

Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ?

Une comparaison internationale

La sexualité des jeunes (15-25 ans) est un enjeu majeur de politique publique sur les plans tant éducatif que sanitaire. Il s'agit notamment de prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST).

Selon le Baromètre Santé 2010 dont cette note livre les premiers résultats, plus de 91 % des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarent employer une méthode contraceptive. Cependant, les deux tiers des grossesses non prévues ont lieu sous contraception.

L'accès des jeunes à une information et à une contraception répondant à leurs besoins est donc problématique. Les pratiques sexuelles des mineurs et celles des jeunes adultes présentent des caractéristiques communes mais également des spécificités qu'il s'agit de prendre en compte dans les politiques pré-

ventives. L'éducation sexuelle à l'école et les campagnes de communication soulèvent de nombreux débats. Quels doivent être leur contenu et leurs modalités ? Faut-il coupler la question des IST à celle de la contraception ? Comment s'adresser à la fois aux hommes et aux femmes ? Quels rôles respectifs les parents et les professionnels doivent-ils jouer ?

Par ailleurs, les modalités de prescription, en termes de coût, de confidentialité et de choix éclairé du contraceptif, constituent elles aussi un registre de l'action publique.

Dès lors, il est pertinent de repenser la stratégie française à la lumière des expériences étrangères, où la combinaison de politiques d'information et d'accès à la contraception varie selon les moyens et la culture du pays. ■

PROPOSITIONS

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

LES ENJEUX

Depuis le vote de la loi Neuwirth en 1967 et son entrée en application en 1972, les méthodes contraceptives ont connu une large diffusion en France. Notre pays présente ainsi l'un des taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde, soit 90,2 % des femmes de 15-49 ans sexuellement actives⁽¹⁾. Cependant, en 2002, une enquête estimait qu'un tiers des dernières grossesses n'étaient pas prévues, et que deux fois sur trois elles intervenaient alors que les couples utilisaient un moyen de contraception.

La question des échecs contraceptifs se pose d'autant plus fortement dans le cas des jeunes (15-25 ans), car une grossesse non désirée peut être préjudiciable à leur vie affective, sexuelle et sociale. En outre, on constate un risque accru de recours à des IVG répétées à la suite d'une grossesse précoce⁽²⁾. Enfin, agir au plus tôt devrait permettre un apprentissage des bonnes pratiques contraceptives et préventives des infections sexuellement transmissibles.

Afin de développer une stratégie d'action optimale en matière de contraception, il semble opportun d'adopter une approche comparative en identifiant quelques pays dont les politiques mises en œuvre diffèrent de la France : Pays-Bas, Suisse, Allemagne, Espagne, Royaume-Uni, États-Unis. Les performances de leurs politiques sont déterminées par quatre facteurs sur lesquels elles s'appuient plus ou moins en fonction de leurs moyens et de leur contexte socioculturel : la diffusion d'informations sur la sexualité, l'accessibilité des circuits de prescription, la détermination des besoins du public cible (femmes et/ou hommes), le degré de cohérence avec les campagnes de prévention des IST.

UNE ÉVOLUTION DES PRATIQUES SEXUELLES, DES USAGES CONTRACEPTIFS QUI PERDURENT

Biographie sexuelle et affective des jeunes (15-25 ans)

En 2006, l'âge médian au premier rapport sexuel en France était de 17,2 ans pour les hommes et de 17,6 ans pour les femmes, d'après l'enquête Contexte de la sexualité en France menée par l'Institut national des études démographiques (INED) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)⁽³⁾. Cet âge de l'initiation sexuelle a connu une forte diminution durant les années 1960 et 1970, en particulier chez les femmes, puis s'est stabilisé lors des années 1980 et 1990, pour de nouveau baisser durant la dernière décennie. Ces données dénotent un rapprochement des calendriers féminin et masculin d'entrée dans la sexualité puisque l'écart séparant l'âge de la perte de virginité des femmes et des hommes est aujourd'hui de quatre mois, alors qu'il s'élevait à près de deux ans en 1950 (18,8 ans pour les hommes et 20,6 ans pour les femmes) et à un an en 1970 (18,1 ans et 19,1 ans). L'évolution française est semblable à celle de la majorité des pays européens voisins tant au niveau de sa chronologie que de l'homogénéisation constatée entre les pratiques des deux sexes, même si les populations sont plus ou moins précoces (par exemple, l'âge au premier rapport est de 17,7 ans pour les Allemand(e)s et de 15,9 ans pour les Espagnol(e)s).

L'enquête Contexte de la sexualité en France témoigne également d'une augmentation du nombre de partenaires sexuels déclarés des femmes françaises : il s'élève à 2,2 pour les moins de 19 ans, 3,2 pour les 20-24 ans et à 4,4 sur la vie entière (contre 1,8 en 1970). Symétriquement, les hommes déclarent avoir 11,6 partenaires en moyenne durant leur vie⁽⁴⁾.

Enfin, d'autres traits de la biographie affective et sexuelle se sont progressivement modifiés. Aujourd'hui, le premier partenaire sexuel est le premier conjoint pour seulement 5,2 % des hommes et 16,1 % des femmes de 20 à 24 ans. En outre, la première maternité intervient à 28 ans, soit plus de dix ans en moyenne après le premier rapport sexuel⁽⁵⁾ (alors que ce délai était de 5,5 ans en 1975). Cette élévation de l'âge au premier enfant se constate dans l'ensemble des pays européens, notamment aux Pays-Bas, où il est passé de 27,1 ans en 1990 à 29,4 ans en 2009⁽⁶⁾. Les premiers rapports inaugurent donc de plus en plus une période de "jeunesse sexuelle" durant laquelle la contraception est indispensable.

[1] D'après le Baromètre Santé 2010 de l'INPES qui fera l'objet de plusieurs publications au cours de l'année 2011. Ces chiffres concernent les femmes "sexuellement actives" au cours des douze derniers mois, non enceintes, ayant un partenaire homme, non stériles et ne cherchant pas à avoir d'enfant.

[2] Nisand I., Toulemon L. et Fontanel M. [2006], *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*, Haut Conseil de la population et de la famille.

[3] Cette enquête est la troisième réalisée sur le sujet de la sexualité des Français, après celles de 1972 et de 1992. Bajos N. et Bozon M. [dir.], Beltzer N. [coord.] [2008], *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte.

[4] Une "mémoire sélective" pousserait les femmes à ne compter que les expériences ayant eu un minimum d'importance à leurs yeux.

[5] Pison G. [2010], "France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans", *Population & Sociétés*, n° 465, INED.

[6] Centraal Bureau voor de Statistiek.

Une "norme contraceptive" française ?

Avec 90,2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sous contraception⁽⁷⁾, la France présente un taux de couverture satisfaisant. Au final, 9,8 % de femmes se trouvent dans une situation jugée risquée en matière contraceptive⁽⁸⁾.

De plus, on ne constate pas d'écart significatif entre le taux de contraception des mineurs et des jeunes adultes françaises, puisqu'il est de 91,2 % chez les 15-19 ans et de 92,9 % chez les 20-24 ans. Au contraire, en Espagne, il existe un fort écart entre le taux de contraception des 15-19 ans sexuellement actives (65 %) et celui des 20-24 ans (90 %).

