HAL
open science

Faciliter l'accès à la contraception des jeunes majeures : Évaluation des " Pass Contraception "

Sabine Baillarguet, Joachim Delpech, Pauline Metivier, Mathieu Pratlong

To cite this version:

Sabine Baillarguet, Joachim Delpech, Pauline Metivier, Mathieu Pratlong. Faciliter l'accès à la contraception des jeunes majeures : Évaluation des " Pass Contraception ". 2015. hal-01235378

HAL Id: hal-01235378

https://enpc.hal.science/hal-01235378

Submitted on 30 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faciliter l'accès à la contraception des jeunes majeures : Évaluation des « Pass Contraception »

Rapport du Groupe d'Analyse d'Action Publique pour le master PAPDD, année universitaire 2014-2015. Pour le compte du département de planification et de gestion des crises du Secrétariat Général du Ministère de l'Écologie, du Développement Durable, et de l'Énergie (MEDDE).

Sabine BAILLARGUET, Joachim DELPECH, Pauline METIVIER, Mathieu PRATLONG

Encadré par Monsieur Yannick L'HORTY, Professeur des Universités à l'Université Paris-Est Marne la Vallée et Directeur de la fédération CNRS « Travail, Emploi et Politiques Publiques »

Adopté par la moitié des régions de France métropolitaine, le Pass contraception est un carnet de coupons facilitant un accès anonyme et gratuit à la contraception. Comment évaluer ce type de dispositif ? Qu'apportent réellement les Pass contraception ? Faut-il les pérenniser et/ou les généraliser à toutes les régions ? Sous quelles conditions ? Nous livrons ici les premiers constats et les limites de notre évaluation.

Quatre décennies après l'adoption de la loi Veil le 17 janvier 1975, et malgré plusieurs évolutions législatives facilitant la diffusion de la contraception, le nombre d'interruption volontaires de grossesse (IVG) est resté stable ces vingt dernières années en France, avec 200.000 IVG pratiquées par an (IGAS 2009). Ce constat est notamment confirmé pour les mineures et les jeunes majeures. Ce recours massif et constant à l'IVG indique que, pour les personnes habitant en France, d'importants progrès sont encore à réaliser quant à l'accès accompagné aux divers modes de contraception légalement disponibles et au bon usage de ces derniers. C'est sur la base de cette hypothèse qu'en 2010 la Région Poitou-Charentes, rejointe ensuite par onze autres régions, a diffusé auprès des jeunes des carnets de coupons donnant l'accès à des consultations médicales anonymes et gratuites, baptisés « Pass Contraception ». Le Secrétariat d'État aux Droits des femmes nous a missionnés pour réaliser une première évaluation de ces différents dispositifs régionaux et ce, afin d'en envisager une possible généralisation nationale.

L'amélioration de l'accès à la contraception : une nécessité ?

L'usage de la contraception en France est aujourd'hui massif, quel que soit l'âge des femmes. L'efficacité des contraceptifs, qui sont les moyens les plus utilisés, est avérée selon la classification de l'OMS (Bajos et alii, 2012).

Pourtant, le nombre d'IVG par an reste à peu près constant : autour de 200 000 par an. La forte croissance des IVG chez les moins de 18 ans, observée au début des années 2000 s'est ralentie tandis que le taux d'IVG chez les 19-25 ans dépasse désormais les 25‰. Environ 1 grossesse sur 3 n'est pas prévue et sera interrompue volontairement dans 60% des cas (IGAS, 2009), ce qui laisse à penser que la pratique de la contraception préventive laisse encore à désirer. Ce que corrobore clairement l'enquête Fecond (2010) de l'INSERM et de l'INED (voir encadré ci-dessous).

On notera tout particulièrement qu'en moyenne 2,5% des femmes entre 15 et 39 ans « ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels, ne voulant pas d'enfant », n'emploient aucune méthode contraceptive.

L'hypothèse d'un accès contrarié aux contraceptifs se révèle donc plausible, de même que celle relative à l'usage peu ou mal maîtrisé de ces mêmes contraceptifs. Pour les jeunes, ces difficultés d'accès et d'usage sont liées d'une part à aux possibilités effectives d'accéder **aux contraceptifs** et d'autre part **à l'acceptation de leur sexualité par l'environnement familial et plus largement social et culturel**. L'anonymat et le coût d'accès aux soins (consultation de contraception chez un professionnel de santé, analyses médicales et achat du contraceptif) constituent des freins, en dépit des dernières évolutions législatives (cf. encadré).

La contraception et les IVG en France

Interdite et sévèrement réprimée en France par une loi de 1920, la contraception est autorisée par la loi Neuwirth en 1967, mais conditionnée à une autorisation parentale jusqu'à 21 ans, âge de la majorité légale. Cette condition sera levée en 2001.

