



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-088P

Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan

RAPPORT

Établi par

Claire AUBIN

Christine BRANCHU

Jean-Luc VIEILLERIBIERE

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Patricia SITRUK

Conseillère générale des établissements de santé

- Juin 2011 -

Synthèse

Les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) trouvent une origine commune dans la loi Neuwirth de 1967 qui les a institués pour accompagner la diffusion des méthodes contraceptives.

Aujourd'hui les quelques 1200 centres et 390 établissements répartis sur le territoire national continuent d'assurer une fonction irremplaçable d'information, de conseil et de prévention.

Car si le contexte juridique et sociologique d'exercice de la sexualité a été profondément transformé depuis 1967, les enjeux en ce domaine demeurent importants, à la charnière du sanitaire, du social et de l'éducatif.¹

45 ans après la loi Neuwirth, des défis et des besoins qui restent importants

Malgré la diffusion massive de la contraception, la prévention des grossesses non désirées demeure une problématique d'actualité : la persistance d'un recours relativement élevé à l'IVG, qui tend à augmenter chez les mineures, suggère des difficultés encore importantes dans l'accès et l'usage de la contraception, en particulier pour les jeunes et les femmes de milieux défavorisés. L'accès à une contraception adaptée et la maîtrise de sa gestion demeurent donc des enjeux très actuels.

L'objectif posé par la loi d'assurer l'accès à l'IVG dans de bonnes conditions suppose une offre adaptée d'accompagnement et de dialogue. Cet accompagnement, qui demeure d'ailleurs obligatoire pour les mineures, peut améliorer le vécu mais aussi contribuer à la prévention de phénomènes de récurrence difficilement évitables lorsque l'IVG révèle des difficultés d'ordre psychologique, relationnel ou social.

Au cours des dernières décennies la gamme des préoccupations en matière de santé sexuelle s'est étendue : l'apparition et le développement de l'épidémie de SIDA, la recrudescence des IST, la diffusion de la pornographie, le durcissement parfois constaté des relations entre garçons et filles, les violences sexuelles, l'objectif de lutte contre l'homophobie sont autant d'évolutions qui appellent une approche globale, incluant la dimension comportementale et relationnelle, à côté d'aspects plus technico-pratiques de prévention des risques.

Dans ce contexte des objectifs ambitieux ont été définis pour l'éducation à la sexualité en milieu scolaire au travers de la loi du 4 juillet 2001 : celle-ci prévoit qu' « *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* ».

¹ La prise en compte de ces enjeux a donné lieu à plusieurs rapports récents de l'IGAS : lutte contre les infections sexuellement transmissibles (2010), prévention des grossesses non désirées et prise en charge des IVG (2009), statut des conseillères conjugales et familiales (2006), protection maternelle et infantile (2006).

Les CPEF et EICCF : un positionnement spécifique dans l'offre de soins et de prestations

Ces besoins trouvent des éléments de réponse auprès de nombreux acteurs et structures : médecine libérale, centres hospitaliers, établissements scolaires interviennent dans le domaine de la santé sexuelle selon leur vocation propre : prescription contraceptive, pratique de l'IVG, dépistage et traitement des IST, éducation à la sexualité...

Les Centres de planifications ou d'éducation familiale (CPEF) et Etablissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) apportent une offre spécialisée au côté de ces dispositifs de droit commun dont ils constituent un élément indispensable. Ils se différencient par un positionnement spécifique au regard de plusieurs critères :

- la gamme des prestations proposées

EICCF et CPEF visent une approche globale de la sexualité, à la charnière du social, de l'éducatif et du sanitaire. Cette dernière dimension concerne toutefois surtout les CPEF qui sont les seuls à disposer de compétences médicales.

La palette des prestations qui peuvent être proposées dans ces structures est très large : accueil, conseil et écoute individuelle sur les questions liées à la sexualité et à l'orientation sexuelle, accompagnement des personnes victimes de violence, accompagnement et suivi de la première contraception, de l'IVG, sensibilisation à la prévention des risques. S'y ajoutent dans les CPEF : consultation et prescription contraceptives, pose de dispositifs contraceptifs, tests de grossesse et délivrance de la contraception d'urgence, suivi gynécologique et, selon les centres, offre de dépistage et de traitement des IST, réalisation de l'IVG médicamenteuse (cette possibilité ouverte en 2007 ne concerne encore qu'un nombre limité de centres).

- la qualification des personnels

Les établissements et les centres se caractérisent par leur expertise reconnue sur les questions de sexualité. Pour accomplir leurs missions d'information, de prévention et d'accompagnement ils s'appuient sur un corps de métier spécifique, les conseillères conjugales et familiales, qui constituent l'armature commune de ces deux types de structures, auxquelles s'ajoutent pour les centres un personnel médical et paramédical.

- la nature et les conditions de délivrance des prestations

Les équipes pluri-professionnelles en place dans ces structures offrent une capacité collective d'écoute, de conseil et d'accompagnement que les seuls professionnels médicaux sont rarement en position d'assurer dans leur pratique courante.

Par ailleurs les CPEF sont les seules structures actuellement à même de proposer des modalités de prescription et de délivrance de la contraception assurant une totale confidentialité, à travers une dispense d'avance de frais et de ticket modérateur. Ces conditions prévues par la loi pour les seuls mineurs sont *de facto* souvent étendues aux plus de 18 ans qui désirent garder le secret par rapport à leur entourage familial.

- le public accueilli

Les mineurs qui représentent 30% du public accueilli, les personnes en difficulté sociale peuvent rencontrer des difficultés à se tourner spontanément vers un médecin généraliste, a fortiori vers un gynécologue, pour aborder les questions de sexualité : les CPEF offrent une alternative perçue comme plus accessible psychologiquement et financièrement.

- l'articulation entre la dimension individuelle et collective

Tant les centres que les établissements mobilisent une part significative de leurs ressources pour la réalisation d'interventions collectives d'information et d'éducation à la sexualité. L'accomplissement de ce qui constitue une de leurs missions légales leur permet dans le même temps de faire connaître auprès des publics potentiels les structures auxquelles ils peuvent s'adresser pour une prestation individuelle.

Une réponse à la demande exprimée, mais des besoins non couverts

Les CPEF et EICCF apportent un ensemble de prestations dont le professionnalisme est reconnu auprès d'un public significatif. Au cœur du dispositif, les CPEF reçoivent chaque année de l'ordre d'un demi million de personnes pour des consultations médicales ou des entretiens de conseil conjugal et ou de planification. On peut estimer que 5 à 10 % des jeunes de moins de 20 ans fréquentent ces centres.

De façon générale *la demande individuelle adressée aux centres et établissements y trouve une réponse adéquate*. Les délais de rendez-vous y sont généralement inférieurs à ceux rencontrés dans le secteur hospitalier ou dans le secteur libéral pour des prestations de gynécologie ou d'IVG. Les situations d'urgence sont toujours prises en compte par des équipes très sensibilisées à l'accueil et à l'écoute des situations individuelles.

Mais cette demande qui s'exprime par la fréquentation d'un centre ou d'un établissement laisse subsister des interrogations quant aux besoins non couverts.

La demande potentielle en matière d'interventions collectives excède largement les capacités de réponse

Dans ce domaine la demande exprimée, notamment par les établissements scolaires, à laquelle les équipes s'efforcent de répondre dans la mesure de leurs moyens, ne reflète qu'une faible part des besoins, tant quantitativement que qualitativement. Les interventions ne couvrent qu'une partie des classes de 4^{ème} et 3^{ème}, loin des objectifs affichés par la loi, et la priorité de fait accordée aux interventions scolaires laisse peu de place aux publics non scolarisés, pour lesquels la demande est pourtant croissante (jeunes déscolarisés, personnes handicapées, public des structures sociales...).

L'accessibilité des centres rencontre des limites qui doivent être appréhendées dans diverses dimensions : physique et matérielle, mais aussi psychologique et financière

L'accès aux prestations est conditionné par la proximité géographique, véritable difficulté pour les zones rurales ou périurbaines, où cet objectif doit par ailleurs être concilié avec celui de la discrétion. La prise en compte des possibilités de transport permet dans une certaine mesure de desserrer la contrainte de proximité. On observe une très grande inégalité entre départements, en termes de quantité de l'offre rapportée la population (la Seine-Saint-Denis visitée par la mission se situant de loin en tête de tous les départements).

Les horaires d'ouverture des centres et établissements sont très variables et souvent restreints, malgré les efforts pour s'adapter aux besoins du public potentiel. La plupart des centres ont mis en place des plages d'accueil sans rendez-vous pour le public jeune, généralement le mercredi après-midi. Mais les structures restent généralement fermées en soirée et le week-end.

La convivialité des lieux, fortement tributaire de leur aménagement, est une préoccupation forte des centres et établissements, soucieux de faire tomber les barrières psychologiques. Mais l'implantation au cœur d'un centre hospitalier, ou dans un centre de protection maternelle et infantile peut dissuader les plus jeunes de pousser la porte d'une structure de planification familiale.

Les efforts réalisés pour aplanir les problèmes d'accessibilité financière reposent sur des souplesses ménagées au niveau du terrain qui trouvent leurs limites. Ainsi en matière d'IVG médicamenteuse, les CPEF ne peuvent actuellement pas garantir une réelle confidentialité aux femmes majeures qui le nécessiteraient, sauf à ce que les conseils généraux prennent l'intégralité de la prestation à leur charge dans ces cas de figure qui, par endroit, ne sont pas marginaux.

La visibilité et la notoriété du dispositif demeurent faibles

L'hétérogénéité des structures, l'obscurité même qu'entretiennent les termes de « planification familiale », d'« éducation familiale » et de « conseil conjugal » sur leur activité et sur les professionnels qui y travaillent rendent le dispositif peu lisible aux yeux du public potentiel.

La confusion sémantique entre « centres de planification » et « planning familial » s'explique par la forte notoriété et le rôle historique joué par le Mouvement français pour le Planning familial qui constitue un opérateur associatif commun des deux types de structures. Il reste que les trois quarts des centres de planification sont aujourd'hui soit des services départementaux, soit des services hospitaliers.

Un dispositif qui manque de cohérence et de pilotage

Quel que soit le professionnalisme des structures rencontrées, l'efficacité globale du dispositif pour répondre à des besoins qui restent très importants est limitée par son manque de cohérence et par la faiblesse voire l'absence de pilotage d'ensemble.

Cette situation tient d'abord à la coexistence de deux catégories de structures dont l'inspiration commune de départ a fait place à une différenciation de plus en plus accentuée dans les missions, l'orientation –plus sanitaire pour les CPEF, plus sociale pour les EICCF- le public, mais aussi l'organisation et le financement : les CPEF relèvent depuis la décentralisation des compétences des conseils généraux, tandis que les EICCF perçoivent pour leur activité des subventions de l'Etat.

Par ailleurs chaque catégorie recouvre en son sein une grande diversité de configurations, de statuts et d'interventions. Mais ce n'est pas tant cette diversité qui pose problème – laquelle peut au contraire répondre à la diversité des demandes et des besoins et n'empêche pas d'organiser sur cette base des complémentarités - que les faiblesses de conception et d'organisation qui rendent le pilotage de leurs interventions lacunaire.

Il faut reconnaître qu'il est particulièrement mal aisé de dégager une vision d'ensemble du dispositif.

Les remontées statistiques annuelles concernant l'offre des CPEF portent globalement sur des aspects pertinents, mais leur limite principale réside dans des taux de réponse faibles et une fiabilité relative : l'absence d'exploitation des données et de retour vers les conseils généraux rend difficile la mobilisation des acteurs de terrain sur le recueil de ces données.

Les moyens humains et financiers affectés aux CPEF ne sont pas identifiés dans les budgets départementaux. La mission n'a pu estimer qu'un ordre de grandeur, selon lequel *les moyens consacrés à cette mission par les conseils généraux ne dépasseraient pas 10% de ceux affectés à la PMI dans son ensemble*, les seuls coûts de personnel représentant de l'ordre de 50 M€ par an en métropole. *Pour les EICCF, les subventions de l'Etat représentent actuellement 3,5M€ par an.*

Les lacunes du pilotage limitent l'efficacité du dispositif.

Les conseils généraux gèrent généralement la planification au sein de la PMI sans orientation stratégique affirmée. Le sujet est rarement abordé au niveau des élus pour lesquels il ne constitue pas un enjeu politique.

L'orientation de l'activité des EICCF par les services déconcentrés de l'Etat au niveau départemental apparaît quasi inexistante et fait place le plus souvent à une simple gestion comptable des subventions allouées sur base forfaitaire.

Alors que les interventions collectives auprès des publics scolaires peuvent représenter localement un champ partagé important entre CPEF et EICCF, il existe rarement au niveau des conseils généraux ou des inspections académiques une vision consolidée de la couverture des établissements publics du département par ces différents intervenants (et encore moins concernant les établissements privés pourtant soumis aux mêmes obligations légales en matière d'éducation à la sexualité). Faute de coordination, la mise en œuvre des moyens n'est pas articulée autour de priorités définies.

Au total, l'ampleur et la qualité de la réponse aux besoins aujourd'hui paraît souvent dépendre davantage d'un héritage historique et d'initiatives des professionnels de terrain que d'une impulsion stratégique des décideurs pour analyser les besoins, expliciter des objectifs, organiser des complémentarités entre acteurs, même si les bonnes pratiques ne manquent pas et gagneraient à être partagées et diffusées.

Des propositions pour conforter le dispositif et le rendre plus accessible

Au terme de ses investigations, la mission réaffirme la *nécessité d'un dispositif spécialisé* de prévention en matière de santé sexuelle qui, à la gratuité et la confidentialité, associe une capacité d'accueil et d'accompagnement ainsi qu'une palette étendue de prestations qu'aucun autre acteur est en mesure d'offrir. Dans l'hypothèse où, comme l'IGAS le recommandait dans son précédent rapport relatif à la prévention des grossesses désirées, *une mesure générale d'accès gratuit* à la contraception serait mise en place, une telle possibilité *ne saurait être considérée comme un substitut aux prestations offertes par les centres de planification*. De telles structures existent d'ailleurs y compris dans des pays où la gratuité est assurée dans le dispositif de soins de droit commun.

Sur le plan institutionnel, malgré les lacunes constatées, la mission ne propose pas de bouleverser l'équilibre actuel qui confie au Département l'essentiel des compétences en matière de planification, considérant que les perturbations engendrées risqueraient de casser un outil opérationnel qui assure des prestations de qualité. Mais elle insiste sur la recherche d'une cohérence accrue et d'un pilotage renforcé.

Afin de *valoriser la planification familiale dans les politiques départementales* elle recommande de lui reconnaître une existence légale propre, distincte de la PMI, et de lui attribuer un volet spécifique du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Elle suggère *de parfaire la décentralisation en confiant aux conseils généraux les crédits actuellement accordés par l'Etat aux EICCF* pour financer des actions d'information, de conseil et d'éducation familiale.

D'autres recommandations visent à conforter le dispositif et à le rendre plus accessible.

- Un premier axe vise à permettre d'accéder en toute confidentialité et sans avance de frais aux différentes prestations des CPEF sans barrière d'âge

Dans cette perspective il est notamment proposé de faire sauter le verrou des 18 ans pour prendre en compte la demande de secret quel que soit l'âge, de façon à mettre la loi en conformité avec une pratique aujourd'hui développée car elle répond à des besoins évidents.

A cette occasion la mission propose des mesures techniques pour clarifier et harmoniser les règles de prise en charge financière des prestations.

- Un autre axe vise à garantir une offre complète de prestations individuelles dans les CPEF

Dans cette perspective il est recommandé de systématiser l'offre de dépistage des IST dans les CPEF. Cette mesure permettrait d'aller vers l'organisation d'un socle de prestations de base commun, accessible dans l'ensemble des structures dans le domaine de la santé sexuelle (CPEF, consultation (ou centre) de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDIST)), afin de favoriser une meilleure continuité des prises en charge. La mission recommande également de reconnaître au

plan législatif les missions assurées de fait par les CPEF en matière de violences.

- Diverses propositions sont par ailleurs formulées pour *développer une offre de qualité en matière d'IVG* et pour *faciliter l'accès à la prescription contraceptive* par une meilleure utilisation des compétences existant dans les CPEF.
- Pour améliorer l'accessibilité la démarche recommandée consiste à *étendre la couverture géographique en développant des relais de proximité autour des CPEF* : réseau de médecins volontaires, développement d'antennes des CPEF, prolongement des centres et établissements par la mise en place d'un volet Internet, en lien avec l'Institut national de prévention d'éducation pour la santé (INPES)...
- Enfin la mission insiste sur la nécessité *d'organiser la mobilisation des ressources pour mieux répondre aux besoins d'intervention collective, notamment en milieu scolaire*. Les ARS lui paraissent les mieux placées pour impulser une dynamique et une coordination des acteurs, en déterminant, conjointement avec les services de l'Education nationale et les conseils généraux, les priorités d'intervention et d'articuler la mise en œuvre des moyens.
- Diverses propositions concrètes sont formulées pour *appuyer au niveau national l'efficacité des dispositifs départementaux*, notamment par une meilleure exploitation des données statistiques, par l'élaboration collective d'un guide d'auto-évaluation et par des rencontres permettant notamment d'échanger les bonnes pratiques. L'INPES pourrait être la cheville ouvrière de ces initiatives.

Nombre de ces propositions appellent des modifications législatives qui s'ajoutent à la nécessité générale de clarifier des textes présentant un certain nombre de confusions et d'incohérences. La mission suggère de les regrouper *dans un projet législatif visant, 45 ans après la loi Neuwirth, à actualiser et conforter le dispositif*.

Sommaire

SYNTHESE	3
SOMMAIRE.....	9
INTRODUCTION.....	11
1. UN ENSEMBLE DE STRUCTURES QUI N'EST PAS ORGANISE EN DISPOSITIF COHERENT	12
1.1. <i>Un ensemble de structures hérité de l'histoire</i>	12
1.1.1. Des structures créées en 1967 par la loi Neuwirth pour assurer et accompagner la diffusion des méthodes contraceptives	12
1.1.2. Des missions à la charnière du sanitaire, du social et de l'éducatif, qui se sont diversifiées et élargies avec le temps	12
1.1.3. Un ensemble composite d'organismes aux caractéristiques variées	14
1.2. <i>Qui n'est pas organisé en dispositif cohérent.....</i>	18
1.2.1. Une dispersion des compétences et des responsabilités	18
1.2.2. Un défaut de lisibilité et de visibilité.....	24
1.2.3. Un faible niveau de pilotage.....	28
1.2.4. Une offre difficile à cerner et inégale	33
2. LES PRESTATIONS FOURNIES REPONDENT NEANMOINS A DE REELS BESOINS	37
2.1. <i>Des besoins spécifiques, des enjeux d'importance</i>	37
2.1.1. Des enjeux importants et en évolution	37
2.1.2. Des besoins spécifiques qui ne trouvent pas nécessairement de réponse dans les dispositifs de droit commun.....	40
2.2. <i>Une offre de prestations diversifiée</i>	44
2.2.1. Une gamme très large et intégrée de prestations individuelles dans les CPEF	44
2.2.2. Des activités d'entretiens individuels très variables selon les EICCF.....	50
2.3. <i>Des efforts pragmatiques pour s'adapter aux publics et favoriser l'accessibilité.....</i>	51
2.3.1. La priorité donnée aux jeunes et aux populations vulnérables	51
2.3.2. Un fort investissement sur les interventions collectives, tout particulièrement en milieu scolaire.....	53
2.3.3. La volonté d'aplanir les problèmes d'accessibilité financière.....	56
2.3.4. Le caractère stratégique du choix des sites d'implantation et de leur configuration interne	57
2.3.5. Des tentatives d'adaptation des horaires aux besoins, avec de fortes limites.....	58
2.3.6. Une sous-exploitation des moyens de communication privilégiés par les jeunes	59
3. RECOMMANDATIONS.....	61
3.1. <i>Permettre d'accéder en toute confidentialité et sans avance de frais aux différentes prestations des CPEF sans barrière d'âge.....</i>	63
3.2. <i>Garantir une offre complète de prestations individuelles dans les CPEF.....</i>	64
3.3. <i>Développer une offre de qualité en matière d'IVG dans les CPEF et les EICCF</i>	66
3.4. <i>Faciliter l'accès à la prescription contraceptive dans les CPEF</i>	67
3.5. <i>Etendre la couverture géographique en développant des relais de proximité autour des CPEF</i>	67
3.6. <i>Valoriser la planification familiale dans les politiques départementales.....</i>	69

3.7. Organiser la mobilisation des moyens pour répondre aux besoins d'intervention collective.....	70
3.8. Offrir un appui national à l'efficacité des dispositifs départementaux	71
3.9. Proposer une loi pour clarifier et actualiser le dispositif.....	73
TABEAU RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS.....	75
LETTRE DE MISSION.....	77
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	79
LISTE DES ANNEXES	91
ANNEXE 1 : LES EVOLUTIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES DANS LES DOMAINES DE LA CONTRACEPTION, DE L'IVG, DE L'EDUCATION A LA SEXUALITE ET DE L'INFORMATION	93
ANNEXE 2 : TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES RELATIFS AUX ORGANISMES DE PLANIFICATION, D'EDUCATION A LA SEXUALITE ET DE CONSEIL FAMILIAL	95
ANNEXE 3 : ECLAIRAGE SUR LES COMPETENCES EN MATIERE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT DU VIH ET DES IST	111
ANNEXE 4 : REPARTITION DE LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES PRESTATIONS MEDICALES DES CPEF ENTRE LES CONSEILS GENERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE	115
ANNEXE 4 BIS : ECLAIRAGES SUR LES REGLES DE FINANCEMENT DE LA PMI....	123
ANNEXE 4 TER : REPARTITION DU FINANCEMENT DES PRESTATIONS MEDICALES DES CPEF ENTRE CONSEILS GENERAUX ET ASSURANCE MALADIE	125
ANNEXE 4 QUATER : ESTIMATION DU COUT EN PERSONNEL DE L'ACTIVITE DE PLANIFICATION	127
ANNEXE 5 : COMMENTAIRES SUR LES DONNEES RECUEILLIES EN MATIERE DE PLANIFICATION	129
ANNEXE 5 BIS : ELEMENTS D'EXPLOITATION DES DONNEES.....	133
ANNEXE 6 : REPARTITION DES EICCF	137
ANNEXE 7 : HORAIRES D'ACCUEIL DU PUBLIC DES 23 CPEF VISITES PAR LA MISSION (DANS 9 DEPARTEMENTS).....	139
ANNEXE 8 : LA PLANIFICATION FAMILIALE EN BELGIQUE FRANCOPHONE.....	143
ANNEXE 9 : LA SANTE SEXUELLE ET L'EDUCATION A LA SEXUALITE DANS LE CANTON DE VAUD (SUISSE).....	147
ANNEXE 10 : LES ACTEURS DE LA SANTE SEXUELLE AU QUEBEC.....	153
PIECE JOINTE.....	159
LISTE DES SIGLES.....	161
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	163

Introduction

Suite à l'évaluation réalisée par l'IGAS de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, les Ministres en charge de la santé et de la solidarité ont demandé (par lettre de mission du 11 octobre 2010) un bilan de la situation des organismes de planification, d'éducation à la sexualité et de conseil familial, conformément à l'une des recommandations issues de cette évaluation et en tenant compte de l'évaluation de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles effectuée par ailleurs par l'IGAS.

Compte tenu de ces travaux déjà réalisés sur le fond des politiques, la mission s'est donc concentrée sur le fonctionnement des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF).

Dans six régions, neuf départements ont été retenus en raison de la diversité de leurs territoires, métropoles régionales, villes moyennes et bassins ruraux :

Ile de France : Seine-Saint-Denis, Yvelines, Paris, Provence-Alpes-Côte d'Azur : Bouches-du-Rhône, Basse Normandie : Manche, Calvados,	Alsace : Haut-Rhin, Pays de Loire : Loire-Atlantique, Languedoc Roussillon : Aude.
--	--

Ce choix s'est également appuyé sur les données de la DREES sur le recours aux IVG : quatre départements présentent un taux de recours supérieur à la moyenne nationale - établie en 2007 à 14,7 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans- et cinq départements se situent au dessous de cette moyenne.

33 structures ont été visitées : 23 CPEF, 5 EICCF (dont 3 structures mixtes) et 5 CDAG ou CIDDIST. L'environnement institutionnel de ces structures a conduit la mission à rencontrer notamment des responsables de la planification au sein des conseils généraux, des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), des inspections académiques, des agences régionales de santé (ARS), ainsi que des représentants des têtes de réseaux associatifs et les administrations centrales de l'Etat compétentes. L'Association des départements de France (ADF) sollicitée à plusieurs reprises par la mission, n'a pu être rencontrée.

Des éclairages sur l'organisation du dispositif de planification familiale à l'étranger ont également pu être recueillis en Belgique francophone, dans le canton de Vaud en Suisse, et par des échanges avec le Québec.

La première partie du rapport présente le cadre juridique, administratif et financier des organismes depuis la création du dispositif par la loi Neuwirth en 1967 et tente de dresser une cartographie des structures selon leur statut, leurs personnels, leurs activités et leurs implantations. L'organisation du pilotage des CPEF par les services des conseils généraux et des EICCF par les services de l'Etat complète cette première partie.

La deuxième partie analyse la nature et les modalités des réponses apportées par les CPEF d'une part et les EICCF d'autre part, au regard des évolutions de la conjugalité, des modes d'entrée dans la sexualité, des rapports entre les hommes et les femmes et des enjeux de prévention et de prise en charge sanitaire, sociale et éducative qui s'y rattachent.