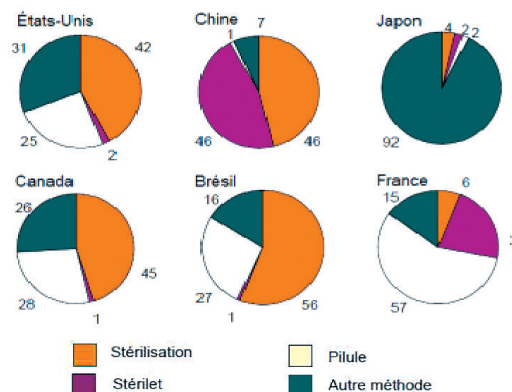
Encadré 1

Facteur culturel et norme contraceptive

Les modes de contraception utilisés par les femmes de tout âge varient considérablement d'un pays à l'autre car ils reflètent de nombreux facteurs, dont le niveau de sensibilisation de la population et les habitudes de prescription. Ainsi, alors que la stérilisation est la méthode la plus répandue dans le monde (notamment dans les pays anglo-saxons ou latino-américains), en France, le corps médical n'incite pas à recourir à ce choix définitif. Les modes de contraception français sont dominés par les méthodes médicalisées réversibles : la pilule pour près de 57 % des femmes (contre 25 % aux États-Unis et seulement 1 % en Chine) et le stérilet dans 21 % des cas (contre 2 % aux États-Unis et 46 % en Chine). Le Japon est le seul pays au monde où l'usage du préservatif est quasiment l'unique mode contraceptif.

Figure 1

Méthodes de contraception utilisées dans certains pays (pour 100 couples mariés utilisant la contraception)



Source : INED (2010), d'après ONU (2009)

En France, les travaux de recherche semblent mettre en évidence l'existence d'une "norme contraceptive". En début de vie sexuelle, le préservatif est majoritairement utilisé : 90 % des 15-24 ans déclarent en 2010 en avoir fait usage lors de leur premier rapport⁽⁹⁾. Le préservatif s'inscrit alors dans une perspective globale de santé sexuelle comme moyen de prévention des IST et de contraception : les hommes y sont associés au même titre que leur partenaire. Cependant, le cap des trois mois de couple apparaît critique en termes d'abandon du préservatif. Avec l'âge et/ou l'installation dans une relation stable, les jeunes femmes se voient surtout prescrire la pilule (78,9 % chez les 15-19 ans, 83,4 % des 20-24 ans). Puis, une fois le nombre d'enfants souhaité atteint, elles optent pour le stérilet (figure 2). Pour beaucoup, la mauvaise gestion des relais contraceptifs est la cause de grossesses non désirées⁽¹⁰⁾.

Figure 2

Distribution des femmes selon la méthode contraceptive utilisée (en %)

	Âge	Préservatif	Pilule	Stérilet	Stérilisation	Autre	Méthode naturelle
France	15-19	18,3	78,9	0	0	2,8	0
	20-24	7,2	83,4	3,7	0	5,4	0,3
	15-49	10,3	55,5	26,0	2,2	4,7	1,2
Espagne	15-19	74,2	18,9	1,4	0	4,9	2,2
	20-24	57,3	32,3	1,2	0,4	7,9	5,1
	15-49	49,1	24,2	6,2	11,3	7,2	3,5
Pays-Bas	18-20	6,6	89,3	2,7	0	1,4	ND
	20-24	7,7	85,9	5,1	0	1,3	ND
	18-49	13	58	11,6	14,5	2,9	ND
RU	16-19	65	54	0	0	13	6
	20-24	50	54	4	4	13	7
	16-49	34	33	7	22	11	9
États-Unis	15-19	22,8	54,1	3,6	0	19,5	ND
	20-24	24,5	48	5,9	3,1	18,5	ND
	15-44	16,1	28	5,5	37	13,4	ND

ND : Non Déterminé

Sources : Statistiques nationales⁽¹¹⁾

Enfin, tout en restant très minoritaires, les nouveaux moyens de contraception se développent : la part cumulée des patchs, des implants et des anneaux vaginaux est passée de 0,8 % des modes utilisés par les 15-19 ans en 2005, à 2,8 % en 2010⁽¹²⁾ (encadré 2).

[7] Voir la note de bas de page n° 1.
[8] Baromètre Santé 2010 de l'INPES.

[9] Baromètre Santé 2010.
[10] Bajos N. et Bozon M. [dir.] [2008], *op. cit.*

[11] France : INPES (2010) ; Espagne : El grupo daphne (2009) ; Pays-Bas : Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) ; RU : Office for National Statistics (2009) ; États-Unis : U.S. Department of Health and Human Services (2008).

[12] En 2008, on notait une hausse de 19,1 % des ventes d'anneaux vaginaux – 72 500 femmes y ayant recours –, de 12,9 % pour les implants – soit 140 000 femmes – et enfin de 5 % pour les patchs avec 34 000 utilisatrices (source : CNAM).

Encadré 2

Principaux moyens de contraception⁽¹³⁾

- **Pilule** : on parle de pilule de première, deuxième, troisième ou quatrième génération en fonction du type de progestatif qu'elle contient. C'est une question de tolérance par l'organisme. L'œstrogène est identique, quelle que soit la pilule.
- **Stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)** : il est posé par un médecin. D'une taille d'environ trois centimètres, il peut contenir du cuivre et rester en place 10 ans, ou un progestatif et avoir alors une efficacité de 5 ans.
- **Implant** : petit bâtonnet cylindrique en plastique, mesurant quatre centimètres de long sur un diamètre de deux millimètres, glissé sous la peau du bras par le médecin à l'aide d'une aiguille. Il contient un progestatif qui se diffuse dans le sang, et est efficace trois ans tant qu'il reste en place.
- **Patch** : se colle sur la peau. Il contient deux hormones (éthinyloestradiol et progestatif) qui pénètrent dans le sang. Il est efficace pendant une semaine et doit être collé trois semaines par mois (il protège aussi pendant la quatrième semaine).
- **Anneau vaginal** : anneau flexible en plastique poreux qui contient des œstrogènes et des progestatifs. Inséré au fond du vagin, il diffuse les hormones dans le sang. Il faut le changer toutes les trois semaines et il est efficace un mois.
- **Capot cervical** : dôme très fin, en latex ou en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus.
- **Diaphragme** : coupelle en latex que l'on place dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Comme la cape cervicale, il peut être posé au moment du rapport, mais aussi plusieurs heures avant, et il est important de le garder pendant huit heures après le rapport.
- **Spermicides** (l'ovule, la crème, l'éponge) : ils détruisent les spermatozoïdes. L'ovule ou la crème se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport. L'éponge peut être installée avant le rapport sexuel et gardée plusieurs heures après.
- **Méthodes naturelles** : essentiellement retrait et Ogino (méthode dite des températures).
- **Préservatif masculin et préservatif féminin**, ce dernier pouvant être mis plusieurs heures avant et retiré plusieurs heures après le rapport. **Seuls les préservatifs protègent également des IST.**

Un nombre encore élevé de grossesses non prévues

En 2002, l'enquête Cohorte contraception (COCON), menée par l'INSERM et l'INED, estimait que la dernière grossesse n'était pas souhaitée pour un tiers des femmes, et qu'elle était survenue malgré l'utilisation d'un contraceptif dans deux cas sur trois. 60 % de ces grossesses non voulues se terminaient par une IVG.



[13] Pour plus de précisions voir le site de l'INPES et du ministère de la Santé : Choisir sa contraception : <http://www.choisirsacontraception.fr/index.php>.

