

Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG en France

Dossier de synthèse documentaire et bibliographique

Mai 2014

Sommaire

L'usage de la contraception.....	3
En France	3
La crise des pilules de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération	5
La pratique contraceptive chez les jeunes	5
La situation en région PACA.....	6
Le recours à la contraception d'urgence	6
Connaissances et représentations relatives à la contraception d'urgence.....	8
Données sur le recours à la contraception d'urgence	8
Le dispositif d'accès gratuit pour les mineures	11
La délivrance en milieu scolaire	12
Le recours à l'IVG	13
La situation en France	13
Le recours à l'IVG selon l'âge	16
La situation en PACA.....	17
Améliorer et renforcer l'accès à la contraception.....	18
Pour un accès effectif des jeunes à la contraception	18
Faire évoluer les pratiques des professionnels	20
Conclusion	21
Bibliographie.....	21

En France, les prémices du droit des femmes à disposer de leur corps et à contrôler leur fécondité apparaissent à la fin des années 60 avec la loi du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth, qui autorise la fabrication et la commercialisation de la contraception orale. La précédente loi du 31 juillet 1920, adoptée dans un esprit nataliste, interdisait alors non seulement l'avortement, mais aussi toute forme de contraception ou même d'information sur le sujet. Simone Veil, par la loi du 5 décembre 1974, élargit le dispositif notamment avec le remboursement de la contraception par la Sécurité sociale et la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures. Mais « toute publicité commerciale concernant les contraceptifs reste interdite sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens ». La loi du 17 janvier 1975, dite loi Veil, rendue définitive avec la loi du 31 décembre 1979, dépénalisera l'avortement, qui devient interruption volontaire de grossesse (IVG).

Depuis les années 2000, les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive constituent un enjeu essentiel de santé publique et sont reconnues comme telles par le législateur dans la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [4].

Puis la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique inscrit le champ de la contraception et de l'IVG parmi les domaines de la santé publique pour lesquels sont fixés des objectifs quantifiés. Ces questions répondent à l'objectif n°97, inscrit dans le rapport annexé à la loi, selon lequel il faut « *assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours* ».

Plusieurs rapports, comme celui de l'IGAS en 2009 [20] et de la députée Bérengère POLETTI en 2011 [44], montrent que le fonctionnement réel de certains dispositifs n'est pas à la hauteur des enjeux en matière de prévention des grossesses non désirées, et insistent sur la nécessité de renforcer les politiques de santé publique autour de la santé sexuelle et reproductive.

L'usage de la contraception

En France

Chez les Françaises, la pratique contraceptive est très largement répandue. En effet, les données du dernier Baromètre santé (enquête réalisée tous les cinq ans) montrent qu'en 2010, seules 7,7% des femmes de 15 à 49 ans à risque de grossesse non prévue déclarent ne pas utiliser de moyen de contraception. Elles représentent 5% chez les 15-19 ans et 5,6% chez les 20-24 ans [29].

Depuis les années 2000, de nouveaux moyens de contraception ont fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et sont désormais commercialisés. Les femmes ont à leur disposition l'implant contraceptif (depuis 2001), le patch (depuis 2004) et l'anneau vaginal (depuis 2004).

Si cette diversification a entraîné une évolution des pratiques contraceptives et une baisse de la part de la pilule (de 59,1% en 2000 à 55,5% en 2010), celle-ci reste néanmoins de loin le contraceptif le plus utilisé et ce, quel que soit l'âge.

TABEAU 1 • Principales méthodes contraceptives* utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %)

	Stérilisation	Stérilet	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	83,4	7,2	-	0,3
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-49 ans	4,0	38,2	3,8	41,0	11,1	0,2	1,7
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

* Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » selon les critères de l'OMS a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.

Source : Baromètre santé 2010

En 2010, parmi les femmes qui déclarent avoir recours à un moyen de contraception, 55,5% utilisaient la pilule, 26% le stérilet et 10,3% le préservatif.

Cependant, ces pourcentages sous-estiment la part actuelle des nouveaux moyens de contraception. En effet, depuis la dernière enquête du Baromètre santé en 2010, la situation a été marquée par différentes campagnes de promotion de la diversité des moyens de contraception et impactée par la « crise » des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération fin 2012 liée au risque de thrombose veineuse. Ainsi, la Haute Autorité de Santé dans le cadre d'une étude en 2013 sur les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [38], souligne que les données du marché de l'industrie pharmaceutique montrent, au cours des dernières années, une part croissante des nouvelles méthodes même si celles-ci restent minoritaires.

Depuis 2007, l'INPES a développé un plan de communication à destination du grand public pour promouvoir la diversité de l'offre contraceptive avec la campagne « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », suivie en 2011 puis en 2013 par les campagnes « A chacun sa contraception » et « La contraception qui vous convient existe ». Outre l'édition de brochures d'information, cette communication s'articule autour d'un site internet (www.choisirsacontraception.fr) présentant notamment les différents moyens de contraception vers lequel renvoient les différents spots télé ou radio ainsi que les bannières web diffusés lors des différentes campagnes.

Les enquêtes au niveau mondial montrent que le fort taux d'utilisation de la pilule est une spécificité française. En fait, le choix des modes de contraception est très pays dépendant : en Grande-Bretagne, préservatif, stérilisation et pilule représentent chacun 1/3 des usages. Aux Etats-Unis, au Canada ou encore au Brésil, la stérilisation est la méthode la plus utilisée. En Chine, la première méthode utilisée est le stérilet, tandis qu'au Japon ou à Hong-Kong les couples, même mariés, ont très largement recours au préservatif.

En France, si la contraception orale est globalement majoritaire parmi toutes les femmes, de fortes disparités existent en fonction de leur âge. Le rapport de l'IGAS [21] relève de fait une « norme contraceptive » très prégnante qui a préconisé jusqu'à il y a peu :

- le préservatif (souvent en association avec la pilule) en début de vie sexuelle ;
- la pilule pour les jeunes femmes dès qu'une relation de couple stable s'installe ;
- le stérilet pour les femmes déjà mères.

La crise des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération

Fin 2012, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) ainsi que la Haute Autorité de Santé ont édité différents documents à destination des prescripteurs [13, 14, 35] expliquant les risques de thrombose veineuse liés à l'utilisation des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération et recommandant de préférer les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération. A la même période, le Ministère de la santé a lancé une alerte sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération et annoncé leur déremboursement fin mars 2013.

Le suivi par l'ANSM [15] de l'évolution des ventes en pharmacie des contraceptifs dans le cadre de la gestion de cette « crise » montre que la mise en garde a eu un impact direct : en 2013, les ventes de pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont diminué de 45% par rapport à 2012 tandis que les ventes de pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération ont augmenté de 30%. Globalement, la vente des pilules, toutes générations confondues, a diminué de 5,1% partiellement compensé par un report sur d'autres moyens de contraception tels que les implants et dispositifs intra-utérins dont la vente a augmenté de 28% en 2013 (+47% pour le DIU au cuivre et +18% pour les DIU hormonaux et les implants).

La pratique contraceptive chez les jeunes

Chez les jeunes femmes [25], la couverture contraceptive est très importante puisque seules 5% des 15-19 ans et 5,6% des 20-24 ans à risque de grossesse non prévue déclarent ne pas utiliser de moyen de contraception. Différents facteurs sont associés au fait de ne pas utiliser systématiquement une méthode contraceptive comme un faible niveau d'études ou des difficultés financières.

Principales méthodes contraceptives^a utilisées par les femmes de 15 à 29 ans^b par tranche d'âge en 2010, comparaison avec 2005 et 2000 (en pourcentage)

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	15-29 ans	15-29 ans 2005	15-29 ans 2000
Effectifs	219	523	602	1 344	1 834	1 163
Stérilisation	–	–	0,6	0,3	–	0,1
DIU	–	3,7	10,9	5,9	4,5	5,1
Implant, patch, anneau, injection	2,8	5,4	7,3	5,7	1,3***	–
Pilule	79,0	83,4	73,8	78,6	79,7	78,8
Préservatif	18,2	7,2	6,7	9,1	13,5***	13,3**
Méthodes locales	–	–	–	–	0,2	0,4
Méthodes naturelles	–	0,3	0,7	0,4	0,8	2,3***

a. Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » [5] a été retenue; ainsi, c'est la méthode apparaissant le plus haut dans le tableau qui a été privilégiée.
b. Femmes en couple ou déclarant une relation amoureuse stable, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, n'ayant pas de rapport exclusivement homosexuel, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant, déclarant utiliser un moyen pour éviter une grossesse.
*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001. Test entre les proportions de l'année X et celles de 2010. L'absence d'étoile signifie que la différence entre les deux années n'est pas significative.
Lecture : 79,0 % des filles de 15-19 ans déclarent en 2010 utiliser la pilule comme principal moyen contraceptif.
Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, Inpes.

Parmi les femmes déclarant avoir recours à un moyen de contraception, la pilule demeure en 2010 la méthode la plus utilisée : 79% des 15-19 ans et 83,4% des 20-24 ans. L'usage du préservatif comme principal mode de contraception concerne particulièrement les moins de 20 ans (18,2% chez les 15-19 ans contre 7,2% pour les 20-24 ans).