Enfin, la troisième partie formule les recommandations de la mission pour favoriser l'accessibilité des structures et l'accès aux prestations qui y sont dispensés, notamment à l'appui des nombreuses bonnes pratiques recueillies dans les départements visités et à l'étranger.

1. UN ENSEMBLE DE STRUCTURES QUI N'EST PAS ORGANISÉ EN DISPOSITIF COHÉRENT

1.1. *Un ensemble de structures hérité de l'histoire*

1.1.1. Des structures créées en 1967 par la loi Neuwirth pour assurer et accompagner la diffusion des méthodes contraceptives

La loi du 28 décembre 1967 dite loi Neuwirth en légalisant la délivrance des produits contraceptifs, constitue un tournant majeur qui ouvre la voie à une série d'évolutions juridiques en matière de contraception, d'interruption volontaire de grossesse et d'éducation à la sexualité (cf. annexe 1 : les évolutions législatives et réglementaires).

Cette loi, dont les textes d'application ne seront pris que le 24 avril 1972, organise les moyens d'informer le public et de dispenser les méthodes contraceptives au travers de structures spécifiques, agréées et contrôlées² : les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Les missions des organismes sont expliquées ainsi par le rapporteur de la loi lors du débat parlementaire en 1967 :

« A côté des conseils et consultations techniques émanant des médecins ou d'organismes spécialisés qui devront être soumis à agrément et contrôle, une action éducative, portant non seulement sur la régulation des naissances, mais aussi sur l'ensemble des problèmes de la vie conjugale et familiale, sera donc désormais de plus en plus indispensable. Elle devra être dispensée par les associations familiales et autres organismes qualifiés pour cette mission, parmi lesquels chaque foyer devra pouvoir trouver, s'il le désire, le cadre éducatif correspondant à ses croyances et à son éthique.»³.

Ainsi l'objectif initial assigné aux EICCF et aux CPEF est de compléter la réponse sanitaire par un accompagnement éducatif personnalisé. Les missions éducatives et d'information apparaissent déjà centrales. La pluralité des organismes chargés de leur mise en œuvre vise à répondre à la vocation du dispositif, à la fois universelle et adaptée aux convictions de chacun.

1.1.2. Des missions à la charnière du sanitaire, du social et de l'éducatif, qui se sont diversifiées et élargies avec le temps

Les missions d'information, d'éducation à la sexualité et de planification familiale confiées aux EICCF et CPEF les placent d'emblée à la charnière des champs sanitaire, social et éducatif. Les deux types d'organismes, dont les missions au départ se recoupent très largement, se distinguent toutefois par les consultations et interventions médicales en vue de réguler les naissances que seuls les CPEF peuvent pratiquer.

Diverses dispositions législatives ont ultérieurement étendu ces missions, traduisant l'évolution des politiques publiques dans ce domaine : dépénalisation de l'avortement, introduction de la gratuité pour la délivrance des contraceptifs aux mineurs, dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), obligation scolaire d'éducation à la sexualité, mise en place de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse...⁴

² L'agrément est délivré par le Préfet et le contrôle effectué par l'administration territoriale sociale et sanitaire.

³ Extrait du débat parlementaire : séance du 1^{er} juillet 1967

⁴ Annexe 1 : Les évolutions législatives et réglementaires dans les domaines de la contraception, de l'IVG, de l'éducation à la sexualité et de l'information

Cette diversification des missions a conduit à accentuer la spécificité des deux types de structures qui, au départ très proches, ont évolué dans des directions différentes :

- o la mission sanitaire des CPEF a été renforcée

Confirmée par le décret du 24 octobre 1980 qui précise que les centres doivent être dirigés par un médecin, cette dimension a été renforcée par l'élargissement des missions qui leur sont confiées. Aujourd'hui, les centres s'inscrivent de façon complémentaire dans l'offre sanitaire générale en dispensant une palette quasi – complète de prestations en matière de santé sexuelle (hormis pour l'IVG chirurgicale qui, en France, n'est pratiquée qu'en milieu hospitalier).

- o a contrario l'orientation éducative et sociale des EICCF a été confortée.

Ainsi le décret du 23 mars 1993 qui introduit les entretiens préalables à l'IVG dans les missions obligatoires des EICCF, renforce en outre leurs missions sociales en introduisant l'accueil et le conseil aux victimes de violences et en ciblant des publics en difficulté.

Les dispositions législatives et réglementaires régissant les missions des centres et établissements qui figurent de façon dispersées dans le code de la santé publique peuvent être résumées comme suit⁵ :

Etablissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)	Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)
Activités sociales, psycho-sociales et éducatives	
R2311-4 du code de la santé publique <i>Accueil, information et orientation de la population sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine</i>	R2311-7 du code de la santé publique <i>Diffusion d'informations ...portant sur la sexualité et l'éducation familiale,</i>
R2311-4 du code de la santé publique <i>Préparation des jeunes à leur vie de couple et à la fonction parentale notamment à travers une information individuelle et collective en milieu scolaire</i>	R2311-7 du code de la santé publique <i>Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial ; ... actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés ;</i>
R2311-4 du code de la santé publique <i>Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus à l'article L. 2212-4 et accompagnement des femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse ; En tout état de cause, ces entretiens doivent figurer obligatoirement au titre des missions assumées.</i>	R2311-7 du code de la santé publique <i>Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L. 2212-4 ; Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.</i>

⁵ On trouvera en annexe 2 une présentation plus détaillée des missions des CPEF et EICCF

Etablissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)	Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)
R2311-4 du code de la santé publique <i>Accueil et conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences.</i>	
Activités médicales	
	R2311-7 du code de la santé publique <i>Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité</i>
	L2311-4 du code de la santé publique <i>Délivrance à titre gratuit, des contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.</i>
	L2311-5 du code de la santé publique <i>Dépistage et traitement de maladies transmises par la voie sexuelle.</i>
	L2112-2 du code de la santé publique <i>Pratique de l'IVG médicamenteuse</i>

1.1.3. Un ensemble composite d'organismes aux caractéristiques variées

Selon le recensement effectué par la Direction générale de la santé (DGS), le dispositif se compose de 1188 centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et de 391 établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF).

1.1.3.1. Deux sous-ensembles distincts : CPEF et EICCF

Comme on l'a décrit plus haut les deux types d'organismes ont vu leurs missions évoluer vers une différenciation accentuée. Par ailleurs, ils sont désormais rattachés à des collectivités différentes : les lois de décentralisation de l'action sociale de 1983 ont placé les CPEF sous la responsabilité du Président du Conseil général alors que les EICCF demeuraient de la compétence de l'Etat.

Au total, peu d'éléments en dehors de leur origine historique conjointe, justifient aujourd'hui de considérer ces structures comme faisant partie d'un même dispositif, sinon :

- leur participation commune et complémentaire aux actions d'information collective en matière de sexualité et d'éducation familiale ;
- l'emploi de conseillères conjugales et familiales qui constituent une armature commune des CPEF et des EICCF dont elles assurent pour une large part le fonctionnement ;
- un opérateur historique commun, le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), qui gère à la fois des établissements et des centres et dont la notoriété propre contribue pour une large part à celle du dispositif avec lequel il est souvent confondu dans l'esprit du public.

Ces deux sous-ensembles sont loin de constituer des catégories homogènes, mais se présentent plutôt comme des groupements de structures aux caractéristiques très diverses.

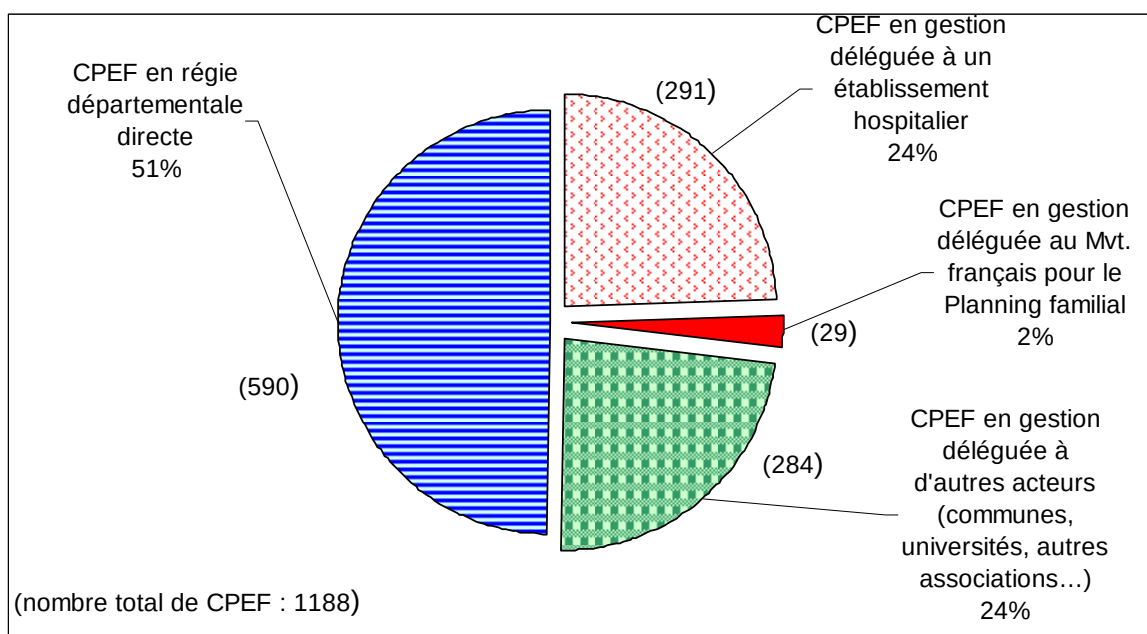
1.1.3.2. Des CPEF aux profils variés

Les 1188 CPEF recensés par la DGS en 2010 présentent des profils variés en termes de statut, d'implantation et de publics accueillis.

Deux statuts : régie directe ou gestion déléguée

Les activités de planification peuvent être assurées en gestion directe par les départements : les personnels des CPEF sont alors des employés départementaux, rémunérés par le conseil général (éventuellement sous forme de vacations). Les conseils généraux peuvent aussi en déléguer la gestion par voie de convention à d'autres collectivités (communes par exemple), à des établissements de santé ou des associations⁶. Les centres en régie directe représentent la moitié des CPEF et les centres en site hospitalier, en gestion déléguée, représentent $\frac{1}{4}$ de l'ensemble des centres. Ces chiffres moyens recouvrent une grande diversité de situations qui vont de la régie directe exclusive (20 départements) à la délégation intégrale de gestion (14 départements) avec toute la gamme des situations intermédiaires (cf. annexe 5 bis).

Graphique 1 : Répartition des CPEF selon leur statut



Source : DGS 2010, Mouvement français pour le Planning familial

Le choix de telle ou telle configuration est généralement, aux dires des responsables départementaux rencontrés, un héritage de l'histoire que les conseils généraux sont peu enclins à remettre en cause. Dans la majorité des départements coexistent divers statuts.

En matière de planification familiale, les associations et particulièrement le MFPP ont été historiquement à l'origine de dispositifs dont la consécration et l'institutionnalisation se sont traduits par la mise en place de services publics majoritairement gérés directement par des autorités ou des opérateurs publics. Aujourd'hui en effet les $\frac{3}{4}$ des centres de planification sont soit des services départementaux soit des services implantés en centres hospitaliers et la part des centres gérés par des acteurs associatifs est minoritaire.

⁶ Article L2112-4 du code de la santé publique

Ce poids du secteur public dans la planification familiale semble une spécificité française : dans d'autres pays la place des acteurs associatifs est plus importante. En Wallonie (Belgique) et dans le canton de Vaud (Suisse), la gestion des centres est intégralement déléguée à des opérateurs privés (cf. annexes 8 et 9).

Trois configurations type :

Sans prétendre dresser une typologie exhaustive des centres à partir de l'échantillon observé par la mission, le croisement des critères de statut, d'implantation, d'activité et de public permet cependant d'esquisser trois configurations types :

- o Les CPEF en sites hospitaliers : une activité marquée par l'IVG

Selon l'article R.2212-7 du code de la santé publique « les établissements publics qui pratiquent des IVG comportent un centre de planification ou d'éducation familiale agréé ou passent convention afin que ce centre exerce, dans l'établissement, les activités définies par les articles R.2311-7 à R.2311-18 » (activités des CPEF).

De ce fait les demandes d'IVG prennent une part importante et parfois centrale dans l'activité des centres implantés en milieu hospitalier. Ainsi dans les CPEF en sites hospitaliers visités par la mission, les demandes d'IVG représentent jusqu'à 85 % des entretiens réalisés.

- o Les CPEF dans les centres de PMI ou centres médico-sociaux : une orientation plus sociale

En zone urbaine, les CPEF qui ne sont pas implantés en site hospitaliers sont souvent adossés à un centre médico-social ou à un centre de PMI.

L'atout, généralement souligné par les interlocuteurs de la mission, d'une telle implantation réside dans la possibilité d'organiser une articulation avec les travailleurs sociaux en cas de besoin. Certains départements assument d'ailleurs clairement un positionnement « social » de ces CPEF, en réorientant les femmes qui ne leur paraissent pas relever d'une telle prise en charge vers l'offre médicale de droit commun.

- o Les CPEF « autonomes » en ville : une cible jeune et plus mixte

Cette configuration domine parmi les sites gérés par le MFPPF et la mission a constaté que la volonté de développer ce type de site était un objectif de certains conseils généraux. Le rapport d'activité 2009 du MFPPF indique une fréquentation notable par un public jeune, voire très jeune : sur l'ensemble des publics reçus 43% ont moins de 20 ans dont 17% sont des garçons. Ce dernier chiffre, pour modeste qu'il soit dans l'absolu, reflète une mixité plus affirmée que la moyenne.

Une activité plus ou moins médicalisée

L'activité des CPEF varie également en fonction de la structure du personnel dédié à la planification, elle-même tributaire des capacités de recrutement locales :

- dans certains départements, le dispositif paraît très fortement «sanitarisé», avec une part importante de personnel médical et paramédical. Ainsi dans un département visité par la mission la présence d'une école de sages-femmes se traduit-elle par un recrutement important de cette catégorie de personnel, mobilisé notamment pour les interventions en milieu scolaire, tandis que les faibles ressources en conseillères conjugales et familiales sont concentrées sur les entretiens d'accompagnement des IVG,
- dans d'autres départements à l'inverse, la faiblesse des ressources médicales aboutit à un fonctionnement plus largement assis sur les conseillères conjugales et familiales, mais avec une offre de prestations médicales qui tend à se restreindre : la mission a ainsi observé un département où la pose de DIU⁷ en CPEF ne peut qu'exceptionnellement

⁷ DIU : dispositif intra-utérin (stérilet)

être assurée, y compris dans les CPEF implantés sur site hospitalier, les femmes étant alors renvoyées vers les services de gynécologie de l'hôpital.

1.1.3.3. Des EICCF qui reflètent la diversité associative

Une pluralité de réseaux associatifs

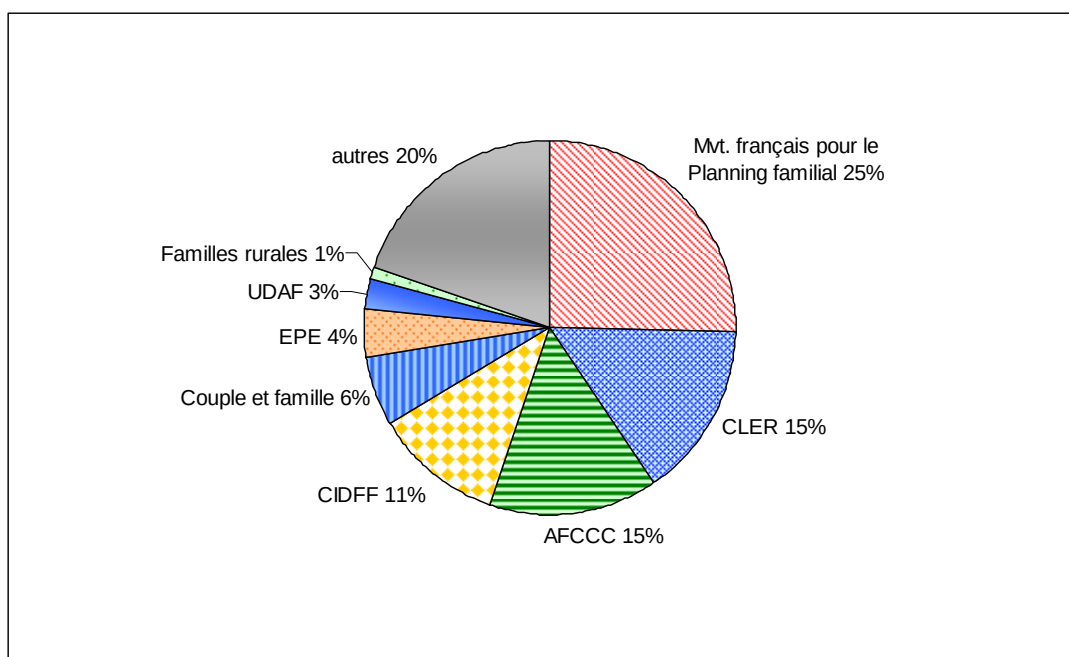
Les 391 EICCF recensés par la DGS sont gérés par 8 principaux réseaux associatifs : le Mouvement français pour le Planning familial (MFPF), le CLER Amour et Famille, le Centre d'information pour les droits des femmes et des familles (CIDFF), l'Association française des centres de conseil conjugal (AFCCC), Couple et Familles, le réseau des Unions départementales des associations familiales (UDAF), l'Ecole des parents et des éducateurs (EPE) et Familles rurales.

Ces mouvements associatifs gestionnaires des EICCF se rattachent à trois courants du mouvement associatif :

- les associations issues du militantisme féministe : c'est particulièrement le cas du Mouvement français pour le Planning familial
- les associations confessionnelles comme CLER amour et famille
- les associations issues du mouvement familial et d'éducation populaire : l'EPE, Familles rurales ou les UDAF et l'AFCCC.

Les relations entre le siège national et l'établissement local sont très variables : certains établissements sont gérés par des associations départementales disposant d'une autonomie juridique et financière, fédérées dans le cadre d'un réseau national (MFPF), d'autres s'appuient sur une simple une antenne locale d'un mouvement associatif constitué au niveau national (CLER par exemple).

Graphique 2 : Répartition des EICCF au sein des réseaux associatifs, en métropole



Source : Calcul IGAS sur données DGS- mai 2011

Parmi les sept⁸ organismes habilités à dispenser les formations professionnelles en conseil conjugal et familial (400h) et d'éducation à la vie (160h) destinées au personnel intervenant dans les EICCF et les CPEF, six sont des réseaux gestionnaires d'EICCF : le MFPPF, le CLER, l'AFCCC, EPE, Familles rurales et Couples et Familles.

Un recours plus ou moins important au bénévolat

Le personnel des EICCF se partage entre salariés et bénévoles, avec des degrés variables selon les associations et les départements. Globalement, la tendance est marquée par une difficulté croissante de recrutement de bénévoles. Un recours important au bénévolat accroît la variabilité de l'activité d'une année sur l'autre, la disponibilité des bénévoles pouvant se réduire brutalement et être difficile à remplacer rapidement.

Le MFPPF, association parmi les plus professionnalisées, évaluée à 1/3 la part des bénévoles dans le personnel de ses établissements ; deux d'entre eux fonctionnent sans aucun salarié.

Le CLER s'appuie plus largement sur des personnels bénévoles qui représentent la quasi-totalité des effectifs des 81 sections locales.

Une déclinaison variable des missions réglementaires

La réglementation a elle-même prévu et organisé la flexibilité en définissant quatre missions dont trois au moins doivent être mises en œuvre pour pouvoir bénéficier de l'aide financière de l'Etat en tant qu'EICCF⁹. Les établissements bénéficient donc d'une certaine liberté de choix mais celle-ci est en principe limitée par l'obligation qui leur est faite d'assurer les entretiens préalables à l'IVG qui doivent nécessairement figurer parmi ces trois missions.

Cette dernière condition est devenue toutefois sans réelle portée dans la mesure où la loi du 4 juillet 2001, en mettant fin à l'obligation d'entretien préalable à l'IVG pour les femmes majeures, a largement diminué la demande et, pour beaucoup d'EICCF, tari de fait cette mission. Les établissements du Mouvement français pour le Planning familial restent cependant des lieux ressources bien identifiés en matière d'IVG.

On constate aujourd'hui que rares sont les EICCF qui remplissent les quatre missions réglementaires.

Certains se sont centrés sur le conseil conjugal, notamment Couple et famille et le CLER. D'autres se sont orientés vers des activités plus en marge voire en dehors de leurs missions initiales comme le soutien à la parentalité, la médiation familiale, voire des prestations de suivi psychothérapeutique.

1.2. *Qui n'est pas organisé en dispositif cohérent*

1.2.1. Une dispersion des compétences et des responsabilités

1.2.1.1. L'essentiel de la responsabilité opérationnelle est décentralisé au niveau du département

Un ancrage juridique aux missions départementales de PMI

La planification familiale et l'éducation familiale font partie intégrante, selon la loi, de la protection maternelle et infantile (PMI), placée sous la responsabilité du président du conseil général.

⁸ Le 7^{ème} organisme est l'Institut des sciences de la famille de Lyon.

⁹ Article R2311-4 du code de la santé publique

Code de la santé publique, Livre 1^{er} : protection et promotion de la santé maternelle et infantile**Titre 1^{er} : organisation et mission****Chapitre II : service départemental de PMI****Article L2112-2**

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

(...)

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

(...)

L'ancrage juridique des CPEF au service départemental de PMI et les liaisons avec les services départementaux d'action sociale et d'aide sociale à l'enfance également prévues dans les textes,¹⁰ impriment une dimension sociale à l'activité des centres.

Les obligations fixées au président du conseil général en matière de planification et d'éducation à la sexualité apparaissent relativement floues, consistant à « organiser des activités » dont il n'a pas l'exclusivité et dont la loi ne précise ni le contenu, ni l'étendue, ni les résultats attendus.

Les normes minimales réglementaires imposables aux départements en matière de protection de la mère et de l'enfant¹¹ n'ont pas de portée opérationnelle pour ce qui concerne la planification : fixant un nombre de séances de consultations prénatales et de planification ou d'éducation familiale d'au moins 16 demi-journées par semaine pour 100 000 habitants de 15 à 50 ans, le texte fixe un seuil minimal de 4 demi-journées pour les consultations prénatales mais ne comporte aucune indication pour les consultations de planification.

Un budget de planification intégré à celui de la PMI

Peu de départements sont en mesure d'identifier le coût de cette activité spécifique au sein de la PMI. La mission estime que le coût de la mission de planification représente moins de 10% de l'ensemble des dépenses de PMI des départements dont le montant était estimé à environ 700 M€ par l'IGAS en 2006¹² (l'annexe 4 quater présente une estimation des seules dépenses brutes de personnels des conseils généraux, qui représenteraient de l'ordre de 50 M€).

1.2.1.2. Une intervention mal définie et parcellisée de l'Etat

L'Etat conserve une compétence opérationnelle concernant les EICCF

Les EICCF continuent de relever de la compétence et du financement de l'Etat. La majorité des crédits sont prélevés sur le programme « familles vulnérables » ce qui donne une coloration très sociale à une activité au départ conçue pour un public indifférencié.

Mais ce programme n'est pas le seul concerné par un financement particulièrement éclaté puisque pour des crédits d'Etat qui s'élèvent au total à 3,46 M€, pas moins de trois ministères (Santé, Affaires sociales, Ville) et quatre programmes budgétaires sont aujourd'hui mobilisés¹³.

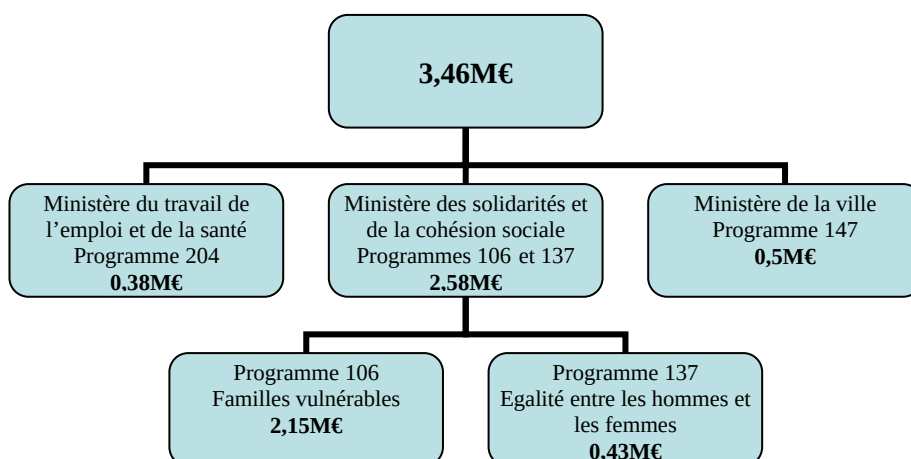
¹⁰ Article L2112-4 du code de la santé publique : les activités mentionnées aux articles L. 2112-2 et L. 2112-3 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

¹¹ Article R2112-5 du code de la santé publique

¹² Rapport n°RM2006-163P de novembre de 2006, Etude sur la protection maternelle et infantile, rapport de synthèse.