[14] Vilain A., Collet M. et Moisy M. (2010), "Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge", *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

[15] Source : DREES.

[16] Bajos N. (2006), "L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative", *Sociétés contemporaines*, n° 61, p. 91-117.

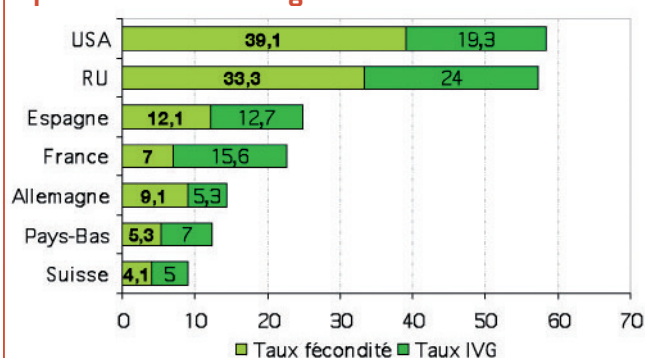
[17] États-Unis : U.S. Department of Health and Human Services (2008) ; RU : Office for National Statistics (2009) ; Espagne : El grupo daphne (2009) ; France : DREES (2007) et INSEE (2010) ; Allemagne : Federal Center for Health Education (2009) ; Pays-Bas : Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) ; Suisse : Office fédéral de la statistique (2009).

Ainsi, l'utilisation importante de la contraception n'a pas permis de diminuer les recours à l'IVG dont le nombre se stabilise (plus de 213 000 en 2007) et tend même à augmenter dans certaines tranches d'âge, notamment les plus jeunes⁽¹⁴⁾. En effet, la comparaison du nombre d'IVG chez les mineures entre 1990 et 2007 met en évidence une élévation constante du recours à l'avortement (passant de 8 766 en 1990 à 10 153 en 2001 et à plus de 13 400 en 2007). En 2007, le taux d'IVG s'établissait à 15,6 ‰ pour les 15-19 ans (contre 14 ‰ en 2001), et à 27 ‰ pour les femmes de 20 à 24 ans (contre 26,6 ‰ en 2001)⁽¹⁵⁾, qui demeurent celles y ayant le plus souvent recours.

Près d'une IVG sur deux concernait une jeune femme de moins de 25 ans. Selon le Mouvement du planning familial, cela tient au fait qu'elles sont plus nombreuses dans ces classes d'âge à ne pas souhaiter que leur grossesse aboutisse. Cette augmentation traduit donc davantage une évolution de la "norme procréative"⁽¹⁶⁾, c'est-à-dire du moment jugé opportun pour devenir parent, qu'un accroissement des grossesses précoces, qui sont fréquemment synonymes de drames sociaux.

Si l'on additionne le taux de fécondité des femmes de 15-19 ans (7 ‰) à celui des IVG, les Françaises présentent un taux de grossesse pour cette tranche d'âge (22,6 ‰) en léger recul sur les dernières années (figure 3). Ce taux demeure tout de même très supérieur à celui des Suissesses (9,1 ‰) et des Néerlandaises (12,3 ‰). En revanche, le Royaume-Uni et les États-Unis connaissent une forte problématique des grossesses adolescentes (ou *teenage pregnancy*) avec des taux s'élevant respectivement à 57,3 ‰ et 58,4 ‰, cependant en baisse ces dernières années.

Figure 3
Taux de grossesses abouties et d'IVG en 2009 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans



Source : Statistiques nationales⁽¹⁷⁾

L'enquête réalisée en 2007 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des femmes ayant eu recours à une IVG permet de mieux appréhender leur mode contraceptif. Un tiers d'entre elles n'utilisait aucune méthode de contraception.

Les deux tiers des femmes qui déclaraient être sous contraception utilisaient à part égale un mode non médical (préservatif, méthode locale ou naturelle) et un mode médical (pilule, stérilet, patch, anneau). Les causes évoquées pour la survenue de la grossesse étaient, dans 54 % des cas, un "oubli" de la contraception (le plus souvent la pilule) et, à 38 %, des "erreurs" de contraception (préservatifs déchirés, mauvais calcul des dates).

La contraception d'urgence permet de pallier partiellement ces échecs. Les "pilules du lendemain" doivent être prises dans les 72 heures après le rapport et celles dites du surlendemain dans les cinq jours, leur efficacité diminuant en outre au cours de ces périodes⁽¹⁸⁾.

La France a adopté des mesures pionnières en la matière : d'une part, en mettant à disposition la contraception d'urgence sans prescription médicale préalable (1999) et, d'autre part, en permettant sa délivrance dans les collèges et les lycées (2000). Ces mesures ont entraîné une augmentation de 72 % de son utilisation entre 2000 et 2005, en particulier chez les mineures, sans que les pratiques contraceptives régulières soient pour autant abandonnées.

Cette diffusion rapide semble cependant encore insuffisante pour observer un effet mesurable sur la prévalence des grossesses non prévues. Certaines femmes n'y recourent pas systématiquement en cas de rapport non protégé. Tout d'abord parce qu'elles minimisent le risque de tomber enceinte (souvent persuadées de ne pas être fertiles à certaines périodes du cycle ovarien). Mais aussi parce qu'elles ne connaissent pas nécessairement les modalités d'utilisation : si 75 % savaient en 2005 que la contraception d'urgence était disponible sans ordonnance, seules 10 % connaissaient ses délais d'utilisation⁽¹⁹⁾.

Il convient d'agir spécifiquement en faveur des jeunes (15-25 ans), pour plusieurs raisons. En premier lieu, il est démontré que la fertilité dans ces tranches d'âge est très importante : les rapports non protégés font donc peser un risque plus lourd de grossesses non désirées. Deuxièmement, un jeune âge à la première grossesse est statistiquement un facteur de risque de recours répété à l'IVG⁽²⁰⁾. Troisièmement, les conséquences psychologiques et sociales de ces grossesses peuvent être durablement

préjudiciables. Enfin, intervenir dès les premières années de la sexualité permet d'espérer des effets d'apprentissage des bonnes pratiques contraceptives et *in fine* une gestion optimale de la fécondité tout au long de la vie.

Conscients de ces enjeux, certains pays développent depuis quatre décennies des stratégies visant à améliorer l'accès des jeunes à une contraception efficace. Les leviers d'action sont d'un côté les politiques d'information et de communication à destination des jeunes femmes mais aussi des jeunes hommes, de l'autre des modalités de prescription adaptées aux besoins de ces publics.

➤ VERS UN ACCÈS DE TOUS À UNE INFORMATION SANS TABOUS NI STÉRÉOTYPES

En France, l'accès des mineurs à une information de qualité sur la contraception reste problématique. Pour certains experts, la situation s'est même dégradée depuis une dizaine d'années⁽²¹⁾. Alors que la sexualité en dehors du mariage et que certaines pratiques, longtemps taboues ou ostracisées (sur les plans religieux, moral, légal ou médical), sont davantage acceptées aujourd'hui, la sexualité des mineurs, en particulier des jeunes filles, reste une question très délicate à aborder, certains évoquant même un "dénî sociétal"⁽²²⁾. Or, comme le souligne l'UNICEF, "plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces"⁽²³⁾.

