologique annuel permettra de vérifier s'il est correctement posé.

5.2 EFFICACITE

- [310] Les DIU sont efficaces à 99 %, c'est-à-dire que 99 femmes sur 100 ne sont pas enceintes lors de la première année d'implantation du DIU. La différence d'efficacité entre DIU au cuivre et DIU hormonal est très faible. L'efficacité de ce moyen de contraception ne dépend pas de l'utilisatrice.
- [311] Un DIU peut être retiré à n'importe quel moment, dès que la femme le désire, par un médecin ou une sage-femme.

5.3 COUT

- [312] Le prix du DIU cuivre est de 30,50€; le DIU hormonal coûte 125,15€
- [313] Tous les DIU sont remboursés à 65 % par l'assurance maladie

6 LE PRESERVATIF

- [314] Le préservatif masculin, comme le préservatif féminin, empêche le passage des spermatozoïdes dans le vagin, et donc la fécondation. Le préservatif masculin est en latex ou en polyuréthane (en cas d'allergie au latex). Il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Le préservatif féminin est une gaine assez résistante en nitrile synthétique ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin.
- [315] Le préservatif masculin est le moyen de contraception le plus utilisé par les mineures (44,7 % contre 12,1 % pour les femmes globalement). On ne dispose pas de chiffres sur l'utilisation du préservatif féminin, dont l'usage reste très peu répandu.

6.1 PRESCRIPTION ET DISTRIBUTION

- [316] Le préservatif masculin est en vente libre, en pharmacie ou dans de multiples points de vente et en distributeurs automatiques. Il existe depuis 2007 des distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées (circulaire du 11 décembre 2006). Le préservatif féminin est en vente dans certaines pharmacies et sur internet.

6.2 EFFICACITE

- [317] Si les préservatifs sont correctement utilisés, il n'y a que 2% d'échecs pour le préservatif masculin et 5 % pour le préservatif féminin. Avec une utilisation moins "soigneuse" les échecs peuvent être plus importants, jusqu'à 21 % pour le préservatif féminin et 15 % pour le préservatif masculin.

- [318] C'est le seul moyen de contraception qui permet de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles (IST). C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé recommande l'usage du préservatif en « double protection », avec un autre moyen de contraception pour toute relation sexuelle pouvant être à risque.

6.3 COUT

- [319] Le prix du préservatif masculin varie entre 20 et 50 centimes. On peut facilement s'en procurer dans les pharmacies en libre accès, en grands surfaces, dans certains commerces ; il existe aussi des distributeurs automatiques.
- [320] Il est délivré gratuitement dans les CPEF et dans les centres de dépistage et les associations de lutte contre le SIDA et souvent dans de nombreuses structures fréquentées par les mineures : les infirmeries scolaires, les missions locales...
- [321] Le préservatif féminin est vendu en pharmacie ou sur internet sans prescription (8 à 9 € la boîte de 3) ou sur internet (de 1,50 à 1,70 l'unité). Il peut être délivré gratuitement dans les CPEF, dans les centres de dépistage et associations de lutte contre le SIDA, mais il est moins largement distribué que le préservatif masculin étant donné la faible demande.

7 LE DIAPHRAGME

- [322] Le diaphragme (en latex ou en silicone) est une protection qui se glisse dans le vagin, au contact du col de l'utérus, pour empêcher le passage des spermatozoïdes vers l'intérieur de l'utérus. Il est posé au moment du rapport sexuel ou deux heures avant. Il doit être laissé en place pendant huit heures après et au maximum 24 heures. La cape peut être réutilisée plusieurs fois.

7.1 PRESCRIPTION, DELIVRANCE ET POSE

- [323] Le diaphragme est prescrit par un médecin ou une sage-femme. Il est acheté en pharmacie ou délivré par les CPEF. Pour une efficacité renforcée, il est préférable d'utiliser en même temps des spermicides.
- [324] Pour utiliser ce mode de contraception, la femme ne doit pas être gênée par les manipulations vaginales qu'il nécessite pour s'assurer une pose et un retrait corrects. Il convient de l'utiliser à chaque rapport sexuel. En raison de ces contraintes, le diaphragme n'est pas conseillé pour les très jeunes femmes.

7.2 EFFICACITE

- [325] En utilisation parfaite et lorsqu'il est utilisé avec un spermicide, le diaphragme est efficace à 94 %, c'est-à-dire que moins de 6% des femmes l'utilisant connaissent une grossesse durant leur première année d'utilisation. En utilisation courante, son efficacité est de 88 %, lorsqu'il est utilisé avec un spermicide.

7.3 COUT

- [326] Son coût est d'environ 33€ (en latex) ou de 42€ (en silicone). Il est remboursé par l'assurance maladie à hauteur de 3,14€

8 LA CAPE CERVICALE

- [327] La cape cervicale (en silicone) est une protection qui se glisse dans le vagin, au contact du col de l'utérus, pour empêcher le passage des spermatozoïdes vers l'intérieur de l'utérus. Elle est posée au moment du rapport sexuel ou deux heures avant. Elle doit être laissée en place pendant huit heures après et au maximum 24heures. La cape peut être réutilisée plusieurs fois

8.1 PRESCRIPTION, DELIVRANCE ET POSE

- [328] La cape cervicale est prescrite par un médecin ou une sage-femme.
- [329] La femme ne doit pas être gênée par les manipulations vaginales que nécessite ce moyen de contraception pour assurer une pose et un retrait corrects. Il convient de l'utiliser à chaque rapport sexuel. C'est pourquoi elle est déconseillée pour les très jeunes femmes pour lesquelles elle constitue une contraception insuffisante et auxquelles elle paraîtra trop contraignante.

8.2 EFFICACITE

- [330] En utilisation parfaite la cape cervicale, ce moyen de contraception est efficace à 91 % pour les femmes nullipares et à 74 % pour les femmes ayant eu des enfants. Pour plus d'efficacité elle doit être utilisée en même temps qu'un spermicide. En utilisation courante, son efficacité est de 84 % chez les nullipares et de 68 % chez les femmes ayant eu des enfants.

8.3 COUT

- [331] Le coût d'une cape cervicale est d'environ 60€ Elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale.
- [332] Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme sont disponibles sans ordonnance en pharmacie et coutent entre 7 à 19 €(non remboursés), selon le type, pour plusieurs doses.

9 LES SPERMICIDES

- [333] Les spermicides sont des substances qui, comme leur nom l'indique, inactivent ou détruisent les spermatozoïdes. Ils se présentent sous forme de gel ou d'ovules placés au fond du vagin. On peut les utiliser seuls ou, de préférence, en association avec d'autres contraceptifs (préservatif masculin ou féminin, diaphragme, cape cervicale) pour augmenter leur efficacité. Ils ne sont pas irritants.
- [334] Le moment de l'utilisation varie avec le type de spermicide : pour être efficaces les ovules doivent fondre au fond du vagin, à la chaleur du corps, ce qui prend dix minutes ! Les crèmes peuvent être utilisées juste avant le rapport sexuel.

9.1 PRESCRIPTION ET DELIVRANCE

- [335] Les spermicides s'achètent en pharmacie en libre accès, sans ordonnance.

9.2 EFFICACITE

- [336] Leur efficacité est très aléatoire : entre 18 et 29 % d'échecs. Comme pour les préservatifs, le diaphragme ou la cape, leur efficacité dépend largement de l'usage qui en est fait. La durée d'action est variable : 60 minutes pour les ovules, 8 heures pour les crèmes.

9.3 COUT

- [337] Le cout est d'environ 7 à 19€selon le type, pour plusieurs doses. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

ANNEXE 4

L'ACCES GRATUIT ET ANONYME A LA CONTRACEPTION POUR LES MINEURES VIA L'ACTION DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX ET DES CONSEILS REGIONAUX

1	LES CENTRES DE PLANIFICATION OU D'EDUCATION FAMILIALE GERES PAR LES DEPARTEMENTS : UNE SOLUTION REPANDUE A DISPOSITION DES MINEURES, ET PLUS GENERALEMENT DES JEUNES.....	105
1.1	UN DISPOSITIF ANCIEN ET REPANDU QUI FACILITE INDENIABLEMENT L'ACCES A LA CONTRACEPTION POUR LES MINEURES	105
1.2	UNE POLITIQUE QUI PRESENTE UN CERTAIN NOMBRE DE LIMITES.....	108
1.2.1	L'accessibilité aux centres demeure contrainte	108
1.2.2	Une confidentialité dont les jeunes peuvent craindre, en partie à tort, qu'elle ne soit pas toujours assurée lors de leurs visites.....	109
1.2.3	Des défaillances de pilotage qui persistent	110
2	LES PASS CONTRACEPTION MIS EN PLACE PAR LA MOITIE DES CONSEILS REGIONAUX : UN TAUX DE RECOURS DES MINEURES EXCESSIVEMENT FAIBLE	110
2.1	UNE EXPANSION PROGRESSIVE DANS LES REGIONS FRANÇAISES	110
2.2	UN CALIBRAGE DES PASS DIFFERENTS D'UNE REGION A L'AUTRE.....	111
2.2.1	Des publics cibles qui varient entre régions	111
2.2.1.1	La bordure d'âge	111
2.2.1.2	Les garçons	112
2.2.2	Des prises en charge différenciées	112
2.2.2.1	Des coupons ne prenant pas en charge les mêmes dépenses selon la région	112
2.2.2.2	Des montants de remboursement des prise en charge fortement hétérogènes.....	113
2.2.3	Des canaux de distribution majoritairement centrés sur les établissements scolaires partenaires des Régions	114
2.3	DES POLITIQUES DONT L'EFFICACITE RESTE A DEMONTRER	115
2.3.1	Des taux de recours faibles	115
2.3.2	Des explications multiples à ce bas niveau de recours.....	115
2.3.2.1	Le besoin réel d'anonymat de la part des jeunes est d'une ampleur non connue.....	115
2.3.2.2	L'objectif de complémentarité des pass contraception vis-à-vis des autres dispositifs existants	116
2.3.2.3	Des complications techniques multiples freinent dans la pratique l'accès.....	117

- [338] En dehors de l'adoption des dispositifs nationaux adoptés en loi de financement de la sécurité sociale en 2013 et 2014 visant à faciliter l'accès à la contraception pour les mineures, les conseils départementaux et certains conseils régionaux pilotent des politiques ayant pour finalité un accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures, et plus largement les jeunes. L'objectif de cette annexe n'est pas de faire une présentation détaillée des différents dispositifs locaux existants mais de montrer les lignes directrices de ces interventions et leur efficacité respective.
- [339] Le mode d'accès anonyme et gratuit à la contraception le plus ancien et le mieux connu des mineures repose à ce jour sur les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) dont l'action est pilotée par les conseils départementaux⁹³, soit en direct soit via des délégations. Aujourd'hui, cela reste pour les mineures le seul mode répandu d'accès à la contraception intégralement gratuit et anonyme, et ce depuis le stade de la consultation médicale jusqu'au retrait des contraceptifs. Même si les CPEF sont implantés sur l'ensemble du territoire français, certaines zones géographiques, en particulier rurales, sont mal couvertes (partie 1.).
- [340] Devant ce constat d'une couverture inégale des territoires et en l'absence de dispositif national via l'assurance maladie, un autre mode d'accès à la contraception a émergé à partir de 2010 : le Pass Contraception. Le conseil régional Poitou-Charentes est le premier à avoir pris cette initiative. Aujourd'hui, la moitié des régions métropolitaines se sont engagées dans cette politique. Il faut néanmoins noter que ces Pass sont différents d'une région à l'autre (cf. objectifs, critères d'obtention, modalités d'accès, services proposés). A ce jour, le taux de recours à ces Pass reste excessivement faible, et ce même dans les territoires ruraux qui en constituaient au départ la cible privilégiée.

1 LES CENTRES DE PLANIFICATION OU D'EDUCATION FAMILIALE GERES PAR LES DEPARTEMENTS : UNE SOLUTION REPANDUE A DISPOSITION DES MINEURES, ET PLUS GENERALEMENT DES JEUNES

1.1 Un dispositif ancien et répandu qui facilite indéniablement l'accès à la contraception pour les mineures

- [341] Les CPEF, tout comme les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF), ont été créés en 1967 sous l'impulsion de la loi Neuwirth afin d'accompagner la diffusion des méthodes contraceptives. La France compte un peu plus de 1200 CPEF⁹⁴.
- [342] Les CPEF ont des missions plus étendues que les EICCF dans la mesure où, au-delà de l'accueil, conseil et écoute individuelle sur les questions liées à la sexualité et à l'orientation sexuelle, accompagnement des personnes victimes de violence que pratiquent les EICCF, les CPEF jouent un rôle important pour « *la consultation et la prescription contraceptifs, la pose de dispositifs contraceptifs, les test de grossesse et la délivrance de la contraception d'urgence, le suivi gynécologique et, selon les centres, offre de dépistage et de traitement des Ist, réalisation de l'IVG médicamenteuse* »⁹⁵.
- [343] Ces structures sont composées de personnels sociaux (ex. conseiller (ère) conjugal(e) et familial(e)), paramédicaux (ex. infirmier (ère)) et médicaux (ex. médecin généraliste, gynécologue).

⁹³ Les centres hors du Conseil départemental sont relativement rares (ex. gestion par un centre hospitalier). Le projet de loi en cours d'adoption au Parlement remplace la notion de conseil général par celle de conseil départemental.

⁹⁴ Rapport Igas, *Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan*, C. Aubin, C. Branchu, J-L Vieilleribière, P. Sitruk, juin 2011. Le rapport mentionne l'existence de 390 EICCF.

⁹⁵ Op. cit.