Même si la pilule reste de très loin le contraceptif le plus utilisé, on observe, entre 2005 et 2010, un début de diversification des méthodes contraceptives notamment chez les 20-24

ans. Dans cette tranche d'âge, le taux d'utilisation des moyens contraceptifs autres que la pilule et le préservatif (implant, patch, anneau et stérilet) est ainsi passé de 2 à 9%.

L'efficacité de la contraception orale est largement liée à une observance régulière, voire rigoureuse pour les pilules microdosées. Or, toutes les études portant sur des traitements au long cours mettent en évidence des difficultés d'observance avec le temps. Les oublis et l'irrégularité des prises sont inhérents à la prescription d'un traitement contraceptif pendant plusieurs années.

Les nouvelles galéniques proposées dans la contraception hormonale devraient permettre une pratique plus adaptée aux différents modes de vie des femmes. En particulier, les méthodes contraceptives installées pour plusieurs années comme l'implant ou le stérilet apportent une sécurité contraceptive plus importante puisque non dépendante du facteur comportement humain.

La situation en région PACA

L'Observatoire Régional de la Santé PACA [41] a réalisé une exploitation des données régionales du Baromètre santé 2010 permettant notamment de connaître les pratiques contraceptives des jeunes de 15 à 29 ans sexuellement actifs. En 2010, 97% des femmes de 15-29 ans sexuellement actives déclarent utiliser une méthode contraceptive pour éviter une grossesse. En PACA comme en France, la pilule est la méthode de contraception la plus utilisée.

En région PACA, 36,8% des jeunes femmes âgées de 15 à 17 ans et 20,3% de celles de 18 à 24 ans utilisent une double protection – préservatif et contraception hormonale.

Femmes de 15-54 ans* utilisant actuellement le préservatif masculin et la pilule comme méthode de contraception selon l'âge en région Paca (%)

	15-17 ans	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	Total
Paca	36,8	20,3	6,8	1,8	1,4	7,0

* Calculé parmi les femmes de 15 à 54 ans non ménopausées, non stériles, non enceintes, en couple ou en relation amoureuse stable, non exclusivement homosexuelle, ne cherchant pas à avoir un enfant et qui déclarent utiliser une méthode de contraception de manière systématique. Taille de l'échantillon Paca : n = 570

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

Le recours à la contraception d'urgence

La contraception d'urgence (CU) désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport sexuel non ou mal protégé. Il existe deux types de méthodes : la contraception d'urgence hormonale et le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre qui doit être posé par un médecin ou une sage-femme dans les 5 jours après le rapport à risque. L'analyse présentée ci-dessous concerne uniquement la contraception d'urgence hormonale.

La pratique d'une contraception d'urgence, après un rapport à risque de grossesse non désirée, s'est développée dans les années 80 avec la meilleure connaissance de la contraception. On utilisait alors deux comprimés d'une pilule œstroprogestative «fortement dosée» (à 50 gamma d'éthynilestradiol) renouvelés douze heures après.

En avril 1999, le levonorgestrel, qui est un progestatif, obtient l'AMM dans l'indication de contraception d'urgence sous le nom de Norlevo[®]. Dès le mois de mai 1999, il est autorisé à la vente sans prescription médicale [1]. Conformément à la loi Neuwirth, il est également disponible gratuitement pour les mineures dans les Centres d'Education et de Planification Familiale (CPEF). Dans un contexte très polémique, une circulaire ministérielle autorise la délivrance par les infirmier(e)s scolaires en janvier 2000.

C'est la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence [2] qui va inscrire dans le code de la santé publique ces différentes mesures :

- contraception d'urgence délivrée sans ordonnance en pharmacie
- pour les mineures « désirant garder le secret », sans consentement des parents
- délivrance gratuite pour les mineures dans les pharmacies
- délivrance par les infirmières scolaires en cas d'urgence et de détresse

Le décret du 27 mars 2001 [3] précise les modalités de délivrance de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires aux élèves mineures et majeures.

L'arrêté du 8 août 2001 [5] inscrit le Norlevo[®] sur la liste des médicaments remboursables sur prescription par l'assurance maladie au taux de 65%.

Le décret du 9 janvier 2002 [6] détaille le dispositif de délivrance gratuite aux mineures par les pharmaciens.

Un générique Levonorgestrel a été commercialisé en 2007 par les laboratoires Biogaran.

Conditionné et administré sous forme d'un comprimé en prise unique, son mécanisme d'action est pluriel et va dépendre du moment du cycle où il est administré. Il agit en bloquant ou retardant l'ovulation, mais aussi en modifiant la glaire cervicale ce qui perturbe la migration des spermatozoïdes. Il pourrait aussi empêcher l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus.

L'efficacité de la contraception d'urgence dépend de son délai d'utilisation : elle est estimée à 95% dans les 24h suivant le rapport, à 85% entre 24h et 48h, à 58% entre 49h et 72h. Selon l'AMM, le levonorgestrel doit être utilisé dans les 72 premières heures.

Un nouveau produit Ellaone[®] à base d'ulipristal, qui est un modulateur des récepteurs à la progestérone, a été commercialisé en France à partir d'octobre 2009 et remboursé depuis septembre 2010. Il ne peut être utilisé que sur prescription médicale. L'AMM d'Ellaone[®] précise une efficacité jusqu'à 5 jours. Le mécanisme d'action primaire, longtemps non expliqué, serait l'inhibition ou le retard de l'ovulation. Après la prise d'Ellaone[®] l'interaction possible avec le progestatif d'une contraception régulière impose de protéger les rapports jusqu'à la fin du cycle. Ellaone[®] ne doit pas être utilisé plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel, ni être utilisé simultanément avec le levonorgestrel dans le cadre d'une contraception d'urgence.

Le prix élevé d'Ellaone[®] (23,59€ en 2014 contre 7,41€ pour le Norlevo[®] et 6,07€ pour le générique levonorgestrel) et sa délivrance uniquement sur ordonnance ont conduit la

Haute Autorité de Santé à rendre un avis d'amélioration mineure du service médical rendu par rapport à Norlevo® [34] en soulignant que l'intérêt de santé publique pour Ellaone® ne peut être que faible.

Connaissances et représentations relatives à la contraception d'urgence

L'enquête de l'INPES en 2007 « Les Français et la contraception » [40] montrait que la contraception d'urgence était connue de la majorité des personnes mais seulement 5% d'entre elles en connaissaient précisément le délai d'utilisation. Le manque d'informations sur le délai d'efficacité ou les croyances relatives à la contraception d'urgence sont des freins à son utilisation. Des méfiances collectives perdurent sur les effets secondaires et notamment sur le fait qu'une utilisation répétée entraînerait une baisse de la fertilité, voire rendrait stérile, ce qui est faux.

Dans l'enquête sociologique sur la contraception d'urgence en 2009 [18], Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY souligne que l'usage du mot « pilule » du lendemain participe au brouillage des informations. En effet, on parle de pilule pour désigner la contraception quotidienne et de « pilule du lendemain » pour désigner celle à prendre a posteriori, en cas de rapport non protégé, mais aussi de « pilule abortive » pour parler du RU486. Cet amalgame dans le vocabulaire entraîne une confusion forcément néfaste à une bonne connaissance de la contraception d'urgence.

Mais le terme pilule « du lendemain » comprend également une double ambiguïté : certaines femmes, qui en auraient besoin, ne l'utilisent pas car elles pensent avoir dépassé le délai, identifié au lendemain. D'autre part, le lendemain fait référence à une norme adulte du rapport sexuel ayant lieu la nuit, d'où une prise de la contraception d'urgence le lendemain. Or, pour beaucoup de jeunes, les rapports sexuels ont lieu dans la journée, par exemple en l'absence des parents, ils n'ont donc pas forcément à attendre le lendemain pour prendre la contraception d'urgence si c'est nécessaire. A contrario, tout délai supplémentaire minore le taux d'efficacité.

Pour ces différentes raisons, l'expression « contraception de rattrapage » est plus appropriée pour parler de la contraception d'urgence que le terme inexact de « pilule du lendemain ».

Un sondage réalisé en 2012 par l'institut BVA pour HRA Pharma [27] montre que la majorité des femmes interrogées pense que la contraception d'urgence est un vrai progrès pour les femmes et près de 9 sur 10 considèrent que la CU est « une pilule que l'on choisit de prendre lorsque l'on est responsable pour éviter une grossesse non souhaitée ». Cependant, deux tiers pensent aussi que la prise de la contraception d'urgence est un signe d'imprudence vis-à-vis de la contraception et 20% ressentiraient de la honte si elles devaient la prendre. Les résultats du sondage soulignent également la persistance d'idées reçues et de fausses croyances autour de la contraception d'urgence et 30% des sondées déclarent ne pas savoir très bien comment ça marche.