¹³ Jusqu'en 2008 le financement était réparti entre ministère chargé de la santé et le ministère chargé des affaires sociales. La situation s'est compliquée en 2009 quand les contraintes budgétaires du ministère chargé des affaires sociales ont conduit à la mobilisation des crédits du ministère chargé de la ville via l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE)

Tableau 2 : Répartition des crédits d'état pour le financement des EICCF



Suite aux difficultés de financement des EICCF, un protocole d'accord a été signé le 11 mars 2009 entre les ministres concernés et la présidente du Mouvement français pour le Planning familial. Ce protocole sécurise les subventions allouées à tous les EICCF à hauteur de 3,46M€ sur la période 2009-2011.

La gestion des procédures administratives d'agrément des EICCF, le suivi via une convention annuelle ou pluri annuelle et le versement des subventions du « titre II » (8€ par heure de conseillère conjugale¹⁴) sont assurés par les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS/DDCSPP).

L'Etat exerce par ailleurs une responsabilité générale de définition des politiques de prévention sanitaire mises en œuvre par les CPEF et EICCF.

Même dans les champs de compétence décentralisée, l'Etat conserve une fonction normative, qu'il exerce par voie législative et réglementaire, et une fonction de contrôle et de régulation¹⁵. Ainsi l'élaboration des normes juridiques qui régissent l'activité des CPEF relève de la direction générale de la santé (DGS). La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) produit les référentiels métiers et de formations des conseillères conjugales. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est chargée du recueil des données administratives des conseils généraux.

Par ailleurs l'Etat est responsable de la politique de santé publique. Le dispositif des CPEF et EICCF participe à la mise en œuvre des politiques de prévention sanitaire : prévention des grossesses non désirées, des IST et de façon plus générale des comportements sexuels à risques. Dans cette perspective les CPEF, financés par les conseils généraux et placés sous leur responsabilité, sont les opérateurs d'une politique nationale. Ils s'inscrivent également dans le cadre d'une offre de soins dont l'organisation et la régulation incombent à l'Etat, responsabilités dont la mise en œuvre est confiée aux agences régionales de santé (ARS).

Enfin l'Etat est également responsable de l'Education nationale et à ce titre il assure la définition et la mise en œuvre des dispositions législatives relatives à l'éducation à la sexualité.

¹⁴ Tarif fixé par note ministérielle du 24 janvier 2002.

¹⁵ Cf. Rapport annuel IGAS 2009 sur la mise en œuvre des politiques sociales décentralisées

La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau des ARS

Les ARS se sont vu transférer les responsabilités jusqu'alors exercées par les préfets de département concernant la mise en œuvre de la réglementation régissant le fonctionnement des EICCF et des CPEF (Voir annexe 2). Mais surtout les ARS sont parties prenantes des politiques « contraception-sexualité » à travers les responsabilités qui leur sont confiées d'organiser l'offre primaire de soins et les structures sanitaires et de coordonner les politiques de prévention au niveau régional :

- Les ARS ont pris le relais des DRASS pour le soutien financier, dans le cadre des PRSP (plans régionaux de santé publique), d'actions menées par divers opérateurs en matière d'accès à la contraception et d'éducation à la sexualité : missions locales, points accueil jeunes, associations par ailleurs gestionnaires d'EICCF,
- Les centres hospitaliers ayant des services IVG sont directement concernés par les actions « contraception-sexualité » soit directement, soit par convention avec un CPEF,
- En matière d'infections sexuellement transmissibles (IST), les décisions de financement des Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et, là où ils ont été recentralisés, des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), relèvent des ARS (cf. annexe 3)
- Les plates formes téléphoniques régionales d'information et d'aide à l'orientation des personnes sur les questions de contraception, d'IVG et d'éducation à la sexualité sont financées par les ARS.

Ces actions devraient connaître de nouveaux développements suite à l'instruction du 21 octobre 2010¹⁶ qui engage les ARS à mettre en œuvre, en liaison avec tous les acteurs, la politique de santé régionale en faveur de la prévention des grossesses non désirées et de l'amélioration de la prise en charge des IVG dans le cadre du projet régional de santé et des schémas régionaux de prévention dont la prévention des grossesses non désirées constitue une composante obligatoire.

La mise en œuvre des obligations légales d'éducation à la sexualité par le ministère de l'éducation nationale

- La loi du 4 juillet 2001¹⁷ légalise et généralise à l'ensemble du cursus scolaire, depuis l'école élémentaire jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, une démarche qui était jusqu'alors définie par voie de circulaire et centrée sur les classes de quatrième et troisième¹⁸.

Si aucun bilan d'ensemble n'a été réalisé qui permette d'évaluer la mise en œuvre au niveau des établissements scolaires, il semble que l'obligation légale soit très inégalement et partiellement appliquée¹⁹, principalement pour des raisons de moyens. L'organisation des séances d'éducation à la sexualité se heurte aussi à d'importantes difficultés matérielles : intégration dans le programme et la vie scolaire, disponibilité des salles et créneaux horaires, financement des actions, articulation entre l'équipe éducative et les intervenants extérieurs....

¹⁶ Instruction N°DGS/MC1/DGOS/R3/2010/377 du 21 octobre 2010, adressée aux Directeurs généraux des ARS, relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Accès des personnes mineures à la contraception.

¹⁷ L'article L 312-16 du Code de l'éducation prévoit qu'« une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène ».

¹⁸ La circulaire de novembre 1998 l'inscrit dans les programmes nationaux de cours de sciences de la vie et de la terre (SVT) de 4^{ème} et de 3^{ème}

¹⁹ Rapport IGAS sur l'évaluation de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, établi par Claire Aubin et Danièle Jourdain-Menninger, février 2010.

Parmi ces intervenants extérieurs, les CPEF (près de 19 000 interventions en milieu scolaire réalisées en 2009²⁰) et les EICCF tiennent une large place ; ils interviennent dans les établissements scolaires au titre de leur mission d'éducation à la sexualité dans le cadre d'un agrément national ou académique²¹ et en accord exprès avec le chef de l'établissement. Il existe par ailleurs très souvent des chartes académiques pour les intervenants en milieu scolaire.

En tout état de cause, ces interventions par les CPEF et les EICCF, généralement ciblées sur un, voire deux niveaux, une fois dans l'année, demeurent quantitativement très inférieures à ce qu'il serait nécessaire de déployer s'il s'agissait de couvrir l'ensemble des besoins du secondaire.

- L'obligation légale d'éducation à la sexualité a été réaffirmée en 2010²² et élargie aux questions de violence. Pour autant, l'éducation à la sexualité n'a pas été en France, à la différence d'autres pays tels que les Pays Bas et en Suisse (canton de Vaud), érigée en une discipline propre avec des horaires dédiés dans les emplois du temps. Le décret du 11 juillet 2006 a intégré l'éducation à la sexualité dans le socle des connaissances à acquérir pendant les quatre années de collège. Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité est classée parmi les compétences transversales c'est-à-dire qu'elle doit, au-delà des sciences de la vie et de la terre (SVT), être prise en compte dans toutes les disciplines et par l'ensemble de la communauté éducative. Les modalités d'évaluation individuelle des acquis ne sont pas arrêtées.
- Le rôle de l'éducation nationale en matière d'accès à la contraception et de prévention des grossesses non désirées ne se limite pas à l'éducation à la sexualité. Le décret du 27 mars 2001 pris en application de la loi du 13 décembre 2000 prévoit que la contraception d'urgence peut être délivrée aux élèves des établissements de l'enseignement du second degré. Un protocole national précise que l'infirmière scolaire est autorisée à administrer la contraception d'urgence. Un entretien systématique d'information et une orientation vers un médecin traitant ou un CPEF doivent être proposés à l'élève. L'infirmière scolaire établit annuellement un état des demandes et de la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures et aux majeures, adressé à l'inspecteur d'académie. C'est aussi l'infirmerie scolaire qui a été retenue par les conseils régionaux d'Ile de France et de Poitou Charente en accord avec l'éducation nationale, comme lieu de délivrance des prestations du « PASS contraception ».

L'ensemble de ces dispositions s'applique tant à l'enseignement public qu'à l'enseignement privé sous contrat. Toutefois ce dernier n'est pas inclus dans les dispositifs de remontée d'information qui reposent sur les infirmières scolaires présentes dans les seuls établissements publics.

1.2.1.3. Une répartition confuse des financements entre assurance maladie et conseils généraux

Les principes de base du partage du financement des prestations entre l'assurance maladie et les conseils généraux sont les suivants : les conseils généraux financent les entretiens et consultations médicales effectués en CPEF, au titre de leur compétence générale de financement de la PMI (qui inclut juridiquement la planification) ; l'assurance maladie prend en charge sa part des prestations prescrites remboursables (dépiages, contraceptifs remboursables), le ticket modérateur restant à la charge de la personne ou de son assurance complémentaire.

²⁰ Enquête nationale PMI 2009 DREES

²¹ Le décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992 prévoit que l'intervention des organismes sous statut associatif est soumise à un agrément délivré à la suite de l'avis du conseil national des associations complémentaires de l'enseignement public (CNAECP).

²² La loi n° 2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux a abondé au titre de la prévention le code de l'éducation (article L121-1) : « Les écoles, les collèges et les lycées assurent une mission d'information sur les violences et une éducation à la sexualité ».

Ces principes connaissent toutefois de multiples aménagements, d'une part pour tenir compte des exigences de confidentialité mises en œuvre pour certains publics ou des personnes sans couverture maladie, d'autre part parce que la loi prévoit la possibilité d'une participation financière de l'assurance maladie aux dépenses de PMI sur la base de conventions signées au niveau départemental²³.

L'annexe 4 illustre la complexité qui résulte de ces aménagements :

- les règles applicables aux prestations prescrites varient en effet, sans cohérence apparente, selon le type de prestations ou selon le type de public ;
- elles recèlent parfois des contradictions qui les rendent de facto inapplicables et inappliquées (combinaison de l'exigence générale d'anonymat en matière d'IST et des règles de droit commun de prise en charge par l'assurance maladie) ;
- elles ne prévoient pas certains cas de figure que pourtant les CPEF doivent traiter (personnes majeures souhaitant la confidentialité...) ;
- la participation facultative de l'assurance maladie à la prise en charge des dépenses de PMI²⁴ n'a d'autre fondement qu'historique et semble inégale selon les départements.

Sur ce dernier point, pour clarifier la situation, le régime général a élaboré une convention type de trois ans renouvelable par tacite reconduction, qui doit progressivement se substituer aux conventions initiales. Cette nouvelle convention distingue les prestations de planification des autres prestations de PMI. Cet effort d'harmonisation suscite encore quelques interrogations : la convention type prévoit la prise en charge par l'assurance maladie d'entretiens pré-et post-IVG, alors qu'il ne s'agit pas de prestations remboursables (effectuées par des conseillères conjugales²⁵) et non des consultations médicales. L'assurance maladie considère que les consultations pourront bénéficier d'une prise en charge de droit commun dès lors que la télétransmission sera déployée dans les centres de planification, et qu'il est donc inutile de prévoir cela dans la convention. Compte tenu des textes actuels, l'absence de mention des consultations dans la convention-type laisse persister des ambiguïtés et en tout état de cause ne règle pas les cas de demande de secret (cf. annexes 4 et 4 bis).

Enfin, ce sont des conventions distinctes avec chaque régime d'assurance maladie que les conseils généraux doivent signer actuellement, pour permettre des prises en charge au titre des assurés de chacun de ces régimes. Ceci accroît encore vraisemblablement l'hétérogénéité des participations de l'assurance maladie entre départements, selon les pratiques de chaque régime et le poids local relatif de leurs assurés.

1.2.1.4. Des interventions facultatives des communes et des régions, plus ou moins articulées avec celles des conseils généraux

Certaines communes et régions développent également des actions dans le domaine de la planification au titre de leurs compétences facultatives, sous des formes variées : subventions aux établissements, prêt de locaux, financement partiel de la plateforme téléphonique régionale « contraception, IVG » mise en place dans toutes les régions ou encore distribution de chèques offrant un accès gratuit à des prestations de contraception (Ile de France et Poitou Charente).

²³ L'article L2112-7 du code de la santé publique prévoit la participation de l'assurance maladie, dès lors qu'une convention liait les organismes d'assurance maladie au service départemental de PMI avant la mise en œuvre de la loi du 18 novembre 1989 (Voir Annexe 4 bis).

²⁴ Le rapport IGAS sur la protection maternelle et infantile de novembre 2006, estimait par extrapolation à 60 M€ les sommes versées à la PMI par les CPAM (étude sur la PMI en France ; rapport IGAS novembre 2006 établi par Danièle Jourdain Menninger, Christophe Lannelongue, Bernadette Roussille et Patricia Vienne)

²⁵ Certes les conseillères conjugales peuvent dans certains cas disposer d'un diplôme de professionnel de santé, mais c'est au titre de leur qualification de conseillère conjugale qu'elles effectuent ces entretiens qui ne sont pas, en tout état de cause, des prestations remboursables au sens du code de la sécurité sociale.

Ces initiatives particulières de collectivités complètent l'offre de prestations. Elles accentuent cependant le déséquilibre entre la partie obligatoire des politiques publiques et les actions facultatives qui se développent çà et là, avec des risques croissants d'une couverture inégale des besoins de la population qui restent mal identifiés.

1.2.2. Un défaut de lisibilité et de visibilité

1.2.2.1. Des textes confus et enchevêtrés

Aucune vision d'ensemble ne se dégage des textes relatifs aux missions et activités des CPEF et des EICCF. Dispersés dans le code de la santé publique, ces textes sont souvent confus, parfois ambigus et inégalement actualisés.

On peut ainsi citer les textes relatifs à la mise en œuvre de l'IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification dont la rédaction peut être interprétée comme confiant au Président du conseil général la responsabilité de l'organisation générale de cette activité qui relève pourtant de la politique sanitaire²⁶. Cette interprétation est confortée par le décret du 6 mai 2009 qui prévoit notamment la signature de conventions entre le président du conseil général et les médecins de ville dont l'objet reste mal défini et dont aucun exemple n'a pu être signalé à la mission. La circulaire DGS-DHOS du 6 octobre 2009²⁷ n'apporte pas d'éclaircissements à cet égard. L'ensemble suscite des interrogations légitimes au sein des conseils généraux, qui semblent ainsi se voir attribuer des missions concernant l'organisation de la médecine de ville dans ce domaine.

Peuvent également être cités les textes engendrant les difficultés déjà mentionnées, d'incompatibilité entre l'obligation d'anonymat pour le dépistage et le traitement des IST et la participation financière du consultant²⁸ ou encore relatifs à la répartition des charges financières entre départements et assurance maladie²⁹ qui peuvent générer localement des conflits d'interprétation (cf. annexe 4).

Les textes réglementaires retraçant les activités exercées par les organismes n'ont pas été actualisés. Ainsi les activités des CPEF restent fondées sur la rédaction d'un article du décret du 6 août 1992 alors que depuis cette date, de nouvelles activités médicales ont été confiées aux centres. De même, l'énoncé enchevêtré des missions des EICCF précise toujours que les entretiens préalables à l'IVG sont la seule mission obligatoire, en décalage avec les évolutions en ce domaine prévues par la loi du 4 juillet 2001 pour les femmes majeures pour qui cet entretien n'est plus obligatoire (cf. annexe 1).

1.2.2.2. Un système de remontée d'informations peu fiable

L'enquête annuelle réalisée par la DREES sur la PMI³⁰ auprès des conseils généraux a fait l'objet d'une refonte partielle, effective depuis le 1^{er} janvier 2009, suite au rapport IGAS de novembre 2006 sur la PMI³¹ qui constatait des imprécisions ou des lacunes concernant l'activité des services. Cette refonte a été établie à l'issue d'un travail concerté avec une quinzaine de services départementaux volontaires.

²⁶ Article L2112-2 du code de la santé publique

²⁷ Circulaire DGS/DHOS/2009/304 du 6 octobre 2009 selon laquelle « le président du conseil se voit confier la mission d'organiser la pratique d'interruptions volontaires de grossesse. (...). Cette mission peut être mise en œuvre par des centres de planification, des centres de santé par voie de convention, des médecins de ville par voie de convention (...) »

²⁸ Article L2112-2 du code de la santé publique

²⁹ Article L2311-4 et L2311-5 du code de la santé publique

³⁰ Conformément aux dispositions du code général des collectivités territoriales (article L1614-7) relatives au suivi statistique des compétences décentralisées, qui prévoient en outre un retour aux collectivités territoriales des résultats de l'exploitation des données.

³¹ Etude sur la PMI en France ; rapport IGAS novembre 2006 établi par Danièle Jourdain Menninger, Christophe Lannelongue, Bernadette Roussille et Patricia Vienne.

S'agissant de la planification familiale, cette enquête comprend des éléments relatifs aux personnels, aux implantations, aux activités médicales et de conseil ainsi qu'au statut des structures de PMI. Les éléments de connaissance des publics accueillis sont très limités (cf. partie 2.3.1).

La planification familiale n'est que partiellement identifiée au sein du questionnaire. En effet en matière de personnels, seules les données relatives aux conseillères conjugales sont spécifiquement rattachables aux activités de planification et le nombre de demi-journées de consultations ne distingue pas les consultations prénatales des consultations de planification.

Le taux de réponse à cette partie de l'enquête obligatoire n'est pas très bon : la majorité des indicateurs recueille moins de 2/3 de réponses des départements. Les services départementaux rencontrés par la mission soulignent le caractère chronophage de cet exercice, généralement réalisé sur base manuelle faute d'informatisation des CPEF. Ils font par ailleurs état de leur difficulté à s'approprier la grille et les concepts utilisés, dont ils soulignent les changements à leurs yeux trop fréquents.

Les services de la DREES eux-mêmes considèrent les remontées qui leur parviennent comme difficilement exploitables et compte tenu des difficultés d'interprétation d'une part, de l'absence de demande des responsables nationaux et locaux d'autre part, se contentent de stocker et de restituer de façon pluriannuelle les données brutes sans procéder à des contrôles et redressements de données ni à leur analyse.

On aboutit ainsi à un cercle vicieux, puisque l'absence de retour d'information contribue à expliquer le manque d'intérêt des services départementaux pour cette démarche à sens unique qui ne leur apporte aucun éclairage particulier sur leur activité alors qu'elle pourrait constituer un outil de pilotage départemental et national.

1.2.2.3. Des moyens financiers et humains mal identifiés

Les moyens consacrés par les départements au fonctionnement des centres de planification ne sont pas connus

Il est impossible, sur la base du système d'information actuel, d'évaluer les moyens humains consacrés par les départements à l'activité de planification. Les données recueillies par la DREES ne permettent pas d'isoler, parmi les 1827 équivalents temps plein (ETP) de médecins, 758 ETP de sages-femmes et les 1028 ETP d'infirmières recensés en 2009 pour la PMI, la part des moyens consacrés aux activités de planification.

En revanche l'effectif des conseillères conjugales salariées des départements, que l'enquête DREES évalue à 267 ETP, fournit un premier indicateur intéressant. Rapporté à la population, cet indicateur varie très fortement, entre 0 et 23,5 ETP de conseillère conjugale pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans ; la moyenne s'établit à 2,2 ETP et la médiane à 1,1 ETP en métropole. De nombreux départements ne déclarent aucun ETP de conseillère conjugale dans leurs effectifs et ont recours à des vacations. Ainsi pour l'année 2009, l'enquête de la DREES indique 66 880 heures de vacations réalisées par 154 conseillères conjugales³².

Au total ces données ne permettent pas de dégager une vision précise et complète des moyens en personnel affectés à la planification par les départements.

L'effort financier des départements n'est pas plus facile à retracer :

- d'une part le budget consacré à la planification est intégré à celui de la PMI,
- d'autre part lorsque des évaluations ont pu être fournies à la mission concernant la planification, elles n'intègrent généralement pas la rémunération des personnels départementaux affectés à cette activité. L'absence de comptabilité analytique permettant de les identifier dans les dépenses totales de personnel conduit donc à un biais très important, surtout lorsque l'activité de planification est effectuée dans le cadre de centres en régie directe. Une évaluation des coûts

³² 70 départements répondants

hors dépenses de personnel pour des services sanitaires et d'aide à la personne n'a à l'évidence guère de sens.

Le coût des centres en régie indirecte est en principe plus facilement identifiable puisque donnant lieu à une subvention fixée par convention. Mais cette subvention ne couvre pas toujours l'intégralité des coûts, notamment dans les centres en site hospitalier où la convention organise un partage des moyens³³.

Enfin le coût net de l'activité médicale de planification pour les conseils généraux est susceptible de varier selon le contenu des relations financières avec l'assurance maladie : dans aucun des départements visités, la prise en charge de ces consultations par l'assurance maladie n'était organisée sur une base individuelle, mais plutôt sur une base forfaitaire.

Ces diverses raisons contribuent à expliquer les efforts infructueux de la mission pour évaluer le montant des dépenses de planification dans les départements visités, l'exploitation des données partielles qu'elle a pu recueillir ayant démontré leur incohérence et ne permettant pas d'en tirer de conclusions.

Dans l'impossibilité de se baser sur des données exactes la mission s'est efforcée de déterminer des ordres de grandeur en jeu à partir des données recueillies par la DREES sur l'activité des centres. Les seules dépenses brutes (avant participation de l'assurance maladie) de personnels des conseils généraux représenteraient ainsi environ 50 M (cf. annexe 4 quater). Ceci suggère que la planification ne peut représenter plus de 10% de l'ensemble des dépenses de PMI des départements (évaluées à 700 M€ par l'IGAS en 2006), cette estimation étant probablement large.

Les EICCF bénéficient de financements d'origines multiples dont le montant consolidé n'est pas connu mais demeure d'une ampleur plus modeste.

L'activité au titre de l'EICCF constitue l'une des sources de recettes des associations gestionnaires, à travers d'une part de la facturation de leurs interventions demandée au public ou aux établissements scolaires et d'autre part du financement à hauteur de 8€ par heure de conseillère conjugale alloué par les DDSCS.

Les autres ressources des associations proviennent de subventions diverses (des ARS, des différentes collectivités territoriales, de l'Etat au titre de certains programmes, de L'Acsé, etc.) ainsi que des prestations de formation facturées, puisque certaines de ces associations sont agréées au niveau national pour la formation des conseillères conjugales et familiales et ont souvent développé une offre complémentaire de formation continue. Il n'existe pas de vision consolidée au niveau national de l'ensemble des crédits d'Etat alloués aux associations supports de ces EICCF.

A l'inverse de ces financements ponctuels par action, les 8€/heure de conseillère conjugale alloués par les DDSCS le sont sur une base forfaitaire et déclarative et sont considérés comme une source de stabilité financière indispensable à leur fonctionnement et à leur autonomie. A noter d'ailleurs que malgré le non renouvellement d'un certain nombre de conventions de financement les associations support ont continué à recevoir les subventions correspondantes, hors du cadre juridique réglementaire.

³³ Un inconvénient administratif parfois relevé de la forte intégration des CPEF et des centres IVG en site hospitalier réside dans la difficulté d'imputation à l'une ou l'autre structure des premières consultations médicales. Les deux imputations apparaissent légitimes, puisqu'une femme qui se présentera dans n'importe quel CPEF pour une demande potentielle d'IVG pourra y recevoir une consultation médicale et qu'à l'inverse, cette consultation pourra être faite dans un centre IVG si la femme y recourt directement. Au total, il paraît souhaitable que les conventions entre Conseils généraux et établissements de santé établissent des règles claires, fussent-elles relativement forfaitaires et arbitraires, pour éviter des crispations préjudiciables à la prise en charge des patientes.

1.2.2.4. Une image et une notoriété ambiguës

Des services multiformes sans image commune

Le dispositif des EICCF et des CPEF en tant que tel n'est pas nécessairement bien connu même si certaines de ses déclinaisons opérationnelles sont bien repérées et très fréquentées, à l'exemple des permanences « jeunes » du mercredi après-midi qui constituent un point commun dans tous les départements visités.

L'hétérogénéité des présentations ne contribue pas à constituer un ensemble cohérent aux yeux du public : les centres apparaissent selon le cas comme un service de l'hôpital, du centre d'action sociale ou de la PMI. Quant aux établissements, ils sont identifiés comme une structure associative.

Le « dispositif » en tant que tel relève donc plutôt d'une construction administrative formelle que d'un réseau identifié.

Une communication peu explicite

Les deux labels EICCF et CPEF ne procurent que peu d'information sur l'activité réelle des structures, les concepts même de « planification et d'éducation familiale » ou de « conseil conjugal » pouvant apparaître peu attractifs et bien éloignés des références des jeunes voire de nombreux adultes. La même observation peut être faite pour les « conseillères conjugales et familiales » qui font majoritairement aujourd'hui tout autre chose que du conseil conjugal et familial, du moins dans les CPEF et au Mouvement français pour le Planning familial. La question de la dénomination de cette profession a été soulevée dans de précédents rapports de l'IGAS³⁴ qui préconisent une évolution de son appellation.

Toutefois selon certains acteurs, le nom compte beaucoup moins que l'identification pratique et concrète du lieu et des personnes, obtenue en partie auprès des jeunes grâce aux interventions en milieu scolaire et aux réseaux de partenaires qui permettent d'orienter facilement le public vers les structures.

Il reste que, pour un dispositif dont les jeunes sont un des publics cibles, on peut s'interroger sur la faible lisibilité immédiate du service offert. Les jeunes doivent franchir une série de barrières terminologiques et psychologiques (aller à l'hôpital ? dans un centre social ? dans un centre de PMI pour les jeunes mères ? et pour les garçons, dans un endroit réservé aux femmes, voire à connotation féministe ?).