- [344] Les CPEF sont à ce jour les seules structures à proposer à la fois une prescription et une délivrance de la contraception sans avance de frais et sans ticket modérateur.
- [345] Ainsi que le relève l'Igas en 2011, « ces conditions prévues par la loi pour les seuls mineurs sont de facto souvent étendues aux plus de 18 ans qui désirent garder le secret ». Ces extensions sont cependant variables d'un département à l'autre (ex. 20 ans, 21 ans, plus). En effet, depuis le transfert des CPEF aux départements en 2003 lors de l'acte II de la décentralisation, chaque collectivité départementale fixe les règles de prise en charge qu'elle souhaite.
- [346] Les mineures représentent une part importante des publics reçus par les CPEF. Ainsi 30 % des publics accueillis sont des mineurs (dans la pratique, une majorité écrasante sont des jeunes filles)⁹⁶.

Tableau 24 : Proportion de femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois parmi les femmes de 15 à 25 ans

Age (années)	Au cours des 12 derniers mois (%)
15	10,7
16	27,5
17	45
18	61,8
19	79,4
20	84,9
21	80,3
22	89,4
23	84,2
24	83,9
25	86,8

Source : Baromètre Santé 2010.

- [347] Il n'existe par ailleurs aucune bordure d'âge inférieure limitant l'accès aux services proposés par les CPEF. Les mineures de moins de 15 ans représenteraient cependant moins de 5 % de l'ensemble des publics reçus⁹⁷, ce qui s'explique aisément par le faible nombre d'entre elles qui ont déjà eu un rapport sexuel. Ainsi d'après l'enquête Inserm-Fécond, seules 6,5 % des personnes de 15 à 24 ans déclarent en 2010 avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans.
- [348] La mission Igas de 2011 estime que les CPEF et les EICCF⁹⁸ reçoivent près d'un demi million de personnes en consultations médicales ou entretiens de conseil conjugal et/ou de planification et que 5 à 10 % des jeunes de moins de 20 ans fréquentent ces centres.
- [349] Cela s'explique sans doute par la confidentialité et la gratuité des visites et délivrance (aucune retranscription sur les décomptes de l'assurance maladie et des mutuelles) mais aussi aux délais de rendez-vous généralement inférieurs à ceux rencontrés dans le secteur hospitalier ou dans le secteur libéral pour les prestations de gynécologie ou d'IVG⁹⁹.

⁹⁶ Op. cit.

⁹⁷ Données d'entretien auprès de CPEF implantés en région Rhône Alpes.

⁹⁸ Il y a environ sur le territoire 3-4 CPEF pour 1 EICCF.

⁹⁹ Op. cit.

- [350] La délivrance des contraceptifs se fait de manière variable selon les CPEF. La majorité des CPEF effectue une délivrance directe de contraceptifs à partir d'une pharmacie qu'ils alimentent dans leurs propres locaux. Quelques uns ont mis en place des conventions avec une pharmacie à proximité afin que les jeunes aillent retirer à la pharmacie les contraceptifs prescrits par les personnels médicaux du CPEF (le pharmacien se fait rembourser en présentant la facture et l'ordonnance labellisée).
- [351] Un dernier schéma, encore très rare d'après les constats effectués par la mission en régions, consiste à orienter les jeunes vers les pharmacies afin de faire jouer le dispositif national de gratuité et d'anonymat adopté en loi de financement de la sécurité sociale en 2013.
- [352] Deux éléments paraissent expliquer ce faible recours au dispositif national, et ce alors qu'il permettrait aux Conseils généraux de faire des économies financières en diminuant leurs achats de contraceptifs ce qui reporterait de facto les coûts associés sur l'assurance maladie :
- Le dispositif national de gratuité et d'anonymat de la délivrance en pharmacie reste peu connu par les personnels des CPEF et des Conseils généraux. Cela s'explique aisément par le fait qu'aucune communication spécifique n'a été faite à destination des collectivités pour promouvoir le dispositif.
 - Dans les cas où le dispositif national est connu, un certain scepticisme s'exprime :
 - nombre d'acteurs rencontrés par la mission ont exprimé leur intérêt relatif vis-à-vis de la mise en œuvre du dispositif dont ils ont le sentiment, souvent d'ailleurs à raison, que les pharmaciens ne le connaissent pas, ou le maîtrisent mal, et donc ne l'appliqueront pas ou pas de la bonne façon.
 - Dans un certain nombre de cas, a pu s'exprimer la crainte de voir la qualité de service des CPEF décroître du fait de l'ajout d'un acteur de plus (une pharmacie à proximité en l'occurrence) dans le parcours d'accès à la contraception des jeunes. Si cette crainte peut s'entendre en particulier pour une première contraception, il est à noter que, comme mentionné ci-dessus, certains CPEF¹⁰⁰ ont déjà recours à une pharmacie avec laquelle ils ont conventionné pour la délivrance de contraceptifs.
- [353] La mission relève le fait qu'aucun des acteurs rencontrés n'a exprimé de crainte directe quant à la concurrence que peut représenter le dispositif national vis-à-vis de l'offre des CPEF, l'attention des interlocuteurs auditionnés restant centrés sur le fait que plus il y aura de moyens différents de toucher les jeunes mieux les jeunes seront touchés et ainsi pourront mener une vie sexuelle épanouie¹⁰¹.
- [354] Concernant le recours à des analyses médicales lorsqu'il est nécessaire, les CPEF passent, dans les cas rencontrés par la mission, des accords avec des laboratoires afin de parvenir à fournir des analyses gratuites et anonymes.

¹⁰⁰ La mission n'est pas en mesure d'en déterminer le nombre.

¹⁰¹ Cette remarque semble valoir aussi pour les pass contraception des régions, même si la mission n'a pas mené d'investigations approfondies sur ce point. On relèvera dans cette logique qu'en Rhône-Alpes, c'est le planning familial qui gère concomitamment la plateforme IVG Contraception financée par l'Etat, le numéro Azur Pass contraception ainsi que 13 CPEF dans la région.

1.2 Une politique qui présente un certain nombre de limites

1.2.1 L'accessibilité aux centres demeure contrainte

[355] Plusieurs facteurs limitant l'accessibilité entrent en ligne de compte :

- L'implantation géographique : dans les zones rurales ou périurbaines, le centre le plus proche peut être très éloigné. A titre d'exemple, le centre le plus proche de la communauté de communes du Val de Ligne dans le sud Ardèche (ville centre : Largentière)¹⁰² se situe à Aubenas, soit à une vingtaine de kilomètres. La desserte en transports en commun peut être de plus dans ces cas-là difficile pour rejoindre le CPEF depuis son domicile. On constate à l'inverse certaines zones où la densité de CPEF est particulièrement élevée comme par exemple dans le département de la Seine Saint Denis qui concentre à lui seul près de 10 % de l'ensemble des CPEF.
- Même à une échelle plus globale (en l'occurrence régionale), les disparités d'implantations sont visibles (cf. tableau ci-dessous) : rapporté au nombre de femmes de 15 à 19 ans, le nombre de CPEF est très faible en Lorraine, Pays de la Loire, Alsace, Franche-Comté et à la Réunion (à savoir moins de 4 CPEF pour 10 000 femmes). A l'inverse, il y a plus de 9 CPEF pour 10 000 femmes de 15 à 19 ans en Ile de France, Corse, Guadeloupe et Martinique.
- Les plages d'ouverture : ces plages sont souvent restreintes, malgré les efforts menés pour s'adapter aux publics (ex. ouverture fréquente sur la pause méridienne ou le mercredi après midi afin de permettre aux élèves et étudiants de venir en milieu de journée entre les temps de cours et en dehors des moments où les parents les attendent à leur domicile). Les structures sont cependant souvent fermées le week-end et en soirée¹⁰³.

¹⁰² La communauté de communes compte un peu plus de 4000 habitants.

¹⁰³ A noter cependant que d'après plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission, ces plages ne sont pas très demandées par les jeunes dans la mesure où s'absenter à ces moments là du domicile familial n'est pas aisé à justifier, contrairement aux jours de la semaine où les jeunes suivent des activités (ex. classes, alternances).

Tableau 25 : Les CPEF par région en 2012

Région	Nombre de CPEF	Nombre de CPEF pour 10 000 femmes de 15-19 ans
Alsace	19	3,3
Aquitaine	49	5,4
Auvergne	18	4,8
Basse-Normandie	25	5,5
Bourgogne	31	6,6
Bretagne	38	4,0
Centre	38	5,1
Champagne-Ardenne	21	5,2
Corse	9	11,0
Franche-Comté	14	4,0
Haute-Normandie	42	7,1
Île-de-France	354	9,7
Languedoc-Roussillon	47	6,1
Limousin	10	5,1
Lorraine	26	3,6
Midi-Pyrénées	65	7,8
Nord Pas de Calais	91	6,7
PACA	93	6,4
Pays de Loire	33	3,0
Picardie	38	6,3
Poitou-Charentes	29	5,9
Rhône-Alpes	113	5,9
France métropolitaine	1203	6,4
Guadeloupe	20	13,0
Guyane	8	7,8
Martinique	18	12,0
La Réunion	6	1,7
France entière	1255	6,4

Source : HAS, *État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*, avril 2013 ; retraitement Igas.

1.2.2 Une confidentialité dont les jeunes peuvent craindre, en partie à tort, qu'elle ne soit pas toujours assurée lors de leurs visites

[356] Certaines modalités d'accueil et de prise en charge contreviennent à l'objectif d'anonymisation des échanges. Ainsi, lorsque les centres sont implantés dans des centres de protection maternelle et infantile (par ailleurs eux aussi gérés par le département), ce qui est une configuration fréquente, certaines jeunes peuvent craindre que la discrétion quant à leur visite ne soit pas assurée. En effet, d'après plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission, il existe dans ces cas-là un risque réel de croiser, par exemple dans la salle d'attente, une maman amie de leur propre mère.

- [357] Par ailleurs, le passage décidé en 2013 d'une dotation forfaitaire de l'assurance maladie aux CPEF à un paiement à l'acte nécessite de demander aux jeunes leur carte vitale. Même si l'assurance maladie garantit la confidentialité des échanges de données, les jeunes peuvent craindre, par méconnaissance du système ou par crainte d'un dysfonctionnement technique, que le secret ne soit plus assuré.

1.2.3 Des défaillances de pilotage qui persistent

- [358] L'Igas pointait déjà l'absence de pilotage d'ensemble quant à ces centres, considérant qu'« *il est particulièrement mal aisé de dégager une vision d'ensemble du dispositif* ». L'absence de remontée, de traitement et de partage de données statistiques rendent particulièrement délicats ce pilotage. Il est ainsi difficile de connaître le nombre d'assurées mineures qui ont recours aux CPEF, le type de services utilisés (ex. information, consultation, délivrance) et le volume de chaque type de contraceptif distribué aux mineures.
- [359] L'Igas relevait dès lors que « *les conseils généraux gèrent généralement la planification au sein de la PMI sans orientation stratégique affirmée. Le sujet est rarement abordé au niveau des élus pour lesquels il ne constitue pas un enjeu politique* ».
- [360] Plusieurs acteurs rencontrés par la mission ont par ailleurs fait part du fait que les difficultés financières rencontrées par les départements commencent à impacter l'activité de certains CPEF, via notamment une réduction de l'offre de services (ex. les contraceptifs non remboursés par l'assurance maladie comme le patch ou l'anneau ne sont parfois plus distribués)¹⁰⁴.
- [361] Au total, le constat fait en 2011 selon lequel « *l'ampleur et la qualité de la réponse aux besoins paraît aujourd'hui souvent dépendre davantage d'un héritage historique et d'initiatives des professionnels de terrain que d'une impulsion stratégique des décideurs* » paraît encore largement vrai.
- [362] Malgré les limites réelles pointées ci-dessus, l'apport déterminant des CPEF pour répondre aux besoins de beaucoup de jeunes conduit la mission à rappeler la conclusion toujours pertinente du rapport de l'Igas de 2011 : « *Dans l'hypothèse où une mesure générale d'accès gratuit et anonyme à la contraception serait mise en place, une telle possibilité ne saurait être considérée comme un substitut aux prestations offertes par les centres de planification* ».

2 LES PASS CONTRACEPTION MIS EN PLACE PAR LA MOITIÉ DES CONSEILS REGIONAUX : UN TAUX DE RECOURS DES MINEURES EXCESSIVEMENT FAIBLE

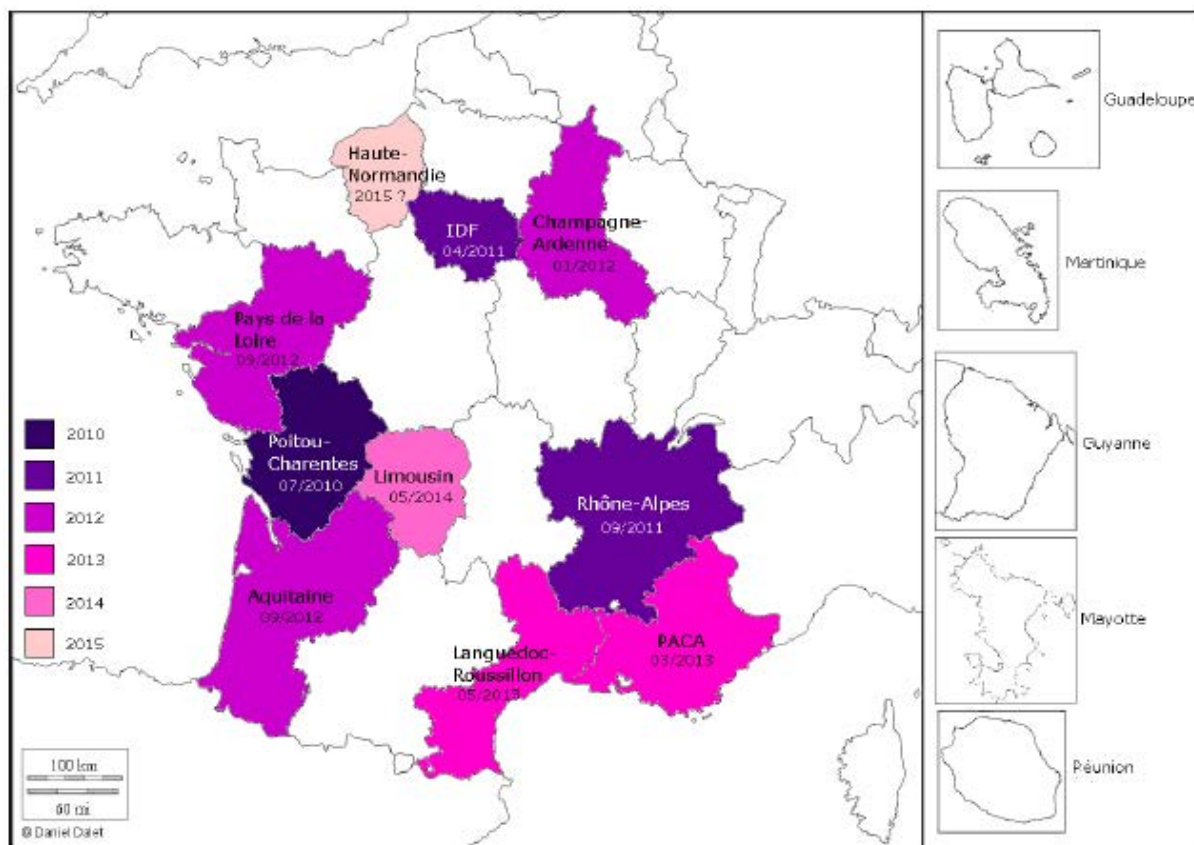
- [363] Les pass contraception déployés par les Régions se présentent comme des chéquiers papiers dans lesquels figurent des coupons détachables à donner aux professionnels de santé ayant effectué la prise en charge.