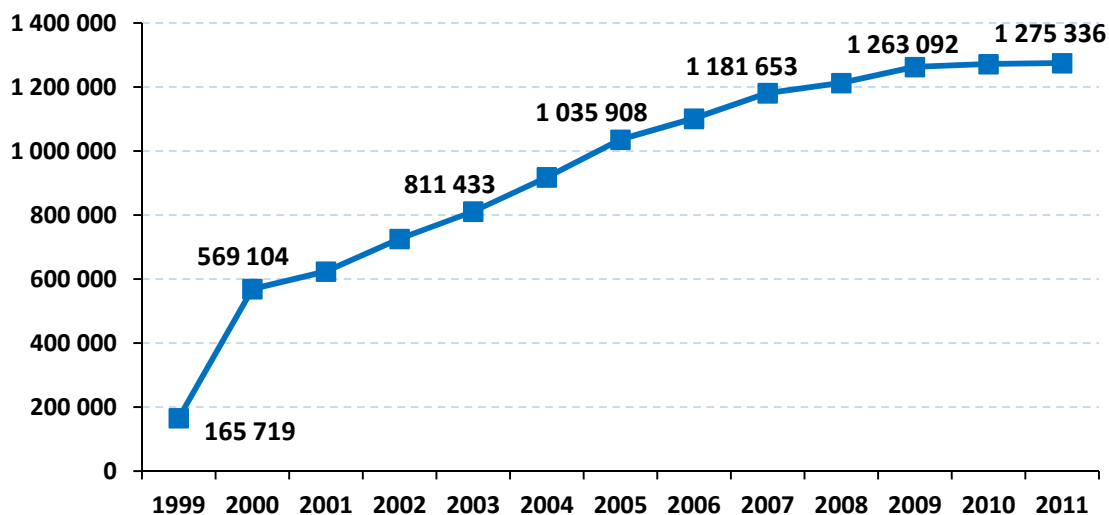
Données sur le recours à la contraception d'urgence

Les données du marché de l'industrie pharmaceutique compilées par le Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS) permettent d'estimer à près de

1,3 million le nombre de boîtes de contraception d'urgence vendues au cours de l'année 2011.

Depuis sa mise sur le marché, l'utilisation de la contraception d'urgence est en constante augmentation, elle a doublé en dix ans entre 2000 et 2011 et tend à se stabiliser depuis 2009.

Evolution du nombre de boîtes de contraception d'urgence vendues en France de 1999 à 2011

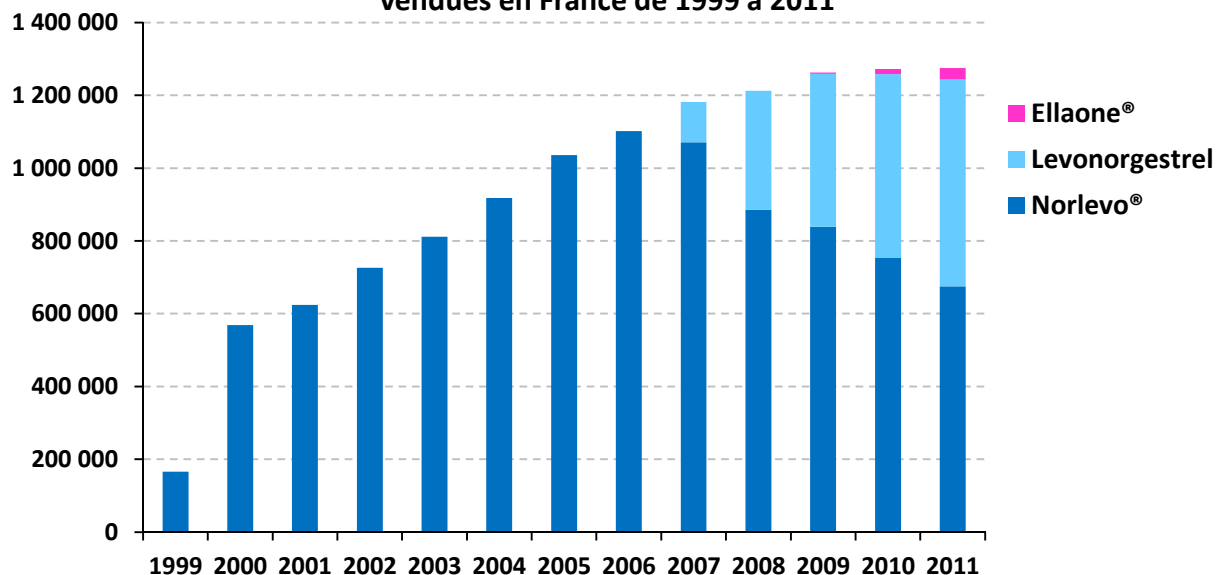


Source : GERS

Depuis 2007, la part du générique augmente.

Ellaone® ne représente qu'une petite partie de la consommation de contraception d'urgence, son utilisation étant liée à une prescription médicale.

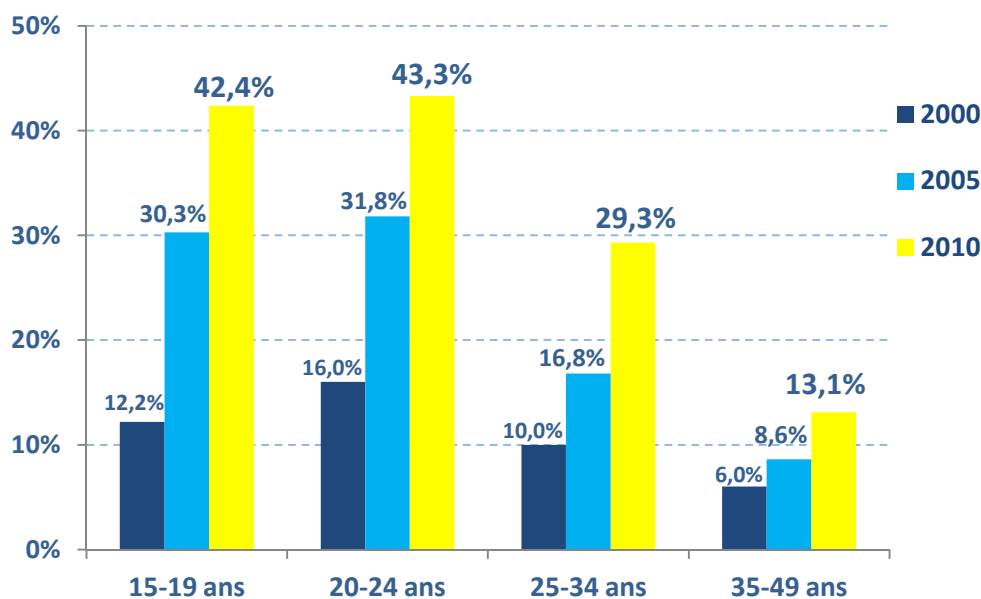
Evolution du nombre de boîtes de contraception d'urgence vendues en France de 1999 à 2011



Source : GERS

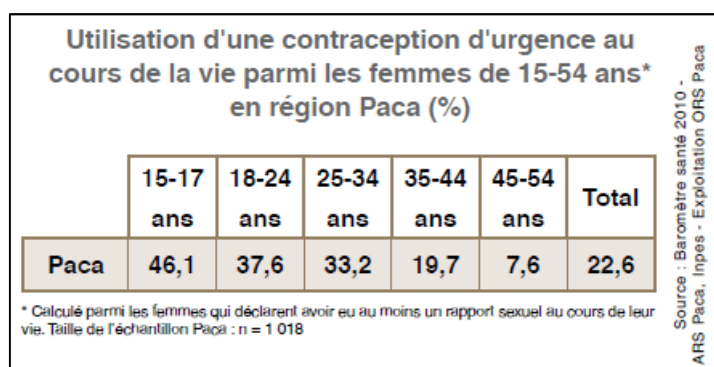
Dans le dernier Baromètre santé de 2010, 24% des femmes de 15 à 49 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels, déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours de leur vie (8,8% en 2000 et 14,4% en 2005).

Le recours à la CU est plus élevé chez les femmes les plus jeunes : 43% chez les 15-24 ans.



Sources : Baromètres santé 2000 – 2005 – 2010, INPES

L'exploitation par l'ORS PACA [41] des données du Baromètre santé montre une situation similaire en région où 22,6% des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives ont déjà eu recours, au moins une fois, à la contraception d'urgence.



Lors de la mise sur le marché du Norlevo[®], des craintes ont été exprimées de voir la contraception d'urgence remplacer l'utilisation d'une contraception régulière, craintes qui ne se sont pas réalisées. La couverture contraceptive a, au contraire, continué de s'élargir et l'usage de la contraception d'urgence semble répondre dans la majorité des cas à celui pour lequel elle a été conçue : une méthode de rattrapage des échecs ou erreurs de contraception.

Toutefois les différentes enquêtes convergent pour montrer un recours insuffisant à la contraception d'urgence en cas de rapport non protégé ou d'oubli de pilule. L'enquête FECOND [23] rapporte ainsi que seule 1 femme sur 4 déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours du dernier mois a eu recours à cette méthode de rattrapage.

En mars 2013, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations en faveur d'une meilleure information des hommes et des femmes sur la contraception d'urgence [33]. Elle rappelle que la contraception d'urgence n'est pas un dispositif isolé mais qu'elle s'inscrit

bien dans un cadre général qui est celui de la santé sexuelle et reproductive et préconise d'informer sur l'existence de la CU, les délais d'utilisation et les modalités d'accès, à l'occasion de tout contact relatif à la contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs en dehors du contexte d'urgence.