À partir de 1974, les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) peuvent délivrer des contraceptifs aux mineures à titre gratuit et anonyme, sur prescription médicale.

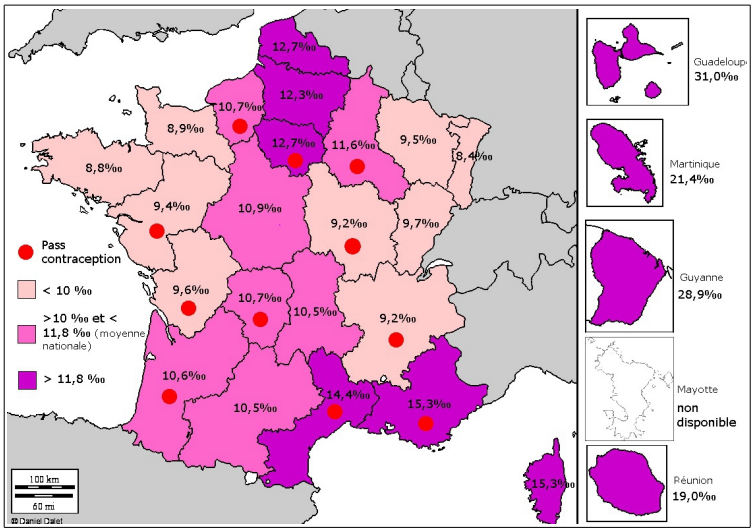
En 1975, la loi Veil autorise l'IVG en France, notamment pour les mineures, avec l'autorisation des parents.

En 2001, des séances d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées sont rendues obligatoires.

Suite à la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, l'anonymat et de la gratuité de la contraception sont en principe mis en place pour les mineurs d'au moins 15 ans : certains contraceptifs sont remboursés à 100% par l'Assurance maladie, et le professionnel assurant la prescription, les analyses ou la pose du contraceptif est tenu de dispenser la patiente d'avance de frais sur la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie.

Variété régionale

Face à des taux d'IVG qui pointent l'existence probable chez les mineur(e)s d'un problème important de grossesses non désirées - mais aussi, plus largement, de manque de prévention de santé publique, de qualité de vie dégradée et d'inégalité hommes-femmes, plusieurs Conseils Régionaux ont adopté des formules de Pass Contraception inspirées de l'expérience lancée par la région Poitou-Charentes dès 2010.



Carte 1 - Taux d'IVG en 2010 pour 1000 femmes âgées de 15 à 17 ans (Carte : crédit personnel - Fond vierge : www.histgeo.ac-aix-marseille.fr – Données : DREES, 2012)

Le Pass Contraception est **un carnet de coupons détachables (*vouchers* en anglais) comportant de 4 à 9 coupons selon les régions**. Selon nos calculs, la valeur de l'équivalent monétaire des Pass varie d'une région à l'autre : de 111 € dans le Limousin à un peu plus de 400 € dans les Pays de la Loire et en Poitou-Charentes). Sa composition est néanmoins proche dans toutes les régions et repose sur 4 grandes familles de coupons : remise du chéquier, consultation chez un professionnel de santé, analyses médicales et achat du contraceptif.

Les dispositifs régionaux ne visent pas tous les mêmes publics : exclusivité pour les mineurs, voire uniquement les filles mineures, ou éligibilité étendue aux majeurs jusqu'à 26 ans ; exclusivité pour les jeunes scolarisés dans les établissements partenaires de la Région ou extension à un public plus large avec des vecteurs de diffusion en dehors du milieu scolaire : Plannings Familiaux, maisons

rurales de santé, missions locales, CPEF, ou cas plus rare : pharmacies dans les Pays de la Loire ou établissements de protection judiciaire de la jeunesse en Champagne-Ardenne.

La pertinence et la cohérence des dispositifs

En garantissant la gratuité complète et l'anonymat pour les jeunes, les Pass Contraception répondent à certaines insuffisances du dispositif national. **Toutefois, le ciblage de la tranche 15-18 ans ne paraît pas le plus pertinent au regard de la possibilité d'une sexualité active avant l'âge de 15 ans et du taux important d'IVG chez les jeunes majeures.**

Le ciblage des filles est le plus efficace. Cependant, une politique d'égalité entre les hommes et les femmes nécessiterait d'appréhender l'homme comme une cible à part entière, avec le risque, à évaluer, d'une moins grande efficacité de court terme.

