

# Prévention des grossesses non désirées

et protection de la fertilité des jeunes mineurs et majeurs : soyons à la hauteur des enjeux !



Ph. NOTTIN\*  
propos recueillis par E. PAGANELLI \*\*

*Une politique volontaire en matière de prévention des risques de grossesse non désirées et des risques d'infertilité doit passer par une globalisation du financement de la prévention, du diagnostic et des thérapeutiques par l'Assurance Maladie.*

*E.P : Peut-on revenir en quelques mots sur les fondements des Centres de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) ?*

**Ph. N :** Ces centres procèdent de la loi du 4 décembre 1974. Ils succédèrent à la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, qui reconnut le droit aux personnes de maîtriser leur fécondité par la contraception. Ce droit nouveau faisait suite aux années noires de l'obscurantisme dogmatique répressif de la loi de 1920, qui réprimait la contraception, et l'avortement. La loi Veil du 17 janvier 1975 reconnut ensuite aux femmes le principe d'accession au droit à l'Interruption Volontaire de Grossesse. Les CPEF furent associés aux Etablissements d'information et de conseil conjugal pour la réalisation des entretiens obligatoires qui précédaient l'IVG. Le décret du 5 mai 1975 concrétisa l'anonymat et la gratuité des prestations au bénéfice des mineurs dans les centres de planification. Ces deux principes devinrent une spécificité et un droit intangible des CPEF.

Au fil des années les centres de planification acquièrent de nouvelles missions pour répondre aux enjeux de société auxquels fut confrontée la sexualité des jeunes et des personnes.

*E.P : Pourtant la loi distinguait encore la maîtrise de la fécondité des mesures de prévention sur la fertilité ?*

**Ph. N :** La loi de 1974 de création des CPEF n'autorisait que le principe de maîtrise de la fécondité des mineurs et des personnes sans protection sociale, mais elle s'arrêtait là. Il était refusé à la PMI de financer les diagnostics et les thérapeutiques des agents infectieux asymptomatiques portés par les mineurs, puisque ces actes de prélèvements dépendaient de l'autorité parentale. Nous avons avec le GNIES dénoncé cet anachronisme paradoxal législatif en 1986.

Il a fallu attendre les premières lois de décentralisation de Gaston Defferre, pour que cette loi de 1974 se concrétise en moyens financiers pour son application. La société française prit conscience des tragédies du

\* Chef de service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Vierzon, précédemment directeur du Centre de Planification hospitalier financé par le Conseil Général du Cher.

\*\* Gynécologue médicale, Secrétaire générale du Syngof et Présidente du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire

"SIDA". En 1987, nous savions que le VIH/SIDA n'était pas l'unique agent infectieux asymptomatique. Nous savions qu'il existait une bactérie : Chlamydia trachomatis au caractère asymptomatique et qui rendait stérile. La société a dû reconnaître ses dénis et ses responsabilités individuelles et collectives.

La loi Calmat du 23 janvier 1990 a étendu les missions de contraception des Centres de planification ou d'éducation familiale, aux diagnostics et à la prise en charge thérapeutique des MST pour les mineurs qui en font la demande, ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladies.

### *E.P : La prise en charge à 100% par la sécurité sociale est-elle effective ?*

**Ph. N :** L'acquisition de la nouvelle vocation des CPEF instaurée par la loi Calmat fut confirmée par le décret Jospin du 30 août 2000. Celui-ci fait obligation à la Sécurité sociale de financer à 100% les diagnostics des IST et les thérapeutiques au bénéfice des mineurs dans les centres de planification. Mais face aux pesanteurs idéologiques et à l'absence d'informations sur la réalité des financements et des enjeux de la Loi Calmat, aucune politique globale de Santé sexuelle n'a été réellement promue. La Loi Calmat est restée peu appliquée en France et les missions des CPEF demeurèrent financées par les collectivités territoriales et les conseils généraux. Il n'y a donc pas aujourd'hui d'uniformisation à l'échelle nationale du système de financement des CPEF.

### *E.P : Quelle est la place des médecins libéraux dans cette politique de contraception ?*

**Ph. N :** À l'origine, les médecins libéraux n'avaient pas le droit de prescrire un contraceptif de façon anonyme à un mineur. Il fallut attendre la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception pour que les médecins libéraux soient reconnus dans leur capacité de prescription aux mineurs.

### *E.P : Aujourd'hui, à quels enjeux devons-nous répondre ?*

**Ph. N :** Nous devons avoir pour objectif de permettre l'accès aux contraceptions choisies et à la protection de la fertilité en faisant tous les examens en rapport avec les agents qui contribuent à la diminution de la fertilité. Il est donc primordial de globaliser la prise en charge de prévention, de diagnostic et de

thérapie. Il faut pour cela revenir à la loi Bachelot de 2009 sur la Consultation de Prévention qui est faite pour les 16/25 ans, garçons et filles, et aux trois objets de cette consultation :

- La contraception.
- Les prises de risque (IST, alcoolisme).
- Les attitudes à adopter lorsqu'une grossesse est envisagée.