2.1 Une expansion progressive dans les régions françaises

- [364] Depuis le lancement du premier pass régional en 2010, chaque année de nouvelles régions décident d'initier un dispositif de ce type visant à faciliter l'accès gratuit et anonyme à la contraception pour les jeunes. A la date de février 2015, la moitié des régions françaises métropolitaines (aucune en Outre Mer) s'est engagée dans cette démarche (cf. carte ci-dessous). La dernière en date (qui ne figure pas sur le graphique) serait la région Bourgogne.

¹⁰⁴ La mission n'a pas mené d'investigations poussées sur ce point afin de vérifier la véracité de ces déclarations.

Graphique 2 : Régions possédant un pass contraception en 2014



Source : Etude GAAP 2014.

2.2 Un calibrage des pass différents d'une région à l'autre










2.2.1 Des publics cibles qui varient entre régions

2.2.1.1 La bordure d'âge

[365] Tandis que certaines régions ont fait le choix de cibler des publics en fonction de l'âge (ex. PACA), d'autres ont privilégié une diffusion centrée sur les établissements et associations avec lesquels le conseil régional est en contact du fait des politiques qu'il mène par ailleurs (ex. Champagne Ardennes), certains faisant un mixte des deux critères (ex. Rhône Alpes) (voir le tableau ci-dessous).

[366] Pour ceux qui ont retenu une politique par âge, les bordures fluctuent d'un territoire à l'autre : le plus restrictif est le pass de la région Ile de France qui se limite aux jeunes de 15 à 16 ans et le plus ouvert est le Languedoc Roussillon qui ne pose pas de critère d'âge a priori (dans la pratique, ce sont bien des jeunes étant donné qu'il centre son action sur les établissements partenaires de la Région). Il est fréquent de poser une borne minimum à 15 ans et une borne supérieur à 25-26 ans mais ce n'est pas systématique (ex. Poitou-Charentes).

Tableau 26 : Les publics cibles des pass contraception régionaux

Date de déploiement	Région	Public visé	
		Sexe	Age et conditions
Juillet 2010	Poitou-Charentes		- mineures et majeures scolarisées - mineures non scolarisées
Janvier 2011	Ile-de-France		jeunes scolarisés de 15 à 16 ans en classe de seconde ou de niveau équivalent
Septembre 2011	Rhône-Alpes		jeunes entre 15 et 25 ans détenteurs de la carte Mra
Janvier 2012	Champagne-Ardenne		mineurs dans les établissements partenaires de la Région
Septembre 2012	Aquitaine		de 16 à 25 ans dans les établissements partenaires de la Région Les jeunes hommes sont destinataires de communication
Septembre 2012	Pays de la Loire		- moins de 20 ans des établissements partenaires de la Région - Jeunes majeur(e)s inscrits dans les lycées
Mars 2013	Provence Alpes Côte-d'Azur		moins de 26 ans
Mai 2013	Languedoc-Roussillon		mineurs et majeurs scolarisés dans les établissements partenaires de la Région
Mai 2014	Limousin		mineurs d'au moins 15 ans dans les établissements partenaires de la Région

Source : Etude GAAP 2014.

2.2.1.2 Les garçons

[367] La majorité des dispositifs concerne non seulement les filles mais aussi les garçons (cf. sept sur neuf). Les deux régions à avoir centré leur politique sur les filles uniquement sont Poitou-Charentes (qui avaient initié son pass en premier) et Aquitaine.

[368] Ce choix d'impliquer les garçons réside dans la volonté de mener des actions pour afficher le fait que la contraception ne doit pas être une question du seul ressort des filles. Cela est d'autant plus pertinent que le moyen de contraception le plus utilisé à ce jour chez les mineurs pour la contraception reste le préservatif masculin.

2.2.2 Des prises en charge différenciées

2.2.2.1 Des coupons ne prenant pas en charge les mêmes dépenses selon la région

[369] Un premier point commun doit tout d'abord être relevé : les coupons offrent la possibilité de choisir parmi un spectre large de contraceptifs, même parmi ceux non remboursés par l'assurance maladie (ex. patch, anneau vaginal). Une seule région n'offre pas la prise en charge des implants et stérilets (cf. Champagne Ardennes), pourtant remboursés par l'assurance maladie.

[370] Un socle commun de coupons est identifiable entre toutes les régions : 1^{ère} et 2^{ème} consultation médicale, prélèvement sanguin et analyse médicale et première délivrance de contraceptif. A cela s’ajoutent des coupons qui varient selon les régions : renouvellement de délivrance, délivrance de préservatifs, délivrance de contraceptif d’urgence.

Tableau 27 : Détails des coupons des pass contraception par région

date de déploiement	Région	Public visé	Type de coupon										Délivrance de Préservatifs parité de Pass		
			Sexe	Attention de ceuse du Pass	1 ^{ère} consultation médicale	Prélèvement sanguin	Analyses médicales	Délivrance de contraceptifs		2 ^{ème} consultation médicale	Délivrance de Préservatifs	Contraceptif d'urgence			
								Option 1 pilule, patch, anneau vaginal	Option 2 implant / DIU						
juillet-2010	Poitou-Charentes	♀	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
janvier-2011	Ile-de-France	♂♀	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓				
septembre-2011	Alsace-Alpes	♂♀		✓		✓	✓	✓	✓	(2)	✓				✓
janvier-2012	Champagne-Ardennes	♂♀	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓			
septembre-2012	Aquitain	♂♀ (1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	
septembre-2012	Pays de la Loire	♂♀	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓		voir option 1		
mars-2013	Picardie-Alpes-Côte-d'Azur	♂♀		✓		✓	✓	✓	✓	(2)	✓	✓			
mai-2013	Languedoc-Roussillon	♂♀	✓	✓	✓	✓									✓
		♀	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓				✓
mai-2014	Limousin	♂♀	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	**	✓	✓			

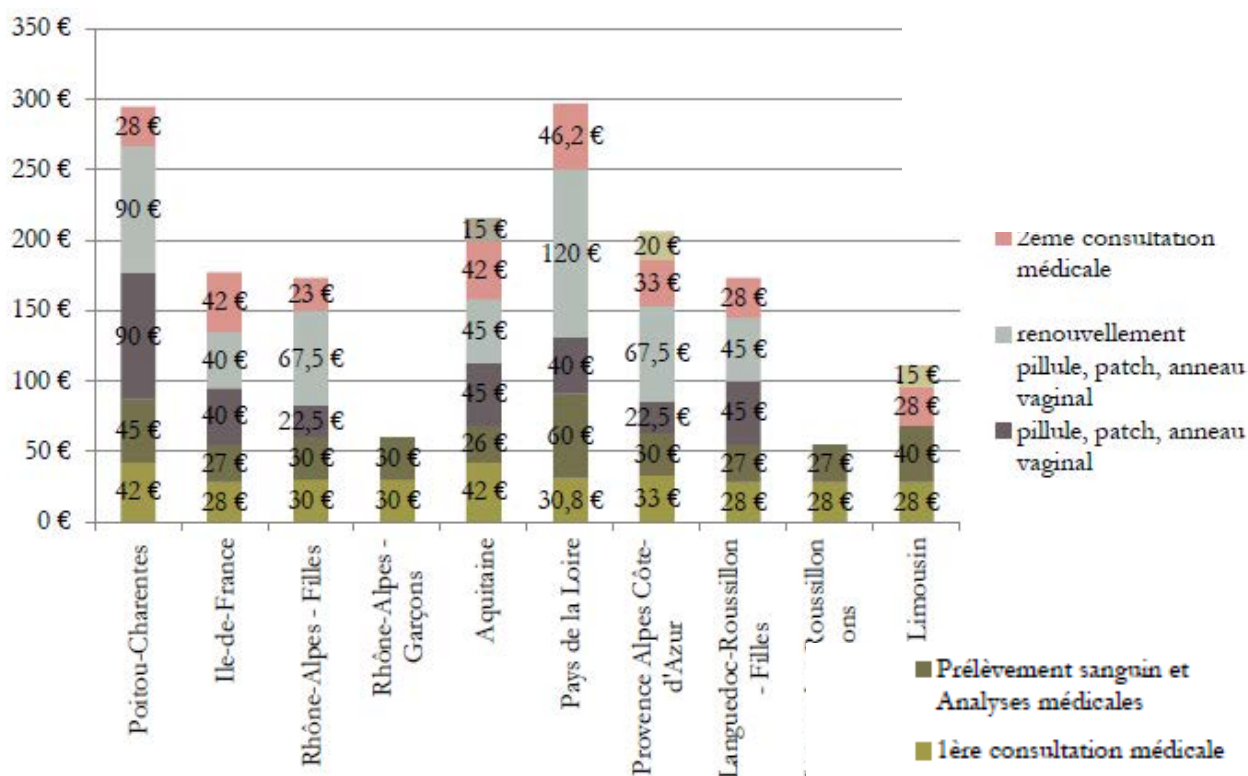
Source : Etude GAAP 2014 « L'accès à la contraception par les jeunes : évaluation des pass contraception ». (1) les garçons sont destinataires de la communication ; (2) coupon implant/DIU distinct de l'option 1 ; * y compris préservatifs féminins et masculins ; ** remboursement par l'assurance maladie.

2.2.2.2 Des montants de remboursement des prise en charge fortement hétérogènes

[371] Les montants de prises en charge fluctuent considérablement d’une région à l’autre :

- Pour la première consultation : de 28 à 42 euros. Toutes les régions vont donc au-delà du tarif sécurité sociale de 23 euros. Cela s’explique potentiellement de trois manières : 1) prise en compte du temps administratif supplémentaire que nécessite pour les professionnels l’acceptation des pass (cf. envoi papier et suivi manuel des paiements, contrairement aux traitements de flux via la carte vitale avec l’assurance maladie) ; 2) principe implicite qu’une consultation à visée contraceptive prend plus de temps qu’une consultation standard et doit donc être mieux rémunérée ; 3) prise en compte du fait qu’un certain nombre de professionnels pratiquent des dépassements d’honoraires qui, s’ils ne sont pas couverts tout ou partie par le pass, conduiront les professionnels à refuser les jeunes demandant à l’utiliser.
- Pour les prélèvements sanguins et analyses médicales : de 26 à 60 euros.
- Pour la délivrance de contraceptifs : de 22,5 à 90 euros pour pilule, patch ou anneau ; de 130 à 140 euros pour un implant ou un stérilet.

Tableau 28 : Remboursement maximum par coupon avec les modes de contraception pilule, patch et anneau vaginal



Source : Etude GAAP 2014 ; données Champagne Ardennes non disponibles.

[372] Ces différences dans les remboursements des montants de prise en charge résultent des choix arrêtés par chaque collectivité. Ainsi les écarts quant à la délivrance des contraceptifs ont comme conséquences de couvrir des périodes plus ou moins longues de prise en charge (schématiquement de 3 mois à un an).

2.2.3 Des canaux de distribution majoritairement centrés sur les établissements scolaires partenaires des Régions

[373] Le principal canal de distribution des Pass sont les établissements scolaires publics de rattachement des élèves. A cela s'ajoute souvent les CPEF ainsi que d'autres partenaires des régions (ex. missions locales, maisons familiales et rurales). Ne font en revanche pas partie des cibles dans la quasi-totalité des cas : les établissements scolaires privés, les établissements d'enseignement supérieur, les collèges. On relèvera par ailleurs l'absence d'implication des parents dans les dispositifs.

2.3 Des politiques dont l'efficacité reste à démontrer

2.3.1 Des taux de recours faibles

[374] Le taux de recours au pass est relativement bas¹⁰⁵. Il varie sensiblement selon les régions en fonction de la manière de calculer la population éligible et des variations du volume de bénéficiaires mais, malgré ces différences, il est partout très bas. Ainsi d'après l'étude GAAP menée en 2014, parmi les quatre régions étudiées (cf. Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, Aquitaine et Pays de Loire), le volume de pass distribués rapporté à la population éligible est inférieur à 4 % dans toutes les régions et le taux d'utilisation des chèquiers distribués est toujours inférieur à 50 % et parfois même inférieur au quart comme en Rhône-Alpes ; enfin, à peine plus d'un quart des coupons sont dépensés parmi les rares chèquiers utilisés¹⁰⁶ (à savoir en priorité la délivrance des contraceptifs puis ensuite le coupon prévu pour la première contraception). L'analyse plus détaillée de la situation en Rhône-Alpes montre même que le taux de recours serait proche de 0,1 % (voir encadré ci-dessous).