Le choix d'un carnet de coupons détachables est justifié par les défaillances du marché de la contraception : par définition les relations amoureuses et la sexualité des jeunes peuvent ne pas relever de choix et d'anticipations rationnels, l'information sur le cadre légal et celle sur les méthodes de contraception sont très imparfaites, il existe des externalités négatives dues, par exemple, au coût social d'un IVG. Dès lors, le carnet permet d'accompagner l'utilisateur dans son accès à la contraception, en lui apportant une aide ponctuelle à l'entrée. C'est pourquoi les valeurs de chaque coupon sont plafonnées, leur nombre est limité dans chaque chéquier, et l'accès à la contraception n'est que temporaire, **avec une durée de validité limitée** allant de 6 mois à au mieux à 1 an.

Étude du non recours

L'évaluation du Pass pose des problèmes spécifiques. S'agissant d'un dispositif anonyme dans un domaine de santé publique, on ne peut mobiliser aucun fichier nominatif. De plus, dans un domaine relevant de choix intimes, une enquête directe auprès des bénéficiaires ne paraît pas adaptée. Enfin, comme nous l'avons vu, ces dispositifs sont nouveaux et encore peu connus de leurs utilisateurs potentiels et ils ont des contenus variés d'une région à l'autre. Dans ce contexte, très peu d'effets peuvent être mesurés. **Des enquêtes plus poussées seraient nécessaires pour vérifier si le nombre d'IVG est impacté**, ou encore si l'autonomie des jeunes ou leur bien-être sexuel ont été améliorés.

Malgré ces difficultés, nous sommes parvenus à étudier statistiquement le non-recours de quatre dispositifs régionaux : Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, Aquitaine et Pays de Loire. Dans ces 4 régions, **les taux de distribution**, qui rapportent le nombre de carnets distribués au nombre de jeunes potentiellement concernés, **s'avèrent très faibles**, puisqu'ils varient de 0,5% à 3,2%suivant la région et le sexe ciblé. **Les taux d'utilisation** des chéquiers sont plutôt faibles, entre 23% et 45% pour les chéquiers utilisables par les filles. Cela signifie que plus de la moitié des personnes ayant demandé et reçu un chéquier n'utilisent aucun des coupons. On observe dans toutes les régions étudiées que les jeunes filles utilisant au moins un coupon ne suivent pas tout le parcours de soin prévu (seul un quart des coupons est utilisé). Les coupons les plus utilisés sont la délivrance de contraceptifs (de 30% à 70% d'utilisation) et la première consultation (de 25% à 50% d'utilisation). Les autres coupons sont, eux, bien moins utilisés, entre 3% et 15%.

Nous estimons donc que les taux de non-recours s'élèvent à plus de 99% dans les régions étudiées, ce qui est très élevé pour une politique sociale. Ils s'expliquent en partie par la différence entre la **population éligible** (en général tous les jeunes d'une tranche d'âge), et la **population réellement ciblée** (jeunes ayant une activité sexuelle et peu ou pas autonomes en matière de contraception et donc « à risque » sur le plan des grossesses non désirées). En supposant que les jeunes utilisant le Pass Contraception appartiennent à cette population ciblée, le taux de non-recours sur cette population tombe à seulement 56 à 38%. Néanmoins, faute de pouvoir étayer sérieusement cette hypothèse fondamentale, nous recommandons la plus

grande prudence concernant cette dernière fourchette de pourcentages.

Le non-recours

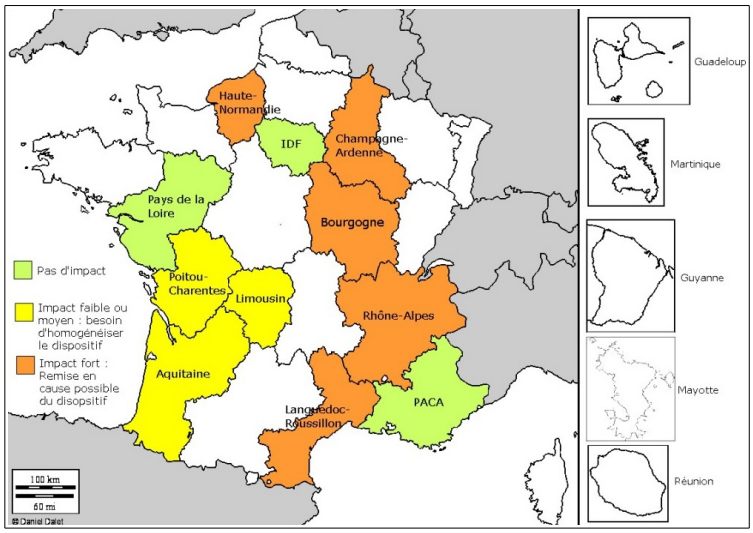
Le non-recours correspond au fait qu'une personne éligible à une prestation sociale ne la perçoit pas. Son étude permet de savoir si la politique atteint bien son public cible et plus généralement d'évaluer son efficacité et son efficience. Le taux de non-recours est couramment défini comme le rapport du nombre de personnes éligibles qui ne reçoivent pas la prestation par le nombre total de personnes éligibles. Le non-recours est généralement expliqué par trois grands facteurs : non connaissance, non demande et non réception (Warin 2010).