La HAS a par ailleurs étudié les conséquences d'une prescription à l'avance de la contraception d'urgence [36]. L'analyse des différents essais disponibles, tous réalisés aux Etats-Unis, montre qu'une telle stratégie n'est pas efficace pour diminuer le nombre de grossesses non prévues à l'échelle d'une population mais qu'aucun effet négatif n'a été démontré sur les IST, les rapports sexuels non protégés ou sur l'utilisation de la contraception régulière. La HAS propose d'envisager une prescription à l'avance de la CU au cas par cas dans certaines situations (femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence, femmes voyageant à l'étranger ou les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces).

Le dispositif d'accès gratuit pour les mineures

La délivrance gratuite et anonyme de la contraception d'urgence pour les mineures en pharmacie est inscrite dans la loi du 13 décembre 2000 [2].

Le décret du 9 janvier 2002 [6] explicite l'organisation de cette procédure :

- La délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la mineure correspond bien aux critères d'utilisation de la contraception d'urgence.

- « **La *minorité* à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance est justifiée par simple déclaration orale faite au pharmacien** » (Art. 2).

- L'entretien permet également au pharmacien de fournir une information sur la contraception régulière et la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

- L'information par le pharmacien est complétée par la remise de documentation sur ces sujets et la communication des coordonnées du centre de planification le plus proche.

- Le pharmacien facture la contraception d'urgence à la caisse d'assurance maladie selon une procédure anonyme en télétransmission ou via une feuille de soins papier (détails sur site de l'Assurance Maladie : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/delivrance-de-la-contraception/la-contraception-d-8217-urgence.php>)

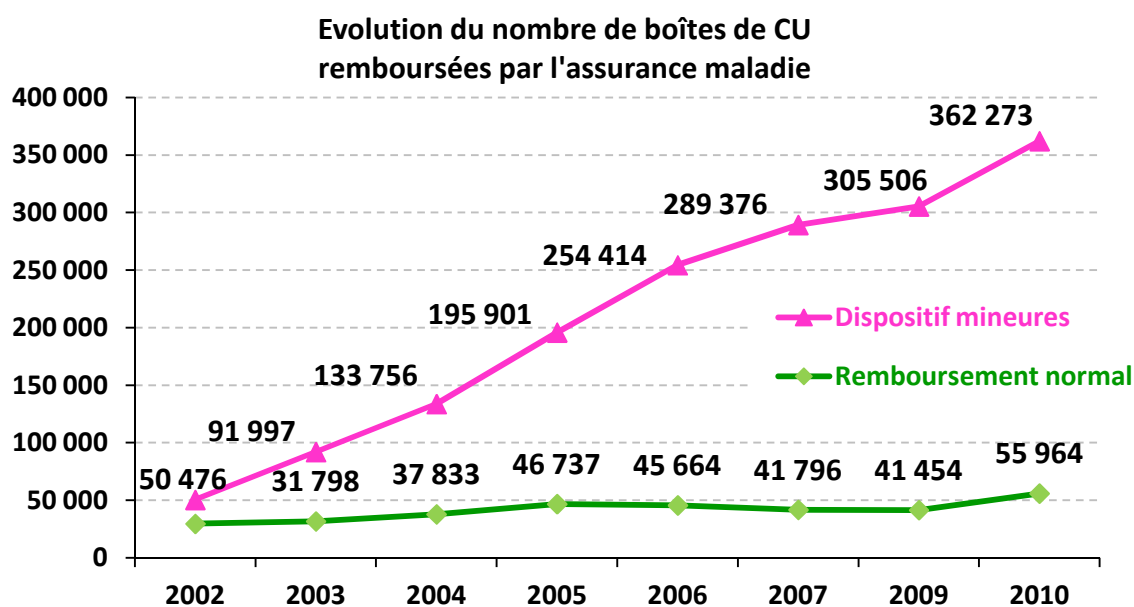
Dans les faits, si la procédure est clairement explicitée dans le décret, la délivrance aux mineures ne se fait pas toujours dans les conditions prescrites par la réglementation comme le relève, en 2009, le rapport de l'IGAS [21] : les demandes de paiement sont relativement fréquentes et certains pharmaciens exigent, de façon abusive, une pièce d'identité. Mais c'est au niveau de l'accompagnement et de l'information que les carences sont les plus importantes.

Une enquête testing réalisée par le Service de Gynécologie du CHU de Nice [28], en 2006, dans 53 pharmacies de Nice, montre que 20 pharmacies, soit 37,7%, ont refusé la délivrance gratuite pour une mineure. Les motifs de refus de délivrance étaient pour 85% une exigence de paiement, 10% l'allégation d'une rupture de stock et pour 5% un refus de

principe. Parmi les 33 pharmacies ayant délivré le Norlevo[®] gratuitement, un tiers a demandé la présentation d'une pièce d'identité et 45,5% d'entre elles ont réclamé un règlement avant de se faire rappeler par les jeunes filles leur statut de mineure.

En 2011, le CRIPS PACA a réalisé une enquête auprès de plus de 600 jeunes lycéens et apprentis de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sur leurs connaissances, représentations et utilisation de la contraception d'urgence [45]. Sur les 77 jeunes déclarant s'être déjà procuré la CU dans une pharmacie, 82% des utilisatrices étaient mineures et 65% l'ont dit au pharmacien. La délivrance a été refusée à 2 mineures, la carte d'identité a été demandée dans 13% des cas et 7% des utilisatrices ayant déclarées être mineures ont dû payer la contraception d'urgence. Si la situation s'améliore, des efforts restent encore à faire en matière d'information et de formation des pharmaciens.

Le nombre de boîtes de CU délivrées aux mineures dans ce dispositif est en constante augmentation : il est passé de 50 000 en 2002 à plus de 360 000 en 2010.



Sources : CNAMTS pour 2002-2007 et SNIIRAM pour 2009 et 2010

Peu de données chiffrées récapitulent l'activité des centres de planification et d'éducation familiale en matière de délivrance de la contraception d'urgence. Dans un rapport sur ces organismes en 2011 [19], l'IGAS souligne une offre très inégalement répartie sur le territoire.

La délivrance en milieu scolaire

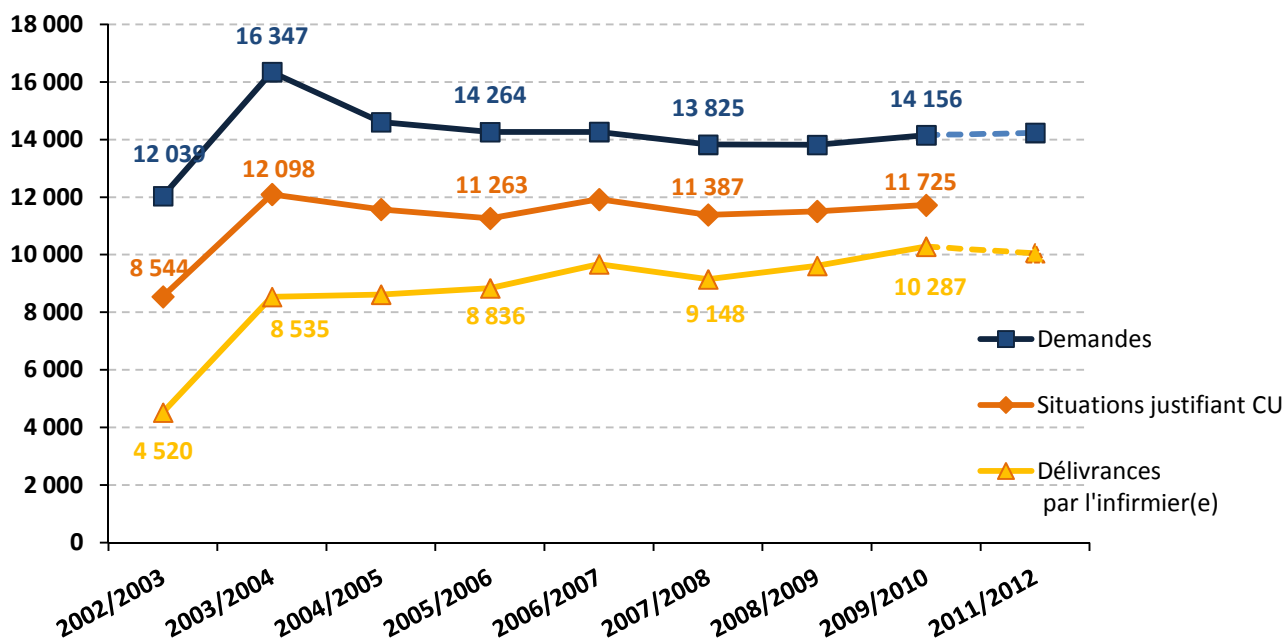
Autorisée par une circulaire de janvier 2000, inscrite dans la loi du 13 décembre 2000, les modalités de la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmier(e)s scolaires aux élèves mineures et majeures, ont été précisées par le décret du 27 mars 2001 [3].

Cette intervention se situe dans un cadre plus limité et conditionné par « les cas d'urgence et de détresse caractérisée » et « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification n'est pas immédiatement disponible ».

Le rôle des infirmier(e)s ne se limite pas à la délivrance mais ils(elles) assurent l'accompagnement psychologique et la mise en œuvre d'un suivi médical.

Alors que la délivrance aux mineures par les pharmaciens a augmenté de façon très importante, les chiffres de l'Education Nationale montrent une stabilité de la délivrance par les infirmier(e)s scolaires depuis 2003. Les données disponibles au niveau régional, montrent que la situation dans les académies d'Aix-Marseille et de Nice est semblable à celle de la France.