2.3.2 Des explications multiples à ce bas niveau de recours

2.3.2.1 Le besoin réel d'anonymat de la part des jeunes est d'une ampleur non connue

[375] Considérer que ces taux de recours extrêmement faibles dans les régions sont le reflet pur et simple d'une absence de besoin de gratuité et/ou d'anonymat de la part des mineures est une interprétation possible mais insuffisante. Certes, l'anonymat n'apparaît pas être central pour tous les mineurs. Ainsi, alors que les chèquiers commandés par Internet en Rhône-Alpes peuvent être envoyés au domicile du jeune, à son établissement scolaire de rattachement ou à une autre adresse de son choix, **près des trois quarts des personnes qui commandent un chéquier le font envoyer à leur domicile**. Ainsi que le relève l'étude GAAP, cela « pourrait montrer soit que **l'anonymat n'est pas la préoccupation la plus importante pour les utilisateurs des Pass**, soit que la livraison du Pass à domicile n'est pas considéré par les jeunes comme un frein à l'anonymat », seconde explication qui serait pour le moins étonnante car le risque d'une ouverture du courrier par les parents est alors réel, même si ce n'est que par erreur.

[376] Ainsi nombre d'acteurs intervenant auprès de mineures considèrent que les mineures n'ont pas dans leur ensemble besoin d'anonymat mais que cela est fonction de la situation personnelle de chacun. Le degré de discrétion souhaité par un jeune varie selon la nature et l'intensité de ses pratiques sexuelles, les relations que la personne entretient avec ses parents et notamment sa mère et l'accès aux soins plus ou moins facilité qui est le sien selon son lieu d'habitation, de travail et/ou d'études (cf. nombre et localisation de médecins, gynécologues, sages femmes, pédiatres, laboratoires d'analyse médicale, pharmacies).

¹⁰⁵ Etude GAAP 2014.

¹⁰⁶ Cette statistique ne vise qu'à donner un ordre de grandeur du niveau de recours dans la mesure où les chèquiers ne comptent pas partout le même nombre de coupons.

Encadré : Le recours au Pass contraception en Région Rhône-Alpes : une montée en charge qui ne se fait pas¹⁰⁷

Parmi les 290 000 possesseurs d'une carte M'ra sur l'année scolaire 2013-2014 – carte nécessaire pour passer la commande d'un Pass – la moitié sont des jeunes filles de 15 à 21 ans (146 672). Ces dernières ont commandé 1 128 chèquiers¹⁰⁸, soit un taux de recours de moins de 0,8 %¹⁰⁹. Parmi elles, seules 266 utilisent effectivement leur chéquier, soit moins d'un quart. Le taux global de recours au Pass (cf. nombre de chèquiers commandés et utilisés rapporté au nombre de jeunes filles possédant la carte M'ra) est donc de 0,2 %. Une estimation analogue centrée sur les mineures conduit à un **taux d'utilisation des chèquiers proche de 0,1 %** parmi les mineures possesseurs de la carte M'ra (**moins d'une cinquantaine de chèquiers utilisés sur un an** en 2013-2014). Les utilisateurs du Pass n'utilisent en moyenne que deux coupons sur les huit disponibles dans chaque chéquier¹¹⁰. Au final, les trois quarts des utilisateurs du pass sont en fait des personnes majeures. Signes que **la montée en charge du dispositif ne se fait pas**, le nombre de chèquiers utilisés en 2013-2014 est en baisse par rapport à l'année précédente et le nombre de chèquiers commandés a même été en 2013-2014 inférieur à ce qu'il était lors de la première année de lancement du dispositif (2011-2012). On constate même une baisse de la proportion des mineurs parmi les recourants sur la période : alors que les personnes de moins de 18 ans représentaient lors de la première année 30 % des utilisateurs du chéquier, ils ne sont plus que 18 % en 2013-2014 ; en valeur absolue, le nombre de personnes de moins de 18 ans ayant utilisé un chéquier a été divisé par deux en un an entre 2012-2013 et 2013-2014.

Relevons néanmoins un élément particulièrement instructif : **les jeunes hors de tout établissement scolaire (ex. mission locale, service civique) sont surreprésentés parmi les bénéficiaires** Tandis qu'ils constituent moins de 5 % des possesseurs d'une carte M'ra, ils représentent à eux seuls presque un cinquième des utilisateurs de chèquiers (cf. 17,8 %). Ce constat tend à montrer qu'une analyse qualitative plus approfondie du profil des recourants et des motifs pour lesquels ils recourent à ce dispositif serait certainement utile.

Quoiqu'il en soit, un taux de recours global aussi bas induit des dépenses engagées par le Conseil régional particulièrement faibles : ainsi, sur l'année scolaire 2013-2014, le remboursement de coupons de chèquiers a représenté un **coût financier annuel inférieur à 20 000 euros** ; depuis 2011, année de lancement du dispositif, cela ne représente qu'environ 60 000 euros. Sur ces trois années de mise en œuvre, le remboursement de coupon contraception constitue près de 6 % des sommes engagées par le Conseil régional au titre de sa politique en faveur de la contraception, de la prévention des infections sexuellement transmissibles, de l'information et de l'éducation à la sexualité¹¹¹.

2.3.2.2 L'objectif de complémentarité des pass contraception vis-à-vis des autres dispositifs existants

[377] Il faut rappeler que l'objectif des conseils régionaux n'est pas de se substituer à l'offre territoriale existante des CPEF mais de proposer un dispositif complémentaire en particulier pour les zones géographiques mal pourvues ou éloignées d'un CPEF. Le mouvement français du planning familial qui gère la plateforme IVG contraception en Rhône-Alpes a ainsi tendance à orienter les jeunes qui vivent à proximité d'un CPEF en priorité vers ce dernier et, à défaut, à proposer l'utilisation du pass régional. La population réellement cible des pass n'est donc qu'une partie, potentiellement petite, de la population générale des mineures et jeunes majeures.

¹⁰⁷ La Région Rhône Alpes a un dispositif sensiblement proche de celui des autres régions et obtient des résultats dans la moyenne d'après l'étude du GAAP menée en 2014.

¹⁰⁸ A noter que les garçons peuvent aussi commander des chèquiers pour par exemple faire un bilan sanguin dans une logique de prévention des infections sexuellement transmissibles.

¹⁰⁹ Nous faisons ici l'hypothèse favorable que tous les chèquiers sont commandés par des personnes différentes.

¹¹⁰ Etude GAAP précitée.

¹¹¹ Le tout s'élève à un peu plus d'un million d'euros engagés, sans prendre en compte les deux agents du Conseil régional qui travaillent à mi-temps chacun sur la gestion de ces différentes actions (communication, achat de préservatifs, subventions à des associations, financement d'une plateforme d'information,...). Le gros des dépenses concerne l'achat de préservatifs par le conseil régional.

- [378] On peut néanmoins regretter l'absence de travail d'évaluation quantitatif précis pour déterminer ce qu'est réellement cette population cible, par exemple en posant des critères comme une distance minimum donnée entre le CPEF le plus proche et le lieu d'habitation ou d'études du jeune. Ce travail permettrait de plus aux régions de mieux cibler leurs actions d'information auprès des jeunes et des professionnels de santé. Cette volonté de complémentarité est ainsi volontiers assumée dans les discours par le Conseil régional Rhône-Alpes mais pas dans la pratique et dans le calibrage des dispositifs qui s'adressent à tous les jeunes indistinctement. Exception notable cependant, le Conseil régional Aquitaine a lui décidé de cibler la mise en œuvre de son Pass contraception sur certaines zones rurales précisément déterminées.
- [379] Dans les territoires où les CPEF sont particulièrement nombreux, comme par exemple en Ile de France, ce dispositif concurrent explique en grande partie le fait que le pass contraception proposé par le Conseil régional soit très peu mobilisé.

2.3.2.3 Des complications techniques multiples freinent dans la pratique l'accès

- [380] Ce bas taux de recours aux pass régionaux s'explique en grande partie par les complexités multiples que les jeunes doivent traverser pour parvenir à dépenser les coupons des chéquiers : malgré une présentation générale des dispositifs d'apparence simple, ces derniers sont en réalité souvent difficiles à utiliser pour les jeunes.
- [381] De nombreuses difficultés compliquent dans la pratique l'accès aux pass contraception régionaux. Ces difficultés ne sont pas toujours exactement les mêmes partout mais ont tout de même tendance à largement se recouper d'une région à l'autre. Citons notamment :
- Une information auprès des jeunes, des professionnels de santé et des acteurs qui interviennent auprès des jeunes (ex. éducation nationale, missions locales) sur l'existence des dispositifs de faible ampleur une fois le lancement initial passé.
 - Des canaux de distribution plus ou moins simple et large (grosses différences entre régions sur ce point) : retrait auprès de pharmacies (ex. Pays de la Loire), retrait auprès d'acteurs associatifs dont les plannings familiaux, retrait auprès des infirmeries scolaires, commande du chéquier par Internet pour le faire parvenir à une adresse de son choix (ex. Rhône-Alpes).
 - Des modalités d'utilisation souvent peu lisibles pour les jeunes : diffusion très limitée de l'information sur les professionnels de santé acceptant les pass, nécessité parfois de s'assurer que le professionnel médical est en secteur 1 (notion dont on peut douter que les jeunes maîtrisent le sens et les implications pratiques), absence parfois totale de professionnels de santé à proximité qui acceptent les pass.
- [382] Ce dernier item de l'utilisation est sans doute l'un des plus problématiques car la mauvaise expérience de quelques jeunes dans l'utilisation du pass suffit à produire en peu de temps une forte contre-publicité pour le dispositif via notamment la diffusion d'informations qu'ils peuvent en assurer sur les réseaux sociaux.
- [383] Le cas de la région Rhône Alpes constitue de ce point de vue une bonne illustration des barrières successives qui se dressent devant le jeune souhaitant recourir au pass contraception de la région. Citons notamment :
- **La nécessité d'être possesseur de la carte à puce M'ra pour commander le chéquier** : cette carte est distribuée gratuitement aux jeunes en CFA, enseignement à distance, établissement de formations artistiques, établissement de formations sanitaires et sociales, institut médico-éducatif, institut médico professionnel, lycée d'enseignement général, lycée professionnel, maison familiale et rurale, agricole, lycée agricole et technologique, mission locale et en service civique. Au total sur la tranche d'âge des 15-25 ans, le conseil régional estime pourtant que moins de la moitié des jeunes possèdent cette carte.

- **La nécessité d'appeler directement les professionnels de santé ou bien le numéro azur régional payant** (à partir de 2015 ce numéro devrait devenir gratuit, que l'on appelle à partir d'un téléphone fixe ou portable) pour savoir où l'utilisation du pass est possible. En effet, le Conseil régional ne se considère pas autorisé, au regard de ses échanges avec l'ordre des médecins, à diffuser des listes de professionnels de santé via des prospectus ou sur Internet. Ce point est d'autant plus problématique que la démarche d'adhésion au pass contraception que la région a mis en place pour permettre le remboursement des professionnels de santé est un acte volontaire de chaque professionnel, l'ensemble des professionnels de la région s'étant vu proposer par la Région l'adhésion au pass.
- **Le nombre limité de professionnels acceptant le pass contraception.** D'après la Région, moins d'un médecin libéral sur huit implanté en Rhône-Alpes ont conventionné avec le Conseil régional, signalant ainsi le fait qu'ils acceptent les pass. Cependant, dans la pratique, certains professionnels enregistrés auprès du Conseil régional n'acceptent le pass que pour leur patientèle connue et non pour de nouvelles patientes. Cette situation est particulièrement prégnante en milieu rural où les médecins, du fait de leur petit nombre, sont déjà souvent en situation de suractivité. Cela est d'autant plus problématique que, comme plusieurs acteurs l'ont rappelé à la mission, les jeunes qui veulent recourir au pass – et qui donc recherchent l'anonymat - ont justement tendance à ne pas vouloir consulter leur médecin de famille pensant à tort que la confidentialité de leurs échanges ne sera pas assurée vis-vis de leurs parents. Ces jeunes ont par conséquent justement tendance à se tourner vers des médecins qui ne les connaissent pas. A cela s'ajoute le fait que sur bon nombre de territoires, en particulier ruraux où le nombre de professionnels de santé est déjà faible, il peut y avoir des situations où aucun professionnel de santé (à savoir parmi les prescripteurs médecins ou sages femmes, parmi les biologistes et parmi les pharmaciens) n'a adhéré au pass contraception. A titre d'exemple, sur la ville d'Annonay en Ardèche, tandis que certaines pharmacies acceptent le pass, sur vingt médecins aucun médecin n'a à ce jour adhéré au dispositif régional¹¹².

[384] Le Conseil régional n'a pas mené à ce jour de cartographie détaillée pour identifier les **zones blanches** (cf. aucun professionnel de santé n'accepte les pass) et les **zones grises** (cf. seulement certaines étapes du parcours sont couvertes mais pas toutes) dans la région. Or l'existence de ces zones blanches et grises est certainement une explication majeure à la faible utilisation du pass contraception dans les zones rurales par ailleurs peu pourvues en CPEF.

[385] **Couplé à l'absence de publicité sur les endroits où est accepté ce mode de prise en charge anonyme et gratuit, le faible nombre de professionnels de santé** est donc une des principales limites au succès de ce dispositif. Ce constat est particulièrement crucial en zone rurale où il se surajoute à des difficultés déjà connues d'accès aux soins (cf. diminution du nombre de professionnels, voire disparition progressive de certaines spécialités comme la gynécologie, allongement des délais pour obtenir un rendez vous).

¹¹² La situation pour ce territoire est d'autant plus problématique que les nouveaux locaux du CPEF ne sont plus en plein cœur de la ville et ont été installés loin du centre ville, ce qui ne permet plus aux jeunes habitant les environs mais étudiant à Annonay de rapidement y passer avant d'aller à l'école ou juste après la sortie des classes, de sorte à ce que leurs parents ne s'aperçoivent pas de leur absence.