Quatre grands types de causes à l'origine du non-recours au Pass par la population ciblée ont pu être identifiés :

- **la non-connaissanc**e du dispositif par le public ciblé et par les autres acteurs concernés (médecins, pharmaciens…) ;
- l**e manque de confiance** dans le dispositif ;
- **la non-acceptation** de la sexualité des jeunes ;
- **les contraintes matérielles** induites par la procédure de demande et d'utilisation des Pass.

Une étude plus approfondie à l'aide d'entretiens auprès des jeunes serait nécessaire pour déterminer l'importance de ces facteurs explicatifs du non-recours.

Perspectives et propositions



Carte 2 - Impact de la refonte des régions (Carte : crédit personnel - Fond vierge : www.histgeo.ac-aix-marseille.fr)

Le Pass Contraception, malgré son taux de non-recours probablement très important et donc une efficacité probable insignifiante, **répond à des insuffisances du dispositif national** en matière d'application du droit à la contraception et peut fournir un nouveau ressort à l'action publique s'agissant de l'éducation des jeunes à la sexualité.

La pérennité de ces jeunes outils pourrait être remise en question à l'occasion des alternances politiques de 2015 et de la réforme des régions du 1er janvier 2016.

En cas de pérennisation des dispositifs, voire de généralisation à l'ensemble du territoire, des mesures peuvent les rendre plus lisibles et réduire le non-recours.

Harmonisation de la cible

Age : L'entrée au lycée n'est plus pertinent, supprimer l'âge d'entrée et élargir l'âge de sortie à 25/26 ans

Lutte contre les IST : créer des dispositifs parallèles au Pass Contraception pour toucher les cibles principales.

Sexe : centrer le chéquier sur les filles avec une communication adressée aux 2 sexes.

Anonymat : pérenniser l'anonymat mais permettre des enquêtes explicitant les causes du non-recours.

Harmonisation du chéquier

Conserver le principe du carnet de coupons détachables.

Dématérialiser avec une application Smartphone pour le bénéficiaire et un site pour les professionnels facilitant le remboursement.

Compléter les chèques : regrouper les coupons Prise de sang et Analyse médicale intégrant le dépistage des IST ; intégrer des coupons Vaccination contre les papillomavirus et Contraception d'urgence.

Permettre le renouvellement du chéquier.

Inciter à l'utilisation des coupons : relancer par l'application smartphone.

Harmonisation des vecteurs

Diffuser les bonnes pratiques issues de l'expérimentation des régions : utiliser les vecteurs les plus efficaces et les meilleurs moyens de communication, d'accompagnement et de formation.

Diffuser au plus près du terrain par l'implication des professionnels locaux.

Communiquer au niveau national et renvoyer vers les moyens de communication régionaux.

Convaincre : faire témoigner des jeunes femmes volontaires ayant eu recours à l'IVG.

Toucher les parents : sensibiliser sur la sexualité de leurs enfants et sur l'existence des Pass contraception.

Conclusion

En 2010, avec le Pass Contraception, la région Poitou-Charentes a innové et remis à l'agenda gouvernemental de nombreuses autres régions le problème de l'accès à la contraception. En dépit d'une efficacité très incertaine, les dispositifs créés présentent de prometteuses et sérieuses pistes d'amélioration. Les pouvoirs publics, qu'ils soient régionaux ou nationaux seraient bien inspirés de les emprunter en s'appuyant sur le mouvement du planning familial. Ce dernier, formé dans les années 1950, détient l'expertise et l'expérience nécessaire pour participer activement à une augmentation de la légitimité et l'efficacité des Pass Contraception.

Bibliographie

BAILLARGUET S, DELPECH J, METIVIER P, PRATLONG M (2015), *L'accès à la contraception pour les jeunes majeures : Évaluation des « Pass Contraception »*, ENPC, janvier 2015, 132 p.

BAJOS N *et alii* (2012), *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?*, Populations et société, n°492, bulletin mensuel d'information de l'INED, sept. 2012, 4 p.

BRADFORD D, SHAVIRO D (1999), *The economics of vouchers*, in NBER Working Paper, N° 7092

IGAS (2009), *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*, oct. 2009, 93 p.

WARIN P (2010), *Le non-recours : définition et typologies*, Document de travail, Odenore, juin 2010, 8 p.