Cette consultation est prise en charge à 100% par la sécurité sociale "sans avance de frais", et peut être réalisée par tous les Généralistes libéraux, les gynécologues médicaux en cabinet, les sages-femmes, les CPEF et les CeGIDD (Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic). Mais il faut obtenir aujourd'hui que tous les examens liés à cette consultation de prévention (diagnostics, biologiques et infectieux) et que les thérapeutiques liés aux résultats de ces examens soient également pris en charge à 100%. L'Assurance maladie doit revoir la liste des examens complémentaires liés à la santé sexuelle à assumer durant la consultation de prévention et les concevoir dans la globalité :

- Le diagnostic de chlamydia trachomatis selon les recommandations de la HAS, l'auto-prélèvement, le premier jet urinaire, l'examen gynécologique et le prélèvement vaginal, avec la prise en charge des partenaires pour qu'ils bénéficient du même traitement ;
- Le diagnostic infectieux de toutes les symptomatologies liées à la contraception ;
- Le diagnostic des infections profondes pour la femme et pour l'homme.

### *E.P : Cela implique-t-il également une évolution chez les gynécologues pour s'approprier de nouvelles pratiques ?*

**Ph. N :** Tout à fait. Nous ne devons pas nous contenter d'une politique nationale de dépistage. Actuellement tout est basé sur les infectiologues, les gynécologues ont baissé le pavillon. En tant que gynécologue, nous devons faire le diagnostic de toutes les symptomatologies infectieuses qui sont liées à toutes les contraceptions, car il y a énormément de symptomatologies comme des douleurs, des métrorragies ou des pertes identifiées par les femmes comme des effets de leur méthode contraceptive alors qu'elles sont liées à leur vécu sexuel. Nous devons également prendre en compte le diagnostic des infections profondes chez la femme comme chez l'homme. Par exemple, ce n'est pas quand on fait un diagnostic d'infertilité chez une femme qu'on doit s'apercevoir qu'elle a fait une salpingite silencieuse...

Il revient en premier lieu aux gynécologues de bien s'approprier et développer ces méthodes qui répondent aux 3 objectifs d'intérêt général : la contraception, les prises de risque et les attitudes à adopter lorsqu'une grossesse est envisagée.

### *E.P : Comment répondre à ces enjeux dans l'attente d'une révision par l'Assurance Maladie ?*

**Ph. N :** Je vais vous donner pour exemple l'outil financier que nous avons mis en place dans le Cher et qui pourrait être reproduit sur tout le territoire. Au CPEF de Bourges, nous avons mis en place une convention quadripartite entre le Conseil départemental, la Caisse Départementale d'Assurance Maladie du Cher, le Syndicat des Pharmaciens et l'Association des 10 Laboratoires de biologie du Cher. Nous attribuons un numéro d'anonymisation à tous les consultants mineurs ou majeurs, qui n'est pas le même que le nu-

méro du dossier médical qui est constitué. Ce numéro permet aux médecins du centre de prescrire aux patients, mineurs ou majeurs, tous les contraceptifs et les antibiotiques remboursés par la sécurité sociale, aux pharmacies de leur délivrer leurs contraceptifs pris en charge à 100%, et aux laboratoires de réaliser tous les examens biologiques liés à la contraception, à l'IVG et aux IST financés également à 100%. Les pharmacies et les laboratoires sont rémunérés par télétransmission. L'autre point auquel nous devons nous atteler est le décloisonnement entre mineurs et majeurs. Nous devons avoir à l'esprit que le droit des mineurs doit être étendu aux majeurs. Le nombre d'IVG qui est le plus élevée chez les femmes de 20 à 25 ans (27 IVG pour 1000 femmes) doit nous interpeler ! Il faut fédérer, mutualiser et l'élément fédérateur est la consultation de prévention, mise en place par la loi Bachelot, pour les 16-25 ans et dans ses 3 dimensions : contraception, prises de risques et périnatalité. Cette responsabilité nous incombe en tant que gynécologues-accoucheurs.

Fin 2018, le préservatif masculin Eden (Majorelle) faisait pour la première fois l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale. Depuis mars dernier, un deuxième modèle "Sortez couverts" (Polidis) est également pris en charge. La mesure figure au Journal officiel du 19 février.

Eden est pris en charge pour les jeunes hommes à partir de 15 ans. Aucune limite d'âge n'a été fixée pour "Sortez couverts".

Au-delà du remboursement, permettant l'accessibilité au plus grand nombre, l'objectif de cette démarche est de replacer les professionnels de santé au cœur du dispositif de prévention des IST et le préservatif comme "outil central" dans la lutte contre les IST.