ANNEXE 5

L'EDUCATION NATIONALE ET LA CONTRACEPTION DES MINEURES

1	L'EDUCATION NATIONALE MENE UNE POLITIQUE EDUCATIVE DE SANTE INCLUANT L'EDUCATION A LA SEXUALITE ET A LA CONTRACEPTION	121
1.1	Les objectifs de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception en matière d'éducation à la sexualité.....	121
1.2	La politique éducative est intégrée au projet académique et d'établissement.....	122
2	LE ROLE DES DIFFERENTS ACTEURS DE L'EDUCATION	123
2.1	Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).....	123
2.2	Les infirmiers scolaires.....	124
2.2.1	Le suivi des élèves.....	124
2.2.2	La contraception d'urgence.....	125
2.2.3	La prolongation de la délivrance de la contraception	126
2.3	Les médecins scolaires	126
2.4	Les chefs d'établissements et les autres personnels.....	126

1 L'ÉDUCATION NATIONALE MENE UNE POLITIQUE EDUCATIVE DE SANTÉ INCLUANT L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ ET A LA CONTRACEPTION

1.1 Les objectifs de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception en matière d'éducation à la sexualité

[386] Les dispositions de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ont complété le chapitre II du titre I du livre III du code de l'éducation par un article L. 312-16 aux termes duquel « *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* ». Cette éducation à la sexualité doit commencer à l'école primaire et se poursuivre jusqu'à la fin du lycée. Elle fait partie du socle commun de connaissances et de compétences à acquérir au cours de la scolarité obligatoire¹¹³.

Article 22

Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9

« L'éducation à la santé et à la sexualité

« Art. L. 312-16. - 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 séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret no 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

¹¹³ Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences.

- [387] Les objectifs de l'éducation à la sexualité de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée, les modalités de mise en œuvre et le pilotage du dispositif. ont été précisés par circulaires. La circulaire du 17 février 2003¹¹⁴ insiste sur l'intérêt d'une continuité éducative tenant compte des questionnements et de la maturité des élèves et « *en lien avec les connaissances acquises à travers les programmes scolaires aux différents niveaux* ». Elle rappelle que trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire. Pour cela il est préconisé « *d'organiser un travail pluridisciplinaire s'appuyant sur les compétences complémentaires des divers personnels, inscrit dans le projet d'école et le projet d'établissement, voire inséré dans une politique d'établissement* ».
- [388] A l'école primaire, les temps consacrés à l'éducation à la sexualité incombent au maître. Ces temps doivent être identifiés comme tels dans l'organisation de la classe et être intégrés aux enseignements. Ils sont adaptés aux opportunités fournies par la vie de la classe ou de l'école.
- [389] Au collège et au lycée, le chef d'établissement organise en début d'année scolaire les modalités de ces séances (durée, taille des groupes...) qui seront inscrites dans l'horaire global annuel des élèves, garantissant ainsi la mise en œuvre et la cohérence de ce dispositif. Celui-ci sera intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration. Pour les lycées, il fera également l'objet d'un débat au conseil de la vie lycéenne.
- [390] Au collège et au lycée, les trois séances prévues par la loi doivent être conçues et organisées en articulation avec les programmes, notamment ceux des Sciences de la vie et de la terre ou de Sciences médico-sociales. Elles sont prises en charge par des personnels volontaires des équipes éducatives formées¹¹⁵ et, le cas échéant, par des partenaires extérieurs (institutionnels ou associatifs) ayant reçu l'agrément national ou académique.

1.2 La politique éducative est intégrée au projet académique et d'établissement

- [391] La circulaire du 2 décembre 2011¹¹⁶ fixe « *les orientations nationales pour une politique éducative de santé dans les territoires académiques* ». Elle construit un programme d'actions autour de sept priorités¹¹⁷, qui doivent être anticipées avec la politique publique de santé des ARS. Chacun de ces axes fait l'objet d'une fiche spécifique de mise en œuvre et d'indicateurs de suivi.
- [392] La réalisation de ces objectifs suppose qu'il soit intégré dans les projets académiques qui doivent comporter un « programme éducatif de santé ». Ces projets sont déclinés dans les établissements en s'adaptant à leur environnement, aux compétences et capacités des élèves et à l'engagement des personnels.

¹¹⁴ Circulaire n°2003-27 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.

¹¹⁵ Ont été ainsi formés environ 40000 personnels intervenants auprès des élèves et 380 formateurs de formateurs. L'objectif est de développer les formations interinstitutionnelles au niveau académique pour créer une culture commune de l'éducation à la sexualité auprès de l'ensemble des acteurs personnels de l'éducation nationale et partenaires extérieurs, intervenant auprès des jeunes et défavoriser une dynamique de réseau.

¹¹⁶ Circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2011 « *politique éducative de santé dans les territoires académiques* »

¹¹⁷ Les thématiques sont les suivantes : les bonnes habitudes de vie, la nutrition, l'éducation à la sexualité, les conduites addictives, les jeux dangereux et le harcèlement, le repérage du mal-être, la responsabilité face aux risques.

[393] Le troisième objectif s'intitule « *généraliser l'éducation à la la sexualité, faciliter l'accès à la contraception et maintenir un bon niveau d'information sur le VIH/sida et les principales IST* ». L'objectif 3.2 vise à « *faciliter la contraception* ». Il est assorti d'objectifs opérationnels de mise en œuvre, tels que :

➤ **« Au niveau académique »**

Encourager, dans toutes les zones où cela est possible, une orientation, par l'infirmière, des élèves vers les dispositifs extérieurs de prise en charge, notamment en direction des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), particulièrement adaptés au public ...

- Développer les partenariats locaux et la mise en réseau des acteurs œuvrant dans ce champ.

➤ **Au niveau des EPLE**

Veiller à apporter une information précise aux élèves. sur les modalités pratiques d'accès à la contraception anonyme et gratuite pour les mineures dans les CPEF, sur la possibilité d'accéder à une contraception d'urgence (non soumise à prescription obligatoire), dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPLÉ) ».

[394] Pour ce sous objectif, il est prévu deux indicateurs :

- la proportion de filles des EPLE ayant bénéficié d'une contraception d'urgence délivrée par l'infirmière scolaire par rapport à celle qui l'ont demandé (cf. infra),
- la proportion de filles ayant demandé le renouvellement de l'ordonnance de contraception pour six mois (cf. infra).

[395] Les éléments d'information de la politique éducative dans les EPLE dont la mission à disposé sont les suivants : les élèves ont le plus souvent accès, lors de leur cursus dans l'établissement, au moins une fois (c'est-à-dire « une fois » ou « plus d'une fois »), à des actions de formation sur les IST et sur la contraception (respectivement 97 et 96 % des réponses en moyenne) ainsi que sur le sida (95 %). L'Education nationale estime, d'après les déclarations des chefs d'établissements, qu'un établissement sur deux mène une politique éducative de santé. Les lycées professionnels sont les plus nombreux (56 % au lieu de 49 % en moyenne)¹¹⁸.

2 LE ROLE DES DIFFERENTS ACTEURS DE L'EDUCATION

2.1 Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

[396] Depuis le décret du 9 septembre 2005 complété par la circulaire du 30 novembre 2006¹¹⁹ le CESC est inscrit « *dans le pilotage de chaque établissement du second degré* » et l'intègre à la *politique globale de réussite de tous les élèves* ».

[397] Le CESC réunit, au niveau de chaque établissement, des personnels d'éducation, sociaux et de santé, des représentants des enseignants, parents et des élèves. Il est présidé par le chef d'établissement¹²⁰. Il exerce les missions suivantes :

« 1° Il contribue à l'éducation à la citoyenneté ;

2° Il prépare le plan de prévention de la violence ;

Note d'information, l'éducation à la santé dans les établissements du second degré 2008-2009. Cette note retient cinq critères d'évaluation : l'inscription du projet d'éducation à la santé ans le projet d'établissement, l'opérationnalité du CESC, la nomination d'un coordonnateur responsable de l'éducation à la santé dans l'établissement, un diagnostic préalable à la mise en place des projets et enfin une évaluation, en fin d'année scolaire

¹¹⁹ Circulaire n°02006-197 du 30 novembre 2006.

¹²⁰ Article R.421-46 du Code de l'éducation.

3° Il propose des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion ;

4° Il définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est réuni à l'initiative du chef d'établissement ou à la demande du conseil d'administration »¹²¹.

[398] La circulaire précise que le CESC « constitue une instance de réflexion, d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé, intégré au projet d'établissement ». A ce titre il pilote la politique de prévention de l'établissement, définit la programmation d'éducation à la sexualité et organise le partenariat éventuel pour sa mise en œuvre.

Le projet éducatif de santé, comprenant la délivrance de la contraception au sein des EPLE, des collèges et lycées est présenté au CESC et au conseil d'administration qui examinent le bilan annuel de sa mise en œuvre¹²².

[399] Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est le dispositif de repérage et de mise en réseau indispensable des partenaires de proximité auxquels il peut être fait appel. Il permet en outre d'assurer l'information de l'ensemble des personnels de la communauté éducative.

2.2 Les infirmiers scolaires¹²³

[400] Les infirmiers de l'éducation nationale au nombre de 7455 ETP (au 10/02/2014) pour 7863 EPLE¹²⁴. Sans disposer de données plus précises sur leur affectation, on peut estimer que leur nombre permet d'assurer une véritable présence au sein des collèges et lycées. Ils sont en effet souvent cités comme des interlocuteurs de confiance pour les élèves. Seront exposés ici les aspects de leur activité concernant la contraception¹²⁵.

2.2.1 Le suivi des élèves

[401] Le suivi des élèves est assuré, dans la majorité des cas, par les infirmiers scolaires. Le pourcentage d'élèves suivi par les infirmiers scolaires a légèrement augmenté entre 2009-2011 puisqu'il est passé de 57 % à 58 %. Ce constat souligne l'importance de leur rôle dans la prévention des grossesses non désirées voire, plus largement, dans l'éducation à la sexualité.

[402] Les actions majoritairement conduites par les infirmiers scolaires concernent en premier lieu l'administration de soins et des traitements, puis viennent les conseils en santé, l'écoute et la relation d'aide – la contraception pouvant ressortir dans ces trois catégories selon la demande formulée par la jeune fille - et la gestion des certificats d'inaptitude en matière d'éducation physique et sportive.

¹²¹ Article R421-47 Code de l'éducation.

¹²² Art R. 541-5 Code de l'éducation, circulaire n° 2001-012 et n° 2001-014 du 12 janvier 2001.

¹²³ On désignera ainsi les infirmiers ou infirmières rattachés à un établissement scolaire.

¹²⁴ Ce nombre atteint 11 400 si l'on compte aussi les établissements privés.

¹²⁵ Les données chiffrées concernant la contraception d'urgence sont extraites de « politique éducative sociale et de la santé en faveur des élèves – quelques données chiffrées – année 2009-2011 et 2011-2013 ».

2.2.2 La contraception d'urgence

- [403] Les infirmiers scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence conformément à la loi du 13 décembre 2000¹²⁶ et, plus précisément, au protocole national¹²⁷ annexé à son décret d'application du 27 mars 2001¹²⁸, s'ils disposent d'un local adapté. La part de la contraception d'urgence administrée par les infirmiers scolaires est toujours très importante et augmente encore en 2012-2013. En effet, elle s'élève à 99 % en 2012-2013, tant pour les élèves mineures que pour les élèves majeures contre 97 % en 2011-2012¹²⁹.
- [404] Sur le long terme, depuis l'année 2005-2006, on observe que les demandes de contraception d'urgence connaissent une relative stabilité. En 2009-2010, 14 164 élèves, dont 82 % de mineures, se sont rendues à l'infirmier pour demander une contraception d'urgence. En 2010-2011, 10 235 élèves dont 84 % de mineures ont effectué la même démarche. La demande a enregistré une hausse annuelle de 3 % en 2009-2010 suivie d'une baisse de 28 % en 2010-2011. Depuis lors les chiffres sont stables. En 2011-2012, 14 288 élèves, dont 84 % de mineures se sont rendues à l'infirmier pour demander une contraception d'urgence. En 2012-2013, 14 500 élèves, avec une proportion identique de mineures soit 84 %, se sont rendues à l'infirmier pour demander une contraception d'urgence¹³⁰.
- [405] .En 2011-2012, 10 334 élèves se sont vues délivrer une contraception d'urgence dans leur établissement scolaire. En 2012-2013, la contraception d'urgence délivrée en établissement scolaire a concerné 10 279 élèves. Les autres élèves sont orientées vers le centre de planification ou d'éducation familiale.
- [406] Rapportée au nombre de filles scolarisées, la demande de contraception d'urgence est stable entre les deux années : le taux moyen s'établit en effet à 6,8 ‰ pour l'année 2011-2012 et à 6,9 ‰ pour l'année 2012-2013. Ce taux moyen était de 6,8 ‰ en 2009-2010.
- [407] Rapportée au nombre de filles scolarisées, la délivrance de la contraception d'urgence est stable entre les deux années : le taux moyen¹³¹ s'établit à 4,9 ‰ en 2011-2012 et 2012-2013 ; ce taux moyen était de 5,6 ‰ en 2009-2010. Le taux moyen de satisfaction de la demande est passé de 72 % en 2011-2012 à 71 % en 2012-2013. Il était de 83 % en 2009-2010. Le nombre de contraception d'urgence délivrée varie beaucoup (de 1 à 15) selon les académies ; il est moins élevé dans les régions urbanisées et plus fréquent dans les régions rurales ou insulaires.
- [408] Le nombre de mineures concernées varie également selon le type d'établissement scolaire fréquenté : au collège, en SEGPA et en EREA, les élèves mineures sont à l'origine de la quasi-totalité des demandes. En lycée d'enseignement général, la part des demandes faites par des élèves mineures est stable et s'établit à 79 % en moyenne.

¹²⁶ **Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.**

¹²⁷ Cf. les articles D.38-5134-5 et suivants

¹²⁸ Décret n°2001-258 du 27-3-2001 pris en application de la loi du 13 décembre 2000.