Le choix de termes explicites et différenciés selon les activités, dans le canton de Vaud (Suisse)

Les centres sont gérés par une fondation (Profa) qui leur confère une appellation générique reconnue (« centres Profa »). Ensuite, en son sein, la fondation distingue clairement trois activités, à travers des services différents :

- un service de « consultation de santé sexuelle-planning familial » au sein duquel sont offerts des consultations médicales et des entretiens individuels par des « conseillères en santé sexuelle et reproductive » ;*
- un service de « consultation conjugale et de sexologie » où sont offerts des entretiens avec des « conseillers conjugaux » ;*
- un service d'« éducation sexuelle » dont les interventions auprès des publics des établissements scolaires et de formation sont assurées par des « éducatrices formatrices en santé sexuelle et reproductive ».*

³⁴ Rapport IGAS sur l'évaluation de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, établi par Claire Aubin et Danièle Jourdain-Menninger, février 2010.

Rapport IGAS sur le statut des conseillères conjugales et familiales, établi par Christian Gal et Danièle Vilchien, octobre 2006

Un acteur bien identifié : le Mouvement français pour le Planning familial

Le Mouvement français pour le Planning familial (MFPF) se détache de l'ensemble et bénéficie en tant qu'acteur historique d'une image et d'une notoriété fortement affirmées. Si fortes d'ailleurs que le terme de « planning » est devenu une appellation générique qui s'est substituée à celui de planification et imposé à tous : public, institutions, professionnels.

Cette assimilation peut prêter à confusions et complique parfois le parcours physique ou via internet de l'utilisateur lorsque celui-ci s'adresse à un établissement du MFPF pour une consultation de contraception et doit être réorientée vers un centre relevant du Conseil général. En effet seule une minorité des associations départementales du MFPF gère des centres habilités pour prescrire et délivrer une contraception médicale.

Un relais insuffisant par Internet

Deux sites internet sont gérés par l'INPES (*onsexprime* et *choisirsacontraception*) et sont en cours de refonte. Le premier s'adresse au public jeune et le second plus largement aux femmes.

Aucun de ces deux sites ne donne d'informations pratiques sur les lieux de consultations médicales ou de conseil (seuls des renvois sur le site général du ministère du travail, de l'emploi et de la santé et, pour ses propres structures, sur le site du MFPF sont possibles).

De façon plus générale il apparaît très difficile de trouver à partir d'une requête « grand public » le chemin d'accès débouchant sur des renseignements opérationnels concernant les dispositifs.

Les déplacements réalisés par la mission en Suisse et en Belgique ont fait apparaître des politiques d'accessibilité et de visibilité intéressantes (cf. annexes 8 et 9).

Le portail des centres de planning familial « Love Attitude » en Belgique (Wallonie-Bruxelles) et « Isis-info.ch » en Suisse

En Belgique francophone, « Loveattitude.be » est le portail des centres de planning familial en Wallonie et à Bruxelles. Il est promu par les quatre fédérations de centres de planning familial. Il présente une carte de Belgique avec possibilité de zoom sur les régions où sont positionnés des points représentant les centres ; les informations pratiques sont obtenues en cliquant sur ces points. Elles sont mises à jour par les centres eux-mêmes.

En Suisse, au niveau fédéral, l'association faîtière pour la sexualité sexuelle et reproductive (PLANeS) gère un site « isis-info.ch ». La visibilité des centres de planification est notamment donnée grâce à ce site, chaque organisme cantonal ayant la charge de mettre à jour ses données propres.

1.2.3. Un faible niveau de pilotage

- 1.2.3.1. Les conseils généraux gèrent la planification au sein de la PMI sans orientation stratégique affirmée

Une difficulté à individualiser la planification au sein de la PMI

Le poids prédominant de la protection de la mère et de l'enfant dans les politiques locales, l'organisation administrative et les cultures professionnelles, ne facilitent pas l'émergence et la prise en compte des problématiques propres à la planification.

La mission a pu constater que l'organisation d'une unité administrative dédiée à la planification, placée sous la responsabilité d'un médecin du conseil général, permet un pilotage plus serré des CPEF et de mieux coordonner les actions et les partenariats. Ce schéma est toutefois loin d'être généralisé, notamment dans les départements les moins peuplés.

Les avantages d'un responsable dédié à la mission de planification

La mission a pu constater dans certains départements visités que l'animation du dispositif par les services centraux du Conseil général était d'autant plus effective qu'un responsable dédié à cette mission était clairement identifié au sein des organigrammes, distinct du médecin responsable de la PMI (qui est généralement un pédiatre).

Par exemple, en Seine-Saint-Denis, dans les Yvelines et dans le Haut-Rhin, un médecin gynécologue est spécifiquement en charge de la planification. Cette mission est assumée en maintenant un exercice partiel au sein d'un CPEF, permettant au responsable de rester plus facilement en prise avec les enjeux concrets de la planification.

Les avantages d'un tel pilote dédié à la planification au sein du Conseil général se matérialisent par exemple par :

- une identification de la planification au moins à travers un volet dédié du schéma départemental de PMI ;
- l'organisation de réunions régulières (avec une fréquence mensuelle par exemple) de l'ensemble des conseillères conjugales et familiales actives dans les CPEF du département, permettant un échange permanent sur les pratiques, les difficultés rencontrées et les solutions apportées ;
- une certaine formalisation au niveau départemental des relations avec l'inspection académique ou l'organisation d'un partage d'information sur la couverture des établissements scolaires (publics) en interventions collectives.

Outre l'absence d'identification des ressources financières propres à la planification, l'étroitesse des effectifs conduit à adosser le plus souvent la gestion des ressources humaines (absences, formation et congés) à la PMI. Les fiches de poste des personnels PMI appelés à travailler sur des missions de planification en CPEF ne mentionnent pas toujours explicitement cette partie de leurs activités.

Une gestion de moyens plutôt que la mise en œuvre d'objectifs

La gestion des moyens s'inscrit trop rarement dans une perspective d'ensemble fondée sur l'analyse des besoins, la détermination d'objectifs et de priorités. Il en résulte que l'ensemble des actions est très faiblement évalué.

Le diagnostic des besoins pour déterminer les priorités

Dans le Calvados, une étude des besoins de la population et la prise en compte des obligations légales ont abouti ces dernières années à l'ouverture de trois CPEF supplémentaires.

Dans le département des Yvelines, un projet de refonte de la planification à l'occasion de l'élaboration du schéma départemental Enfance et PMI 2011-2015, s'appuie sur le constat d'éparpillement des moyens mis en œuvre -70 sites- et d'un manque de lisibilité de l'action du département. Ce constat est étayé par un diagnostic réalisé de janvier à juin 2008 par 4 médecins du conseil général, référents de planification. Ce diagnostic a abouti à l'élaboration d'un cahier des charges pour les CPEF qui trace les orientations du prochain schéma départemental :

1. un public cible : jeunes - de 25 ans, publics présentant des difficultés socio-économiques
2. les missions : contraception, IST (dépistage et traitement) accompagnement des femmes enceintes (grossesse ou IVG) et informations collectives
3. les lieux : accessibilité par rapport aux transports et aux établissements scolaires
4. les locaux et les moyens humains : fonctionnalité des locaux et pour le personnel : médecin, CCEF et secrétariat spécifiquement formé
5. les horaires d'ouverture : adaptés aux conditions locales et au public jeune (mercredi après midi et heure du déjeuner)
6. des référentiels d'actions pour les CPEF : la contraception (particulièrement la contraception d'urgence), les IST, les IVG, les violences sexistes et sexuelles, les actions collectives.
7. En Loire Atlantique, les services du conseil général vont réaliser un état des lieux dans le courant de l'année 2011. L'objectif est notamment de faire remonter les besoins et de déterminer les zones non couvertes. Le souci d'un meilleur suivi de l'activité de planification se manifeste également à travers une nouvelle grille établie en concertation avec les centres pour l'élaboration de leur rapport d'activité annuel.

Les conventions que la mission a pu examiner pour les CPEF en gestion déléguée se limitent généralement à la description des moyens humains et financiers attribués au centre sans lui fixer d'objectifs en termes d'activité, de public, de contenu des prestations.

L'articulation avec d'autres pans des politiques sociales des conseils généraux tels que l'aide sociale à l'enfance est rarement pensée au-delà des synergies spontanées : les centres médico-sociaux qui abritent un CPEF pourront facilement orienter une famille d'accueil vers ce dernier en cas de besoin ; en revanche, la sensibilisation du personnel des foyers de l'enfance et l'organisation d'interventions sur la sexualité adaptées au vécu et aux conditions de vie du jeune public de ces foyers ne sont pas généralisées.

Les relations entre les services du conseil général et les centres se résument souvent à une réunion budgétaire annuelle. Les instruments de pilotage sont plus développés pour les centres en gestion déléguée, qui doivent fournir chaque année un rapport d'activité et disposent souvent d'un projet de service, que pour les centres en régie directe dont la gestion se confond avec celle des services du Département.

La planification n'est généralement pas regardée comme un enjeu politique

Les moyens mis en œuvre par les conseils généraux ne suffisent pas à fonder à priori une politique départementale qui ne leur est d'ailleurs pas explicitement demandée par l'Etat et qu'ils ne revendiquent pas vraiment.

La faible visibilité de cette activité diluée au sein de la PMI, la modestie des dépenses par rapport à l'ampleur des budgets sociaux des départements font que le dossier de la planification est généralement mal connu et rarement considéré comme un enjeu par les élus.

La fibre personnelle d'un élu décidé à s'impliquer peut contribuer à hisser ce dossier à un niveau plus politique : ainsi dans le Haut-Rhin, où le vice-président du Conseil général est un médecin très sensible à ces questions.

Les cas comme celui de Paris où le dossier planification est individualisé en tant que tel et explicitement confié à un élu sont évidemment favorables à une impulsion politique sur ce dossier mais restent rares.

Une prise en compte spécifique de la planification au niveau des élus

A Paris alors que la PMI est rattachée à l'adjoint en charge de la santé, la planification familiale est traitée comme un dossier spécifique qui relève de la compétence de l'adjointe en charge de l'égalité femmes/hommes

Celle-ci pilote des instances de travail comme un groupe de réflexion sur l'organisation de l'IVG à Paris.

Des objectifs concrets pour promouvoir les actions de planification familiale sont formulés et donnent lieu à évaluation dans le cadre de la démarche performance expérimentée par quatre directions de la Ville dont la direction des familles et de la petite enfance. Les indicateurs portent sur le nombre de CPEF, le nombre de ceux pratiquant l'IVG médicamenteuse, le nombre de séances d'information collective assurées pour les jeunes...

Les assemblées départementales débattent rarement des activités de planification, que ce soit à l'occasion de l'examen des procédures budgétaires compte tenu de la faiblesse des enjeux de crédits, ou lors de la discussion des schémas PMI.

Les conseils généraux ne cherchent pas à taire cette responsabilité, mais ne la valorisent pas par des actions de communication et oublient souvent de la mentionner dans l'exposé de leurs compétences. Les logos des conseils généraux ne sont pas toujours apposés ni sur les documents ni sur les bâtiments des CPEF. Comme si les devoirs de confidentialité et d'anonymat qui sont prégnants dans les prises en charge des personnes donnaient le ton à la politique elle-même.

De plus, aucune action de communication des conseils généraux ne s'appuie sur les campagnes nationales dont les promoteurs ne recherchent pas non plus, jusqu'à présent, les plus values d'un travail en synergie.

1.2.3.2. Les importantes défaillances du pilotage du côté de l'Etat

Entre les trois administrations de l'Etat directement concernées par la mise en œuvre de la politique d'accès à la contraception et d'éducation à la sexualité- Ministère de l'Education nationale, le ministère en charge des affaires sociales et le ministère en charge de la santé - les échanges au niveau national sont limités³⁵ et insuffisants pour impulser des modes de coopération organisés et directement applicables dans les départements.

Dans ces conditions de faible pilotage national coordonné, ce sont les échelons territoriaux qui définissent le cas échéant les éventuels modes de coopération et d'actions pour mettre en œuvre cette responsabilité partagée.

La réorganisation territoriale des administrations sociale et sanitaire ne réduit pas l'éparpillement des compétences

L'intervention de l'administration sanitaire et sociale avant la réorganisation était déjà morcelée : les aspects sanitaires relevaient des DRASS, à travers la gestion des crédits de l'Etat et de l'assurance maladie, au sein des groupements régionaux de santé publique ; les DDASS étaient en charge du conventionnement des EICCF et des financements associés ; les délégués régionaux aux droits des femmes, auprès du Préfet de région, géraient certaines enveloppes permettant d'accorder des subventions à des projets associant par exemple des associations et des collectivités territoriales et les chargés de mission départementaux aux droits des femmes, auprès du préfet de département avaient un rôle d'animation des différents acteurs locaux sur ce champ, sans gérer en propre de crédits.

Sans réduire ce morcellement, la réorganisation territoriale risque d'accroître la distance entre les niveaux régionaux et départementaux et entre les dimensions sociale et sanitaire :

Les nouvelles Directions départementales de la cohésion sociale (et de la protection des populations dans les plus petits départements – DDCS/DDCSPP) ont peu de moyens pour être efficacement présentes sur ces sujets.

La mission a en effet constaté dans les départements visités que les relations entre les EICCF et les services se réduisent trop souvent à une gestion comptable de la demande et du versement sur service fait de la subvention. Certaines DDCS(PP) s'interrogent sur l'intérêt de maintenir cette activité purement gestionnaire en leur sein et souhaiteraient la déléguer par convention, à l'instar de ce qui est fait parfois avec les CAF pour les crédits en matière de parentalité, par exemple.

Les agréments ayant généralement été attribués il y a plusieurs années, cet acte de reconnaissance administrative ne constitue un gage de qualité pour les usagers que si elle s'accompagne d'un suivi précis des comptes rendus annuels d'activités et d'évaluations régulières. La mission a constaté que les DDASS avaient rarement pu conduire de telles actions de suivi-évaluation.

Des DDCS s'efforcent de rechercher des crédits relais qui permettent d'asseoir les actions « contraception-sexualité » via des crédits « politique de la ville ». Les projets de Maison des adolescents peuvent permettre de concrétiser des compétences du secteur de la cohésion sociale. A ce jour, les potentialités des actions et procédures « jeunesse » des DDCS n'ont pas été exploitées³⁶.

³⁵ En 2010, un guide d'intervention en milieu scolaire « comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir » a été réalisé en 2010 conjointement par le Ministère de l'éducation nationale (bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention de la direction générale de l'enseignement scolaire et la ministère des affaires sociales (bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie personnelle et sociale du services des droits des femmes et de l'égalité, rattaché à la direction générale de la cohésion sociale.

³⁶ Par exemple, la formation des jeunes à l'obtention du BAFA (brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur).

Le rattachement aux DDCCS des chargés de mission départementaux aux droits des femmes, peut constituer une opportunité d'investissement plus important de ces directions sur le fond de ces questions en lien avec le délégué régional qui reste, lui, rattaché au préfet de région, et dont les principaux axes de travail portent sur les questions de violence. Mais cela reste très fragile compte tenu de la faiblesse des moyens humains concernés et du défaut de pilotage national.

Dans ce contexte, la capacité des ARS à devenir un interlocuteur des conseils généraux paraît donc essentielle pour veiller à une mobilisation efficace de l'ensemble des acteurs publics en matière de prévention autour de la sexualité. Cette légitimité de l'ARS en matière de prévention peut également être un levier pour faciliter la coordination entre les conseils généraux et l'Education nationale. Cela suppose toutefois que les institutions régionales que sont les ARS trouvent des modalités efficaces de dialogue avec l'ensemble des acteurs départementaux concernés.

Les actions de l'éducation nationale reposent avant tout sur l'initiative des établissements qui disposent de moyens limités

Dans l'organisation des services territoriaux du ministère de l'éducation nationale, le rectorat n'agit pas directement sur ces questions, mais ouvre des possibilités via le plan de formation et le plan de prévention de santé publique.

Les actions « santé des élèves » se déclinent selon les priorités fixées par le recteur. Les Inspections académiques choisissent à leur tour un ordre de priorités parmi cette liste et mettent en place les partenariats de leur choix. Parmi les actions « prévention », l'éducation à la sexualité a été souvent classée ces dernières années après les addictions.

Le suivi des actions d'éducation à la sexualité qui n'est pas harmonisé au niveau du rectorat est ténu, voire inexistant. En l'absence de demandes de l'administration centrale, les rectorats ne sollicitent pas les établissements pour obtenir des informations qualitatives ou quantitatives à l'exception notable de la distribution de la contraception d'urgence. Les indicateurs à mettre en place sont en cours de construction au niveau national; ils seraient plus orientés sur les enseignants formés que sur les séances offertes aux élèves.

Il n'existe pas systématiquement, au niveau de l'inspection académique, de vision d'ensemble des interventions, internes ou externes, sur le thème de l'éducation à la vie affective et sexuelle. Le niveau de couverture des établissements publics n'est pas toujours établi, *a fortiori* celui des établissements privés. Toutefois, dans les départements visités, lorsque cette information (limitée au secteur public) existait, elle était généralement partagée avec les services du Conseil général.

Les conditions et le contenu de ce mode de pilotage par les rectorats et les inspections académiques placent les établissements au cœur de la mise en place opérationnelle des actions en faveur de l'éducation à la sexualité. Le soutien qu'ils reçoivent du rectorat et de l'inspection académique est inégal et sans crédits disponibles. A l'intérieur des établissements, l'initiative des actions d'information dépend principalement de l'infirmière qui agit dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)³⁷.

³⁷ Les CESC ont quatre larges missions dont une vise à « définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites addictives ». (Les autres missions portent sur l'éducation à la citoyenneté, la préparation du plan de prévention de la violence et la proposition des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion.). Sa composition est large et comprend des représentants des personnels enseignants, des personnels d'éducation, sociaux et de santé, des parents et des élèves. Circulaire n°2006-197 du 30 novembre 2006.

Des partenariats entre conseils généraux et éducation nationale

Dans la Manche, l'inspectrice d'académie et le directeur général adjoint des solidarités départementales du conseil général ont signé en 2005 puis reconduit en 2009 une convention de partenariat pour la mise en œuvre des actions éducatives en complémentarité entre les CPEF et les personnels de l'Education nationale. L'Inspection académique a défini ses priorités en lien étroit avec l'infirmière conseillère technique dans le domaine de la santé scolaire : en premier lieu l'éducation à la sexualité et les addictions avant les actions « secourisme » et « alimentation ». Cette convention ne concerne que le secteur public. Elle est présentée une fois par an à tous les chefs d'établissement en présence de l'Inspecteur d'académie afin de bien faire accepter et acter en amont les adaptations d'horaires pour les classes de 4^{ème} et de 3^{ème} (2h de cours par demi-groupe).

En Seine-Saint-Denis, l'inspection académique dispose d'un relevé de l'ensemble des interventions collectives réalisées en matière d'éducation à la sexualité, par établissement scolaire public, avec mention des niveaux et du nombre d'élèves concernés ainsi que des intervenants. Cette information est recueillie auprès des infirmières scolaires des établissements et est partagée avec les services du Conseil général.

En se déclinant ainsi sur le territoire, l'obligation légale et nationale d'une éducation de tous les élèves à la sexualité devient dans les faits une priorité soumise chaque année à arbitrage avec d'autres priorités dans les établissements. L'obligation légale devient un objectif à atteindre et non plus une obligation de résultats et de moyens à mettre en œuvre selon des modalités bien définies au niveau national.

1.2.4. Une offre difficile à cerner et inégale

1.2.4.1. Au cœur du dispositif : les CPEF, une offre très inégale d'un département à l'autre³⁸

La question de l'accès aux CPEF peut être examinée en termes de couverture géographique, d'horaires et, dans un domaine où la discrétion demeure souvent un facteur important, de limitation des barrières psychologiques au recours à leurs services.

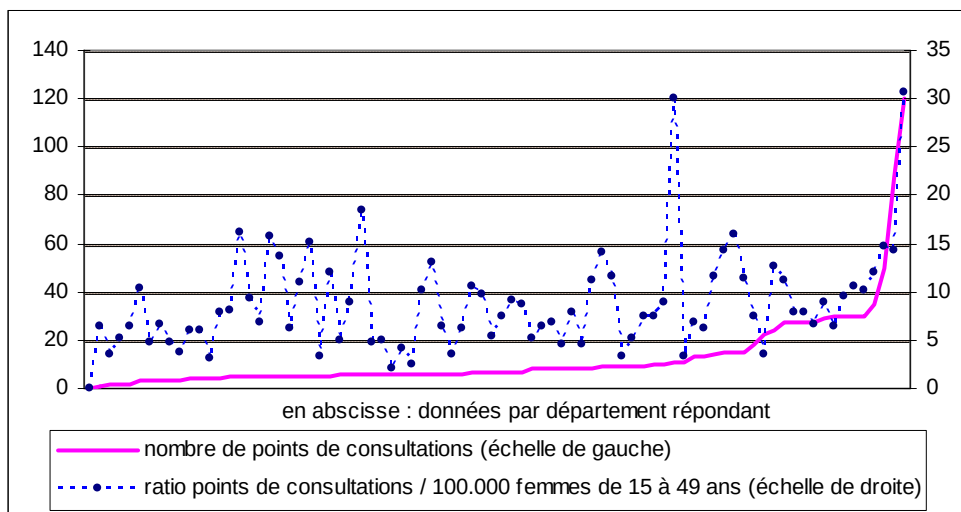
- **Un nombre de centres faiblement corrélé à la population**

Dans l'analyse qui suit, le nombre de centres est considéré équivalent au nombre de « points de consultations », cette dernière terminologie étant celle retenue dans l'enquête annuelle effectuée par la DREES auprès de conseils généraux³⁹.

³⁸ On trouvera dans ce paragraphe les principaux résultats de l'exploitation effectuée sur la base des données statistiques fournies par la DREES. Des éléments complémentaires figurent en annexe 5.

³⁹ La mission a pu constater dans les départements où elle s'est rendue que les données fournies sous l'intitulé « points de consultation » correspondaient aux centres établis en tant que tels. Cela ne reflète pas nécessairement toute l'offre de services, en particulier dans les départements qui essaient d'apporter des réponses innovantes qui conduisent à faire diverger le nombre de points de consultations effectifs et le nombre de centres juridiquement identifiés. Ainsi les « médecins-réseaux » (cf. bonne pratique du Haut-Rhin ci-après dans le prochain encadré) ne sont pour l'heure pas comptabilisés comme des « points de consultations » dans la réponse à l'enquête DREES, qui minore donc sur ce point la réalité de l'offre disponible dans le Haut-Rhin.

Graphique 1 : points de consultations : nombre absolu et rapporté à la population de femmes de 15 à 49 ans, par département



Source : DREES enquête PMI 2009 – ici champ métropole : 82 départements répondants

Le nombre de centres varie sensiblement d'un département à l'autre

La majorité des départements disposent d'un nombre compris entre 5 et 20 CPEF, une dizaine de départements en comprennent entre 20 et 30 et quatre départements plus de 30, allant jusqu'à 120 centres pour la Seine-Saint-Denis qui constitue un point extrême au plan national.

Les graphiques suggèrent l'existence d'un certain seuil autour de 20 points de consultations dont le dépassement correspond généralement à la présence de grandes agglomérations urbaines comme tend à le montrer le tableau suivant :

Tableau 1 : Départements dotés de plus de 20 points de consultation

75 Paris	22
60 Oise	24
06 Alpes Maritimes	27
33 Gironde	27
78 Yvelines	27
92 Hauts de Seine	27
77 Seine et Marne	29
13 Bouches du Rhône	30
31 Haute Garonne	30
38 Isère	30
95 Val d'Oise	30
76 Seine Maritime	35
94 Val de Marne	50
59 Nord	88
93 Seine St Denis	120

Source : DREES enquête PMI 2009 (métropole)

A contrario, il est probable que plus un département comprend de zones rurales ou urbaines de faible densité, plus la décision d'implantation de CPEF devient délicate. Dans les faits, la mission a constaté dans les départements visités que l'une des difficultés majeures de conception du dispositif réside dans la réponse à apporter en zone rurale.

Cette variation n'est pas corrélée à la population :

Le ratio « nombre de centres/population » varie très fortement comme le montre le graphique 1. La majorité des départements présentent un ratio compris entre 5 et 15 centres pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans. Outre la Seine-Saint-Denis, dont le nombre très élevé de centres se traduit par un ratio également très élevé (plus de 30 centres pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans), le Gers présente un ratio similaire grâce à un nombre de centres (11) supérieur à la moyenne (9) et surtout à un dénominateur très faible (population réduite)⁴⁰.

La densité d'implantation traduit un souci plus ou moins accentué de proximité :

Le souci de proximité a conduit le département de Seine Saint-Denis à asseoir l'implantation de ses centres sur un maximum de structures existantes : ainsi les CPEF sont-ils très fréquemment établis dans des centres médico-sociaux départementaux, mais également dans des structures municipales (centres d'action sociale, centres de santé) par convention entre le département et les communes. Ceci permet d'appuyer le dispositif sur des ressources médicales existantes, en obtenant une certaine mutualisation au profit de l'activité de planification. Cela suppose toutefois de garantir parallèlement l'offre d'entretiens par du personnel non médical.