(La complexité des représentations liées à la sexualité

La sexualité, qui relève à la fois de l'intimité, du symbolique et des politiques publiques (éducatives, sanitaires et sécuritaires), est le fruit d'une construction sociale et identitaire à la fois collective et individuelle⁽²⁴⁾. Ainsi, selon les pays, les tabous et les stéréotypes varient considérablement. Les pays d'Europe du Nord (Belgique, Pays-Bas, Allemagne) font figure de modèles en matière de tolérance vis-à-vis de la vie sexuelle des jeunes, alors que le Royaume-Uni et surtout les États-Unis la considèrent comme devant être le plus possible retardée. La France semble adopter une position intermédiaire : si la sexualité des mineurs n'y est pas ouvertement réprimée par la morale et les pouvoirs publics, elle fait encore l'objet de préjugés. Dans l'espace public et notamment médiatique, plusieurs

[18] Aïnsi, le Norlévo, leader du marché des pilules du lendemain, affiche 95 % d'efficacité s'il est pris dans les 24 heures et 58 % s'il est pris dans les 48 à 72 heures.

[19] Source : Baromètre Santé 2005, INPES.

[20] Nisand I., Toulemon L. et Fontanel M. [2006], "Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures", *op. cit.*

[21] Entretien avec le professeur Israël Nisand, le 1^{er} avril 2011.

[22] Bajos N., Moreau C., Léridon H. et Ferrand M. [2004], "Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?", *Population et Sociétés*, n° 407, décembre, p. 1-4.

[23] Citée par Daguette A. et Nativel C. [2003], "Voyage au pays des maternités précoces", *Le Monde diplomatique*, décembre, p. 12.

[24] Bozon M. [2001], "Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité", *Sociétés contemporaines*, n° 41-42, p. 15 ; voir aussi Boltanski L. [1971], "Les usages sociaux du corps", *Annales ESC*, vol. 26, n° 1, p. 205-233.

normes dominantes se font ainsi concurrence. D'un côté, la promotion de la liberté des pratiques sexuelles comme nouvelle frontière des libertés individuelles et la sexualité vue comme une performance (liée entre autres au succès de la pornographie sur Internet)⁽²⁵⁾. De l'autre, le maintien d'une conception traditionnelle de la sexualité découlant *a posteriori* de la construction d'une relation de couple. Cette diversité de représentations rendrait d'autant plus délicate la définition d'une stratégie de promotion de la contraception à l'égard des mineurs⁽²⁶⁾. L'érotisation des sociétés occidentales, sous la forme de l'utilisation de la sexualité comme ressort marketing mais aussi d'une banalisation des images pornographiques, engendre des peurs sur la sexualité des mineurs et incite à un retour des interdits moraux.

Par ailleurs, les grossesses adolescentes sont majoritairement associées à une irresponsabilité réelle ou préten due des jeunes, alors que l'inceste et les violences sexuelles, qui peuvent en être à l'origine, demeurent trop souvent tus ou sous-estimés⁽²⁷⁾.

L'existence d'un lien étroit entre les discours scientifiques, politiques et juridiques sur la sexualité et le risque de contrôle social a souvent été mise en relief⁽²⁸⁾. Or plus les normes parentales, sanitaires ou éducatives sont présentes, plus la sexualité est appréhendée par les adolescents sur un mode transgressif ou d'affirmation de soi⁽²⁹⁾, et de là peut découler la prise de risque. Les adultes et les institutions se doivent donc d'être des éducateurs responsables.

À l'école, appliquer pleinement les programmes d'éducation sexuelle

La loi du 4 juillet 2001, complétée par la circulaire du 17 février 2003, fait de l'éducation à la sexualité une obligation légale tout au long de l'enseignement primaire et secondaire, à raison d'au moins trois séances par an et par niveau. Au collège et au lycée, ces modules sont censés être assurés par des personnels associatifs ou de santé. Or l'organisation des séances d'éducation à la sexualité semble se heurter à des difficultés matérielles et logistiques : intégration dans le programme et la vie scolaires ; financement ; articulation entre l'équipe éducative et les intervenants extérieurs ; mobilisation des collectivités et organismes concernés (Éducation nationale, Conseils généraux et régionaux, assurance maladie...), entre lesquels les compétences ne sont pas toujours clairement réparties. Enfin, les associations de parents d'élèves seraient parfois réticentes à la tenue de cours d'éducation sexuelle⁽³⁰⁾. Par conséquent, il semblerait que

ces cours ne soient pas régulièrement assurés avant la classe de quatrième⁽³¹⁾, ce qui, de l'avis des spécialistes, est déjà tardif pour lutter contre les préjugés et prévenir la violence.

Sur le fond, certains auteurs, comme Michel Bozon, pensent que l'école a trop tendance à présenter un modèle de sexualité normatif, parfois éloigné de la réalité vécue par les adolescents⁽³²⁾. Une conception de la sexualité exclusivement liée à la conjugalité, à la fidélité et à l'affectivité perdurerait, en particulier pour les jeunes filles. Or, si les attentes en matière de sexualité semblent encore partiellement différer entre les hommes et les femmes, leurs pratiques tendent à se rapprocher (davantage de partenaires au cours d'une vie, séparation entre la sexualité et l'affectif, etc.)⁽³³⁾.

Nombre d'exemples illustrent la nécessité d'en finir avec certains préjugés et culpabilisations dans les campagnes scolaires d'information, et ce, dès le plus jeune âge. Sur ce point, on peut distinguer deux grands types d'approches avec d'un côté les pays d'Europe du Nord et la Suisse et de l'autre les pays anglo-saxons.

Ainsi, en Suisse romande, des intervenants associatifs payés par les pouvoirs publics locaux viennent s'adresser aux enfants dans les écoles, à tous les niveaux de la scolarité, au moins une fois par an. Ils ont au préalable rencontré les parents auxquels ils proposent également des conseils individualisés. Ces programmes sont bien acceptés par la population. Les intervenants travaillent en collaboration avec les enseignants, qui sont pour leur part formés et sensibilisés, sur des questions aussi diverses que l'identité corporelle, l'inceste, le viol ou la pornographie. Les associations œuvrent actuellement pour une uniformisation de ces programmes au niveau national⁽³⁴⁾.

Aux Pays-Bas, lors de la semaine dite "du papillon de printemps", proposée au niveau national mais s'appuyant sur le volontariat, les enfants de 4 à 12 ans assistent ou participent à des cours, des activités ludiques et des pièces de théâtre sur l'amour, les liens entre filles et garçons, l'estime de soi, le rapport au corps et la prévention de la violence. Les organisateurs – des associations et des mairies – souhaitent apporter aux enfants des informations susceptibles de contrebalancer les conséquences psychologiques d'une exposition de plus en plus fréquente à la pornographie. Ils impliquent aussi les parents qui peuvent assister aux séances et poser des questions⁽³⁵⁾. Une amélioration des relations entre les élèves a été observée grâce à ce programme.

[25] Mitchell K.J., Finkelhor D. et Wolak J. [2003], "The exposure of youth to unwanted sexual material on the Internet: A national survey of risk, impact, and prevention", *Youth and Society*, 34/3, p. 330-358.

[26] Bozon M. [2001], *op. cit.*

[27] Entretien avec M.-P. Martinet et C. El Mghazli du Mouvement du planning familial, le 8 avril 2011.

[28] Foucault M. [1976], *La volonté de savoir*, Gallimard ; Memmi D. [2003], "Qui contrôle la sexualité de nos enfants ?", in Iacub M. et Maniglier P. [dir.], *Familles en scène*, Autrement, p. 40-47.