¹²⁹ Les données chiffrées concernant la contraception d'urgence sont extraites de « politique éducative sociale et de la santé en faveur des élèves – quelques données chiffrées – année 2009-2011 ».

¹³⁰ Mais il convient de noter que Mayotte entre cette année dans le champ de l'enquête (255 demandes de contraception d'urgence).

¹³¹ Est ici appelé taux de satisfaction de la demande, le rapport entre le nombre d'élèves ayant demandé la contraception d'urgence et celles qui l'ont effectivement reçue au sein de leur établissement scolaire.

2.2.3 La prolongation de la délivrance de la contraception

- [409] La loi du 17 mai 2011¹³² a donné le droit aux infirmiers, y compris ceux exerçant en milieu scolaire, de procéder au renouvellement des prescriptions et traitements contraceptifs, dans certaines conditions. Le 4ème alinéa de l'article L. 4311-1 du CSP est désormais modifié : « *L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable* ».
- [410] Un décret du 10 janvier 2012¹³³ prévoit les modalités pratiques de ce renouvellement. Les infirmiers et infirmières devront effectuer le renouvellement sur l'ordonnance médicale originale et apposer leur cachet, la mention « renouvellement infirmier » ainsi que la durée et la date à laquelle a été effectué le renouvellement.
- [411] Cette disposition est d'application très récente dans les établissements scolaires et son impact n'est pas mesurable. Pour l'année scolaire 2012-2013 il n'y aurait eu que 11 renouvellements et en 2012-2013, dix fois plus, soit 110.

2.3 Les médecins scolaires

- [412] Les médecins de l'éducation nationale étaient en 2014 au nombre de 1150 ETP ; ils exercent leurs activités dans plusieurs établissements. Parmi leurs missions¹³⁴ figure le développement d'une dynamique d'éducation à la santé dans les établissements, à travers notamment des rencontres éducatives¹³⁵, portant notamment sur la prévention du sida, des maladies sexuellement transmissibles, des violences sexuelles ou encore des grossesses non désirées. Toutefois ils n'interviennent pas pour la contraception d'urgence¹³⁶. Ils sont davantage présents dans le suivi des élèves sous contraception ou pouvant avoir à évoquer des questions liées à la contraception.

2.4 Les chefs d'établissements et les autres personnels

- [413] Le chef d'établissement est responsable de l'application de la politique de santé définie au plan national et académique et départemental dans son établissement ; il définit les besoins des élèves et de l'équipe éducative en concertation avec l'infirmier(ère) de l'établissement et le médecin scolaire. Il suit les travaux du CESC. Il rend compte des activités de l'établissement en matière d'éducation à la santé au conseil d'administration. C'est à lui que l'infirmier qui souhaite effectuer une démarche extérieure avec une élève vers un médecin ou un CPEF s'adressera pour y être autorisé.
- [414] Les professeurs, conseillers d'éducation, les personnels d'orientation, de documentation, les personnels administratifs présents dans les EPLE n'ont pas pour mission d'intervenir dans les questions de santé des élèves, notamment pour ce qui concerne la contraception. Des relations personnelles peuvent toutefois se nouer et faire que les jeunes les saisissent de leurs questionnements en ce domaine. Ils les orienteront donc vers l'infirmier, en effectuant éventuellement un accompagnement vers celui-ci.

¹³² Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

¹³³ Décret n°2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique l'application de l'article 88 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹³⁴ Sont prévues par la circulaire n° 2001-013 du 12/2001

¹³⁵ Prévues par les circulaires n° 98-237 du 24 novembre 1998 et n° 98-234 du 19 novembre 1998.

¹³⁶ Bien qu'ils soient compétents pour le faire, il n'entre pas non plus dans leurs activités habituelles la délivrance de contraception régulière.

ANNEXE 6

SIMULATIONS FINANCIERES

- [415] L'objectif de la présente annexe est de détailler les différentes hypothèses sur lesquelles reposent les simulations financières présentées dans la partie 3. du rapport de synthèse. Par souci de clarté, chacune des trois grandes étapes est présentée de façon séparée.
- [416] Les données à partir desquelles ont été réalisées les simulations ont été fournies par la Cnamts à partir de la base DCIR. Elles portent sur les consommations de contraceptifs remboursés par l'assurance maladie et concernent les personnes de France métropolitaine affiliées au régime généra¹³⁷ hors sections locales mutualistes - SLM (CAMIEG, MGP, MNH). Ces données renseignent non seulement sur le volume de contraceptifs distribués, les remboursements afférents ainsi que le nombre d'affiliées consommandes.
- [417] La Cnamts a par ailleurs fourni à la mission un état du nombre d'affiliées du régime général en France métropolitaine à partir du Répertoire national interrégime des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM). Les données relatives au nombre d'affiliées du régime général hors SLM et les données Insee en population générale ont permis à la mission de construire des coefficients d'extrapolation par âge ou groupe d'âge afin d'estimer, à partir des données financières de consommation sur le régime général hors SLM¹³⁸, les niveaux approximatifs de dépenses en population générale. Par conséquent, l'ensemble des simulations présentées vise à donner des ordres de grandeur plus que des chiffres exacts.
- [418] Ces simulations n'incluent pas l'Outre Mer. Cependant leur inclusion ferait évoluer les simulations à la hausse de façon mineure (environ 5%). En effet, les femmes entre 12 et 22 ans habitants en Outre Mer représentent un peu moins de 5% des affiliées de 12-22 ans au 1^{er} janvier 2015.

1 LA DELIVRANCE EN PHARMACIE

- [419] Les consommations en pharmacie observées en 2014 pour les affiliées du régime général hors SLM ont été extrapolées en population générale via les coefficients d'extrapolation précédemment décrits.

2 LES CONSULTATIONS

- [420] Les données fournies à la mission par la CPAM du Rhône indiquent que les femmes auraient recours, pour avoir accès à la contraception, dans un peu plus des deux tiers des cas à un médecin généraliste et dans un tiers des cas à un gynécologue. Considérant que les gynécologues sont moins présents en milieu rural qu'urbain, la mission a pris l'hypothèse 75 %/25 % pour la répartition généraliste/gynécologue. Le tarif de prise en charge retenu pour le premier est de 23 euros et de 28 euros pour le second suivant les tarifs de prise en charge de l'assurance maladie. Aucun dépassement d'honoraires n'a été pris en compte ici dans la mesure où la contraception des mineures paraît justement entrée dans la catégorie des consultations où « le tact et la mesure » des médecins doit les conduire à ne pas appliquer de dépassement.

¹³⁷ Le régime général est le principal régime d'assurance maladie. Les autres régimes sont la mutualité sociale agricole (MSA), le régime social des indépendants (RSI) et les régimes spéciaux.

¹³⁸ Néanmoins, la mission a utilisé des données extraites par la CNAMTS sur les SLM. L'adjonction des SLM ne modifie pas sensiblement les résultats, ce qui prouve la robustesse des simulations.

[421] La mission a par ailleurs considéré que la proportion d'affiliées consommandes du régime général à chaque âge était la même qu'en population générale, proportion qui a donc été appliquée à la population générale au sens Insee. Il a par ailleurs été fait l'hypothèse que les femmes ont deux consultations médicales la première année d'accès à la contraception et une par an ensuite.

[422] Aucune participation forfaitaire n'est appliquée aux mineures.

3 LES EXAMENS BIOLOGIQUES

[423] D'après l'ensemble des entretiens effectués par la mission auprès de professionnels de terrain, le recours à des examens biologiques est peu fréquent, particulièrement pour les primo-accédants, loin de la recommandation de la HAS d'en faire à chaque fois dans ces cas-là. La mission a fait donc l'hypothèse qu'une femme sur deux qui recourent à la contraception remboursée fait des examens.

[424] Parmi celles qui le font, plusieurs types d'examens peuvent être prescrits :

- Les examens minimaux : Exploration d'anomalie lipidique (dont Cholestérol, Triglycérides) 7.29€; Glycémie 1,35€+ Coût du prélèvement sanguin qui varie de 3,78 €(technicien ou pharmacien biologiste) à 6,08 € selon le préleveur, soit 4,93€ S'ajoutent à ces tarifs des forfaits fixes par dossier de biologie (5,40 €) : l'ensemble représente donc une dépense minimale qui varie entre 17.82 euros et 20.12 euros.
- Les examens complémentaires en cas de suspicion de grossesse : Dosage HCG¹³⁹ via les urines 6.75€ou via une prise de sang 8.10€

[425] La dépense minimale est donc estimée à 17.82 euros et la dépense maximale à 28.22 euros.

[426] Afin de prendre en compte les différents cas, la mission a fait les hypothèses suivantes :

- Concernant les examens complémentaires, d'après les entretiens réalisés par la mission, cela est relativement rare. L'hypothèse retenue est qu'une femme sur cinq qui se voit prescrire des analyses biologiques doit également faire des analyses complémentaires.
- Concernant les différences de tarif pour des mêmes actes (cf. prélèvement et HCG) : la mission impute la moitié des cas au tarif bas et la moitié des cas au tarif haut.

[427] Aucune participation forfaitaire n'est appliquée aux mineures.

¹³⁹ Cela permet de diagnostiquer une grossesse.

CONTRIBUTION ECRITE 1
FEDERATIONS DES ASSOCIATIONS DES
ASSOCIATIONS GENERALES ETUDIANTES

Mission IGAS

Contribution écrite de la FAGE

SUJET : L'accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures

Dans un objectif de clarté et de lisibilité des positions et avis de la FAGE, nous avons choisi de répondre point par point à votre questionnement :

Les nouveaux dispositifs votés en 2013 et 2014 (cf. anonymat et gratuité totale en pharmacie sans avoir recours à la carte vitale et à la carte complémentaire + tiers payant systématique pour la prise en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire pour les consultations à visée contraceptive et les examens biologiques nécessaires) sont-ils connus des mineures ?

Ces nouveaux dispositifs restent majoritairement inconnus des mineures. L'accessibilité à ces dispositifs connaît ainsi deux principaux freins :

- L'accessibilité à l'information,
- Quand elle est connue : le passage de l'information à l'action (le renoncement aux droits).

Nous pensons que l'écrasante majorité des mineures ignorent ces nouveaux dispositifs. Cela est dû en partie à leur récente adoption mais surtout par le manque d'information sur le sujet. Les infirmiers scolaires, avec les médecins généralistes, sont souvent les premiers à parler de contraception aux jeunes mineures.

Le rôle et la place des infirmiers en milieu scolaire est à développer, voir à repenser, car jugé trop souvent médicalisé et « moraliste » par le public jeune. Avec les récentes coupes budgétaires, les infirmiers dans les établissements scolaires sont de moins en moins nombreux et se font souvent au profit de « permanences ». Un suivi et une confiance mutuelle entre les personnels infirmiers et les jeunes, pourtant essentiels, sont ainsi rendus très difficiles, voir inexistantes. Ils sont pourtant indispensables à une bonne prise en charge.

Le second frein à l'accessibilité à ces dispositifs, quand ils sont connus des jeunes mineures, est le renoncement à leurs droits à prétendre bénéficier de tels avantages/services. Ainsi, quand bien même l'information est connue, les jeunes vont « s'auto-censurer ». Il s'agirait ici de réfléchir aux mécanismes, conscient ou inconscient, à un tel renoncement aux droits. Une étude plus poussée est nécessaire dans ce domaine.

Enfin, il faut noter ici que l'ensemble des mineures et tous les moyens de contraception ne sont pas concernés par ces dispositifs. Ainsi, le préservatif n'est pas concerné alors qu'il est le rempart le plus efficace face aux IST. Aussi, toutes les études montrent qu'il est le premier moyen de contraception utilisé par les mineures.

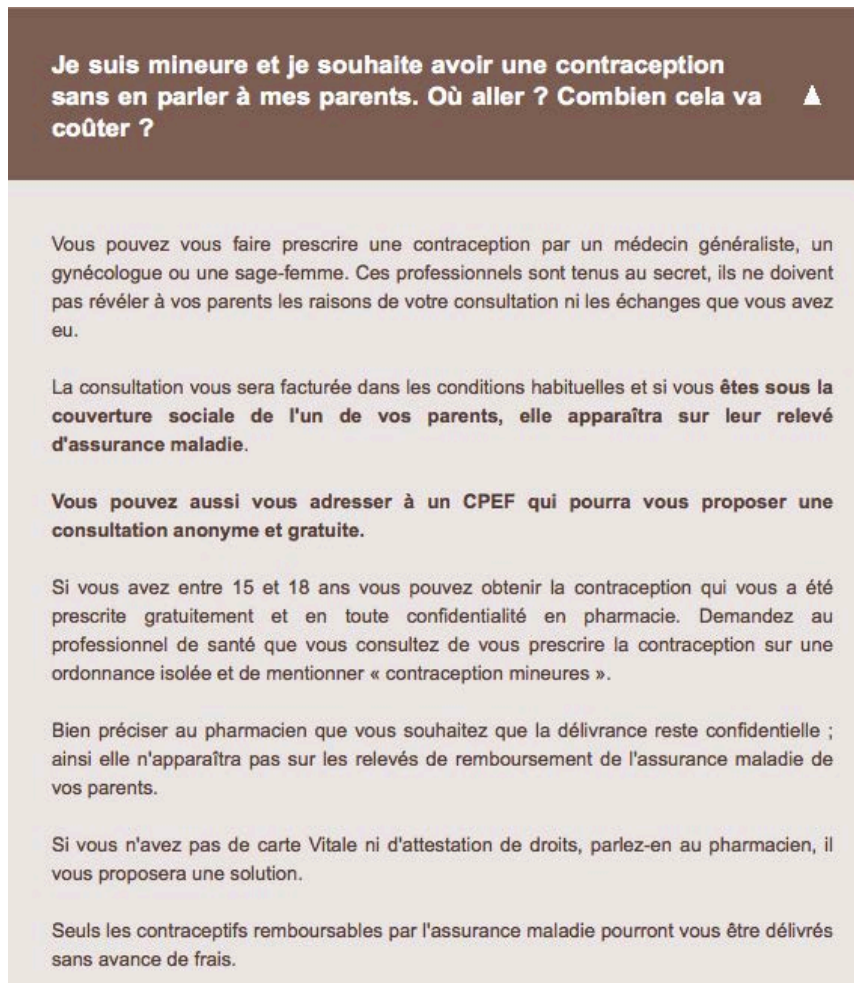
On peut aussi s'interroger sur les moyens de contraception qui ne nécessitent pas une prescription médicale. Enfin, l'âge planché de 15 ans est un important frein d'accès et donc de démocratisation aux dispositifs.