Des formules pour densifier la couverture géographique

L'intégration des CPEF dans les centres médico-sociaux départementaux n'est pas une spécificité de la Seine-Saint-Denis. C'est plutôt la systématisation et l'extension de ce concept à des structures sanitaires et sociales relevant d'autres collectivités, sur un réseau particulièrement dense dans le département, qui le distinguent et le placent en tête des départements français pour le nombre de points de consultation. Ainsi dans certains centres médico-sociaux ou centres de santé où un CPEF est identifié, il n'y a pas nécessairement d'horaires réservés à cette activité : toute personne qui se présente ou prend rendez-vous sur les plages d'activité médicale de la structure peut obtenir une consultation de planification : c'est cette souplesse même qui préside à cette organisation de forte proximité.

Dans le Haut-Rhin, ce même souci de proximité a également conduit le Conseil général à développer une offre à partir de ressources médicales préexistantes mais il s'agit cette fois de médecins libéraux, liés au département par une convention qui leur permet de garantir la gratuité aux mineurs. Dans certaines zones éloignées d'un CPEF, ce réseau constitué de 25 médecins apporte une réponse au constat des difficultés d'accès des jeunes aux prestations de planification. Les services du département animent le réseau avec des réunions régulières et la transmission d'une lettre d'information pour l'actualisation des connaissances et la diffusion des bonnes pratiques. Les «médecins réseaux» ont la possibilité de joindre les services du conseil général pour toute demande d'appui et sont en lien avec le ou les CPEF les plus proches.

La notion même de « centre » recouvre des réalités très variables

Le nombre de points de consultation ne peut en lui-même caractériser l'ampleur quantitative de l'offre : certains fonctionnent tous les jours ouvrables de 9h00 à 17h00, d'autres, implantés dans des sites multi-activités (centre médico-social, centre de PMI, centre de santé, service de soins hospitaliers...) n'offrent parfois qu'une ou deux demi-journées hebdomadaires de consultations réservées à l'activité de planification. Mais ils bénéficient souvent de la synergie avec les autres services implantés dans le même lieu qui peuvent prendre le relais en cas d'urgence en dehors des plages horaires dédiées.

De même les équipes des centres sont de taille très variable : de la personne unique à temps partiel cumulant les qualifications de médecin et de conseillère conjugale exigées réglementairement pour constituer un centre à l'équipe pluridisciplinaire étoffée d'une dizaine de personnes, toutes les configurations sont possibles et ont été vues par la mission.

⁴⁰ Le Gers ne fait pas partie des départements dans lesquels la mission s'est rendue. Elle n'a donc pu confronter ces chiffres avec la réalité de l'offre qu'ils recouvrent.

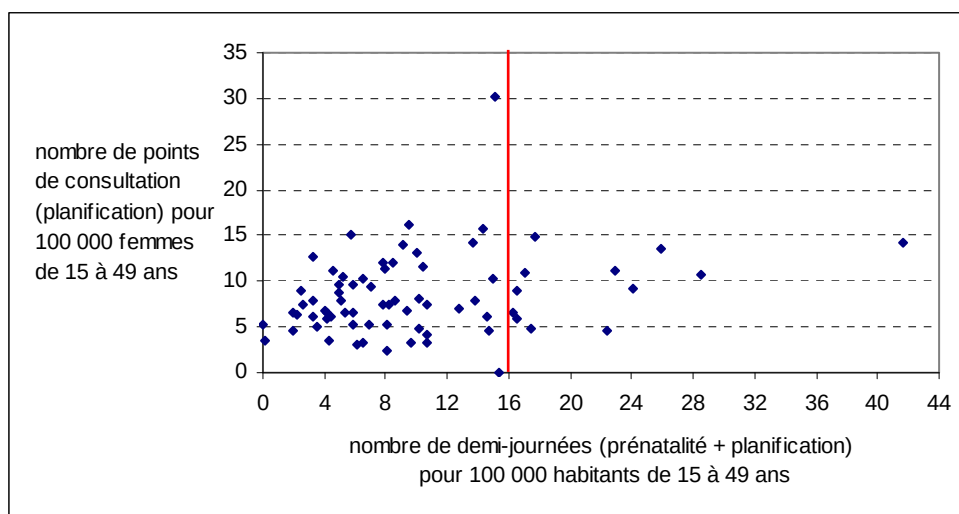
- Des Départements nombreux à être en-deçà des obligations réglementaires en termes de temps offert pour les consultations prénatales et de planification

Un autre indicateur envisageable est le nombre de « séances offertes », c'est-à-dire de demi-journées d'ouverture des lieux de consultation, qui figure parmi les données recueillies par la DREES. Cette donnée est d'autant plus importante qu'elle renvoie à une obligation quantitative réglementaire⁴¹. Mais son interprétation est nécessairement délicate dans la mesure où les statistiques fournies ne distinguent pas entre consultations prénatales et de planification, fusionnées dans les obligations réglementaires.

Une autre limite importante tient au chiffrage de « demi-journées » lorsque l'organisation de l'offre ne repose pas sur des plages horaires dédiées à la planification mais sur une facilité d'accès à une consultation médicale indifféremment pour cet objet ou pour un autre (en l'occurrence, la Seine-Saint-Denis n'a pas fourni cette donnée pour 2009). Une troisième limite porte sur la définition même de ces consultations : les modalités de prises en compte des consultations par les sages-femmes, qui sont désormais habilitées à prescrire des contraceptifs, ne paraissent pas toujours très claires pour les services départementaux.

Malgré ces limites notables, le graphique suivant suggère que la grande majorité des départements présente une offre de séances très inférieure à l'exigence réglementaire globale, ce qui se répercute inmanquablement sur le nombre de séances dédiées à la planification :

Graphique 2 : Nombre de points de consultation et nombre de demi-journées de consultations rapportés à la population



Source : DREES enquête PMI 2009 (métropole, 71 données départementales)

1.2.4.2. L'apport des EICCF : une offre plus limitée

Contrairement aux CPEF, les EICCF ne font l'objet d'aucune remontée statistique. Leur nombre peut être connu à travers le site internet maintenu par la DGS : 391 EICCF recensés fin 2010 (sous réserve qu'il soit bien à jour). Dans les départements, lorsqu'il existe des EICCF, ils sont en nombre plus restreint que les CPEF et, là où la mission s'est rendue, ils fonctionnaient avec des effectifs limités (quelques ETP au maximum, sauf dans les grandes agglomérations).

⁴¹ Article R2112-5 du code de la santé publique

A partir des données recueillies par la DGS, on peut noter que les 3 départements les plus couverts sont : la Seine-Saint-Denis avec 27 établissements, les Bouches du Rhône avec 23 EICCF et le Val de Marne avec 18 EICCF. En France métropolitaine 6 départements ne disposent d'aucun EICCF (Voir Annexe 3 : Répartition géographique des EICCF). Aucun grand réseau associatif national gestionnaire d'EICCF n'est représenté dans l'ensemble des départements.

La question de la couverture territoriale ne se pose toutefois pas dans les mêmes termes que pour les CPEF : une partie importante de l'activité des EICCF n'est pas nécessairement tributaire du lieu physique d'implantation de l'établissement, les interventions en milieu scolaire et les entretiens de conseil conjugal pouvant se faire dans d'autres locaux.

2. LES PRESTATIONS FOURNIES REPONDENT NEANMOINS A DE REELS BESOINS

2.1. Des besoins spécifiques, des enjeux d'importance

2.1.1. Des enjeux importants et en évolution

2.1.1.1. Un contexte et une demande sociale qui ont fortement évolué depuis 1967

Il n'est pas besoin d'insister sur les transformations considérables intervenues depuis la création des CPEF et EICCF il y a près de 45 ans : la contraception médicale qui venait d'obtenir une existence légale est aujourd'hui massivement diffusée. Le taux de couverture contraceptive dépasse 95% des femmes concernées⁴² et plus de 80% d'entre elles ont recours à la pilule ou au DIU ce qui place la France en tête du classement mondial en ce domaine. L'IVG a été dépénalisée et inscrite dans le Code de la santé publique comme un droit reconnu. Longtemps tabou, le discours sur la sexualité est devenu très présent en même temps que les pratiques se diversifiaient et s'affranchissaient du modèle conjugal qui n'est plus le seul cadre reconnu de l'activité sexuelle. De nouvelles menaces sont apparues avec notamment l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine et le développement de l'épidémie de SIDA.

Dans ce contexte il est permis de s'interroger sur la raison d'être d'un dispositif conçu à l'origine pour favoriser et accompagner l'introduction des techniques « modernes » de contraception dans une population alors peu informée. Mais d'une part ce serait oublier le phénomène de renouvellement constant des générations entrant dans la vie sexuelle, pour lesquelles les acquis des générations antérieures ne sont que de peu d'effet. D'autre part l'observation des faits montre que la diffusion de la contraception est loin d'avoir résolu le problème des grossesses non désirées lequel n'est d'ailleurs qu'un des enjeux multiples et complexes de la prévention dans le domaine de la santé sexuelle.

⁴² Femmes sexuellement actives susceptibles de devenir enceintes et ne le souhaitant pas. Cf. H LERIDON « La médicalisation croissante de la contraception en France », Population et sociétés, n° 381 juillet-août 2002.

2.1.1.2. La prévention des grossesses non désirées

De nombreux travaux mettent en évidence un apparent paradoxe : la diffusion massive de moyens contraceptifs d'un haut niveau d'efficacité théorique n'a guère fait diminuer le nombre des IVG en France. Celui-ci s'est stabilisé depuis le début des années 1990 entre 200 000 et 220 000 par an. Si on le rapporte à la population féminine de 15 à 49 ans, on obtient un taux de recours à l'IVG qui peut être évalué à 14,7 pour mille en 2007 ce qui situerait la France à un niveau relativement élevé en Europe⁴³.

Parmi les facteurs explicatifs on note que le modèle contraceptif français, caractérisé par la prédominance de la contraception hormonale orale (pilule) connaît des taux d'échecs importants : une enquête menée en 2007 par la DREES auprès des femmes ayant eu recours à l'IVG montre que plus des deux tiers d'entre elles étaient sous contraception au moment où a débuté la grossesse.

La fréquence de ces échecs, qui prend souvent la forme d'un oubli de pilule, reflète les difficultés qu'éprouvent les femmes à gérer au quotidien une contraception qui n'est pas nécessairement choisie et adaptée en fonction de leurs conditions de vie.

De telles analyses mettent en lumière la complexité des enjeux inhérents à la prévention des grossesses désirées et l'importance qui s'attache à la fourniture de prestations d'écoute et de conseil qui ne se résument pas à la seule technique médicale. Les services dispensés par les centres et établissements de planification familiale répondent à ce besoin dans des conditions que la médecine de ville ou hospitalière n'est généralement pas en situation d'offrir.

2.1.1.3. L'accompagnement des IVG

L'objectif posé dans le cadre de la loi de 2004 relative à la santé publique⁴⁴ « d'assurer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions » inclut nécessairement un accompagnement des femmes qui y ont recours. Cet accompagnement peut selon les cas répondre à divers enjeux et remplir différentes fonctions : écoute préalable, information et conseil sur les méthodes, soutien pour mieux vivre cette étape et prévenir d'éventuelles séquelles psychologiques, mise en lumière et aide à la résolution de possibles problèmes (violences, difficultés à faire admettre sa sexualité par l'entourage..), mise en place et aide à la gestion d'une contraception adaptée pour éviter la survenue d'une nouvelle grossesse non souhaitée...

Cet accompagnement a encore parfois mauvaise presse dans la mesure où il a jusqu'en 2001 pris la forme d'un entretien obligatoire préalable à l'IVG, souvent ressenti par les femmes comme intrusif et parfois utilisé, sous couvert d'aide à la décision, pour les dissuader d'avorter. La loi de 2001 a pris acte de ces critiques en supprimant le caractère obligatoire de l'entretien pour les femmes majeures.

L'entretien aujourd'hui proposé comme facultatif est souvent refusé par les femmes qui ont généralement arrêté leur décision au moment où elles prennent contact pour une IVG et ne voient pas l'utilité d'une telle démarche lorsqu'elle leur est présentée de façon formelle.

Comme d'autre part l'offre d'entretien post-IVG présenté en tant que tel est peu attractive pour des femmes qui ne tiennent pas nécessairement à revenir sur le lieu de l'intervention, on constate souvent fait aujourd'hui un faible accompagnement des femmes pour lesquelles l'IVG tel qu'il est pratiqué en milieu hospitalier se résume à un acte technique détaché de son contexte, sans prise en compte de la dimension affective, psychologique ni des difficultés qui peuvent y avoir conduit.

⁴³ L'usage du conditionnel s'explique par l'absence de données statistiques harmonisées au plan international qui doit inciter à la prudence dans le maniement des comparaisons. Cf. rapport IGAS sur l'« 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 », 2010

⁴⁴ Objectif n° 97 inscrit dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004

D'autres pays qui n'ont pas la même histoire en matière d'IVG semblent avoir intégré de façon plus pragmatique et sans doute plus satisfaisante cette question, l'accompagnement étant étroitement et de façon très souple, intégré au parcours de soins. Ainsi en Belgique francophone où 80% des IVG sont réalisées en dehors du milieu hospitalier dans les centres de planification, l'accompagnement constitue un processus continu, non détachable du reste du parcours.

L'accompagnement de l'IVG en Belgique francophone

Alors qu'en France les CPEF ne sont autorisés à pratiquer l'IVG médicamenteuse que depuis 2008, les centres de planification de Belgique francophone, pratiquent depuis vingt ans l'IVG chirurgicale et se sont progressivement formés à la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse.

La configuration des locaux et leur aménagement, le personnel médical sans blouse blanche, la priorité donnée à l'écoute de la femme contribuent à dédramatiser l'IVG.

La pratique de l'IVG se caractérise surtout par la qualité de l'accompagnement de la femme. L'IVG est toujours pratiquée en présence d'une accompagnante : psychologue, assistante sociale... qui est celle qui a accueilli la femme et réalisé l'entretien pré-IVG. L'organisation des centres vise à assurer la continuité de l'équipe de prise en charge tout au long du processus, du « pré » au « post » IVG.

Une enquête réalisée par la Fédération laïque des centres de planification auprès de femmes après une IVG montre que les 2/3 ont apprécié cet accompagnement qui comprend à la fois une présence durant l'intervention mais également un soutien psychologique et social.

L'accompagnement constitue un enjeu particulier pour les plus jeunes femmes ayant recours à l'IVG et tout particulièrement pour les mineures qui font l'objet d'un encadrement juridique spécifique: l'entretien préalable reste pour elles obligatoire et suppose une offre de services adaptée qui peut être trouvée dans les centres de planification. Par ailleurs depuis 2001 le consentement parental n'est plus obligatoire pour les jeunes de moins de 18 ans qui souhaitent interrompre une grossesse non souhaitée. Ces jeunes femmes requièrent à l'évidence un soutien particulier qui peut même aller jusqu'à fournir l'adulte de référence prévu par la législation pour pallier l'absence des parents.

2.1.1.4. Une approche globale de la sexualité pour mieux prévenir les risques

Les dernières décennies ont été marquées par une recrudescence de certaines maladies sexuellement transmissibles. Mais c'est surtout l'apparition du VIH au début des années quatre-vingt et le développement de l'épidémie qui ont transformé le regard, les pratiques et les politiques en matière de santé sexuelle. La lutte contre le SIDA a pendant plusieurs années été privilégiée dans les actions publiques d'information et de communication, avec des résultats significatifs, notamment sur le recours au préservatif, qui pour la grande majorité des jeunes fait aujourd'hui partie des codes d'entrée dans la sexualité⁴⁵. Mais les effets de messages exclusivement ciblés sur la protection contre l'infection par le VIH ont parfois été critiqués dans la mesure où ils ont contribué à relâcher la mobilisation sur d'autres aspects de la santé sexuelle comme la prévention des grossesses non désirées. C'est ainsi qu'on observe notamment chez les adolescents une difficulté à gérer le passage du préservatif à une autre forme de contraception lorsque la relation se stabilise⁴⁶.

⁴⁵ Selon les résultats de l'« enquête sur la sexualité en France » (INSERM-INED-ANRS, 2008) l'usage du préservatif au premier rapport sexuel est devenu quasi systématique (à près de 90% des cas) mais tend ensuite à s'estomper.

⁴⁶ Cf. rapport IGAS « la prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication », 2010

Parallèlement les violences directement ou indirectement liées à la sexualité sont devenues une préoccupation croissante du fait de leur développement ou de leur plus grande visibilité : l'analyse des motifs de recours à l'IVG met en évidence la réalité des faits ou climats de violence ; les professionnels des CPEF sont souvent confrontés aux problèmes de violence conjugale et soulignent la difficulté de s'approprier la contraception pour des femmes qui vivent des situations très conflictuelles. Des phénomènes comme l'homophobie demeurent plus cachés même si les interventions collectives en milieu scolaire peuvent contribuer à les mettre en lumière. Les difficultés que rencontrent certains adolescents qui vivent mal leur orientation sexuelle sont encore trop souvent vécues dans la solitude avec parfois des conséquences dramatiques.

Les réflexions en cours mettent l'accent sur les inconvénients inhérents au découpage des objectifs de prévention et à la nécessité de privilégier une approche globale de la santé sexuelle dans ses diverses dimensions, qui appelle un continuum social et médical pour la prise en charge.⁴⁷ Par ailleurs les acteurs de terrain s'interrogent sur l'efficacité d'un discours qui met l'accent sur les risques, développant une vision négative de la sexualité. Les études menées dans d'autres domaines de la prévention sanitaire tendent en effet à montrer que la mise en évidence des dangers a relativement peu d'impact sur les comportements. Enfin, il semble désormais largement admis que l'impact des actions « techniques » d'information et de prévention en matière de santé sexuelle suppose leur inscription dans une démarche plus large incluant les aspects relationnels et affectifs et insistant sur les notions de respect et d'égalité.

2.1.2. Des besoins spécifiques qui ne trouvent pas nécessairement de réponse dans les dispositifs de droit commun

Les structures spécialisées en matière de planification et d'éducation familiale ne sont pas les seules à intervenir dans le domaine de la santé sexuelle. L'activité des centres et établissements est un des éléments d'une offre de soins ou de prestations qui repose sur de nombreux acteurs : médecine libérale, établissements hospitaliers, établissements scolaires (pour l'information, l'éducation, et la délivrance de certains produits) et d'organismes spécifiques comme les CDAG et CIDDIST qui à des titres divers interviennent en matière de contraception, d'IVG, de dépistage et de traitement des IST. Une grande partie des questions qui se posent doit pouvoir trouver une réponse dans le dispositif de droit commun.

Pourtant l'existence du dispositif spécifique des CPEF et des EICCF vise à pallier plusieurs limites de l'offre de soins de premier recours en France :

- celle-ci ne garantit pas (en tout cas pas simultanément) la gratuité et la confidentialité des prestations, ce qui a conduit à organiser à côté du dispositif de droit commun (le médecin traitant) cette gratuité et cette confidentialité des prestations, dans les CPEF, pour les publics pour lesquels elles en constituent la condition d'accès (jeunes en particulier) ;
- celle-ci paraît trop exclusivement médicalisée : les jeunes, les personnes en difficulté sociale peuvent rencontrer des difficultés à se tourner spontanément vers un médecin traitant généraliste, a fortiori vers un gynécologue, pour aborder ces questions.

La valeur ajoutée du dispositif de planification est particulièrement claire par rapport à certains besoins qui ne sont pas ou mal remplis par l'offre de droit commun dont elle constitue à cet égard un complément indispensable.

⁴⁷ Cf. rapport d'avril 2010 du Haut conseil de santé publique sur les objectifs de la loi de santé publique du 9 Août 2004 ;

2.1.2.1. Un accès confidentiel et gratuit aux prestations pour certains publics ou dans certaines situations

L'accès au dispositif de soins de premier recours en France suppose en règle générale une avance de frais, laquelle donne lieu à un remboursement partiel par l'assurance maladie, éventuellement complété en faisant appel à un organisme de protection sociale complémentaire.

Au problème d'accessibilité financière s'ajoute celui de la confidentialité pour toutes les personnes qui ne disposent pas d'une couverture sociale individuelle. Le fait d'être ayant-droit d'un autre assuré est susceptible de poser des problèmes spécifiques dans le domaine de la santé sexuelle.

Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) constituent à l'heure actuelle le seul moyen pour les jeunes d'accéder à la contraception dans des conditions de gratuité et de confidentialité leur permettant d'exercer dans les faits l'autonomie que la loi leur reconnaît en ce domaine par rapport à leurs parents.

Une enquête réalisée un jour donné auprès de 232 lycéens de Caen

D'où les jeunes tiennent-ils leurs informations ? Savent-ils où se procurer des moyens de contraception ?

Ces deux questions figurent dans le questionnaire d'une étude réalisée auprès de 232 lycéens de classe de seconde à Caen afin d'évaluer leurs connaissances et leurs pratiques contraceptives. Les cours de biologie (100%), les médias (77%) et les interventions du centre de planification et d'éducation familiale (66%) sont les trois principales sources d'information des lycéens interrogés.

S'agissant de réponses ponctuelles à des questions sur la contraception, les 2 principaux interlocuteurs cités sont les proches, parents et frères et sœurs (40%) et le CPEF (33%). Le médecin traitant n'est cité que par 2% des lycéens.

Deux lycéens sur trois savaient où se procurer gratuitement des moyens de contraception : le CPEF était cité 144 fois, la pharmacie 118 fois, la médecine scolaire 40 fois.

Source : S.Bennia-Bourai et al., Contraception et adolescence : une enquête réalisée un jour donné auprès de 232 lycéens, Médecine, février 2006,

2.1.2.2. Une expertise, des conseils et une écoute individuelle

Les questions relatives à la santé sexuelle mettent en jeu de nombreux facteurs qui dépassent largement la seule technique médicale. Elles placent le soignant dans une position à laquelle sa formation et sa culture médicale ne l'ont pas forcément préparé, confronté à un(e) patient(e) généralement en bonne santé vis-à-vis duquel il ne se trouve pas dans une fonction thérapeutique traditionnelle, et dont la demande suppose d'entrer dans un champ relevant de la plus grande intimité. La réponse à une telle demande suppose une formation et une disponibilité en temps que beaucoup de médecins ne sont pas en mesure de fournir.

A contrario les CPEF qui disposent d'équipes pluridisciplinaires composées de personnels spécialisés et préparés à aborder ces questions sont en mesure d'offrir un accueil, une écoute et une très large gamme de prestations permettant d'aborder tous les aspects d'une demande souvent beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît.

Il en va ainsi notamment de l'accompagnement de l'entrée dans la sexualité qui constitue sinon une exclusivité du moins une spécialité reconnue des centres : information, écoute et réponse aux questions et angoisses liées notamment au souci de « normalité », mise en place de la première contraception, accompagnement dans la relation...

2.1.2.3. Des animations et des informations collectives

En matière éducative, un marqueur important est celui des interventions collectives auprès des publics scolaires, qui concerne les CPEF et certains EICCF. La même exigence de professionnalisme et de disponibilité s'impose en ce domaine qui requiert l'intervention de personnels spécialement préparés.

En effet il ne faut pas sous-estimer la sensibilité potentielle des sujets abordés pour certains jeunes (image de soi, violences intrafamiliales ou autres, importance de certaines normes culturelles ou religieuses, impact de la pornographie...). L'un des enjeux de la coopération avec l'Education nationale est de diffuser une partie de ce professionnalisme aux membres des équipes pédagogiques en contact quotidien avec les jeunes au sein des établissements.

Souvent, ces mêmes CPEF et EICCF offrent également des prestations similaires auprès d'autres publics : jeunes déscolarisés, personnes handicapées, migrants lors de séances d'alphabétisation ou dans les centre d'accueil des demandeurs d'asile, résidents d'un foyer de jeunes travailleurs, actions en partenariat avec les responsables d'ateliers santé-ville etc.

Une action collective conduite conjointement par un CPEF et un atelier santé- ville

La mission a assisté à une action collective en soirée dans un gymnase de Mantes dans les Yvelines. Cette intervention associait le CPEF de Mantes-la-Jolie (médecin et conseillère conjugale), une responsable de l'atelier santé-ville et l'animateur encadrant les jeunes venus jouer au foot, comme tous les jeudis soirs. Le public était exclusivement masculin et d'âge variable (entre 13 et 20 ans).

L'action consistait à inviter les participants à remplir un quizz sur le VIH et à ensuite discuter des réponses par petit groupe. Des affiches et des échantillons sur la contraception étaient également présentés.

Le rôle d'appui de l'animateur préalablement formé par le CPEF, apparaissait essentiel pour le bon déroulement de l'opération : mobilisation des petits groupes successifs, modération de la parole, explicitation de certains messages...

La bonne participation a encouragé le CPEF à une répétition sur d'autres thèmes (la contraception par exemple) pour démultiplier son efficacité.

Toutefois, même les EICCF qui n'effectuent pas ce type d'intervention revendiquent en général une mission « d'éducation populaire », à travers les prestations de conseil individuel ou de groupe peu onéreuses qu'ils offrent en particulier aux jeunes couples.

2.1.2.4. Un dispositif spécialisé qui complète l'offre de droit commun

L'exposé de ces besoins spécifiques suffit à démontrer la pertinence et la nécessité d'un dispositif spécialisé. Celui-ci n'est d'ailleurs pas une exclusivité française et on note l'existence de telles structures spécialisées même dans des pays où la gratuité est assurée dans le dispositif de soins courants. Il y a donc bien, au-delà des questions d'accessibilité financière, un ensemble de fonctions qui exige des réponses spécifiques. L'analyse que la mission a pu faire des dispositifs existants en Belgique francophone, en Suisse romande et au Québec montre qu'on peut trouver dans des contextes culturels et institutionnels très divers une proximité assez remarquable dans les missions qu'ils assurent (cf. annexes 8, 9 et 10).