[29] Blanchard V., Revenin R. et Yvorel J.-J. [dir.] [2010], *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIX^e-XXI^e siècle)*, Autrement.

[30] Entretien avec le professeur Israël Nisand, le 1^{er} avril 2011.

[31] Entretien avec M.-P. Martinet et C. El Mghazli du Mouvement du planning familial, le 8 avril 2011.

[32] Bozon M. [2001], *op. cit.*, p. 36.

[33] Le Gall D. et Le Van C. [2003], "La première fois. Récits intimes", *Sociologie et Sociétés*, 35/2, p. 35-57 ; Bajos N. et Bozon M. [2007], "Transformation des comportements, immobilité des représentations", *Informations sociales*, n° 144.

[34] Entretien avec l'association PLANES – Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive, le 11 avril 2011.

[35] www.lovematters.info/springtime-butterflies-dutch-school-kids.

Le succès du modèle néerlandais a incité le gouvernement britannique à vouloir, en 2010, rendre obligatoire l'information sur la sexualité dès l'âge de 5 ans, au sein de cours d'éducation à la santé (*social, personal and health education*). Mais devant l'opposition suscitée, ce projet a été abandonné. De la même manière, en Espagne, la loi de 2010 sur l'avortement, la santé sexuelle et reproductive, qui oblige notamment le système scolaire à dispenser des cours d'éducation sexuelle, tarde à entrer en vigueur, suite à l'opposition des conservateurs.

A contrario, les exemples étrangers, en particulier anglo-saxons, invitent à s'interroger sur l'efficacité des programmes de prévention fondés sur la dramatisation et la culpabilisation. Le taux très élevé de grossesses précoces dans ces pays laisse penser que ces politiques n'ont pas eu les résultats escomptés⁽³⁶⁾. Les États-Unis (et dans une moindre mesure le Royaume-Uni) misent ainsi sur la dimension moralisatrice de l'éducation sexuelle et cherchent à diminuer le coût social des grossesses adolescentes abouties. 80 % de ces grossesses sont, aux États-Unis, le fait de familles pauvres ; les jeunes filles d'origine afro-américaine ou hispanique ont des taux de grossesse beaucoup plus élevés que la moyenne⁽³⁷⁾. Les pouvoirs publics, en partie sous l'influence d'associations religieuses, considèrent majoritairement que les adolescents doivent être préservés le plus longtemps possible de la sexualité. Ainsi, l'abstinence figure parmi les principaux moyens de contraception promus dans les cours d'éducation sexuelle, et différentes lois, dont l'*Adolescent Family Life Act* de 1978, encouragent les États fédérés à mettre en place de tels programmes pour bénéficier des subventions fédérales. Un réseau de centres d'écoute (les *Chastity centers*) va aussi dans ce sens. Par ailleurs, depuis 1996, la *Temporary Assistance for Needy Families (TANF)* contraint les jeunes mères à obtenir leur diplôme de fin d'études secondaires et à vivre dans leur famille ou dans un environnement supervisé par un adulte pour toucher les aides sociales.

À côté de ces orientations qui se veulent dissuasives vis-à-vis de la sexualité des adolescents, les exemples néerlandais et suisse illustrent les bénéfices que l'on peut retirer de la diffusion au sein de la sphère éducative d'une information de qualité sur la sexualité.

En France, il serait souhaitable d'assurer une application plus homogène de la loi de 2001 sur l'éducation à la sexualité à l'école. Pour y parvenir, il serait utile d'identifier, au sein des rectorats, les solutions disponibles pour permettre aux chefs d'établissement de satisfaire à leurs obligations en matière d'éducation à la sexualité (envoi

d'une liste d'associations susceptibles de dispenser ces cours⁽³⁸⁾ et de former les enseignants), et aussi de mieux faire connaître, d'un établissement à l'autre, les initiatives prises dans ce domaine.

PROPOSITION 1

Charger les rectorats de fournir aux chefs d'établissement les informations nécessaires pour satisfaire à leurs obligations en matière d'éducation à la sexualité, et d'établir un bilan des dépenses engagées.

Pour les familles et le grand public, développer une information claire, ciblée et responsabilisante

Les campagnes grand public d'information sur la contraception, en France, ont été tardivement axées sur la pluralité des contraceptifs disponibles. Ce n'est qu'en 2007 que la campagne intitulée "La meilleure contraception, c'est celle que je choisis" a été mise en place et complétée par un site Internet, coordonné par l'INPES et le ministère de la Santé. Ce site, toujours actif, permet un accès rapide à des informations sur l'ensemble des moyens de contraception disponibles⁽³⁹⁾ (efficacité, contre-indications, modalités d'accès, coût, etc.).

Les campagnes de lutte contre les IST, et surtout le SIDA, pourraient servir de référence, voire être couplées aux campagnes de communication sur la contraception, car elles ont démontré leur efficacité, notamment par leur stratégie de ciblage des situations les plus à risque.

Des réflexions existent quant à la pertinence et à la possibilité de rapprocher la prévention des IST de l'information sur la contraception. Aux Pays-Bas, les adolescents sont incités à utiliser une double protection (préservatif et contraception hormonale), d'où l'expression du "double Dutch", employée dans toute l'Europe. 71 % des Néerlandais de 15-19 ans adoptent cette méthode contre seulement 33,2 % des Français du même âge⁽⁴⁰⁾. Cette stratégie semble être l'un des facteurs explicatifs du faible nombre de grossesses précoces aux Pays-Bas.

En Espagne, la campagne "Póntelo, pónselo" ("mets-le et mets-le lui") a permis, à partir des années 1990, d'augmenter l'usage, chez les jeunes, du préservatif contre les IST mais aussi les grossesses indésirées (plus de 70 % des 15-19 ans y ont recours régulièrement comme moyen de contraception). Néanmoins, les pouvoirs publics et les



[36] Selon les US Centers for Disease Control and Prevention, il aurait toutefois baissé de 40 % en 20 ans.

[37] www.cdc.gov/Features/VitalSigns/TeenPregnancy/.

[38] Le ministère de la Santé et la direction générale de l'Enseignement scolaire ont créé des réseaux de personnes ressources faisant collaborer, via des stages, personnels de santé, associations et enseignants. Ils misent sur l'interdisciplinarité et la prise en charge globale des questions sexuelles. Cette action, fondée pour l'heure sur le volontariat, pourrait être plus connue et plus incitative. Elle pourrait également être étendue aux écoles primaires. www.eduscol.education.fr/pid23366-cid47993/des-formations-adaptees.html.

[39] www.choisirsacontraception.fr/.

[40] Source Pays-Bas : Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) ; France INPES (2010), chiffres pour le moyen de contraception utilisé lors du premier rapport sexuel.

associations se sont rendu compte que **les jeunes ne l'utilisaient pas systématiquement, ni toujours correctement**. Afin de remédier à ces problèmes, une campagne de communication sur les avantages du *“double Dutch”* est en préparation.

La France pourrait à son tour développer une stratégie d'information sur la double protection. Cela permettrait de **surcroît d'impliquer plus fortement les jeunes hommes dans les choix de contraception** car jusqu'à présent ils n'ont été que trop rarement inclus dans les publics cibles des campagnes.

Les brochures et les sites Internet destinés à tous doivent faire preuve de clarté, ne pas culpabiliser les jeunes, et insister sur le caractère peu contraignant de la contraception. Il s'agit de rendre les adolescents acteurs et responsables de la gestion de leur corps et de leur sexualité.