Si oui, par quels canaux l'information les connaissent-elles ? Ces dispositifs vous paraissent-ils faciles à utiliser pour les mineures et répondent-ils à leurs besoins ? Si non, pourquoi.

Un rapide sondage aurait certainement mis en exergue le classement suivant :

N°1 : Internet

Le site <http://www.choisirsacontraception.fr> arrive très souvent en tête dans les recherches. Il est ludique et bien illustré. Mais le site ne semble pas du tout à jour puisqu'il dit :



Je suis mineure et je souhaite avoir une contraception sans en parler à mes parents. Où aller ? Combien cela va coûter ? ▲

Vous pouvez vous faire prescrire une contraception par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Ces professionnels sont tenus au secret, ils ne doivent pas révéler à vos parents les raisons de votre consultation ni les échanges que vous avez eu.

La consultation vous sera facturée dans les conditions habituelles et si vous **êtes sous la couverture sociale de l'un de vos parents, elle apparaîtra sur leur relevé d'assurance maladie.**

Vous pouvez aussi vous adresser à un CPEF qui pourra vous proposer une consultation anonyme et gratuite.

Si vous avez entre 15 et 18 ans vous pouvez obtenir la contraception qui vous a été prescrite gratuitement et en toute confidentialité en pharmacie. Demandez au professionnel de santé que vous consultez de vous prescrire la contraception sur une ordonnance isolée et de mentionner « contraception mineures ».

Bien préciser au pharmacien que vous souhaitez que la délivrance reste confidentielle ; ainsi elle n'apparaîtra pas sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie de vos parents.

Si vous n'avez pas de carte Vitale ni d'attestation de droits, parlez-en au pharmacien, il vous proposera une solution.

Seuls les contraceptifs remboursables par l'assurance maladie pourront vous être délivrés sans avance de frais.

Les forums sont en 2nd position sur internet, notamment le plus célèbre :

<http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/contraception.htm>

Mais il faut aller loin dans les posts pour trouver des informations sur les dispositifs de 2013 et 2014.

Les forums sont très utilisés par les mineures, notamment celui-ci <http://www.jeuxvideo.com/forums/0-50-0-1-0-26-0-blaba-15-18-ans.htm>

Le problème d'internet est que l'information qui y est produite et diffusée n'est pas contrôlée. Ainsi, lorsque l'on tape le simple mot « contraception » dans le moteur de recherche GOOGLE, en bas de page arrive cet article du Monde.fr

La contraception « naturelle » de plus en plus prise

www.lemonde.fr/.../la-contraception-naturelle-de-plus-en-plus-prise_4469...

11 août 2014 - On croyait oubliées les méthodes de contraception naturelles. Les Françaises s'en étaient détournées du fait de leur moindre efficacité depuis ...

Nous connaissons les travers de la contraception dite « naturelle » et notamment sa faible fiabilité. Le référencement d'un tel article pose question quand à la sensibilisation du jeune public.

N°2 : Les amis

Les amis sont le second canal de production et de diffusion de l'information sur la contraception. Contrairement à ce que l'on peut penser, les jeunes discutent beaucoup entre eux des différents moyens de contraceptions. Le potentiel d'action sur les discours des mineures émane principalement du travail en amont de sensibilisation qui a préalablement été fait. Il faut ici être vigilant aux « rumeurs » qui peuvent être véhiculées. Autrefois, elles l'étaient de façon physique, aujourd'hui elles se propagent via les réseaux sociaux.

N°3 : Les professionnels de santé et le corps professoral

De part leur présence dans les établissements scolaires pour les infirmiers et de part la sensibilisation en cours d'SVT (Sciences de la Vie et de la Terre) au collège.

N°4 : La Famille

La contraception reste un sujet largement tabou dans les familles et qui n'est que trop peu abordé.

Ces dispositifs sont très compliqués à utilisés et répondent partiellement à leurs besoins. A chaque étape, les freins sont nombreux. Pour citer un exemple, l'âge médian des premières règles tant à baisser et est de 13 ans aujourd'hui. Se développe alors les premières questions autour de la contraception. Pourquoi ne pas plutôt attendre le passage d'ayant droit à assuré social afin de garantir la confidentialité.

Les frontières d'âge posées aux dispositifs de prise en charge précités (cf. au moins 15 ans jusqu'à la veille de l'anniversaire de 18 ans) vous paraissent-elles pertinentes ? Si non, pourquoi ?

Qui des moins de 15 ans ? La majorité sexuelle est à 15 ans en France et n'interdit pas les relations sexuelles entre mineurs. Or ici les dispositifs exclus de facto les moins de 15 ans sur la base d'une prétendue majorité sexuelle qui se base principalement sur des principes moraux.

L'effet couperet des 18 ans est aussi à déplorer. Il est précisément l'âge auquel, pour la majorité des jeunes, les premiers rapports sexuels se font. Mais il coïncide malheureusement avec l'arrêt de la prise en charge.

Les contraceptifs couverts par ces mesures vous paraissent-ils adaptés aux besoins (cf. pilules de première et deuxième génération, stérilet et implant) ?

Un point très positif : celui de ne pas proposer que la pilule mais bien de permettre aux mineures d'utiliser le contraceptif le plus adapté à sa propre situation personnelle. Par contre, une mineure ne pas aller d'elle même aller se faire poser un stérilet.

Nous regrettons que les préservatifs, qui sont les seuls à lutter contre les IST, soient exclus des dispositifs.

Nous nous posons également la question de la gratuité sur les moyens de contraception mécaniques pour ceux qui ne veulent/peuvent pas utiliser un moyen de contraception de type hormonal.

Y a-t-il d'après vous des territoires où les difficultés d'accès à la contraception rencontrées par les mineures sont plus sensibles qu'ailleurs ? Si oui, lesquels et pourquoi ? Avez-vous connaissance d'expériences innovantes permettant de lever ces difficultés spécifiques ?

Les territoires ruraux sont évidemment ceux, de part leur faible accessibilité géographique doublé de la faible mobilité des mineures, qui rendent très difficile l'accès au parcours de soin, de santé et donc aux dispositifs qui nous concernent ici. Dans ce cas, nous nous interrogeons sur la mise à disposition directement dans les établissements scolaires de davantage de moyens de contraceptions (autres que les simples préservatifs).

Dans les DOM, des politiques spécifiques sur ces territoires doivent être mises en place à l'image de ce que fait l'INPES. L'INPES a ainsi une version DOM de ses documents en plus de celle de la France métropolitaine.

Un autre problème est également soulevé dans les difficultés rencontrées par les mineures dans l'accès à la contraception. Dans certaines cultures, l'abstinence, les moyens de contraception dits « naturels » (méthode des températures, le retrait, etc.) sont très répandus et vont de paire à une méconnaissance des dispositifs même de contraception doublé de problèmes financiers. L'ensemble de ces facteurs nuit à la popularisation des dispositifs de 2013 et 2014. Ces méthodes se sont popularisées notamment à cause des soucis rencontrés par les pilules de 3^{ème} génération. Certaines pratiques de contournement pour garder sa virginité existent aussi, telles que la sodomie et les pratiques buccales exclusives.

Que pensez-vous des pass contraception mis en place dans un certain nombre de régions par les conseils régionaux ? Sont-ils d'après vous connus des mineures, utilisés et efficaces ?

Les pass contraception sont un bon outil en faveur de la contraception mais demandent à être repensés en grande partie et transférés dans un seul dispositif à l'échelle nationale. La période de validité est ainsi souvent d'un an comme c'est le cas en IDF. Or, cela est trop peu, et il est souvent précisé qu'un seul carnet pourra être délivré par jeune. Toute la question du suivi est posée. Le pass contraception est un bon outil pour faire rentrer le jeune dans le parcours de la contraception mais il peut en ressortir aussi vite qu'il en est rentré.

Extrait du protocole du pass-contraception de la région IDF :

« Ce chéquier ne sera délivré qu'une fois par bénéficiaire par l'infirmière du lycée où les jeunes suivront leurs cours ou par le référent santé dans les CFA ou les IFSS, afin d'impliquer ensuite le jeune dans son parcours d'autonomie et de prévention des risques. Chaque coupon sera identifié par un libellé correspondant à sa fonction et devra être remis par le jeune au professionnel de santé. Le coupon fera office de facture dès son renvoi par le professionnel de santé aux services de la Région qui effectuera le paiement des actes médicaux réalisés sur la base des tarifs du secteur 1. Les coupons n'auront aucune valeur monétaire, aucun montant fixé ne sera mentionné. »

Il faut également que le jeune puisse trouver un médecin en secteur 1. Cela n'est pas introuvable, encore faut-il que le jeune sache ce que signifie « secteur 1 » et donc les méandres administratifs de la Sécurité Sociale.

La valeur du ticket pose question. Dans la région des Pays-De-La-Loire, des montants sont indiqués pour chaque « chèque » quand d'autres préfèrent s'en remettre au bon vouloir des praticiens.

Extrait du protocole du pass-contraception de la région IDF :

“Le libre choix du professionnel de santé, en précisant que le coupon fera office de paiement ; la ou le jeune devra mentionner lors de ses démarches et prises de rendez-vous qu'il dispose du chéquier Pass contraception de la Région et s'assurer que les professionnels de santé l'accepteront.”

Ces dispositifs sont peu connus des mineures en vérité et peu utilisés au regard des statistiques. Ce dispositif gagnerait en lisibilité s'il était étendu à toute la France sur le même model.

Existent-ils d'après vous des problématiques importantes dans l'accès à la contraception pour les mineures qui ne sont pas ou mal prises en compte aujourd'hui ? Si oui, lesquelles et comment serait-il d'après vous souhaitable de mieux les prendre en compte ?

L'âge de 15 ans est trop limitant et ne correspond pas aux pratiques. De plus, limiter les dispositifs à 18 ans c'est couper la mineure dans son parcours de contraception.

Tous les moyens de contraception doivent être concernés et notamment les préservatifs. Dans les études et bilan disponibles sur le portail internet des régions au sujet de la mise en place des pass-jeunes, ceux-ci démontrent qu'une infime partie de ces pass sont effectivement utilisés, et pratiquement aucun dans sa totalité.

Ce pass contraception, si son objectif était de faire entrer les mineurs dans le parcours de soin, est un échec. Seul le coupon de la pharmacie est largement utilisé. Les jeunes utilisent ce coupon pour deux raisons majeurs : l'attrait financier et l'achat immédiat sans passer par une consultation. Les jeunes contournent ainsi le parcours de soin classique. On assiste ici plus à de l'auto-contraception au coup par coup sans réel accompagnement du jeune. Le pharmacien joue ainsi un rôle central dans la délivrance des contraceptifs, en cela qu'il est pour ceux qui utilisent ces pass-contraception le seul professionnel de santé qu'ils auront rencontré.

L'accessibilité de l'information est une question majeure sur la démocratisation des nouveaux dispositifs et notamment sur le premier canal d'information des jeunes : internet. Il faut une information actualisée, accessible dans le langage, visuellement attractive, et sur différents supports (applications mobile, réseaux sociaux, forums, etc.)

Enfin, nous nous interrogeons sur la place des garçons dans la contribution demandée ici. Vous employez les termes de « mineurEs » systématiquement. Or, nous pensons que les garçons ont eux aussi une place centrale à jouer dans la contraception. Celle-ci ne doit pas être réservée aux filles.

CONTACTS

Thomas Salmon
Vice-Président en charge des Affaires Sociales
[|thomas.salmon@fage.org](mailto:thomas.salmon@fage.org)
[|GSM 06 32 62 92 28](tel:0632629228)

Fédération des Associations Générales Étudiantes
5, rue Frédérick Lemaître - 75020 Paris
Tél. : 01 40 33 70 70 | Fax. : 01 40 33 70 71
Toute l'actualité étudiante : www.fage.org

CONTRIBUTION ECRITE 2 JEUNES ECOLOGISTES

Contraception des mineures :

Contribution des Jeunes Écologistes à l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Mission sur la contraception des Jeunes

Dans le cadre de la note de madame la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, à monsieur Pierre Boissier, chef de l'inspection générale des affaires sociales, les Jeunes Écologistes formulent des propositions sur la contraception des mineures.

La contraception et/ou la protection sexuelle sont des dispositifs qui se réalisent entre les deux partenaires. Les Jeunes Écologistes reconnaissent qu'aider les jeunes femmes dans leur parcours de contraception est une priorité et se félicitent de cette mission confiée à l'IGAS. Cependant, les Jeunes Écologistes souhaitent que cette responsabilité ne repose pas entièrement sur un sexe mais bien sur les deux. L'égalité entre les sexes commence par là. Il est aussi important pour les hommes que pour les femmes d'être informés sur les méthodes de contraception.

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire est une obligation légale depuis la loi Aubry du 4 Juillet 2001, selon laquelle «*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* » (article L312-16 du code de l'éducation). Or faute d'avoir prévu dans la circulaire d'application des moyens pour la faire appliquer, l'éducation à la sexualité est dispensée de manière inégale et non satisfaisante sur l'ensemble du territoire. Avant de réinventer d'autres dispositifs, les Jeunes Écologistes souhaitent que de véritables moyens financiers et humains soient mis en place pour honorer cette obligation légale. Sans ces moyens supplémentaires pour appliquer la loi, nous resterons dans la situation actuelle.