Des dispositifs spécialisés au Québec, en Suisse et en Belgique francophone

Au **Québec** l'organisation de l'offre socio-sanitaire de proximité au travers des centres de santé et de services sociaux (CSSS) permet de proposer à la fois des structures sociales et sanitaires intégrées et des structures spécifiques. Ainsi à partir des CSSS peuvent être déployés des services « cliniques jeunesse », offerts soit dans l'enceinte du CSSS lui-même, soit parfois directement dans certains établissements scolaires. Ces services cliniques en santé sexuelle clairement identifiés sont majoritairement fréquentés par des jeunes.

Le dispositif du **canton de Vaud (Suisse)** s'appuie quant à lui sur des structures associatives puissantes et très visibles. Ainsi les centres sont gérés par une fondation (Profa) et constituent la modalité privilégiée d'accompagnement des jeunes pour l'entrée dans la sexualité. Les métiers du conseil et de l'accompagnement des personnes distinguent trois spécialités ; le conseil en santé sexuelle, le conseil conjugal et les interventions en milieu scolaire.

Enfin en **Belgique**, les centres de planification familiale gérés par des associations fortement intégrées dans le tissu social local et régional, proposent une offre complète de prestations médicales (dont l'IVG selon les deux techniques, chirurgicale et par voie médicamenteuse), sociales, juridiques et éducatives. Elles constituent une offre visible et reconnue.

Le dispositif de planification familiale trouve sa place au sein du dispositif de soins, à côté de l'offre de droit commun dont il n'est ni un concurrent ni un substitut. Son positionnement est bien celui de la complémentarité. Le tableau ci-dessous illustre la variété des acteurs et des interventions dans le domaine de l'information et la planification familiale. On voit que les CPEF se distinguent par l'exclusivité de certaines prestations (prescription et délivrance gratuites et confidentielles de la contraception⁴⁸) mais aussi par l'étendue de la gamme des prestations assurées.

⁴⁸ La prescription et la délivrance de produits contraceptifs ne sont « payantes » dans un cabinet médical, à l'hôpital et en pharmacie, que dans la mesure où il y a avance de frais, avant le remboursement par la sécurité sociale. Ceci n'est jamais le cas pour les bénéficiaires de la CMU-C, qui bénéficient du tiers payant, sauf bien sûr pour les contraceptifs non remboursables. En général, il y a avance de frais pour les consultations en cabinet libéral mais les contraceptifs remboursables prescrits peuvent généralement être obtenus en pharmacie sans avance de frais, du fait de la généralisation du tiers payant, y compris souvent pour le ticket modérateur lorsque la personne dispose d'une couverture complémentaire. La possibilité de gratuité offerte par les CPEF doit donc être comprise comme allant au-delà d'une simple dispense d'avance de frais globale : elle offre en outre la confidentialité dans la mesure où aucun décompte de remboursement n'est adressé au domicile de la personne. Elle porte aussi sur des produits contraceptifs non remboursables.

Tableau 2 : Qui peut faire quoi dans le champ de l'information et la planification familiale ?

	Pharma- cies	Médecins en exercice libéral	Services de gynécologie obstétrique en centre hospitalier	CDAG* -CIDDIST	CPEF*	EICCF	Education nationale
Informations et animations collectives sur la sexualité				X	X	X	X
Entretien individuel avec une approche globale de la sexualité					X	X	
Prescription gratuite de contraception médicalisée					X		
Délivrance gratuite de produits contraceptifs :							
<i>Préservatifs</i>				X	X		X
<i>Contraception médicalisée</i>					X		
<i>Contraception d'urgence</i>	X				X		X
Accueil et entretien pré-IVG					X	X	
IVG médicamenteuse		X	X		X		
IVG chirurgicale			X				
Dépistage et traitement anonyme et gratuit des IST				X	X		

* les CDAG, CIDDIST et CPEF peuvent se situer dans un site hospitalier

Source : Mission IGAS

2.2. Une offre de prestations diversifiée

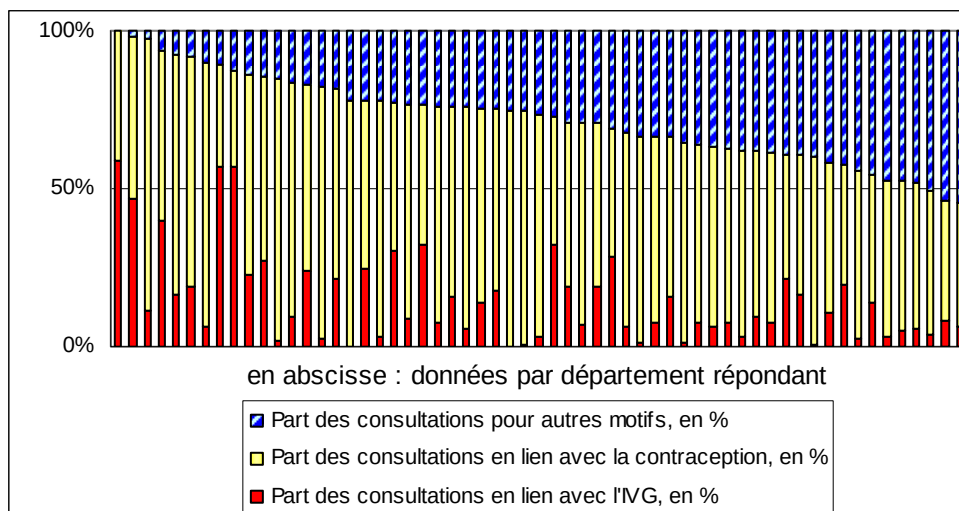
2.2.1. Une gamme très large et intégrée de prestations individuelles dans les CPEF

D'après la DREES, l'activité de planification et de conseil conjugal représentait en moyenne 42 consultations et 25 entretiens par an pour 1000 femmes de 15 à 49 ans par département en 2009.

La part de l'activité clinique (consultations médicales) s'établit à 62% en moyenne dans l'ensemble des consultations et entretiens menés en métropole. Cette activité clinique est majoritairement consacrée à la contraception et à l'IVG.

La contraception constitue généralement le premier motif de consultation. Dans les départements où l'IVG domine, on peut présumer que l'offre est fortement centrée sur des sites hospitaliers pratiquant ces IVG (le Haut-Rhin en fournit une illustration, avec une part de 57% des motifs de consultation pour l'IVG).

Graphique 3 : Répartition des consultations par motif

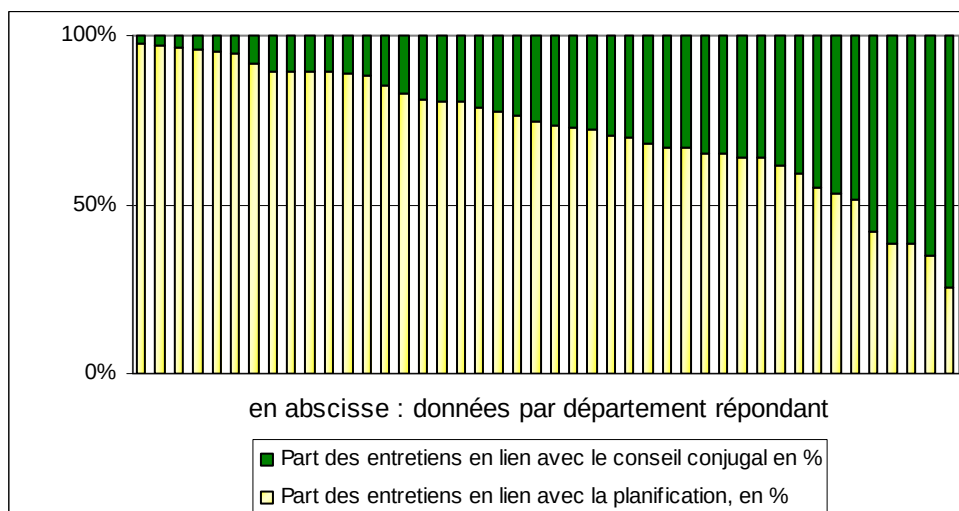


Source : DREES, enquête PMI 2009 (sur 59 données départementales)

Concernant les entretiens, le questionnaire de la DREES distingue les activités de « planification » et celles « de conseil conjugal », ce qui paraît correspondre à une distinction relativement claire dans l'esprit des professionnels : la planification couvre bien sûr les entretiens en lien avec l'IVG et les demandes centrées sur la contraception tandis que le conseil conjugal a davantage à voir avec les aspects relationnels et comportementaux. Bien sûr, cette distinction peut en pratique être délicate pour certains entretiens où les deux dimensions seront très présentes. Les données sont donc à interpréter avec une certaine prudence.

Dans la plupart des départements, le « conseil conjugal » en tant que tel représente une part minoritaire de l'activité d'entretien des CPEF, ce qui correspond aux observations de la mission. Toutefois, le poids respectif de la « planification » et du « conseil conjugal » est très variable selon les départements.

Graphique 4 : Parts respectives de la planification et du conseil conjugal dans les entretiens



Source : DREES, enquête PMI 2009 (sur 47 données départementales)

2.2.1.1. L'accueil, une fonction essentielle

L'accueil dans les CPEF est une fonction stratégique qui requiert finesse et savoir faire : le réel motif de consultation est rarement annoncé ; il faut savoir rassurer, orienter, mais aussi prioriser les demandes, détecter la gravité et l'urgence à travers des indices aussi ténus qu'un ton de voix plus ou moins angoissé au téléphone, aider des femmes en difficulté qui ne parlent pas ou peu le français... Ainsi, certains départements prévoient des formations spécifiques des secrétaires intervenant en CPEF, comme une possibilité ou une obligation. Par exemple, toutes les secrétaires des CPEF à Paris et dans les Yvelines doivent suivre la formation de 160 heures d'éducation à la vie.

2.2.1.2. L'accompagnement dans l'entrée dans la sexualité, une offre spécifique aux CPEF

Cette activité mobilise en premier lieu les conseillères conjugales. Leur intervention, préalable à celle éventuelle du médecin, permet d'abord d'offrir du temps d'écoute et de conseil à un degré difficilement accessible ailleurs : la durée des entretiens et des consultations est bien sûr variable, mais des durées de l'ordre d'une demi-heure de consultation sont souvent présentées comme une cible en moyenne.

Les plages d'accueil sans rendez-vous qu'organisent de nombreux centres le mercredi après-midi, dédiées au public jeune, sont un moment privilégié dans cette perspective. La convergence de préoccupations des jeunes qui débutent leur vie sexuelle a conduit certains centres (vus notamment à Paris et en Seine-Saint-Denis) à mettre en place dans ce cadre un accueil commun pour profiter d'une dynamique collective avant de passer aux éventuels entretiens individuels.

L'accueil collectif des jeunes pour des échanges entre pairs

Chaque mercredi, à 14h30, sans rendez-vous, accueil collectif suivi d'un entretien individuel.

Cette rencontre en groupe permet des échanges entre les adolescentes présentes, les unes souhaitant pour la première fois des pilules, d'autres expérimentées vont pouvoir parler de leur vécu contraceptif, « donner des tuyaux », conseils pour éviter l'oubli de pilule par exemple, d'autres encore vont aborder au travers d'une demande de pilule du lendemain leur prise de risque, d'autres vont rester silencieuses.

L'expérience de ces groupes montre que l'information donnée par des pairs est souvent mieux entendue, le professionnel présent servant d'animation et réajustant si besoin les informations.

(Extrait du projet de service d'un CPEF visité par la mission)

L'intervention de la conseillère conjugale, combinée ou relayée par le médecin, permet d'aborder non seulement les différentes modalités pratiques de contraception, mais aussi les aspects relationnels qui entrent en jeu au moins à propos de la prévention des IST et toutes les questions auxquelles la jeune fille (parfois, assez rarement, accompagnée de son partenaire) est confrontée, par son environnement, dans cette phase particulière de sa vie.

2.2.1.3. La réalisation de tests de grossesse, une occasion d'aborder la prévention des risques

La demande de tests de grossesse a été fréquemment mentionnée à la mission comme un motif de venue du public jeune, en particulier. La prestation gratuite⁴⁹ est réalisée sur place, ce qui permet d'accompagner l'intéressée en cas de résultat positif. Dans le cas contraire elle constitue en tout état de cause une occasion privilégiée pour informer et orienter la jeune fille ou la femme, aborder les questions de contraception et du risque d'IST, détecter des suspicions éventuelles de violence.

⁴⁹ Ce qui constitue une spécificité des CPEF. L'alternative consiste à se procurer un test de grossesse, en vente libre en pharmacie, mais dont le coût varie entre 7 et 20 euros.

2.2.1.4. La délivrance de la contraception d'urgence, autre prestation permettant d'amorcer une démarche plus générale

La contraception hormonale d'urgence, généralement appelée « pilule du lendemain » est délivrée gratuitement et sans prescription médicale en cas de rapport non ou mal protégé. La même prestation peut être obtenue en principe dans les infirmeries scolaires et, pour les mineurs, chez les pharmaciens. La valeur ajoutée du CPEF réside ici dans sa capacité de prise en charge globale en l'inscrivant dans un contexte plus large.

L'accompagnement de la délivrance de la pilule d'urgence

Il s'agit d'un comprimé, à prendre dans les 72 heures après un rapport à risques. Lors de sa délivrance, les professionnels (infirmières, conseillères ou médecins) évaluent avec la patiente sa situation et le contexte dans lequel a eu lieu le rapport sexuel afin de l'informer et de l'orienter (situations d'agression sexuelle par exemple...) Elle est également informée de la nécessaire surveillance du cycle menstruel : date d'apparition des règles et leur abondance. Au moindre doute il est proposé ensuite un test de grossesse (et un dépistage IST)

(Extrait du projet de service d'un CPEF visité par la mission)

2.2.1.5. Le dépistage des IST

Cette activité n'est pas inscrite comme une mission des CPEF, mais comme une simple faculté et rencontre un certain nombre d'obstacles juridiques (l'annexe 3 les décrit plus en détail) :

- La loi ne leur permet d'assurer le dépistage et le traitement des IST que « dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive »⁵⁰. Cette limitation, dont la mission a constaté qu'elle était plus ou moins comprise et plus ou moins appliquée par les professionnels des centres paraît pour le moins discutable. Si une personne se présente avec comme première demande un dépistage d'IST, n'est-ce pas l'occasion d'aborder également les questions de contraception ? La possibilité pour le CPEF de proposer des dépistages d'IST constitue non seulement un facteur de prévention important, mais c'est également à cette occasion qu'ils peuvent espérer mieux atteindre le public masculin, en signalant aux jeunes filles l'intérêt du dépistage pour leur partenaire également. En particulier, dans le cas de résultat positif pour le dépistage des chlamydiae, relativement fréquent (par rapport aux autres dépistages : les taux de résultats positifs mentionnés à la mission étaient souvent de l'ordre de 5 à 7%), le dépistage du partenaire masculin est le plus souvent proposé.
- De plus la loi prévoit une exigence générale d'anonymat (ni enregistrement, ni communication de l'identité) qui s'avère en pratique largement inapplicable sur au moins deux points. En effet, d'une part cette exigence d'anonymat n'est pas posée pour les autres activités des centres et les professionnels auront donc eu tout le loisir d'enregistrer l'identité de la personne avant d'en arriver aux questions d'IST, « dans le cadre de leur activité contraceptive ». D'autre part, l'anonymat supposerait la gratuité des prestations qui n'est prévue que pour les mineurs et les personnes sans couverture sociale. Pour les autres, la contradiction entre l'exigence générale d'anonymat et l'application des règles de droit commun de la sécurité sociale conduit à la nécessaire inapplication de l'une ou l'autre des dispositions : soit l'assurance maladie prend en charge, de façon non anonyme pour permettre à la personne de solliciter sa couverture complémentaire pour le ticket modérateur, soit l'anonymat est préservé si le conseil général accepte de couvrir financièrement cette prestation, au-delà donc de ses obligations, ce qui est souvent le cas.

Si la majorité des centres semble assurer cette fonction, il reste que dans deux des neuf départements où s'est rendue la mission, les CPEF se limitaient au dépistage des chlamydiae et pour le reste réorientaient le public vers d'autres guichets (CDAG, CIDDIST), au risque de « perdre en route » les personnes concernées.

⁵⁰ Art. L.2311-5 du code de la santé publique

2.2.1.6. La consultation contraceptive et la délivrance des produits

Les CPEF remplissent une mission d'éducation personnalisée à la contraception. L'écoute et les explications données se font généralement en deux temps et en tête à tête avec la conseillère et avec le médecin. Les centres assurent un suivi qui permet de faire un bilan régulier au moment du renouvellement de la prescription. Les CPEF attachent une grande importance à la première rencontre qui ne comprend pas, en l'absence de problème de santé, d'examen gynécologique, souvent appréhendé par les plus jeunes.

La palette disponible des moyens de contraception est large. Outre les méthodes orales, il arrive que le préservatif féminin soit proposé, mais l'anneau vaginal, le patch, l'implant ou les injections sont des réponses qui se développent pour mieux répondre aux besoins des femmes qui rencontrent des difficultés à respecter des observances quotidiennes.

Les politiques des conseils généraux varient ; certains limitent les produits accessibles en CPEF aux produits remboursés. Au-delà des obligations légales, la pratique de la gratuité des produits diffère d'un département à l'autre tout en s'efforçant de concilier au cas par cas la prise en compte des besoins sociaux et psychologiques des personnes et leur responsabilisation. Là encore, les professionnels des CPEF élaborent avec les moyens dont ils disposent des solutions individuelles.

2.2.1.7. Un suivi gynécologique, seule possibilité pour certaines femmes de s'intéresser à cette dimension de leur santé

Dans certains centres accueillant plus particulièrement des populations vulnérables, le suivi gynécologique prend une place importante avec des femmes qui peuvent être suivies jusqu'à la ménopause. Ces femmes peuvent avoir été orientées par les services sociaux. Le centre de planification devient alors le premier recours gynécologique, avec la possibilité, au-delà ou en dehors de la contraception, de procéder aux examens gynécologiques de base (frottis de dépistage..).

2.2.1.8. L'accompagnement des demandes d'IVG, une prestation de plus en plus spécifique aux CPEF

Les CPEF effectuent ces entretiens avec les mineures. Depuis la suppression de l'obligation d'entretiens pour les majeures, un accompagnement de ces femmes se maintient parfois grâce à une approche pragmatique et délicate, en particulier dans les CPEF implantés sur le site hospitalier où se pratique l'IVG. Selon les professionnels, lorsque cet échange n'est pas formellement labellisé « entretien pré-IVG » et offert comme un appui, il est très rarement refusé. Il est à noter que la présence du CPEF sur le site hospitalier ne garantit pas en elle-même son intégration forte dans le circuit des IVG. C'est plutôt l'articulation étroite avec le service qui pratique les IVG qui aboutit à ce résultat. A défaut d'une telle articulation, nombre de personnes s'adressant, ou adressées, directement au centre IVG de l'hôpital passeront à côté de la possibilité d'un entretien pré-IVG par la conseillère conjugale du CPEF.

Par ailleurs, le passage par le CPEF des femmes ayant décidé d'interrompre leur grossesse doit être l'occasion d'un réexamen de leurs modalités de contraception. Cet échange permet parfois aux femmes de décider de combiner l'IVG chirurgicale avec la pose d'un DIU (cette solution est de plus en plus fréquente au Québec où il n'y a quasiment pas d'IVG médicamenteuse).

2.2.1.9. La réalisation des IVG médicamenteuses

Les dispositions législatives⁵¹ qui depuis 2008 ont étendu aux CPEF la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses visent clairement à accroître l'offre de soins en ce domaine.

⁵¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 71).

Cette possibilité récente est loin d'être généralisée et concerne actuellement encore surtout des CPEF implantés en site hospitalier ou qui s'étaient, comme en Seine St Denis, historiquement engagés en faveur de cette pratique.

Une des limites majeures du dispositif tient à l'impossibilité pour les CPEF de garantir une confidentialité totale de l'opération pour les personnes autres que les mineures⁵². La feuille de soins et le décompte adressé par l'assurance maladie s'efforcent bien à la discrétion à travers l'emploi de mentions peu explicites, mais l'existence même du décompte et la nécessité de solliciter son assureur complémentaire pour le remboursement du ticket modérateur rendent cette confidentialité toute relative, en particulier pour les personnes qui sont ayant droit de leurs parents ou de leur conjoint.

Lorsque des majeures demandent le secret, les CPEF sont donc contraints de réorienter ces situations vers les établissements hospitaliers qui peuvent assurer une prise en charge plus confidentielle, sur des bases juridiques au demeurant fragiles (cf. annexe 4). Selon certains centres vus par la mission cela représenterait près de 25% de la demande qui leur est adressée en matière d'IVG médicamenteuse.

2.2.1.10. La prise en compte des violences de toute nature, une dimension de plus en plus présente

Cette perception de la violence subie par les publics des CPEF est multiforme et est souvent présentée comme une préoccupation croissante. A côté de formes « classiques » de menaces ou d'actes physiques violents dans le cadre du couple ou de la famille, qui font l'objet d'une vigilance et d'une disponibilité très fortes des CPEF, les acteurs ont fréquemment mentionné de nouveaux sujets de préoccupations : pression, notamment sur les plus jeunes, à se conformer à certains comportements véhiculés par la pornographie (qui est désormais à portée d'un clic de « souris »), pression sur les questions liées à la virginité.

Le grand écart entre l'injonction de sexualisation et celle de l'interdit sexuel, entre celle de réalisation de soi et les perspectives sociales perçues, est pour certains jeunes plus vifs que jamais, et la vie sexuelle et relationnelle est un lieu où ces tensions peuvent s'exprimer. Pour les jeunes filles, c'est bien en venant parler de contraception (ou parfois de grossesse) au CPEF qu'elles peuvent se voir offrir une écoute individuelle et un regard sur ces questions, leur permettant de prendre du recul. En revanche, la difficulté à atteindre les garçons autrement que par les actions collectives (dès lors d'autant plus importantes) laisse à certains professionnels un sentiment de vide à combler.

2.2.1.11. Le conseil et l'écoute individuelle sur les questions liées à la sexualité et à l'orientation sexuelle

L'activité de conseil conjugal *stricto sensu* n'a guère été évoquée par les professionnels des CPEF rencontrés par la mission, sauf pour s'interroger sur le biais d'image dont cette dénomination est aujourd'hui porteuse alors que les conseillères « conjugales » font, pour l'essentiel, autre chose. Là où les CPEF paraissent fragilisés par le manque de personnel médical et par une attrition de l'offre de prestations en matière de contraception en conséquence, le conseil conjugal est apparu plus valorisé.

Le maintien d'une offre de conseil conjugal demeure intéressant pour plusieurs raisons : à travers les relations de couples peuvent être abordées des questions relatives à la contraception, ou à la violence. Par ailleurs, c'est l'activité pour laquelle la fréquentation des CPEF par les hommes a été la plus souvent mentionnée à la mission.

L'écoute des adolescents préoccupés par leur orientation sexuelle paraît encore plus marginale et il est difficile de se faire une idée exacte sur la place qu'elle occupe dans l'activité.

⁵² Les mineures sont couvertes par l'art. L.2212-7, 3^{ème} alinéa du code de la santé publique.

La question de l'orientation sexuelle et de l'homophobie est prise en compte dans le cadre des interventions collectives effectuées par les CPEF auprès des publics scolaires. Les supports pédagogiques qui ont été montrés à la mission par endroit (jeux de cartes, planches de dessins...), intègrent cette dimension et contiennent des éléments destinés à faire s'exprimer les élèves sur ce sujet.

Pour autant, il n'est pas certain que cela se traduise ensuite, pour un adolescent vivant mal ses interrogations sur son orientation sexuelle, par un échange individuel dans un CPEF, même si des cas de fréquentation du centre par de jeunes hommes sur cette question étaient ponctuellement mentionnés ici ou là.

Dans certaines agglomérations où existent des associations spécialisées, les informations pratiques orientent plutôt vers ces dernières. Les numéros des lignes d'écoute anonyme sont également fournis dans les informations distribuées par certains CPEF. La question de leur place dans un dispositif plus global de prévention des suicides des jeunes homosexuels mériterait d'être examinée. Elle suppose sans doute une évolution par rapport au positionnement actuel qui de fait reste très centré, du fait de la demande, sur une population féminine et sur une orientation hétérosexuelle.

2.2.2. Des activités d'entretiens individuels très variables selon les EICCF

2.2.2.1. Les EICCF gérés par le MFPP ont une activité d'entretien variée, proche de celles des CPEF, où la contraception et l'IVG tiennent une place importante

Les établissements gérés par le Mouvement français pour le Planning familial (MFPP) occupent une position à part pour plusieurs raisons :

- la notoriété du mouvement et son image historique de lutte en faveur de la libéralisation de l'IVG créent une demande à son égard en termes de contraception et d'IVG ;
- son positionnement sur l'accueil et l'écoute individuelle des publics les plus jeunes.

De ce fait l'activité d'entretiens individuels des conseillères conjugales du MFPP présente les caractéristiques proches de celle observée dans la plupart des CPEF. A la différence des autres EICCF l'accompagnement des IVG continue d'y tenir une place importante : entretiens pré-IVG pour des mineures, accueil des femmes en situation de dépassement de délai qui lui sont adressées pour une orientation éventuelle vers l'étranger, puisque les règles et les pratiques en la matière divergent sensiblement entre pays européens.