Délivrance de la contraception d'urgence en milieu scolaire



*Année 2010-2011 : données incomplètes

Source : DGESCO

Le rapport de l'IGAS [21] relève dans ce dispositif deux difficultés principales : l'absence d'un budget spécifique des infirmeries scolaires pour procéder à l'achat autonome de la contraception d'urgence mais aussi la lecture très rigoureuse des conditions d'intervention et notamment de la notion d'urgence et de détresse. L'infirmier(e) scolaire apparaît plus comme un dernier recours que comme une voie supplémentaire d'accès à la contraception d'urgence.

L'accès à la contraception d'urgence pour les étudiantes a été renforcé avec le décret du 24 juillet 2012 [10] qui en autorise la délivrance gratuite au sein des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

En 2013, la HAS [36] a recommandé d'élargir la délivrance de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel aux élèves/étudiants/apprentis dans tous les établissements d'enseignement et de formation indépendamment de la présence d'un personnel sanitaire.

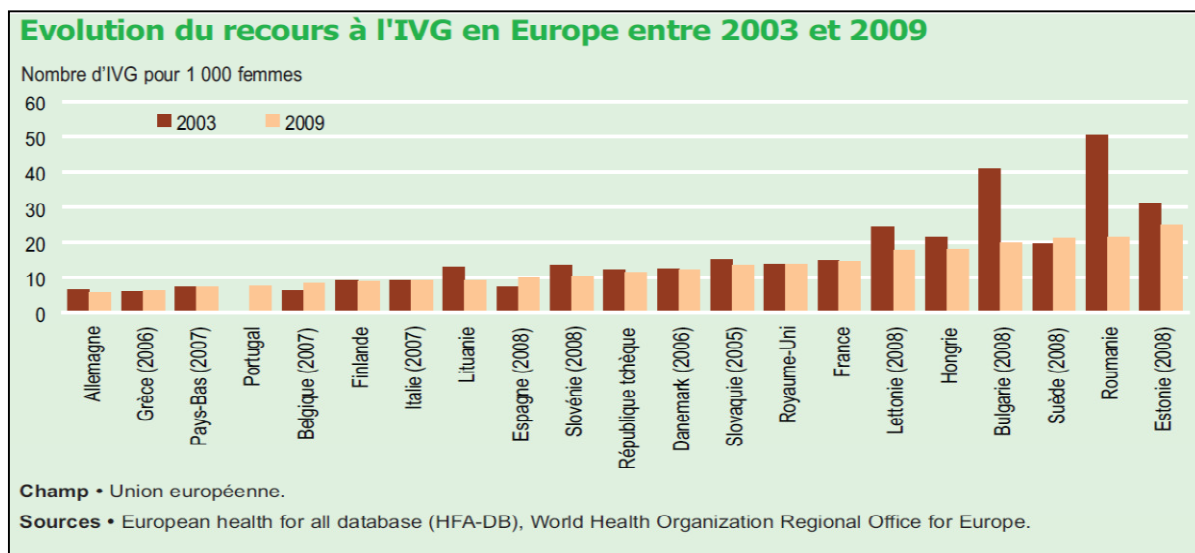
Le recours à l'interruption volontaire de grossesse

La situation en France

Le recours à l'IVG a augmenté depuis l'adoption de la loi Veil en 1975 jusqu'en 1990 puis s'est stabilisé avant de repartir de nouveau à la hausse de 1995 à 2006. Actuellement, le nombre d'IVG pour 1 000 femmes en France métropolitaine est pratiquement stable depuis 2006.

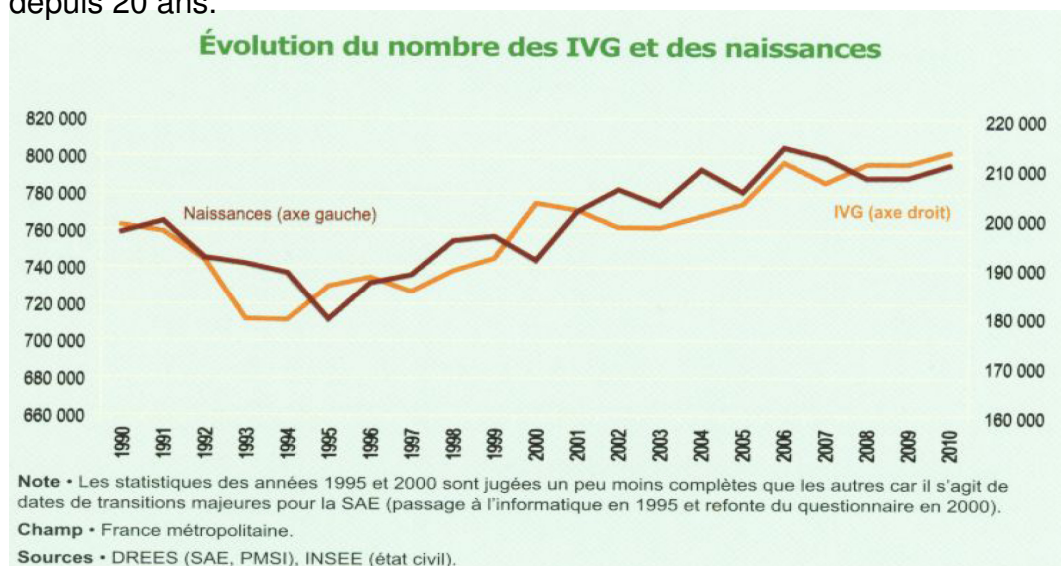
Les données de la DREES [48] montrent un recours important à l'IVG en France avec 222 452 IVG réalisées en 2011. Cela représente un taux de 15,1 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011 contre 12,3 en 1995.

En Europe, les taux d'IVG sont très différents d'un pays à l'autre et varient de 5 à 25 IVG pour 1 000 femmes. Les taux les plus élevés se retrouvent majoritairement dans les pays d'Europe de l'Est. Au niveau européen, la France présente un fort taux d'IVG pour 1 000 femmes. Elle se situe derrière la Suède (21 en 2008) et les nouveaux pays de l'Est membres de l'Union Européenne mais très loin devant les Pays-Bas ou l'Allemagne respectivement à 7 et 5.



Source : DREES

En 2010, on dénombre en France 1 IVG pour 4 naissances et l'évolution des courbes est parallèle depuis 20 ans.



L'augmentation annuelle des IVG de 1,8% par an depuis 1995 illustre, avant tout, l'organisation d'un meilleur accès à l'IVG en cas de besoin, jusqu'à une stabilité à partir de 2006. Tous les professionnels souhaiteraient voir diminuer le nombre d'IVG « évitables » mais les facteurs qui conduisent à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre sont multiples et complexes. Les deux-tiers des grossesses non prévues surviennent chez des femmes utilisant une contraception.

Les études réalisées par l'INSERM [24] et l'INED [47] soulignent que le recours à l'IVG ne traduit pas nécessairement un échec de la diffusion de la contraception mais plutôt que le recours à l'IVG, en cas de grossesse non prévue, a augmenté avec l'évolution des représentations sociales.

Le calcul de l'INED à partir du taux d'IVG par tranche d'âge, confirme que 36,2% des femmes auront recours à une IVG au cours de leur vie. L'IVG n'est donc pas un événement exceptionnel, elle constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive des femmes et doit être prise en compte en tant que telle.

Si la prise en charge de l'IVG a marqué des progrès réels au cours des dernières années, l'IGAS souligne dans son rapport [20] que ces progrès demeurent fragiles. Les délais d'accès à l'IVG se sont dans l'ensemble nettement améliorés mais cette amélioration globale n'exclut pas la persistance de problèmes dans certaines zones de forte demande, notamment dans les grandes métropoles.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a instauré le remboursement à 100% de l'IVG pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode utilisée (chirurgicale ou médicamenteuse). Cette mesure est entrée en vigueur avec le décret n°2013-248 du 25 mars 2013 [11].

En 2013, le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (HCE/fh) a été saisi par la Ministre des Droits des Femmes pour étudier l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Dans son rapport [32], il fait état d'un droit « à part » qui se heurte parfois à différents obstacles qui peuvent être lourds de conséquences. Il souligne que l'offre de soins actuelle ne permet pas partout un accès rapide et de proximité à l'IVG, ne garantit pas le choix de la méthode d'IVG et n'assure pas toujours la gratuité et la confidentialité. Il pointe également la question de la gouvernance avec un système d'inspection complexe, des sanctions rares et une coordination malaisée. Le HCE/fh dégage enfin 34 recommandations pour améliorer la situation.