Par ailleurs, fournir à la jeunesse des informations sur la sexualité et la contraception nécessite d'y associer **les adultes**. Or en France, si des associations comme le Planning familial ou l'Association française des centres de consultation (AFCC) organisent des **journées d'information destinées aux adultes**, cette pratique reste **très peu développée**. L'une des raisons en est que ce type d'action, qui est essentiellement géré par des bénévoles, **manque de moyens** et que les associations préfèrent cibler les publics les plus directement concernés, à savoir les mineurs eux-mêmes. Les **parents** devraient cependant pouvoir être **informés des lieux où leurs enfants disposeront d'une information et d'une écoute adaptées** à leur âge et à leurs besoins.

Enfin, les **éducateurs et animateurs sportifs**, qui travaillent en contact direct avec les jeunes, sont aussi particulièrement concernés. On pourrait envisager d'**intégrer la question des relations hommes-femmes** dans la formation et l'examen du Brevet d'aptitude aux formations d'animateur (BAFA) et des Brevets d'État dans le domaine du sport.

PROPOSITION 2

Insister sur la sensibilisation des jeunes hommes et associer la prévention des IST et l'information sur la contraception en promouvant la double protection, qui allie préservatif et contraception hormonale (pilule, implant, stérilet ou patch), notamment dans les campagnes de communication.

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX CONTRACEPTIFS : L'IMPLICATION DES ACTEURS PROFESSIONNELS

Au-delà de l'enjeu de l'information, deux paramètres caractérisent la situation des jeunes (15-25 ans) : le **besoin**

de confidentialité, amplifié dans certaines situations familiales, et la **faiblesse de leurs ressources financières**⁽⁴¹⁾. De plus, des difficultés géographiques, mais aussi psychologiques, pour accéder à des contraceptifs sont souvent évoquées.

Rendre plus visible l'action des Centres de planification et d'éducation familiale

Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), qui sont dotés d'une mission légale en matière d'information à la sexualité depuis 1972, permettent d'**apporter une réponse immédiate, gratuite et confidentielle** à toutes les questions liées à la vie sexuelle et affective des jeunes. Grâce à des équipes pluridisciplinaires, ils peuvent notamment proposer des consultations médicales et délivrer de manière gratuite une contraception aux mineurs et aux jeunes adultes sans couverture sociale.

Or les CPEF ne sont pas toujours connus ni accessibles à tous de manière égale. D'une part, les **zones rurales ou périurbaines** sont **moins bien dotées** en structures associatives ; d'autre part, les **horaires** d'ouverture ne correspondent pas toujours aux disponibilités des lycéens, étudiants et jeunes actifs (certains centres sont fermés le mercredi ou à partir de 17 heures). **Ce manque de visibilité et cette inégale répartition s'expliquent en partie par la diversité de ces structures**. Confiés aux Conseils généraux par les lois de décentralisation pour l'activité de planification familiale, les CPEF peuvent être placés en régie directe dans un centre de Protection maternelle et infantile (PMI), ou gérés par voie de convention entre le Conseil général et une association (souvent le Mouvement du planning familial), un hôpital ou une mairie.

Les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) dédiés à la prévention du VIH et les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) peuvent également délivrer des conseils contraceptifs, notamment aux couples souhaitant arrêter l'usage du préservatif. Symétriquement, certains CPEF assurent le dépistage et le traitement des IST. Mais, comme le notait le rapport de l'IGAS en 2010, il **n'existe pas à l'heure actuelle d'offre globale** “dans la mesure où coexistent des dispositifs spécialisés selon une porte d'entrée “**sexe propre, sexe sale**”, qui demeurent, sauf exceptions, étanches les uns aux autres”⁽⁴²⁾.

Faut-il dès lors réunir ces structures aux champs d'intervention et aux publics proches ? La question fait débat en France. Pour certains, une telle mesure permettrait de mutualiser les moyens et d'offrir des services plus complets, et ce, dans **un lieu unique et géographiquement identifié**. Pour d'autres, cela **brouillerait les messages** sur la contraception et la prévention des IST et risquerait de dissuader une partie des plus jeunes de se rendre dans ces centres.

[41] Nisand I., Toulemon L. et Fontanel M. [2006], “Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures”, *op. cit.*

[42] Jourdain Menninger D. et Lecoq G. [2010], *Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les IST*, IGAS.

Ce problème se pose également au Royaume-Uni où les deux types de structures étaient initialement distincts, avec les *contraceptive clinics* et les *infection testing clinics* (ou *GUM clinics*). Puis, des *sexual health clinics* ont été développées en parallèle afin de proposer des services à la fois de dépistage des IST, de délivrance d'une contraception et d'information sur la sexualité dans le même endroit. Cependant, face au constat de la faible fréquentation de ces centres par les jeunes, un quatrième type de lieux vient d'être créé : les **Brook Centres**, qui sont réservés aux moins de 25 ans et qui s'occupent tant des problématiques de contraception que des IST.

Sur le modèle des *sexual health clinics*, un réseau de Centres de consultation en santé sexuelle et reproductive a été mis en place en Suisse. Celui-ci est couplé à un site Internet (*isis-info*) qui permet de recenser tous les centres, leur localisation et les services offerts.

En France, il n'y a pas à l'heure actuelle d'outil de communication inventoriant l'ensemble des CPEF et des CDAG/CIDDIST. Des sites comme ceux de l'INPES, du Mouvement du planning familial ou encore de l'association Info-ado permettent d'apporter de nombreuses informations relatives à la sexualité, mais de manière dispersée. Au contraire, au Royaume-Uni, la plateforme *NHS Choices* offre un service complet (cartographie des centres, forums de discussion, fiches et vidéos pédagogiques, etc.).

PROPOSITION 3

Créer une plateforme d'information unique sur la sexualité (site Internet et application *smartphone*), qui proposera notamment un recensement des centres de planification familiale et de prévention des IST, afin de faire connaître leur existence, leur localisation et les services offerts.

Assurer la confidentialité et la gratuité de la contraception

En France, seuls certains contraceptifs sont remboursés à 65 % par la sécurité sociale, à savoir les pilules de première et deuxième générations, quelques-unes de troisième génération, les stérilets et l'implant. La majorité des pilules de troisième génération, celles de quatrième génération, les patchs et les anneaux contraceptifs ne sont pas pris en charge. Il semble que ce système contribue à orienter la demande et la prescription vers certains produits.

En Suisse, en Allemagne ou en Espagne, l'ensemble des contraceptifs est payant. Aux États-Unis, le débat fait rage sur une proposition de gratuité de la contraception dans le cadre de la réforme du système de santé. Cette disposition reviendrait à placer les modes contraceptifs dans la caté-

gorie des moyens de prévention, ce que les conservateurs contestent. Cet exemple illustre bien la tension entre les objectifs d'efficience sanitaire et le respect des valeurs morales d'une société. Au contraire, aux Pays-Bas, les méthodes de contraception sont gratuites pour les mineures. Le Royaume-Uni va même plus loin en offrant les consultations médicales et en garantissant la confidentialité aux jeunes, dès lors qu'ils sont jugés suffisamment matures par les prescripteurs.