C'est en allant au contact des jeunes que les dispositifs existants pourront les toucher. Ainsi, comme développé dans le paragraphe précédent, les Jeunes Écologistes attirent l'attention de l'IGAS sur la nécessité que les plannings familiaux et associations partenaires investissent les collèges et lycées pour former aux techniques de contraception et de protection sexuelle. Quels sont les dispositifs existants ? Comment obtenir une contraception d'urgence ? Comment accéder à des contraceptifs gratuitement ? Ce sont des réponses qui doivent être apporté aux jeunes dans les collèges et les lycées.

La diversité des méthodes contraceptives n'existe pas dans la pratique. Une majorité de jeunes femmes choisissent la pilule par manque d'informations et préjugés sur les autres contraceptifs couverts par le remboursement de l'assurance maladie (stérilet et implant). La pilule est une méthode contraceptive qui peut avoir des effets indésirables importants et gênants (prise de poids, baisse de libido...). La prise de ce contraceptif nécessite d'aller régulièrement chez le médecin pour avoir une ordonnance, d'aller voir régulièrement un pharmacien, de garder chez soi les boîtes qui peuvent être potentiellement vues par les parents. L'efficacité en utilisation courante n'est pas très satisfaisante car la pilule peut facilement être oubliée. L'implant et le stérilet au cuivre sont des méthodes qui ont une durée contraceptive longue, d'au moins 3 ans pour l'implant et d'au moins 5 ans pour le stérilet au cuivre. Ces contraceptifs intra-utérins sont parfaitement sûrs et efficaces. Par rapport à la durée contraceptive couverte, au niveau de sûreté de la solution, le stérilet au cuivre et l'implant sont des méthodes contraceptives économiquement intéressantes. Pourtant elles sont peu utilisées pour les jeunes femmes qui n'en sont quasiment pas informées. Aujourd'hui, toutes les recommandations nationales et internationales préconisent les moyens contraceptifs intra-utérins. Au lieu de privilégier un contraceptif plutôt qu'un autre, les Jeunes Écologistes souhaitent une véritable liberté de choix des jeunes femmes et des jeunes couples en informant sur tous les modes de contraception en éducation sexuelle. Les Jeunes Écologistes invitent l'IGAS à lutter contre les préjugés parmi le corps médical qui empêchent les femmes de choisir leur contraception comme elles l'entendent. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit en connaissance de cause et non par défaut !

De nombreuses régions en France ont mis en place des « pass contraception ». Les Jeunes Écologistes soutiennent ces mises en place qui permettent d'avoir un accès privilégié aux moyens contraceptifs. Cependant, ces « pass contraception » doivent encore se faire connaître des jeunes. Ils ne sont pas encore assez connus et utilisés. Pour y remédier, le développement du « pass contraception » peut passer par des annonces sur les radios les plus écoutées par les jeunes, par l'utilisation de personnalités-relais...

Conclusion : Il existe des dispositifs pour aider les jeunes à accéder à la contraception. Cependant ces moyens sont loin des lieux de vie des jeunes. Ils sont encore trop souvent cantonnés dans les plannings familiaux et non dans les collèges et les lycées. Pour un meilleur accès à la contraception et à la protection sexuelle, quel que soit son sexe, les Jeunes Écologistes souhaitent que l'État donne davantage de moyens financiers et humains aux dispositifs existants. Les plannings familiaux doivent se rapprocher des lieux de vie des jeunes pour pouvoir les toucher et les former dans leur quotidien. Chaque jeune femme doit pouvoir choisir sa contraception non par défaut mais par convenance personnelle.

CONTRIBUTION ECRITE 3
UDI JEUNES

Projet

Accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures

Février 2015

*Contribution pour
l'Inspection Générale des
Affaires sociales*

udi[★]
jeunes[★]

Les nouveaux dispositifs votés en 2013 et 2014 (cf. anonymat et gratuité totale en pharmacie sans avoir recours à la carte vitale et à la carte complémentaire + tiers payant systématique pour la prise en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire pour les consultations à visée contraceptive et les examens biologiques nécessaires) sont-ils connus des mineures ? Si oui, par quels canaux l'information les connaissent-elles ? Ces dispositifs vous paraissent-ils faciles à utiliser pour les mineures et répondent-ils à leurs besoins ? Si non, pourquoi.

Les nouveaux dispositifs restent méconnus par les mineures. Lorsqu'ils le sont, cela signifie qu'elles ont été informées directement. Le personnel de santé et les proches restent les canaux privilégiés. Mais ils demeurent limités. Il nous paraît alors important de lancer une campagne d'information de longue durée et grand public, notamment à l'aide du numérique. Tous les territoires doivent avoir accès à cette information.

Les collèges et les lycées doivent être plus impliqués et cette problématique être plus intégrée dans leurs compétences. Les infirmières scolaires pourraient relayer avec plus d'instance des nouveaux dispositifs. Par ailleurs, la distribution de fascicules informatifs dans les établissements ou lors d'événements avec une présence importante de jeunes pourraient être envisagée.

Au niveau des dispositifs, il est nécessaire de comprendre pourquoi le préservatif féminin effraie, est assez peu connu et utilisé.

Les frontières d'âge posées aux dispositifs de prise en charge précités (cf. au moins 15 ans jusqu'à la veille de l'anniversaire de 18 ans) vous paraissent-elles pertinentes ? Si non, pourquoi ?

La question de l'âge limite de prise en charge reste délicate, l'acte sexuel étant très personnel. Le premier est le plus souvent réalisé entre 14 et 18 ans. Dans le cas d'un abaissement à 14 ans, il est important que celui-ci ne soit pas vu comme un signe d'encouragement. Ces dispositifs doivent veiller à responsabiliser les jeunes quant à l'acte sexuel et permettre de les accompagner afin de les familiariser aux méthodes contraceptives.

L'augmentation du nombre d'IVG chez les mineures amène à se poser la question des séquelles et de la prévention nécessaire. Il est donc nécessaire d'insister sur l'information autour de la contraception et ce dès le plus jeune âge. Les femmes ne devant pas être les seules concernées, les mineurs ne doivent pas être ignorés dans la stratégie de communication.

La mise en place de réels cours d'éducation sexuelle pourrait être envisagée. Selon la circulaire actuelle, seules 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être planifiées dans les établissements, publics et privés. Celles-ci doivent devenir une partie intégrante du programme – et pas avec une intégration dans certaines matières – et ne pas être considérées comme appartenant à la vie scolaire. Des cours plus formels avec une transmission d'information et des échanges sur la sexualité, la contraception, les MST et autres sujets reliés, pourraient améliorer la sensibilisation des jeunes, sans discrimination de sexe, de territoire ou de contexte familial.

Les contraceptifs couverts par ces mesures vous paraissent-ils adaptés aux besoins (cf. pilules de première et deuxième génération, stérilet et implant) ?

L'information doit non seulement porter sur l'aspect contraceptif mais également de protection de transmission contre les MST. La plupart des contraceptifs couverts concernant les mineures sont les pilules de première et deuxième génération. Le stérilet et l'implant ne sont pas forcément adaptés ni même proposés par les gynécologues ou les médecins, et avec raison.

La pilule et l'implant nécessitent une consultation médicale et présentent des risques iatrogènes importants, notamment en cas d'association avec le tabac. Les efforts doivent être concentrés sur le préservatif et sur les précautions d'emploi de la pilule. Nous recommandons de rendre plus systématique la distribution (gratuits, ou à un prix très faible) de préservatifs (masculins et féminins) en établissements ou en pharmacie pour les mineurs (filles et garçons). En fonction de l'évolution de la relation amoureuse, il faut encourager une consultation médicale avec prescription d'une pilule et associer systématiquement à cette prescription un dépistage des principales MST, chez les deux partenaires si possible.

Il y a-t-il d'après vous des territoires où les difficultés d'accès à la contraception rencontrées par les mineures sont plus sensibles qu'ailleurs ? Si oui, lesquels et pourquoi ? Avez-vous connaissance d'expériences innovantes permettant de lever ces difficultés spécifiques ?

La prévalence contraceptive est plus élevée en milieu urbain (65.5 %) qu'en milieu rural (59.7 %) de manière générale. Des inégalités sociales d'accès global à la contraception persistent et les femmes les moins favorisées utilisent moins de moyens de contraception même si la pilule s'est démocratisée. On observe une baisse dans la prise de la pilule chez les 18-19 ans, remplacée notamment par le préservatif, plus simple à se procurer.

En ce qui concerne les mineures en particulier, on peut observer des disparités territoriales, d'une part en raison du manque de structures et d'anonymat (réel ou appréhension), et dans certains lieux où la pression sociale pourrait être importante, comme dans les foyers. Aussi, les disparités géographiques se ressentent dans la possibilité d'un accès facile aux médecins généralistes et gynécologues ainsi que aux pharmacies. L'anonymat peut ne pas être plus difficile à respecter dans certains territoires.

La visite de membres du personnel des CPEF dans les établissements scolaires une ou plusieurs fois par an pourrait être envisagée, ce qui permettrait à la fois de faire connaître les dispositifs mais aussi d'avoir des possibilités de consultations directement dans les territoires les plus sensibles.

Que pensez-vous des pass contraception mis en place dans un certain nombre de régions par les conseils régionaux ? Sont-ils d'après vous connus des mineures, utilisés et efficaces ?

Les pass contraception sont pertinents malgré l'impact financier pour les conseils régionaux. Ils devraient être généralisés et être accompagnés d'une plus grande communication auprès des jeunes mais également des parents. Ces derniers pourraient en effet être encouragés afin d'informer leurs enfants au sujet de cette solution qui leur garantit un certain degré d'intimité.

Existent-ils d'après vous des problématiques importantes dans l'accès à la contraception pour les mineures qui ne sont pas ou mal prises en compte aujourd'hui ? Si oui, lesquelles et comment serait-il d'après vous souhaitable de mieux les prendre en compte ?

La disparité familiale reste un frein à l'égalité quant à l'accès aux contraceptifs. Cela reste ainsi trop peu discuté dans les cercles familiaux et éducatifs. Il est parfois difficile de parler de contraception et la sexualité est un tabou. Le jeune se retrouve alors démuné et n'a parfois même pas connaissance des méthodes de contraception disponibles. D'où l'utilité de mettre en place des cours d'éducation sexuelle dans tous les établissements scolaires.

Par ailleurs, la contraception est trop souvent considérée comme une affaire uniquement féminine, il est important d'impliquer l'homme dans la démarche (notamment en l'invitant à la consultation à visée contraceptive s'il le souhaite). Des messages de sensibilisation à l'égard des parents et des jeunes femmes et hommes doivent être davantage communiqués.

Les infirmières scolaires et assistantes sociales doivent être intégrées dans ce programme. Proches des mineures, sans être des membres de la famille, elles maintiennent une relation privilégiées avec les jeunes. Aussi, cela pourrait permettre de pallier les difficultés rencontrées tant en raison d'un territoire ou du tabou présent relatif à l'éducation sexuelle.

Les outils mis en place afin de communiquer sur ces dispositifs doivent ainsi être renforcés avec pour objectif d'être accessibles gratuitement par le plus grand nombre et simplement.

CONTRIBUTION ECRITE 4
UNION NATIONALE DES PHARMACIES
DE FRANCE

UNION NATIONALE DES PHARMACIES DE FRANCE

57, RUE SPONTINI 75116 PARIS
TÉL. 01 53 65 61 71
FAX. 01 47 04 70 15

Le Président

Mme Catherine HESSE
Inspectrice Générale
IGAS
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

Paris, le 29 janvier 2015,

Objet : Mission relative à la contraception des mineures

Madame l'inspectrice générale,

Vous nous avez sollicités afin de connaître notre point de vue, en tant que représentants de la profession des pharmaciens d'officine sur les difficultés de mise en œuvre de l'accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures et nous vous en remercions.

La loiⁱ prévoit la gratuité des moyens de contraception prévus au remboursement de l'assurance maladie pour les mineures de plus de 15 ans, avec un dispositif « secret » permettant de ne pas faire figurer la mention de délivrance sur le décompte des parents.

Les consignes de facturation spécifiques données dans ce cadre par l'assurance maladie sont complexes et difficiles à mettre en œuvre pour les pharmaciens d'officines.

La facturation nécessite en effet :

- la création d'un nouveau dossier patient ;
- le renseignement d'un code fictif assurant l'anonymat, de la date de naissance exacte de la patiente, d'un code d'exonération 3 assurant la prise en charge à 100%.

En conséquence, nous proposons la simplification de la facturation par la création d'un assuré « contraception mineur » dans les logiciels de pharmacie.

Par ailleurs, les pharmaciens n'ont pas la possibilité de demander la carte d'identité de la patiente du fait de l'anonymat. En conséquence, il est difficile de renseigner la date de naissance exacte.

C'est pourquoi, nous demandons la garantie paiement de la part de l'assurance maladie avec l'absence de rejets et de génération d'indus.

Enfin, votre mission traitant de la contraception des mineures, nous souhaitons également attirer votre attention sur la problématique de la délivrance de la contraception d'urgence des mineures qui s'effectue sans prescription médicale obligatoire préalable et également à titre gratuit dans les pharmacies d'officine.

Cette procédure d'urgence qui se veut par nature exceptionnelle est en pratique détournée et utilisée parfois comme un véritable moyen de contraception.

En conséquence, ces patientes utilisent de manière habituelle des produits pharmaceutiques prévus et conçus pour être utilisés occasionnellement, voire rarement.

Cela constitue un véritable danger sanitaire du fait de la fréquence dans la délivrance de ces produits qui sont inadaptés à l'usage qu'il en est fait et du fait de l'absence de suivi médical des patientes.

Nous proposons de permettre aux pharmaciens d'officine qui connaissent ces patientes de pouvoir le signaler au service médical l'assurance maladie afin de faire cesser ces pratiques dangereuses sur un plan médical.

Nous restons à votre disposition afin d'échanger plus amplement sur le sujet.

Nous vous prions d'agréer, Madame l'Inspectrice générale, nos sincères salutations,

J-L.F/EB

Jean-Luc FOURNIVAL

ⁱ Article L.5134-1, I du Code de la Santé Publique