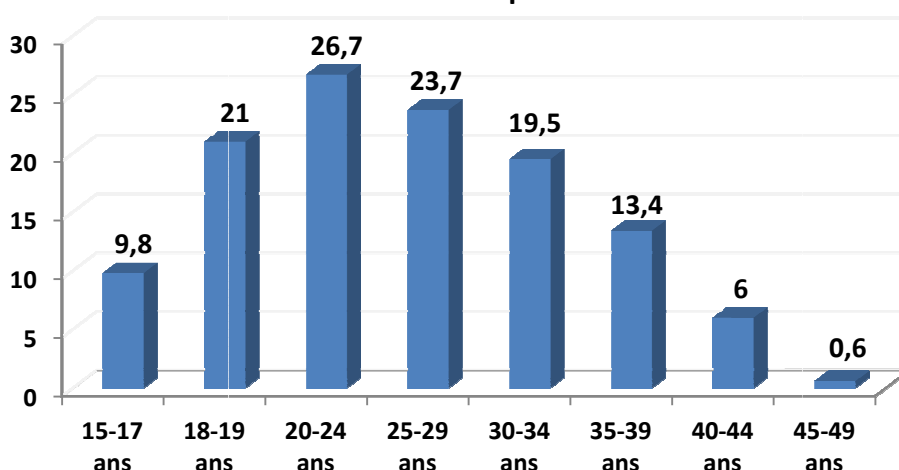
Dans un volet spécifique à l'information sur internet [31], le HCE/fh souligne la place prédominante des sites gérés par des anti-IVG présentant une information biaisée où l'accès à l'IVG est l'objet de remises en cause insidieuses. Il préconise une communication publique volontariste et organisée sur l'IVG : site internet institutionnel, numéro vert unique national, campagne nationale d'information sur le droit à l'avortement mais aussi mise en place d'une cellule de veille sur le sujet.

Suite à ce rapport, un site d'information officiel sur l'IVG a été lancé en septembre 2013 (www.ivg.gouv.fr) avec pour objectif de fournir des informations fiables sur le droit et l'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France. Ce site aborde le droit à l'avortement, les droits des mineures, les délais à respecter, les différentes étapes à suivre pour réaliser une IVG, décrit les différentes méthodes d'IVG et recense tous les lieux ressources d'information par région et les lignes d'écoute téléphonique.

En janvier 2014, dans le cadre du projet de loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, l'Assemblée nationale a adopté en première lecture l'article 5 quinquies C supprimant du code de la santé publique la notion de "situation de détresse" pour les femmes souhaitant recourir à l'IVG. Le 17 avril, en 2ème lecture du projet de loi, le Sénat a adopté conforme cet article qui précise que désormais le recours à l'IVG est ouvert à toutes les femmes qui ne veulent pas poursuivre leur grossesse.

Le recours à l'IVG selon l'âge

Taux d'IVG pour 1000 femmes en 2011
en France métropolitaine

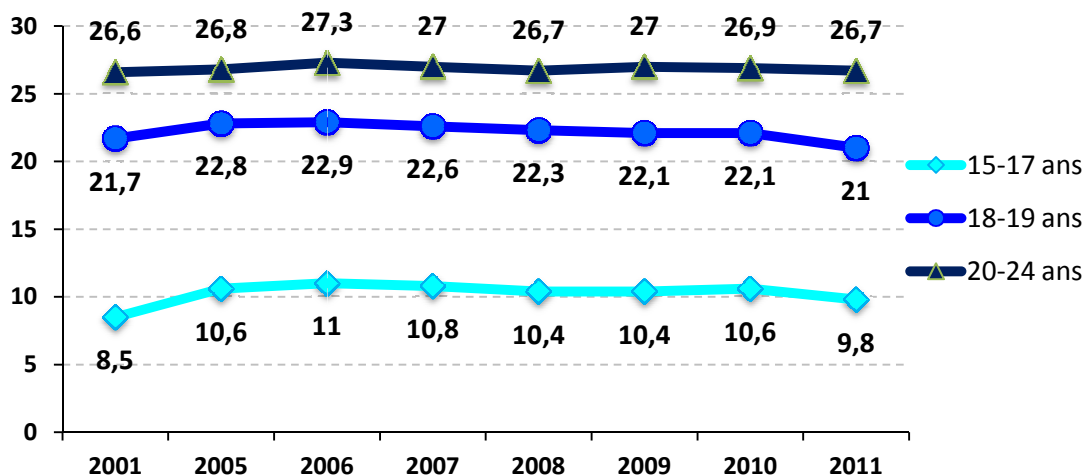


Sources : DREES, ATIH, CNAMTS, INSEE - Champ : France métropolitaine

Avec 26,7%, les femmes de 20 à 24 ans présentent le taux le plus élevé.

En 2011, 14 femmes de moins de 20 ans sur 1 000 ont effectué une IVG en métropole. La légère baisse du recours chez les jeunes femmes, observée depuis le milieu des années 2000 se confirme en 2011.

Evolution du nombre d'IVG pour 1000 femmes
chez les moins de 25 ans en France



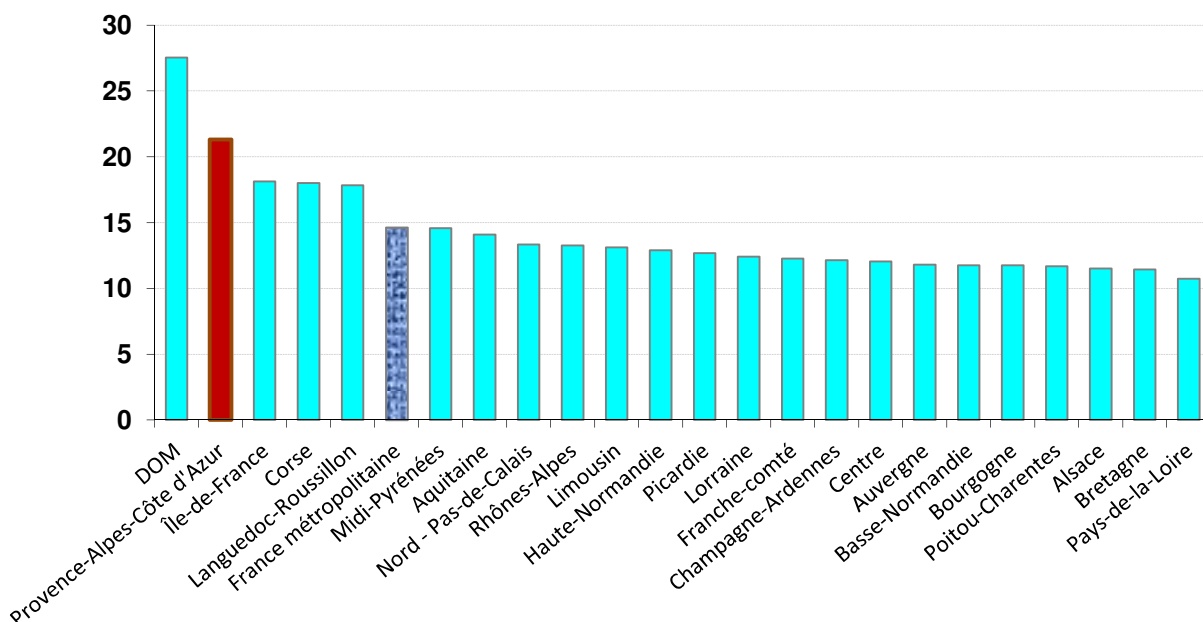
Sources : DREES, ATIH, CNAMTS, INSEE - Champ : France métropolitaine

Chez les mineures, le taux d'IVG en France métropolitaine en 2011 est de 10,5‰.

La situation en PACA

Les données de la DREES montrent qu'en 2011, parmi les régions de France métropolitaine, la région PACA présente, de loin, le plus fort taux d'IVG : 21,3 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (contre 14,6% en France métropolitaine).

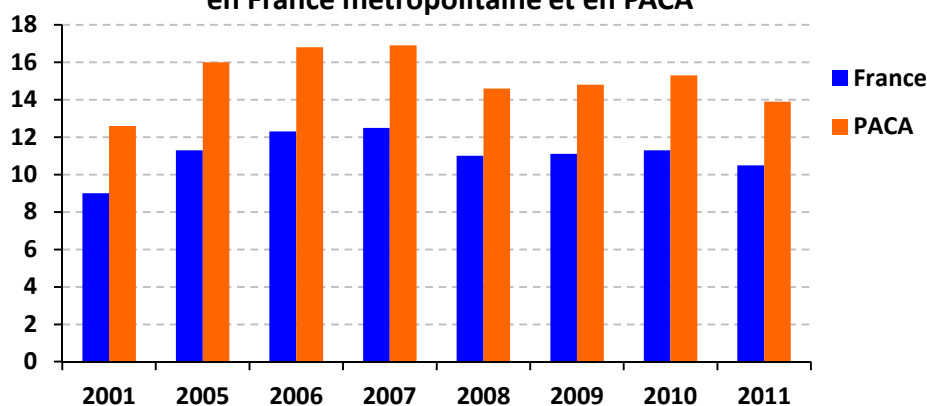
Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans selon la région en 2011



Source : DREES - Champ : France entière

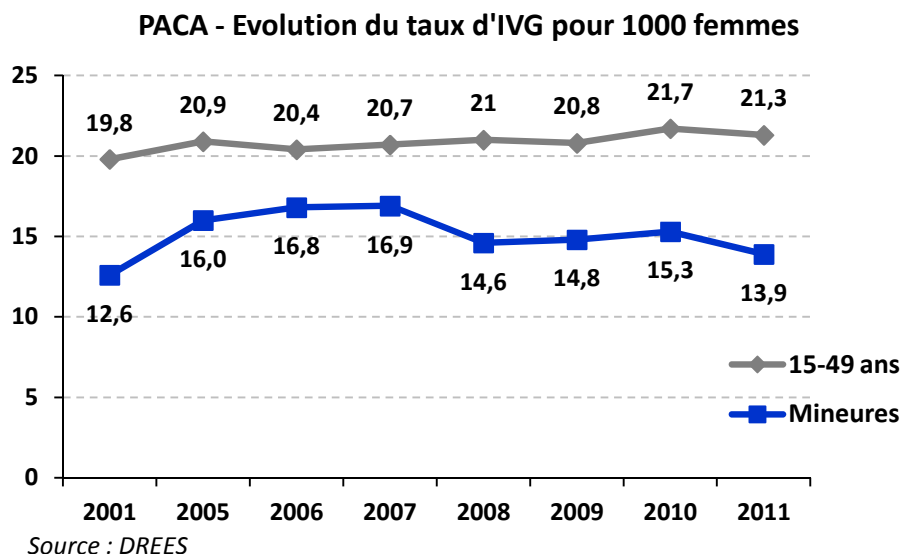
En 2011, parmi les régions de France métropolitaine, la région PACA présente également le plus fort taux d'IVG chez les mineures avec un taux de 13,9% (contre 10,5% en France métropolitaine).