Le problème de l'anonymat se pose également en France. En effet, les circuits de remboursement ne permettent pas le respect de la confidentialité pour les mineurs, en tant qu'ayants droit de leurs parents. Ainsi, alors que la contraception d'urgence et l'IVG sont gratuites et anonymes, tel n'est pas le cas des moyens contraceptifs prescrits et délivrés en dehors des CPEF. Or, dans le cadre du système de santé français, la gratuité et l'anonymat pourraient être assurés, comme le font différents dispositifs développés à l'échelle locale (encadré 3).

Encadré 3

Contraception et engagement des élus locaux

Le Conseil général de Savoie a participé à la création d'un site Internet d'information sur la contraception et la sexualité⁽⁴³⁾, destiné aux jeunes. Il relaie également l'actualité des événements [rencontres, expositions, colloques] sur ces sujets qui sont organisés, dans le département, par d'autres parties prenantes, comme le "Printemps contre l'homophobie". Autre initiative, celle du Conseil général des Hauts-de-Seine qui est partenaire de dispositifs itinérants d'information et de prévention sur divers thèmes relatifs, entre autres, à la santé des adolescents (dont la sexualité). S'adressant en priorité aux collégiens, aux jeunes en difficulté ou atteints de handicap, ils proposent des dépistages, un suivi médical et des entretiens individuels avec des professionnels de santé ou des associations⁽⁴⁴⁾.

La région Poitou-Charentes a développé en 2009 un "Pass contraception" qui permet un accès anonyme, gratuit et de proximité à une contraception orale aux jeunes filles ayant des difficultés sociales, financières ou familiales. Ce Pass, délivré par un réseau de médecins, est constitué de coupons, utilisables comme "moyen de paiement" pour une consultation médicale, une prise de sang et six mois de contraceptifs. En janvier 2011, 53 Pass ont ainsi été utilisés⁽⁴⁵⁾. Sur ce modèle, la Région Île-de-France vient de mettre à disposition des jeunes un Pass dans les établissements scolaires, en ciblant les élèves inscrits en classe de seconde ou niveau équivalent.

Une des premières expérimentations de terrain fut ainsi mise en place en 2002 dans la vallée de la Bruche en Alsace. Un réseau de professionnels (méde-

[43] www.contraception-savoie.org/.

[44] www.giga-la-vie.com/.

[45] www.cres-paca.org/depot_cres/fiches/3275/3275_4_doc.pdf.

cins généralistes et pharmaciens) propose gratuitement aux mineures les modes de contraception et les consultations nécessaires grâce à des feuilles de soins anonymisées et une prise en charge en tiers payant. Cette opération, qui a exigé l'implication de la Caisse primaire d'assurance maladie, a permis de diviser par deux le nombre d'IVG dans cette région en cinq ans.

La généralisation d'un tel dispositif semble donc souhaitable mais pose inévitablement la question de son coût dans le contexte budgétaire tendu de l'Assurance maladie⁽⁴⁶⁾. Certains répondent que ce choix ambitieux permettrait de réduire significativement le nombre de grossesses non désirées et les coûts (économiques, sociaux mais aussi psychologiques et humains) qui leur sont associés. Ainsi, le rapport de l'IGAS arrivait à la conclusion que "la solution évidemment la plus simple, sans doute la plus efficace et peut-être paradoxalement la moins coûteuse en termes de gestion collective serait d'assurer la gratuité de la contraception pour les jeunes"⁽⁴⁷⁾.

PROPOSITION 4

Assurer aux mineurs la confidentialité et la gratuité des modes de contraception féminine et des consultations médicales nécessaires par un système de tiers payant, non notifié aux parents.

Inciter les prescripteurs à promouvoir le "libre choix contraceptif"

En France, les prescripteurs orienteraient préférentiellement les femmes vers la pilule, au détriment d'autres méthodes comme l'implant. Or la pilule n'est pas nécessairement la contraception adaptée aux besoins des jeunes femmes car elle impose certaines contraintes d'utilisation et de prescription⁽⁴⁸⁾. Une étude révèle ainsi que 88 % des femmes de 20 ans et moins déclarent avoir oublié au moins une fois leur pilule lors des trois derniers mois (contre 54 % de l'ensemble des femmes)⁽⁴⁹⁾.

Cette orientation des prescriptions s'expliquerait en partie par des habitudes professionnelles, notamment de la part des médecins généralistes qui sont moins formés que les gynécologues sur les caractéristiques des derniers contraceptifs commercialisés. Or de nombreuses jeunes femmes préfèrent consulter les médecins généralistes par appréhension d'une consultation gynécologique (malgré la loi du 4 mars 2002 qui pose le préalable du consentement de la patiente à l'examen médical) et des dépassements d'honoraires fréquents des spécialistes. Afin d'accompagner l'ensemble des prescripteurs, la Haute Autorité de

santé (HAS) a émis en 2004 des recommandations de pratique clinique qui préconisent la diffusion d'une information exhaustive sur tous les moyens contraceptifs⁽⁵⁰⁾.

Les pays anglo-saxons ont pour leur part choisi de mettre l'accent sur la promotion des modes de contraception à long terme – *long-acting reversible contraceptives (LARCS)* –, c'est-à-dire le stérilet et l'implant. En effet, comme l'indique le *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* britannique, ces méthodes offrent un rapport coût-efficacité supérieur à celui de la pilule dès un an d'utilisation⁽⁵¹⁾.

Aux États-Unis, des incitations financières ont ainsi été développées pour assurer leur promotion, qui peuvent même prendre la forme de transferts monétaires conditionnels (*encadré 4*). Par exemple, le *Contraceptive CHOICE Project* de la région de Saint-Louis, dans le Missouri, offre à 10 000 femmes (14-45 ans), identifiées comme "à risque de grossesses non désirées", trois ans du moyen contraceptif de leur choix. Pour ce faire, elles rencontrent un professionnel qui leur expose les avantages et inconvénients des différentes méthodes. Sur les 2 500 premières bénéficiaires du programme, 56 % ont choisi le stérilet et 11 % l'implant (contre 3 % de la population générale qui opte pour un LARC)⁽⁵²⁾.

Encadré 4

Un programme américain de lutte contre les grossesses adolescentes⁽⁵³⁾

L'université de Caroline du Nord a mis en place, en 2009, un programme de prévention des grossesses adolescentes par transferts monétaires conditionnels. Les jeunes femmes de 12 à 18 ans incluses dans ce programme suivent une heure et demie hebdomadaire de cours d'information sexuelle. Chaque jour où elles ne tombent pas enceinte durant cette période, un dollar est versé sur un compte destiné à financer leurs études dans un *college*. Les critères d'éligibilité sont l'âge, le fait d'être scolarisée et d'avoir une sœur ayant eu un enfant avant ses 18 ans. Une étude d'évaluation a estimé que le dispositif permettait de diminuer de 75 % le taux des grossesses adolescentes chez les jeunes femmes ayant suivi le programme jusqu'au bout. Cependant, de nombreuses voix s'élèvent pour déplorer une promotion de l'abstinence.

Au Royaume-Uni, le système de paiement en fonction de la qualité des médecins (*quality outcome framework*) a intégré, depuis l'exercice 2009-2010, deux indicateurs d'évaluation clinique en lien direct avec l'information donnée à leur patientèle sur les LARCS⁽⁵⁴⁾.

[46] Le rapport d'information sur la contraception des mineures, rendu public le 17 mai 2011 par la députée Bérengère Poletti, chiffre à 18,5 millions d'euros le coût annuel d'un dispositif de gratuité des modes contraceptifs et d'une consultation médicale pour les 15-20 ans.