Les questions de contraception et de violence sont également très présentes. L'écoute des plus jeunes est clairement au cœur du positionnement du MFPP qui revendique parfois d'être la première structure dont ces jeunes vont « pousser la porte », car connue et bien identifiée sur les sujets relations garçons-filles, violence... En revanche le conseil conjugal apparaît minoritaire et n'est, dans les cas observés par la mission, pas considéré comme prioritaire.

2.2.2.2. D'autres EICCF se positionnent en fonction de l'orientation associative, dans une perspective généralement plus sociale et familiale

Les questions de violence constituent le positionnement prioritaire du CIDFF observé par la mission. Les établissements du CLER, de l'AFCCC et de Couple et famille rencontrés par la mission privilégient plutôt le conseil conjugal pour des publics rencontrant des difficultés de couple (ou souhaitant les prévenir, en amont donc de la médiation familiale financée par les CAF) ou familiales (avec une frontière parfois floue avec le soutien à la parentalité).

Au total, dans ces EICCF, la contraception reste bien sûr un sujet qui peut être abordé lors des entretiens mais l'accompagnement des couples voire des familles, apparaît comme le cœur de leur activité avec un poids nettement plus affirmé que pour les CPEF. Et cette mission est clairement présentée par les acteurs comme « sociale » plus que « sanitaire ».

2.3. Des efforts pragmatiques pour s'adapter aux publics et favoriser l'accessibilité

La fréquentation des CPEF et des EICCF suppose trois conditions remplies de la part de leur public :

- savoir que cette offre de prestation existe. La notoriété du dispositif est un sujet en soi. L'une des finalités majeures des interventions collectives est l'information pratique du public ;
- vouloir utiliser cette offre. Cette volonté repose sur la perception d'une « valeur ajoutée » des prestations du dispositif rapport à des possibilités concurrentes. Le moindre coût ou la gratuité de certaines prestations, souvent mise en avant dans notre pays, en est sans doute une, mais ce n'est certainement pas la seule ; d'autres pays présentent un dispositif similaire sans gratuité (cf. annexe 9). La confidentialité, la facilité psychologique d'accès, en particulier pour les jeunes, pour les personnes en grande difficulté sociale ou victimes de violences, la disponibilité d'écoute et de conseil représentent des raisons probablement plus profondes et plus fréquentes de se tourner vers les CPEF ou les EICCF ;
- pouvoir recourir aux services proposés. Cela suppose qu'ils soient accessibles tant en termes géographique que d'horaires. Néanmoins, on voit bien qu'il serait inutile de développer quantitativement l'offre sans avoir au préalable vérifié que les deux conditions précédentes, de notoriété et de réponse aux besoins qualitatifs spécifiques qui drainent le public vers les structures, peuvent être remplies. Ainsi, des expériences d'ouverture d'antennes en zone rurale ont parfois été peu concluantes, avec une fréquentation insuffisante pour les pérenniser.

2.3.1. La priorité donnée aux jeunes et aux populations vulnérables

Conçus avec une portée universelle, les EICCF et les CPEF ont vocation à accueillir et à répondre aux demandes de tous les publics et plus particulièrement des femmes. Cependant les textes ont progressivement ciblé deux publics :

- les jeunes, au travers des informations en milieu scolaire pour les EICCF et au travers de la gratuité et de la confidentialité de toutes les prestations médicales et de conseil pour les CPEF,
- les populations vulnérables, catégorie prioritaire de la protection maternelle et infantile PMI⁵³.

Dans l'enquête PMI annuelle de la DREES, les seuls éléments de connaissance des publics accueillis dans les centres portent sur le nombre de bénéficiaires des examens cliniques et des entretiens de conseil conjugal et sur la distinction entre majeurs et mineurs, la répartition selon le sexe ayant été supprimée en 2008. Le public accueilli reste en effet très majoritairement féminin et la part du public masculin dans les centres est si anecdotique qu'elle a conduit à abandonner le critère du genre dans les remontées d'informations statistiques.

⁵³Article R.2112-1 du code de la santé publique fait état des « populations vulnérables et quartiers défavorisés »

Selon la DREES en 2008, 376 000 personnes⁵⁴ auraient bénéficié d'un examen clinique et 168 000⁵⁵ auraient été reçues pour un entretien de conseil conjugal ou de planification. A partir de ces données partielles et des recoupements entre bénéficiaires d'examens cliniques et d'entretiens, on peut estimer à 500 000 les bénéficiaires des prestations individuelles des CPEF.

Les mineurs représenteraient environ un tiers des bénéficiaires⁵⁶ des prestations individuelles. Cette part est très hétérogène selon les départements mais varie également selon le type de centres et les efforts réalisés pour encourager l'accès des jeunes.

La fréquentation des jeunes est un enjeu prioritaire des centres et établissements. En effet, si la question des grossesses non désirées se pose pour les femmes tout au long de leur vie féconde elle revêt une particulière acuité pour les plus jeunes, à un moment où l'activité sexuelle est plus intense, la fertilité plus élevée, et la familiarité avec les méthodes de contraception moins grande. On observe d'ailleurs, par delà la stabilité globale du nombre des IVG, une augmentation de la part des moins de 18 ans dont le nombre est passé de 11 000 en 1997 à près de 15 000 dix ans plus tard.⁵⁷ Si le phénomène est loin de présenter le même degré de gravité que dans certains pays comme le Royaume-Uni où le niveau des grossesses précoces est alarmant cette évolution n'en est pas moins préoccupante.

Par ailleurs, certaines femmes ne recourent pas facilement à un gynécologue et n'abordent pas ces sujets avec le médecin de famille. Le centre de planification devient leur premier recours gynécologique, avec la possibilité, au-delà ou en dehors de la contraception, de procéder aux examens gynécologiques de base.

L'enquête menée en 2007 par la DREES⁵⁸ montre que les femmes aux revenus faibles, les bénéficiaires de la CMU et les femmes de nationalité étrangère sont surreprésentées parmi celles ayant interrompu leur grossesse, même si l'IVG concerne les femmes de tous milieux sociaux. Cette surreprésentation des groupes sociaux vulnérables est particulièrement marquée chez les femmes qui ont eu des IVG récurrentes⁵⁹.

Ces femmes sont également plus nombreuses à se déclarer sans contraception au moment où est survenue la grossesse qui donne lieu à interruption. Toucher ce public constitue une des priorités des centres, ce que les liens avec les services médico-sociaux permettent, comme observé par la mission. Les publics migrants trouvent ainsi dans certains centres⁶⁰ l'appui de services d'interprétation.

Les femmes victimes de violences sont accueillies dans les centres. Leur accompagnement s'est développé sous l'impulsion de la mobilisation associative en particulier du MFPPF, de la confrontation des professionnels sociaux et médicaux à ces phénomènes et de leur prise en compte dans les politiques publiques.

Comme indiqué ci-dessus, les hommes demeurent très minoritaires dans le public accueilli dans les centres et ceux qui viennent ont souvent une fonction d'accompagnant. Le MFPPF qui accorde une place importante à la responsabilisation des garçons et des hommes sur les questions de sexualité et de maîtrise de la fécondité, se distingue par une relative mixité des publics rencontrés. Parmi les jeunes de moins de 20 ans reçus dans les permanences du « Planning », le public masculin représente 17%.

⁵⁴ Données recueillies dans 76 départements

⁵⁵ Données recueillies dans 61 départements

⁵⁶ Données recueillies sur moins d'1/3 des départements

⁵⁷ « Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante », RFAS, juin 2011.

⁵⁸ Citée en partie 2.1.1.2.

⁵⁹ « L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : l'effet miroir des évolutions sociales », RFAS, juin 2011.

⁶⁰ Loire Atlantique, Seine Saint Denis

2.3.2. Un fort investissement sur les interventions collectives, tout particulièrement en milieu scolaire

2.3.2.1. Les CPEF sont très engagés dans les interventions scolaires, en particulier au collège (quatrième/troisième surtout)

La plupart des CPEF visités par la mission, quels que soient leur statut (régie directe par le Conseil général ou pas) et leur implantation (site hospitalier ou non), consacraient une part significative de leur temps à l'intervention auprès de publics scolaires. Dans certains d'entre eux les personnels à temps plein réservent de façon systématique une journée hebdomadaire à cette fin.

Non seulement cette activité correspond à l'une de leurs missions réglementaires⁶¹, mais elle est perçue par de nombreux centres comme la condition même de l'exercice adéquat de leurs autres missions, en réponse aux besoins individuels : ces interventions leur donnent de la visibilité auprès des jeunes qui pourront ensuite plus facilement venir consulter ; elles constituent l'occasion de leur fournir les informations pratiques et de « mettre des visages » sur les professionnels du centre. La formule jugée la plus efficace à cet égard consiste à faire venir les élèves directement dans le centre. Comme elle n'est pas toujours généralisable à toutes les classes, cette formule est parfois réservée à certains publics ou établissements jugés prioritaires.

Selon le degré de coordination mis en place avec l'Education nationale dans chaque département, les CPEF interviennent soit dans le cadre d'un programme défini en commun, soit en réponse aux sollicitations individuelles des établissements. Les interventions en classe de troisième constituent le cœur de cette activité, avec parfois une activité notable auprès des classes de quatrième. En général, les classes SEGPA⁶² et les classes de seconde en lycée professionnel sont également identifiées comme des cibles privilégiées. Ponctuellement, des interventions sur des niveaux plus précoces sont parfois possibles, mais les contenus et les outils pédagogiques devant être adaptés à chaque niveau, cela nécessite un investissement professionnel préalable des intervenants sur cette cible spécifique.

Dans certains CPEF gérés par le MFPPF, on considère que la présence de personnel de l'établissement peut entraver la parole des élèves et rendre l'intervention en partie stérile. Cette position est également celle retenue dans le Canton de Vaud en Suisse, dans un contexte toutefois fort différent (un opérateur unique, Profa, habilité par les autorités à effectuer ce genre d'interventions et une coordination très étroite entre sphères éducative et sanitaire et cet opérateur sur ces sujets, cf. annexe 9).

Dans les départements où la coopération entre les CPEF et l'Education nationale est établie et fluide, cette présence, soit de l'infirmière scolaire, soit d'un membre de l'équipe pédagogique, n'a pas paru poser de problème.

De façon générale, les équipes des CPEF et de certains EICCF ont engagé des réflexions sur la façon d'organiser ces informations collectives en partenariat avec les équipes de l'éducation nationale. Ces réflexions ont parfois abouti à une formalisation des modes d'interventions comme à Paris où une charte d'intervention encadre les informations collectives en milieu scolaire.

⁶¹ Article R.2311-7 du Code de la santé publique : « 2° diffusion d'information et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci, en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés ; »

⁶² Sections d'enseignement général et professionnel adapté : elles accueillent au collège des élèves présentant des difficultés d'apprentissage graves et durables.

Les conditions jugées optimales pour une intervention efficace en milieu scolaire

1. Une préparation étroite en amont avec l'établissement scolaire.

L'infirmière scolaire est l'interlocuteur naturel des CPEF, mais la sensibilisation des chefs d'établissements est également indispensable pour faciliter la mobilisation des enseignants, l'intégration dans le projet d'éducation à la santé et à la citoyenneté de l'établissement, la qualité des relations avec les parents d'élèves (qui sont généralement informés des interventions lors des réunions de début d'année). L'intervention par les professionnels des CPEF suppose un fort engagement préalable de l'établissement :

- l'organisation même de l'intervention exige, au plan pratique, la « neutralisation » d'heures de cours, voire l'organisation d'un déplacement lorsque la visite du CPEF est la modalité retenue ;

- surtout elle implique qu'au plan pédagogique les élèves aient été « amenés » au niveau requis et que les aspects psychologiques et comportementaux (estime de soi, respect de soi, respect de l'autre...) comme physiologiques (la puberté, la reproduction...) préalables aient déjà été traités pour que les intervenants puissent se concentrer, dans le temps bref qui leur est imparti, sur leurs messages principaux (la liberté et la responsabilité de chacun dans ses choix en matière de relation affective et sexuelle, les moyens techniques de prévention des grossesses et des IST, les informations utiles en cas de demande ou de questionnement individuels sur ces sujets) ;

- enfin, elle suppose une bonne articulation avec d'autres intervenants éventuels pour éviter la succession de messages incohérents (par exemple sur la prévention du SIDA mais sans mention de la contraception à cette occasion) ou la multiplication d'alarmes sanitaires (contre le tabac, les drogues, l'obésité, le Sida, les grossesses, les accidents de la route...) finalement inaudibles si elles ne sont pas amenées de façon coordonnée et judicieuse.

Les engagements réciproques de l'établissement et des intervenants extérieurs sont parfois régis par un protocole type établi au niveau départemental ou infra-départemental ;

2. Une intervention en binôme, permettant de s'adresser en alternance à des demi-classes ;

- dans l'idéal, le binôme est constitué d'une conseillère conjugale et familiale et d'un professionnel de santé (médecin, sage-femme ou infirmière), la première intervenant sur les aspects relationnels et comportementaux (y compris sur l'orientation sexuelle et le regard là-dessus, sur les violences) et le deuxième plutôt sur les informations techniques relatives aux moyens de contraception et de prévention des IST;

- le choix du caractère mixte ou non des demi-classes est apparu variable selon le contexte. Partout, les professionnels ont indiqué que la possibilité d'un temps mixte était très précieuse, mais que faute de disposer du temps nécessaire il était parfois préférable de s'en tenir à des groupes non mixtes pour permettre aux filles de s'exprimer. Par endroit, le durcissement ressenti au fil des années des relations garçons/filles conduisait à renoncer de plus en plus tôt à cette mixité du public ;

3. Une association étroite du personnel de l'établissement, dûment formé et sensibilisé à ces questions, aux interventions extérieures. *C'est le corollaire de l'articulation en amont entre le CPEF et l'établissement et la présence d'un représentant de l'établissement scolaire est la condition posée par l'Education nationale qui doit pouvoir se porter garante du contenu des interventions, en particulier vis-à-vis des parents.*

(synthèse par la mission des propos recueillis auprès des professionnels rencontrés)

2.3.2.2. Certains EICCF sont également très présents auprès des publics scolaires, sur des créneaux parfois complémentaires de ceux des CPEF

Certains EICCF n'ont aucune activité d'information collective auprès des publics scolaires, se spécialisant sur le conseil conjugal ou l'aide aux femmes victimes de violences. Mais d'autres sont engagés dans cette activité : cela est cohérent avec le fait que leurs moyens reposent essentiellement sur des conseillères conjugales et familiales, dont le partage d'activité entre actions collectives et entretiens individuels paraît une caractéristique transversale à ces EICCF et aux CPEF.

Dans les départements visités par la mission, le degré d'articulation avec les CPEF sur l'organisation de cette activité en milieu scolaire était très variable, allant de la participation aux réunions de répartition des interventions à l'absence de toute coordination, en passant par une articulation informelle de fait liée à la pluriactivité de certaines conseillères conjugales entre CPEF et EICCF.

La répartition s'organise parfois spontanément sur des logiques institutionnelles. Le CLER, association confessionnelle, est ainsi un opérateur particulièrement implanté dans les établissements privés mais il ne dispose pas d'agrément pour intervenir dans les établissements publics.

Au-delà de cette partition public/privé, les EICCF interviennent localement sur des créneaux parfois moins occupés par les CPEF : centres de formation des apprentis et maisons familiales rurales, classes de primaire ou de début de secondaire, lycées. L'intérêt d'une intervention plus précoce qu'en 4^{ème}-3^{ème}, sur les aspects comportementaux et relationnels est mis en avant par les responsables d'EICCF.

Le binôme conseillère conjugale et familiale pour les aspects relationnels et comportementaux / personnel médical ou paramédical pour les aspects plus techniques et physiologiques de la contraception et de la sexualité, souvent mis en œuvre par les CPEF dans les interventions scolaires, ne peut fonctionner pour les EICCF qu'avec la mobilisation des infirmières scolaires.

Une association, le CLER, revendique une expertise sur les méthodes naturelles de contraception⁶³. Il a été indiqué à la mission que ces méthodes étaient évoquées, parmi toutes les autres, dans le cadre des interventions auprès des publics scolaires, avec la précision qu'elles ne sont pas adaptées à une sexualité débutante. La mission s'interroge sur l'opportunité de surcharger les adolescents avec ce type d'informations, dont les responsables des actions indiquent eux-mêmes qu'elles ne sont pas immédiatement utiles à ce stade de la vie affective et sexuelle de ce public (et alors que leurs limites peuvent avoir à cet âge de fertilité maximale les conséquences les plus fortes).

Une autre différence majeure avec les CPEF réside dans le fait que les EICCF facturent généralement les interventions en milieu scolaire alors que les CPEF les assurent à titre gratuit : selon les informations recueillies par la mission les tarifs se situent généralement aux alentours de 40€ de l'heure. Il lui a été indiqué que les budgets des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements scolaires publics, qui devraient théoriquement pouvoir financer ces interventions étaient généralement réservés aux actions « citoyenneté » : les actions « santé » telles que les interventions par un EICCF doivent donc trouver un autre financement, parfois assuré par la subvention accordée par une collectivité territoriale (commune ou conseil général).

A l'exception du MFPE, très présent auprès des jeunes débutant leur vie sexuelle, la plupart des autres EICCF ne reçoit pas en entretiens individuels des jeunes peu de temps après leur passage au collège. Ceci constitue une différence majeure avec les CPEF. Pour ces EICCF, l'objectif opérationnel d'attirer un public futur vers leurs prestations est donc beaucoup plus lointain et plus limité et l'information pratique qu'ils délivrent comporte d'ailleurs en principe les coordonnées des CPEF.

⁶³ La rubrique « planification » de son site internet ne renvoyait qu'à ces méthodes, au moment de la mission. L'association indique répondre à une demande croissante en la matière pas nécessairement liée à des convictions religieuses, mais à des préoccupations d'ordre « écologique » de la part de certains couples.

2.3.2.3. Le développement de partenariats avec d'autres acteurs locaux permet de démultiplier les interventions collectives

Une réflexion est parfois engagée par les responsables départementaux de la planification sur les moyens de démultiplier leur intervention auprès de publics que leurs actions les plus classiques ne parviendraient pas à toucher. La sensibilisation, voire la formation de relais, au sein de l'éducation nationale, des travailleurs sociaux ou des bénévoles du monde associatif est recherchée pour développer au maximum un terrain favorable à la bonne orientation de ces publics vers les CPEF en cas de besoin individuel.

La mobilisation d'étudiants en médecine pour informer les élèves

Depuis 2006, l'Assistante publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM) expérimente à la faculté de médecine de Marseille un module « contraception et éducation à la sexualité » qui comprend une partie d'apprentissage théorique et une partie pratique d'interventions dans les collèges.

Cette initiative s'appuie sur plusieurs constats :

- un foisonnement d'interventions non coordonnées en milieu scolaire,
- un contenu disparate des informations transmises lors de ces interventions,
- une meilleure efficacité des messages transmis par les pairs.

Depuis 2006 une centaine d'étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} année participe à ce module optionnel de formation qui rencontre un grand succès.

Ces interventions s'adressent aux élèves des classes de 4^{ème} prioritairement dans les collèges relevant du réseau ambition réussite. Chaque année 1000 élèves bénéficient de ces séances d'information.

Cette action est menée en partenariat avec l'Education nationale, le conseil général et le MFPPF.

A partir d'approches complémentaires : institutionnelle pour l'éducation nationale, militante pour le MFPPF et médicale, cette expérience permet de construire un programme d'intervention commun scientifiquement solide et fondé sur des objectifs partagés.

Au-delà de l'amélioration de l'information des adolescents et de la formation des futurs médecins, cette expérience vise le long terme en sensibilisant le personnel de santé à des actions de prévention primaire.

En Suisse, l'opérateur du Canton de Vaud a formalisé ce rôle de « mise en réseau » des centres : les conseillères en santé sexuelle doivent consacrer 10% de leurs temps (hors interventions en milieu scolaire qui sont effectuées par ailleurs) aux relations avec leur réseau de partenaires, ceci pouvant prendre la forme d'interventions collectives dans le cadre de prestations à destinations de populations migrantes, par exemple.

2.3.3. La volonté d'aplanir les problèmes d'accessibilité financière

2.3.3.1. Les conseils généraux assument un traitement ouvert des situations individuelles

La mission a pu constater dans tous les départements visités que la réponse aux demandes individuelles était apportée dans un souci de prise en compte de la situation spécifique de chaque personne, se traduisant souvent par une charge financière assumée par le département au-delà du minimum exigible de par les textes.

Ainsi, si la gratuité des prescriptions n'est exigée réglementairement que pour les mineurs désirant garder le secret et pour les personnes sans couverture sociale, cette gratuité est très souvent étendue au delà de 18 ans pour tenir compte de certaines situations spécifiques. Celles ci peuvent correspondre à la prise en compte de difficultés financières ou à un souci de maintien de la confidentialité de la prescription, lorsque ces jeunes majeurs ne disposent pas d'une couverture sociale propre et sont en situation d'ayant-droits (rendant leurs parents ou conjoints destinataires des relevés de remboursement). Cette pratique n'est pas toujours formalisée, correspondant à un *modus operandi* partagé par les professionnels du département. Parfois, le conseil général a rédigé une instruction, comme dans le cas de la Loire-Atlantique qui a récemment décidé d'étendre le dispositif de gratuité jusqu'à 25 ans (Cf. pièce jointe : courrier du Conseil général en date du 24 février 2010).

L'annexe 4 décrit les mécanismes mis en œuvre pour le traitement des majeurs désirant garder le secret, de façon automatique en matière de contraception et du fait du caractère inopérant de la règle générale d'anonymat en matière d'IST.

Une autre manifestation de la souplesse des conseils généraux réside dans l'éventail des solutions de contraception offertes dans les centres, qui incluent souvent des contraceptifs non remboursables : patch, anneau, certaines pilules. Cette ouverture comporte toutefois des effets pervers potentiels dans la mesure où la poursuite d'un tel mode de contraception ne peut être garantie dans la durée que si la personne est financièrement en capacité de prendre le relais. Les professionnels veillent donc à informer du caractère non remboursable au moment du choix du mode de contraception.

Dans un souci de prévention des grossesses adolescentes, certains conseils généraux (cas de la Seine-Saint-Denis) vont jusqu'à approvisionner gratuitement les collèves en contraception d'urgence : ceci permet de prévenir toute rupture d'approvisionnement (les collèves doivent sinon financer la contraception d'urgence sur le budget global alloué aux fournitures de l'infirmerie) et d'obtenir un prix plus intéressant que ne le pourrait chaque collève individuellement.

2.3.3.2. Les EICCF modulent les tarifs de leurs prestations individuelles en fonction des capacités des personnes

Il a été indiqué au niveau national à la mission que les couples accueillis seraient souvent en situation précaire, au plan social et financier, mais localement le public des EICCF apparaît parfois plus diversifié. Une participation financière est généralement demandée aux usagers, mais modulable en fonction de leurs revenus.

2.3.4. Le caractère stratégique du choix des sites d'implantation et de leur configuration interne

La question du site d'implantation, à la fois en termes d'emplacement mais aussi de cadre, est apparue souvent particulièrement délicate car comportant de nombreuses dimensions : proximité et accessibilité géographique certes, mais aussi accessibilité psychologique à travers les attentes de discrétion (dont on peut regretter qu'elles traduisent une aussi faible banalisation du regard en la matière) et l'appropriation du lieu.

En milieu rural, les contradictions entre toutes ces dimensions sont particulièrement exacerbées et rendent le choix d'un site particulièrement difficile : un local dédié peut être perçu comme trop visible ; à l'inverse, un emplacement banalisé dans un site multiservices peut favoriser des rencontres fortuites avec des connaissances que la personne aurait préféré éviter.

En ville, le choix de la proximité peut paradoxalement nuire à la fréquentation de certains sites lorsque leur implantation ne favorise pas la discrétion voulue. Ainsi des centres situés au cœur des quartiers peuvent avoir des difficultés à attirer des jeunes, malgré la proximité et la disponibilité horaires. Par exemple, le CPEF de Mantes-la-Jolie a dû déménager pour enfin rencontrer ce public et des difficultés similaires ont été signalées en grande couronne parisienne.

Il est toutefois plus aisé en ville de concevoir un local dédié dans un endroit à la fois discret et facile d'accès.

Au-delà de la proximité géographique immédiate, en zone périurbaine et en ville, une implantation des centres adaptée aux moyens de transports peuvent permettre de concilier discrétion et accessibilité. Ainsi il est apparu qu'en petite couronne ou à Paris, les facilités de déplacement atténuaient sans doute ce problème.

Ainsi l'implantation des sites suppose la prise en compte de plusieurs critères importants :

- insertion dans un bassin de vie où résident les publics défavorisés ;
- facilité d'accès par les transports publics ;
- proximité d'établissements scolaires.

La question du coût mais aussi la prise en compte des synergies possibles au niveau de l'accueil et de la prise en charge des publics conduit la plupart des CPEF à occuper des locaux partagés avec d'autres activités : centre médico-social, centre de PMI, centre IVG ou service de gynécologie-obstétrique ou encore CDAG en site hospitalier, activité d'EICCF en complément de celle de CPEF pour le MFPE, ou bien partage de certains locaux et de secrétariats avec d'autres associations.