Evolution du taux d'IVG chez les mineures en France métropolitaine et en PACA



Source : DREES

Ce taux d'IVG chez les mineures en PACA est en légère baisse en 2011 après une augmentation en 2009 et 2010.



L'Agence Régionale de Santé PACA compile les différentes sources d'information et publie périodiquement des bulletins présentant la situation du recours à l'IVG dans la région [16]. Elle a d'ailleurs réalisé une étude sur les caractéristiques des femmes ayant eu recours à l'IVG dans la région en 2007 faisant le point notamment sur leur profil, leur parcours et leur statut contraceptif [17].

Améliorer et renforcer l'accès à la contraception

Pour un accès effectif des jeunes à la contraception

Les principales recommandations formulées ces dernières années concernent un meilleur accès à la contraception pour toutes les femmes et en particulier les plus jeunes.

Le renouvellement de la prescription de médicaments contraceptifs oraux a été assoupli par les décrets du 10 janvier 2012 [8] et du 17 juillet 2012 [9] qui autorisent respectivement les infirmiers diplômés d'Etat (y compris ceux exerçant dans les établissements scolaires du second degré) et les pharmaciens à procéder au renouvellement d'ordonnance datant de moins d'un an. L'impact de ces nouveaux dispositifs n'est pas encore quantifié.

La reconnaissance par la loi du 29 décembre 2011 [7] des compétences des sages-femmes dans la prescription, la surveillance et le suivi biologique de la contraception participe également à l'amélioration de l'accès.

Néanmoins, pour le public jeune, et malgré son haut niveau de couverture contraceptive, tous les problèmes d'accès à la contraception ne sont pas résolus. Le besoin de confidentialité, amplifié dans certaines situations familiales, et la faiblesse de leurs ressources financières caractérisent la situation des jeunes.

Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) proposent des consultations médicales gratuites et délivrent de manière gratuite et confidentielle une contraception aux mineures et aux jeunes majeures sans couverture sociale. La loi garantit un accès autonome des mineures à la contraception, pour lesquelles le consentement parental n'est pas requis. Mais les CPEF, compétence des conseils généraux, sont inégalement répartis sur le territoire et leurs missions, ou même leur existence, ne sont pas toujours connues par les jeunes. C'est pourquoi l'IGAS [19] recommande d'étendre leur couverture géographique notamment en développant des antennes avancées et d'améliorer la communication sur internet à travers, entre autre, la fourniture d'informations pratiques quant aux lieux, horaires et prestations.

Fin 2012, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a instauré le remboursement à 100% des contraceptifs pour les mineurs de plus de 15 ans. Cette mesure est entrée en vigueur avec le décret n°2013-248 du 25 mars 2013 [11].

Fin 2013, la loi [12] de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit que les médecins et sages-femmes sont tenus de faire bénéficier du tiers payant les mineures de plus de 15 ans pour tous les actes liés à la prescription d'une contraception.

Si ces mesures vont dans le bon sens, elles ne résolvent évidemment pas tous les problèmes d'accès à la contraception pour les plus jeunes notamment ceux liés à la confidentialité.

De plus, la question d'un accès réellement effectif à la contraception ne concerne pas que les moins de 18 ans. Certains jeunes majeurs cumulent également les difficultés, comme le souligne l'enquête FECOND [23]. En effet, les moins de 20 ans sont souvent ayant-droit de leurs parents ce qui ne leur permet pas une prise en charge de la Sécurité Sociale confidentielle. De plus, le taux de chômage important des 20-24 ans, la précarisation des étudiant(e)s, le coût et l'absence de remboursement de certains contraceptifs par l'Assurance Maladie constituent également des freins réels pour des jeunes qui ne bénéficient plus des conditions d'accès gratuit réservées aux mineures. Comme pour toutes les questions de santé, les problèmes d'accès à la contraception concernent d'abord les jeunes femmes les moins diplômées.

A défaut d'un dispositif national, un certain nombre de régions se sont déjà saisies de ces questions et ont mis en place de leur propre initiative des dispositifs régionaux destinés à favoriser l'autonomie des jeunes. Dans ce domaine, la Région Poitou-Charentes, faisant figure de précurseur, est la première à avoir en 2009 mis à disposition des jeunes un accès gratuit et anonyme par un « pass contraception ». Un dispositif similaire a été depuis mis en place dans plusieurs régions comme Ile-de-France, Rhône-Alpes, Pays de la Loire, Aquitaine ou Champagne-Ardenne.

La Région Provence-Alpes-Côte d'Azur s'est également dotée d'un dispositif régional d'accès à la contraception pour les jeunes, le « Pass Santé + prévention-contraception », qui revêt la forme d'un chéquier permettant l'accès gratuit et anonyme à des prestations de santé telles que des consultations médicales, des analyses biologiques, l'achat de contraceptifs adaptés ainsi que l'achat de préservatifs [46]. Ce Pass s'adresse aux jeunes de moins de 26 ans résidant en région PACA, lycéen(ne)s, apprenti(e)s, étudiant(e)s, stagiaires de la formation professionnelle, en service civique ou accompagné(e)s par une mission locale ou inscrit(e)s à Pôle Emploi. Il est confidentiel, gratuit, accessible sans carte vitale sur simple justificatif de situation et doit être commandé en ligne sur un site dédié de la Région (<http://generation.regionpaca.fr/>). Dans les 10 premiers mois suivant le

lancement de ce Pass, 3 000 chéquiers ont été commandés majoritairement par des étudiants (45%), des lycéens (25%) ou des jeunes suivis par une mission locale (11%).

Faire évoluer les pratiques des professionnels

Avec la disparition de la spécialité de gynécologie médicale, l'implication des médecins généralistes dans la prescription de la contraception est croissante. En 2009, plus de 50% des contraceptifs remboursés par la Sécurité Sociale ont été prescrits par des médecins généralistes.

L'instauration d'une compétence générale pour les sages-femmes en matière de prescription de la contraception doit également s'accompagner d'une prise en compte de cette évolution dans leur cursus de formation. Comme pour les médecins généralistes, la formation initiale doit être renforcée et les professionnels en activité incités à se tourner vers des formations continues.

Si la prévention des grossesses non désirées passe par la mise en place d'une contraception, la portée réelle de cette prévention dépend pour une large part de l'attention portée aux besoins des utilisatrices, du temps passé à déterminer les éléments d'un choix éclairé, du soin pris pour expliquer le mode de fonctionnement et d'utilisation, à informer sur les accidents de parcours éventuels et les mesures à prendre le cas échéant. En effet, les deux-tiers des grossesses non prévues surviennent chez des femmes utilisant une contraception. Or, faute de temps et de formation, le rôle de counseling n'a pas une place suffisante dans le système de prescription actuel. Les données issues du Baromètre Santé médecins généralistes 2009 [30], publié par l'INPES, montrent que le champ de la vie affective et sexuelle reste le plus compliqué à aborder pour les professionnels.

Par ailleurs, les pratiques en matière de contraception sont parfois influencées par un certain nombre d'idées reçues et de réticences, certains professionnels ne se sentant pas toujours en accord avec les recommandations ou les guides de bonnes pratiques. Pour exemple, selon les données recueillies par l'enquête FECOND [23], 69% des gynécologues et 84% des généralistes considèrent que le stérilet n'est pas indiqué chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant alors que les recommandations insistent sur le fait que le dispositif intra-utérin peut être utilisé chez une nullipare.

Les acteurs et responsables de la santé publique insistent donc sur la nécessité d'agir sur les pratiques des professionnels de santé, tout particulièrement les médecins, généralistes gynécologues et pédiatres, les sages-femmes, mais aussi les pharmaciens et les infirmières, en particulier scolaires, afin d'encourager l'actualisation des connaissances et d'améliorer l'appropriation des recommandations en matière de contraception.

Dans ce contexte, la Ministre des affaires sociales et de la santé a saisie fin 2012 la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer un référentiel de bonnes pratiques à l'intention des professionnels de santé afin de les aider à proposer la contraception la plus adaptée possible à la situation de chacun en fonction de l'âge, du contexte social ou de la situation médicale. La HAS a articulé sa réflexion autour de 3 axes et a édité différents documents d'information à destination des professionnels de santé afin de les aider dans leur pratique :

- synthèse détaillant le mode d'action des différentes méthodes contraceptives disponibles, leurs indications, les populations cibles, l'efficacité, la tolérance, leurs

conditions de suivi et complications possibles [39],

- fiches mémo de situations cliniques particulières pour aider au choix de la contraception la mieux adaptée au profil de chacun [37],

- état des lieux des pratiques contraceptives et analyse des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [38].