[47] Aubin C., Jourdain Menninger D. et Chambaud Laurent (2009), *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, IGAS.

[48] Amsellem-Mainguy Y. (2010), "Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives", *Politiques sociales et familiales*, n° 100, p. 104-109.

[49] Marie P., Champollion S., Ourabah R. (2008), "Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ?", *Exercer*, n° 80, p. 13-16.

[50] Haute Autorité de santé (2004), *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*.

[51] NICE (2005), *Long-acting Reversible Contraception: Full Guideline*.

[52] Secura G.M. et al. (2010), "The contraceptive CHOICE project: Reducing barriers to long-acting reversible contraception", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203 (2).

[53] <http://nursing.uncg.edu/cbs/index.html>.

[54] www.nice.org.uk/newsroom/guidanceinfocus/infocuslarcguidance.jsp.

La promotion du stérilet et de l'implant en usage concomitant avec le préservatif pourrait permettre de réduire les échecs contraceptifs des jeunes Françaises. Les principaux obstacles à surmonter sont d'une part certaines croyances erronées, par exemple qu'un stérilet ne peut pas convenir à une femme n'ayant jamais eu d'enfant ou que l'implant cause des douleurs, d'autre part leur coût. De plus, ces méthodes peuvent ne pas convenir à certaines jeunes femmes qui ont un projet d'enfant à moyen terme. Il s'agit alors de proposer un rendez-vous lors duquel le médecin généraliste ou le gynécologue agréé prendra le temps d'aider les patientes à choisir leur premier mode contraceptif en délivrant notamment une information sur l'implant et le stérilet, qui demeurent aujourd'hui moins populaires.

PROPOSITION 5

Rendre effectif le libre choix contraceptif en développant une information sur l'ensemble des modes de contraception, y compris ceux qui sont encore peu connus en France.

PROPOSITION 6

Développer un "bilan première contraception" gratuit pour les jeunes femmes âgées de 15 à 18 ans, qui leur permettra de choisir de manière éclairée leur mode de contraception.

Renforcer le rôle des pharmaciens dans la gestion des situations d'urgence

En France, le fait d'associer d'autres acteurs sanitaires aux médecins afin de faciliter l'accès à la contraception a été mis en œuvre tardivement. Ce n'est qu'en 2009, avec la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), que les sages-femmes ont été autorisées à prescrire une contraception et à assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé. En outre, depuis juin 2010, les infirmiers et les pharmaciens peuvent renouveler une prescription de contraception orale, pour une durée maximale de six mois, à condition que l'ordonnance date de moins d'un an⁽⁵⁵⁾. L'existence de ces dispositifs est encore trop peu connue du grand public.

Au Royaume-Uni, dès 2002, certains infirmiers ont vu leur champ de compétences étendu à la prescription et à la pose de contraceptifs. Ils doivent pour cela suivre une formation de spécialisation, devenant alors *sexual health nurses* ou *women's health nurses*⁽⁵⁶⁾.

En outre, sous l'impulsion de la *Royal Society of Medicine*, le ministère de la Santé britannique a lancé en 2009 une expérimentation qui autorisait les pharmaciens de trois quartiers de Londres à prescrire des contraceptifs. Une évaluation du dispositif a montré qu'il permettait de toucher des populations habituellement peu réceptives aux

campagnes préventives, puisque les deux tiers des femmes en ayant bénéficié n'avaient jamais utilisé de contraception, ni consulté de médecin à cet effet⁽⁵⁷⁾. Cependant, un effet pervers fut identifié : ce système orientait trop systématiquement les jeunes vers la pilule, l'anneau ou le patch (la pose d'un stérilet ou d'un implant nécessitant un acte médical). Sur ce constat, une nouvelle expérimentation a été mise en place depuis novembre 2010 sur l'île de Wight. Les pharmaciens proposent aux mineures venant chercher une contraception d'urgence une plaquette de pilules pour un mois. De plus, ces patientes se voient suggérer un rendez-vous chez un médecin généraliste ou un infirmier agréé, afin qu'il leur expose les caractéristiques des différents modes contraceptifs. Un tel dispositif semble opportun pour faire face aux situations d'urgence tout en permettant aux jeunes femmes de choisir librement leur mode de contraception.

PROPOSITION 7

À l'occasion de la délivrance d'une contraception d'urgence, charger les pharmaciens de remettre aux femmes de moins de 25 ans un guide présentant l'ensemble des moyens de contraception et contenant un coupon pour un rendez-vous chez un médecin agréé.

CONCLUSION



Force est de constater que les pays les plus performants en matière d'action publique pour la contraception sont ceux d'Europe du Nord et la Suisse où ont été développées des campagnes ambitieuses d'information et de communication sur la sexualité. Cependant, ces pays ont parallèlement moins investi les politiques innovantes en matière de prix et de modalités de prescription, et des débats sur les inégalités sociales d'accès y sont posés. Au contraire, les pays anglo-saxons engagent des politiques d'accès à la contraception beaucoup plus volontaristes et innovantes mais misent moins sur le volet informatif. Les limites de ces stratégies trouvent une illustration dans leur difficulté à faire diminuer les taux des grossesses adolescentes. La France, forte de ses acquis et de ses réseaux de professionnels, peut se donner l'ambition de développer une stratégie d'action complète en agissant sur ces deux registres.



Marie-Cécile Naves et Sarah Sauneron,
département Questions sociales

[55] Arrêté paru le 1^{er} juin qui rend effectif l'article 88 de la loi HPST.

[56] Dans le cadre du *Nurse Prescribers' Extended Formulary*.

[57] Anekwe L. (2010), "Most OTC oral contraceptives are given to new users", *PulseToday*, 19 mars.

DERNIÈRES
PUBLICATIONS
À CONSULTER

sur www.strategie.gouv.fr, rubrique publications

Notes d'analyse :

- N° 225 ■ Le clonage animal (mai 2011)
- N° 224 ■ Emploi et chômage des jeunes : un regard comparatif et rétrospectif (mai 2011)
- N° 223 ■ L'Agenda numérique européen (mai 2011)
- N° 222 ■ Centres financiers *offshore* et système bancaire "fantôme" (mai 2011)
- N° 221 ■ L'évolution des prix du logement en France sur 25 ans (avril 2011)
- N° 220 ■ La prise en compte de critères ethniques et culturels dans l'action publique, une approche comparée (avril 2011)
- N° 219 ■ "Compétences transversales" et "compétences transférables" : des compétences qui facilitent les mobilités professionnelles (avril 2011)
- N° 217 ■ Comment inciter le plus grand nombre à pratiquer un sport ou une activité physique ? (avril 2011)
- N° 216 ■ "Nudges verts" : de nouvelles incitations pour des comportements écologiques (mars 2011)

Notes de synthèse :

- N° 218 ■ Le fossé numérique en France (avril 2011)
- N° 214 ■ Tendances de l'emploi public : où en est-on ? (février 2011)

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.



La Note d'analyse n° 226 - juin 2011 est une publication du Centre d'analyse stratégique
Directeur de la publication : Vincent Chriqui, directeur général
Directeur de la rédaction : Pierre-François Mourier, directeur général adjoint
Secrétaire de rédaction : Delphine Gorges
Service éditorial : Olivier de Broca
Impression : Centre d'analyse stratégique
Dépôt légal : juin 2011
N° ISSN : 1760-5733

Contact presse : Jean-Michel Roullé, responsable de la Communication
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr

www.strategie.gouv.fr