Conclusion

Depuis les années 2000, les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive sont reconnues comme un enjeu essentiel de santé publique et facteur de développement.

La France a en Europe le plus fort taux de natalité. C'est aussi un des premiers pays européens pour le taux d'IVG avec une couverture contraceptive quasi optimale. Certains soulignent ces données comme paradoxales. En fait, ces données montrent, qu'à différents moments de leur vie, les femmes utilisent une ou des méthodes contraceptives, donnent naissance à des enfants ou bénéficient d'une interruption volontaire de grossesse. En résumé, que les femmes en France ont une vie sexuelle active.

Bibliographie

Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Textes de lois et réglementaires par ordre chronologique

[1] SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE

Arrêté du 27 mai 1999 portant modification aux exonérations à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine

Journal officiel de la République française, 1999, n°123, p. 7982

[2] **Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence**

Journal officiel de la République française, 2000, n°289, p. 19830

[3] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

Journal officiel de la République française, 2001, n°74, pp. 4825-4826

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

Journal officiel de la République française, 2001, n°156, pp. 10823-10827

[5] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUE A LA SANTE

Arrêté du 8 août 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux

Journal officiel de la République française, 2001, n°190, pp. 13304-13305

[6] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUE A LA SANTE
Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence

Journal officiel de la République française, 2002, n°8, p. 590

[7] **Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé**

Journal officiel de la République française, 2011, n°0302, p. 22667

[8] MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
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

Journal officiel de la République française, 2012, n°0010, p. 583

[9] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien

Journal officiel de la République française, 2012, n°0166, p. 11839

[10] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Décret n° 2012-910 du 24 juillet 2012 relatif à la délivrance de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

Journal officiel de la République française, 2012, n°0172, p. 12242

[11] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
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

Journal officiel de la République française, 2013, n°0073, p. 5133

[12] **Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014**

Journal officiel de la République française, 2013, n°0298, p. 21034

[13] AGENCE NATIONAL DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE
Contraceptifs oraux combinés (COC) et risque de thrombose veineuse : Préférer les pilules de deuxième génération contenant du lévonorgestrel

Saint-Denis : ANSM, 2012, 2 p.

[14] AGENCE NATIONAL DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE
Contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse : prescription des pilules de 2e génération contenant du lévonorgestrel en première intention

Saint-Denis : ANSM, 2012, 3 p.

[15] AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE
Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à décembre 2013

Saint-Denis : ANSM, 2014, 8 p.

[16] AGENCE REGIONALE DE SANTE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR
Les Interruptions Volontaires de Grossesse pratiquées en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2011

Info Stat, 2013, n°19, 8 p.

[17] AGENCE REGIONALE DE SANTE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR
Les IVG dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur : caractéristiques et parcours des femmes ayant recours à l'IVG - Exploitation régionale de l'enquête DREES 2007
Info Stat, 2010, n°11, 16 p.

[18] AMSELLEM - MAINGUY Y
Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence
La Santé de l'Homme, 2009, n°399, pp. 8-10

[19] AUBIN C, BRANCHU C, VEILLERIBIERE J-L, SITRUK P, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan
Paris : IGAS, 2011, 164 p.

[20] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, CHAMBAUD L, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse
Paris : IGAS, 2009, 93 p.

[21] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence
Paris : IGAS, 2009, 99 p.

[22] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication
Paris : IGAS, 2009, 109 p.

[23] BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C, EQUIPE DE L'ENQUÊTE FECOND
La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?
Population & Sociétés, 2012, n°492, 4 p.

[24] BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M
Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
Population & Sociétés, 2004, n°407, 4 p.

[25] BECK F dir., RICHARD J-B dir.
Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010
Saint-Denis : INPES, 2013, 337 p.

[26] BEDDOU C
Pass Santé + Prévention-contraception : la santé des jeunes prioritaire
La lettre de la Région, 2013, n°244

[27] BVA, HRA Pharma
Les femmes, les leaders d'opinion et la contraception d'urgence en 2012
Paris : BVA, 2012, 29 p.

[28] DELOTTE J, MOLINARD C, TRASTOUR C, BOUCOIRAN I, BONGAIN A
Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, n°36, 2008, pp. 63-66

[29] DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES)
Objectif 97 : Contraception
In : L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi. Rapport 2011, Paris : DREES, 2011, pp 330-331

[30] GAUTIER A dir.

Baromètre santé médecins généralistes 2009

Saint-Denis : INPES, 2011, 266 p.

[31] HAUT CONSEIL A L'EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 1 : information sur l'avortement sur Internet

Paris : HCE/fh, 2013, 36 p.

[32] HAUT CONSEIL A L'EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires

Paris : HCE/fh, 2013, 110 p.

[33] HAUTE AUTORITE DE SANTE

Améliorer l'information sur la contraception d'urgence : synthèse des recommandations en santé publique

Saint-Denis : HAS, 2013, 4 p.

[34] HAUTE AUTORITE DE SANTE

Avis et Synthèse d'avis de la commission de la transparence : Ellaone (ulipristal), modulateur des récepteurs de la progestérone. Progrès thérapeutique mineur par rapport à NORLEVO dans la contraception d'urgence

Saint-Denis : HAS, 2010, 11p. - 2 p.

[35] HAUTE AUTORITE DE SANTE

Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les "pilules" de 1re ou 2e génération

Saint-Denis : HAS, 2012, 2 p.

[36] HAUTE AUTORITE DE SANTE

Contraception d'urgence : prescriptions et délivrance à l'avance – argumentaire

Saint-Denis : HAS, 2013, 125 p.

[37] HAUTE AUTORITE DE SANTE

Ensemble de 9 fiches mémo :

- **Contraception : prescriptions et conseils au femmes**, fiche mémo, 4 p.
- **Contraception chez la femme adulte en âge de procréer**, fiche mémo, 4 p.
- **Contraception chez l'adolescente**, fiche mémo, 4 p.
- **Contraception chez la femme en postpartum**, fiche mémo, 4 p.
- **Contraception chez la femme après une IVG**, fiche mémo, 4 p.
- **Contraception chez l'homme**, fiche mémo, 2 p.
- **Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et la femme**, fiche mémo, 3 p.
- **Contraception d'urgence**, fiche mémo, 3 p.
- **Efficacité des méthodes contraceptives**, 1 p.

Saint-Denis : HAS, 2013

[38] HAUTE AUTORITE DE SANTE

État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée

Saint-Denis : HAS, 2013, 50 p.

[39] HAUTE AUTORITE DE SANTE

Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles

Saint-Denis : HAS, 2013, 54 p.

[40] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION A LA SANTE

Contraception : que savent les Français ? (enquête BVA)

Saint-Denis : INPES, 2007, 10 p.

[41] OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR
Activité sexuelle, contraception et dépistages en région PACA
Marseille : ORS PACA, 2013, 15 p.

[42] PLANNING FAMILIAL
Contraception : faciliter l'accès à la contraception, un guide pour agir ensemble
Le Planning Familial, 2012, 32 p.

[43] POLETTI B
Proposition de loi visant à permettre un meilleur accès à la contraception pour les mineures et à l'interruption volontaire de grossesse. Proposition n°3988
Paris : Assemblée nationale, 2011, 8 p.

[44] POLETTI B
Rapport d'information fait au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. Rapport n°3444
Paris : Assemblée nationale, 2011, 63 p.

[45] REBOULOT B
Contraception d'urgence : connaissances, représentations, accès et utilisation - Enquête auprès des lycéens et apprentis de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur
Nice : Université de Nice-Sophia Antipolis – UFR Médecine, 2011, 39 p.

[46] REGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR
Dispositif d'Accès à la Contraception pour Tous : Pass Santé + Prévention Contraception - Guide à l'attention des professionnels de santé
Marseille : Région PACA, 2013, 12 p.
http://www.regionpaca.fr/fileadmin/documents/En_savoir_plus/Guide_aides/Jeunesse/Pass_Santé_guide_à_destination_des_professionnels.pdf
- Accès à la demande de chéquier : <http://generation.regionpaca.fr/>

[47] VILAIN A, MOCQUET M-C
Les interruptions volontaires de grossesse en 2010
Etudes et résultats, 2012, n° 804, 6 p.

[48] VILAIN A, MOCQUET M-C, GONZALEZ L, DE RICCARDIS N
Les interruptions volontaires de grossesse en 2011
Etudes et résultats, 2013, n° 843, 6 p.

CRIPS

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Site web : <http://paca.lecrips.net>

Nos deux centres de documentation :

Marseille

5, rue Saint Jacques

13006 Marseille

☎ 04 91 59 83 83

✉ 04 91 59 83 99

eMail : cripspaca.marseille@lecrips.net

Nice

6, rue de Suisse

06000 Nice

☎ 04 92 14 41 20

✉ 04 92 14 41 22

eMail : cripspaca.nice@lecrips.net

Heures d'ouverture

14h-18h, du lundi au jeudi, 14h-17h le vendredi,
le matin sur rendez-vous