Une configuration des locaux adaptée

La visite des différents sites a permis de repérer un certain nombre de bonnes pratiques pour rendre les lieux aussi accueillants que possible :

- *un plan général, un aménagement des locaux permettant d'atténuer leur caractère administratif ou hospitalier ;*
- *une configuration de la salle d'entretien avec la conseillère conjugale qui mette en valeur la position d'écoute et d'empathie de cette dernière plutôt que de suggérer un échange administratif de part et d'autre d'un bureau et d'un ordinateur ;*
- *une configuration de la salle de consultation médicale qui permette d'« oublier » la table d'examen gynécologique, la crainte de cet examen étant relevée comme un frein fréquent à la première consultation de contraception des jeunes filles, alors qu'il n'est généralement pas indispensable dès cette première fois ;*
- *des sanitaires à proximité immédiate de la salle de consultation gynécologique pour garantir la discrétion des tests de grossesse qui requièrent un prélèvement d'urine.*

Par ailleurs, lorsque le CPEF partage ses locaux avec d'autres services, certaines configurations permettent un meilleur accueil :

- *un accès aisé de la rue et dispensant de passer par l'accueil général, avec une signalétique claire ;*
- *un accès distinct de celui des services de soins sur les sites hospitaliers ;*
- *une salle d'attente distincte, pour rendre possible l'affichage et la présentation de supports de communication relatifs à la sexualité et pour éviter l'attente de jeunes filles angoissées par une grossesse éventuelle, ou en attente d'IVG, dans un lieu marqué par la prime enfance.*

2.3.5. Des tentatives d'adaptation des horaires aux besoins, avec de fortes limites

Les prestations des centres peuvent être fournies avec ou sans rendez-vous en fonction de leur nature et de l'organisation des services. Mais tous les centres rencontrés répondent sans rendez-vous aux cas d'urgence (prise de risque, dépannage de pilule, demande d'IVG, situations de détresse..), la seule limitation tenant évidemment à leurs horaires d'ouverture.

Les centres essaient souvent de proposer une réponse aux besoins spécifiques des jeunes scolarisés, en veillant à ouvrir une plage le mercredi après-midi voire à leur dédier ce créneau, ainsi qu'à l'heure du déjeuner au moins certains jours de la semaine.

Toutefois, le niveau de fréquentation des plages sans rendez-vous, du mercredi après-midi en particulier est apparu très variable à la mission selon les centres visités. En milieu rural, cela peut renvoyer à des problèmes d'accessibilité géographique: les horaires des transports publics contraignent parfois les élèves à un retour immédiat vers le domicile. En ville, cela peut également être tributaire de l'implantation si elle n'est pas suffisamment discrète ou facilement accessible à partir des établissements scolaires.

Au-delà, les possibilités d'accueil en soirée, pour les personnes en activité professionnelle, paraissent rares et semblent concerner plutôt les conseillères conjugales et familiales que les médecins. Les horaires sont apparus également plus souples dans les CPEF gérés par le MFPPF sous convention avec le Département.

A l'exception d'un centre parisien en site hospitalier, aucun des centres visités par la mission n'offre un accueil le samedi.

Pour les plages sur rendez-vous et hors réponse aux urgences, la fréquentation importante dans les centres-villes et sur les sites hospitaliers en ville se traduit généralement par un délai d'obtention du rendez-vous. Dans les centres visités à forte activité IVG, ce délai était en général réduit (quelques jours à une semaine), mais pouvait parfois atteindre dans les autres centres visités trois semaines ou davantage.

La description même des horaires des centres n'est pas toujours aisée, car les plages de présence des différents professionnels ne se recoupent pas. Les horaires des CPEF visités par la mission sont présentés dans l'annexe 7.

Souvent, une permanence de secrétariat est assurée en semaine lorsque le CPEF partage ce secrétariat avec d'autres activités (par exemple en centre médico-social ou en site hospitalier). Ensuite, les horaires de présence des médecins ne recoupent pas nécessairement ceux des conseillères conjugales et familiales, pour se limiter à ces deux catégories (mais il peut souvent aussi y avoir des sages-femmes).

Au-delà des contraintes financières et de gestion du personnel qui peuvent conduire à ces horaires qui apparaissent généralement peu pratiques pour les publics scolaires ou actifs, la rareté de la ressource en médecins ou en conseillères conjugales et familiales peut sans doute, localement, rendre illusoire la perspective de pouvoir offrir des temps de ces professionnels à des horaires plus contraignants pour eux.

A l'exception des EICCF du MFPPF, les autres EICCF fonctionnaient quasi exclusivement sur rendez-vous. Mais les horaires de ces rendez-vous pour des entretiens individuels peuvent être parfois relativement souples, en soirée ou le samedi, en particulier avec du personnel bénévole.

2.3.6. Une sous-exploitation des moyens de communication privilégiés par les jeunes

Entre les interventions collectives en milieu scolaire et les consultations ou entretiens individuels en CPEF et EICCF, la mission constate la sous-exploitation des outils de communication massivement utilisés en particulier par les jeunes, tels que des sites internet interactifs où ils seraient libres de poser, derrière un pseudonyme, les questions qu'ils souhaitent relatives à la sexualité, avec une garantie de qualité de la réponse par des professionnels. Les forums internet ne manquent pas sur ce sujet, mais sans nécessairement cette garantie de professionnalisme et de qualité et sans lien non plus avec les CPEF dont cela pourrait constituer un prolongement ou un canal d'appel permettant de toucher efficacement le public.

Le site « onsexprime » géré par l'INPES offre des réponses à des questions pré-formulées (issues de questions qui peuvent lui être posées, mais qui paraissent dès lors beaucoup moins personnelles) et oriente vers d'autres sites. Il organise ponctuellement des « chat » thématiques. Le « Fil santé jeunes » organise ces « chat » plus régulièrement et propose une boîte à questions. Cependant sur ces deux sites la place donnée à l'interactivité reste très en deçà de la pratique actuelle de l'outil internet par les jeunes. De plus, ces deux sites ne proposent pas d'accès direct aux informations pratiques sur les lieux d'accueil et de délivrance des prestations -CPEF et EICCF- L'internaute n'accède à ces informations qu'après une série de liens dont celui du site général du ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

Des exemples intéressants d'outils plus interactifs existent, soit sur une base locale avec un lien fort avec un CPEF, soit sur une base géographique plus large permettant une mutualisation des moyens. En effet, la qualité des réponses nécessite un investissement en temps d'élaboration et de validation qu'une mutualisation facilite.

Des outils interactifs d'information et d'accès aux ressources disponibles

Lancé à Poissy puis à Strasbourg à l'initiative du Pr. Nisand « Info Ado » comporte 3 volets étroitement intégrés et assurés par la même équipe de professionnels : des interventions collectives en milieu scolaire, un accueil individuel en établissement hospitalier permettant la prescription et la délivrance gratuites de contraceptifs, et un site interactif (<http://info-ado.u-strsbq.fr>) où les jeunes peuvent poser des questions sur la sexualité et reçoivent des réponses personnalisées et signées des professionnels concernés. Le succès rencontré (149 000 visites en 2002, 256 000 en 2007) témoigne de la pertinence de ce type de démarche qui requiert toutefois un investissement très important de la part des professionnels concernés.

Le site « Ciao » (<http://www.ciao.ch>) a été créé il y a quinze ans par des acteurs associatifs pour toute la Suisse romande. Il comprend de nombreuses rubriques d'intérêt pour les jeunes (santé, boire-fumer ..., argent, ...) mais la moitié des 4000 questions mensuelles que laissent les internautes portent sur la sexualité. L'élaboration des réponses à ces questions est déléguée à des professionnels telles que, dans le canton de Vaud, trois personnes formées à cet exercice de l'équipe des animatrices de la fondation Profa (cf. annexe 9). Les questions et les réponses sont, sauf cas très exceptionnel, mises en ligne, avec recours à des pseudonymes.

3. RECOMMANDATIONS

Au terme de ses investigations la mission ne peut ignorer deux questions importantes qui traversent les réflexions des acteurs concernant l'accès à la contraception, les modalités de mise en œuvre des politiques et l'organisation de l'offre publique et associative.

La première concerne la généralisation de la gratuité de l'accès à la contraception pour les jeunes. Cette gratuité est offerte aujourd'hui dans les CPEF aux mineures désirant garder le secret (possibilité qui en pratique est fréquemment étendue à de jeunes majeures) et aux personnes sans couverture sociale. Mais tous les jeunes n'ont pas nécessairement accès aux centres, lesquels ne peuvent couvrir qu'une partie de la demande potentielle. La question d'une extension de la gratuité au-delà des seuls CPEF est posée depuis quelques années ⁶⁴ et alimente le débat public à travers les travaux parlementaires ⁶⁵ et diverses initiatives récemment prises au niveau régional. ⁶⁶

Cette extension de la gratuité faisait également partie des recommandations du rapport de l'IGAS sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées ⁶⁷. Les recommandations du présent rapport portent spécifiquement sur le dispositif des CPEF et des EICCF et l'extension de la gratuité et de la confidentialité y est traitée dans ce cadre précis ainsi que dans l'optique d'une politique de proximité accrue qui pourrait prendre appui sur des réseaux de cabinets médicaux volontaires bénéficiant de l'expertise des services départementaux.

Ceci n'est pas contradictoire avec la mise en place d'une possibilité plus générale d'accès gratuit et confidentiel à la contraception, qui pourrait prendre la forme d'une consultation sans avance de frais (tiers payant), sans ticket modérateur et sans décompte adressé à l'assuré dont le jeune est ayant droit. Les mêmes conditions s'appliqueraient à la délivrance des produits contraceptifs remboursables prescrits dans ce cadre.

La mission souhaite souligner qu'une telle possibilité d'accès général et confidentiel à une contraception gratuite pour les jeunes ne peut être considérée comme un substitut aux prestations offertes par les CPEF qui demeurent un dispositif indispensable. En effet à la possibilité de gratuité et de confidentialité, les centres associent une très grande disponibilité d'écoute et de conseil, une capacité d'accueil personnalisé et une palette étendue de prestations qu'aucun autre acteur n'est en mesure d'offrir.

La deuxième question porte sur la répartition des compétences entre l'Etat et les départements. L'organisation territoriale de la politique de planification est directement héritée des premières lois de décentralisation. Elle se caractérise par une dévolution large des responsabilités aux présidents des conseils généraux sans que les outils de synergie avec les politiques conduites par l'Etat en matière d'information, de politique sanitaire et d'éducation aient été mis en œuvre. A ce stade et après un recul de près de trois décennies, la question de la pertinence des compétences partiellement croisées se pose.

Dès lors trois scénarios peuvent être envisagés.

⁶⁴ Cf. notamment le rapport NISAND-TOULEMON « *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures* », Haut Conseil de la population et de la famille, 2006

⁶⁵ Rapport d'information sur l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, déposé le 22 octobre 2010 par la Députée Bérengère POLETTI, dont un deuxième rapport sur la contraception des jeunes était attendu au printemps 2011

⁶⁶ A l'exemple des initiatives précitées des régions Poitou-Charentes et Ile-de-France

⁶⁷ Rapport IGAS RM2009-112, Evaluation 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, octobre 2009

- Le premier consiste à « recentraliser » la compétence en matière de planification familiale comme cela a été fait pour les IST.

Dans cette hypothèse il faudrait rattacher les CPEF à une administration d'Etat du secteur social ou sanitaire. Donner la responsabilité des centres aux ARS reviendrait à les inscrire dans une perspective exclusivement sanitaire alors que leur spécificité réside précisément dans leur pluridisciplinarité. A l'inverse les nouvelles directions départementales (DDCS) ont perdu toute compétence sanitaire, celle-ci étant rattachée au niveau régional. Ainsi dans l'organisation récemment mise en place, aucun service d'Etat n'est adapté à la prise en compte de l'intégralité des activités d'aide à la personne qui caractérisent les CPEF.

Mais surtout, rien ne permet d'affirmer qu'une telle configuration aboutirait nécessairement à un meilleur service rendu pour l'utilisateur. La recentralisation risquerait au contraire de bouleverser des équilibres fragiles et de remettre en cause le fonctionnement d'un dispositif dont le constat montre qu'il parvient malgré ses imperfections à assurer des prestations de qualité. La solution aux problèmes de cohérence rencontrés passe moins par un changement de la collectivité de rattachement que par un renforcement et un regroupement des outils de pilotage.

- Le deuxième scénario, à l'inverse, vise à parfaire la décentralisation en rattachant au Département l'ensemble des outils opérationnels de planification familiale et d'éducation familiale. Concrètement ce scénario conduirait à confier aux conseils généraux les financements actuellement accordés via les EICCF aux associations qui réalisent des entretiens individuels et/ou des interventions collectives dans les domaines concernés. Ce scénario est celui qui a la préférence de la mission car il a le mérite de la cohérence. Il va jusqu'au bout du choix effectué précédemment par le législateur de confier au président du conseil général la responsabilité de droit commun pour la planification familiale, l'éducation familiale et la pratique de l'IVG médicamenteuse. Il est cohérent avec la nécessité d'assurer une réponse organisée aux besoins qui suppose la coordination de l'ensemble des opérateurs. Il est cohérent avec le souci d'une approche de terrain guidée par un souci de proximité qui peut mieux être assurée au niveau départemental. Il est cohérent avec le positionnement des EICCF, partant du constat que leur activité recoupe partiellement celle des CPEF ou la complète.

La mission a conscience des réticences que peut susciter ce scénario chez les acteurs associatifs qui pour la plupart sont attachés à ce schéma de responsabilités conjointes entre l'Etat et le Département considéré par eux comme une garantie qui amortirait les aléas des politiques publiques des deux partenaires⁶⁸.

- Au cas où ce schéma ne serait pas retenu, un troisième scénario devrait donc être envisagé, celui du statu quo aménagé.

Dans ce cas de figure où serait maintenue la partition entre les activités de planification et d'éducation familiale des centres (CPEF), rattachés aux conseils généraux et celles des établissements (EICCF), rattachés à l'Etat, la mission recommande de confier le suivi de ces dernières aux ARS qui ont une légitimité reconnue en matière de prévention sanitaire et pourraient donc être un aiguillon pour la coordination entre l'Education nationale, les conseils généraux et le secteur associatif dans ce domaine. Leur confier une possibilité de financement des actions des intervenants associatifs en la matière leur confèrerait un levier supplémentaire d'intervention.

D'autres structures associatives ont, comme on l'a vu, évolué dans un sens très différent, vers des activités qui relèvent beaucoup plus de la cohésion sociale : parentalité, médiation familiale,... Cette évolution devrait être reconnue et confortée par un financement des DDCS au titre des politiques concernées.

⁶⁸ Le CSIS en 2004 ⁶⁸ estimait que « les EICCF sous la responsabilité de l'Etat et les CPEF sous celle des départements doivent perdurer » et cette position ne semble pas avoir fondamentalement changé depuis.

Ces questions préalables étant traitées, les constats qui précèdent amènent la mission à formuler les recommandations suivantes. En tout état de cause, quel que soit le scénario retenu, un exercice de clarification des textes s'impose afin de fournir une base cohérente et compréhensible pour tous les acteurs en matière de planification et d'éducation familiale.

3.1. *Permettre d'accéder en toute confidentialité et sans avance de frais aux différentes prestations des CPEF sans barrière d'âge*

L'organisation du système français de couverture sociale comporte une série de caractéristiques susceptibles de freiner l'accès à des prestations en matière de santé sexuelle pour une personne ne disposant pas de moyens financiers ni d'une couverture sociale autonome.

La nécessité d'être rattaché à un régime de protection sociale, celle de faire l'avance des frais (dans le système libéral), l'existence d'un reste à charge (ticket modérateur) dont le remboursement suppose d'être affilié à un régime complémentaire, peuvent poser des problèmes d'accessibilité financière comme pour toute autre prestation de soins.

S'y ajoute un problème particulier de confidentialité lié à l'envoi à domicile de décomptes relatifs aux prestations remboursées et à la nécessité d'effectuer une démarche pour obtenir le remboursement du ticket modérateur. Le problème se pose tout particulièrement dans les situations où une personne veut garder le secret par rapport à l'assuré dont elle est ayant droit. Le cas le plus fréquemment cité est celui des jeunes mineurs auxquels la loi reconnaît un accès autonome à la contraception mais qui dépendent de leurs parents pour l'avance des frais et la couverture sociale. Les centres de planification ont pour mission, selon la loi, de leur délivrer gratuitement les prestations nécessaires.

Dans la réalité les difficultés de communication ou les pressions intrafamiliales ne s'arrêtent pas le jour des 18 ans et certaines personnes majeures vivent dans des contextes où l'échange sur les sujets concernés pose problème : certains jeunes de plus de 18 ans vivant avec leurs parents, certaines femmes dans une situation de dépendance marquée par rapport au conjoint ou à la famille ou victimes de violences conjugales. Elles peuvent ne pas souhaiter, voire redouter que leur entourage soit informé de la prescription d'une contraception, d'un dépistage IST ou de la réalisation d'une IVG :

Les conseils généraux tentent de répondre avec pragmatisme à ces situations et vont souvent au-delà de leurs obligations légales pour s'adapter aux contraintes de secret de ces publics majeurs. Mais faute de cadre réglementaire adapté les réponses demeurent aléatoires, hétérogènes et se font au prix d'une grande complexité ou peuvent entraîner le renvoi vers d'autres guichets pour certaines prestations telles que le dépistage des IST ou l'IVG médicamenteuse. La mission propose d'adapter le cadre législatif et réglementaire pour couvrir ces situations qui demeurent relativement rares – tout le public qui fréquente les CPEF n'étant pas demandeur d'une telle confidentialité – mais peuvent entraîner des conséquences graves.

Recommandation n° 1 : Etendre la prise en compte des exigences de confidentialité sans limitation liée à l'âge (législateur, pilote DGS)

La mission recommande de supprimer le seuil de 18 ans qui ne lui paraît pas pertinent au regard de l'exigence de secret et d'ouvrir une possibilité de prise en charge financière sans communication d'identité de toutes les prestations délivrées dans les CPEF –contraception, dépistage et traitement des IST, IVG médicamenteuse – pour les personnes désirant garder le secret quel que soit leur âge. Cette possibilité de secret constitue bien l'une des valeurs ajoutées spécifiques des CPEF par rapport à l'offre de soins de droit commun. Cela reste une réponse à apporter au cas par cas, qui n'a pas vocation à être généralisée.

L'impact financier d'une telle mesure apparaît négligeable : elle vise à transposer dans le droit des pratiques largement répandues qui ne concernent en tout état de cause qu'une faible partie de la population fréquentant les centres.

Recommandation n° 2 : Clarifier et harmoniser les règles de financement des prestations à destination des personnes désirant garder le secret (législateur, DGS, DSS)

La formalisation, préconisée en recommandation n°1, de pratiques aujourd'hui volontaires en matière de confidentialité pour les majeurs conduit à proposer de clarifier les règles de financement. Les principes qui guident la mission sont la plus grande neutralité financière possible des choix d'accès aux prestations pour l'ensemble des acteurs (le public, les conseils généraux, l'assurance maladie) et la simplicité de gestion administrative.

Ces principes plaident pour le rapprochement maximal des règles de prise en charge de droit commun, qui consisterait à faire prendre en charge par l'assurance maladie sa part normale de toutes les prestations remboursables (consultations médicales, analyses biologiques, traitements et contraceptifs remboursables). C'est déjà la situation actuelle pour les personnes qui ne demandent pas le secret, sauf pour les consultations médicales pour lesquelles la prise en charge par l'assurance maladie varie d'un département à l'autre en fonction des conventions historiquement signées entre les caisses locales de chaque régime et les départements. Toutefois, le déploiement actuellement envisagé de la télétransmission transfèrera la charge des consultations des conseils généraux vers l'assurance maladie.

La modification proposée des règles concerne donc avant tout les prestations fournies aux personnes demandant le secret, qui se traduira par le basculement vers l'assurance maladie de certaines dépenses aujourd'hui couvertes par les conseils généraux. La confidentialité requise dans ces cas de figure suppose un financement public du ticket modérateur, dont la charge pourrait être laissée aux conseils généraux.

Au total, ces modifications se traduiraient par un léger transfert net de charges des conseils généraux vers l'assurance maladie, qui ne devrait pas excéder quelques millions d'euros au plan national (hors consultations).

L'annexe 4 présente le détail des analyses correspondant à ces recommandations.

Recommandation n° 3 : Elaborer et diffuser une charte de mise en œuvre de la confidentialité (groupe de travail départements-DGS-CNAMTS-DSS, secrétariat DGS)

L'exigence de confidentialité requise des CPEF est très spécifique et sa portée mérite sans doute d'être précisée à l'occasion du toilettage proposé ci-dessus de textes dont la rédaction existante a pu entraîner parfois une grande confusion dans l'esprit des acteurs.

Cette confidentialité est plus exigeante que le simple secret professionnel, puisque ce secret assuré dans le système de soins en général, n'empêche pas l'envoi au domicile de l'assuré du décompte des prestations auxquelles il a recouru. Or c'est justement cette information accessible à l'entourage proche de la personne (parents, conjoint) que la confidentialité requise des CPEF interdit.

En revanche, cette confidentialité ne va pas jusqu'à exiger le non-enregistrement de l'identité de la personne. Sauf accident ponctuel, le secret actuellement applicable aux mineurs fonctionne bien alors même que leur identité est connue des professionnels des CPEF. Mais il peut imposer certaines précautions particulières dans l'activité quotidienne des centres, notamment dans la mention des adresses ou l'utilisation des numéros de téléphone portable.

Pour fiabiliser cette garantie de confidentialité et éviter justement tout accident ponctuel, une charte de la confidentialité pourrait être élaborée et diffusée pour appuyer les CPEF et les services départementaux dans leur traitement des personnes désirant garder le secret.

3.2. Garantir une offre complète de prestations individuelles dans les CPEF

Recommandation n° 4 : Systématiser la mission de prévention des infections sexuellement transmissibles dans les CPEF (législateur, pilote DGS)

Tous les CPEF devraient être à même de répondre aux demandes de dépistages d'IST et de mettre en œuvre certains traitements. Ils en ont actuellement la faculté, non l'obligation, et cette prestation n'est prévue par les textes que comme sous produit de l'activité contraceptive. Il paraît préjudiciable que sur un tel sujet de prévention, il faille potentiellement réorienter le public vers un autre guichet.

Cette mission obligatoire doit être prévue par la loi⁶⁹, puisque il s'agit d'une dérogation à la compétence de l'Etat en la matière (prévue par l'art. L3121-1 du CSP), complémentaire de la simple possibilité d'intervention des collectivités territoriales par convention avec l'Etat (prévue également à l'article L.3121-1 du CSP).

Les CPEF offriraient pour ces prescriptions les mêmes conditions qu'en matière de contraception, pour laquelle ils sont également une offre de premier recours complémentaire des autres acteurs de soins ambulatoires. La levée des obstacles pratiques en matière de confidentialité et de gratuité proposée ci-dessus accompagne cette obligation nouvelle et en est donc indissociable.

Recommandation n° 5 : Organiser un socle de prestations de base commun à l'ensemble des structures dans le domaine de la santé sexuelle (pilote DGS)

La mission ne propose pas de modifications de fond relatives aux CDAG et aux CIDDIST⁷⁰. Ces structures touchent des publics qui ne vont pas ou très peu, actuellement, dans les CPEF (en particulier des hommes) et il est donc important de pouvoir continuer à disposer d'une palette diversifiée d'offres.

Toutefois, de façon symétrique à l'offre de base qui serait proposée par les CPEF en matière d'IST, elle suggère que les CDAG et les CIDDIST puissent élargir leur offre au-delà du dépistage et du traitement des IST, en proposant des prestations complémentaires de base telles que : test de grossesse, pilule du lendemain, prescription de pilule standard.

Ainsi la mission préconise de concevoir la notion de « centres de santé sexuelle » non pas nécessairement en termes de structures nouvelles ou fusionnées mais en termes de socle commun de prestations de base proposées dans l'ensemble des structures intervenant dans le domaine de la santé sexuelle.

Le maintien de plusieurs points d'entrée correspondant à la pluralité des publics devrait s'accompagner d'incitations à développer localement des synergies entre les différentes structures, notamment entre CPEF et CDAG/CIDDIST, en matière d'interventions collectives par exemple, ou de moyens partagés (locaux, personnels).

Recommandation n° 6 : Reconnaître au plan législatif la mission de prévention et d'accompagnement des victimes de violence des CPEF (législateur, pilotes DGCS et DGS)

Dans la suite du rapport du CSIS de septembre 2004 sur l'évolution du rôle des EICCF et des CPEF, le rapport de l'IGAS de 2006⁷¹ sur le statut des conseillères conjugales et familiales proposait la reconnaissance d'une 6^{ème} mission pour les CPEF s'ajoutant aux 5 missions qui leur sont actuellement confiées par la loi. Cette mission visait l'écoute, l'orientation et l'accompagnement des femmes en matière de violences, tant sexuelles que conjugales et intrafamiliales.

⁶⁹ Par exemple en complétant l'actuel art. L2112-2, 3° du code de la santé publique.

⁷⁰ Ces structures ont fait l'objet d'un autre rapport de l'IGAS : RM2010-124 P, Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, août 2010. Là où les CIDDIST ont été recentralisés, il serait néanmoins souhaitable de faciliter les synergies entre les CDAG et les CIDDIST, en regroupant, au niveau des ARS, leurs financements sur un même support qui pourrait être le fonds régional d'intervention préconisé par l'IGF et l'IGAS (IGF n° 2010-M-047-02, IGAS n° RM2010-117P, Rapport sur les fonds d'assurance maladie, juillet 2010).

⁷¹ Rapport IGAS sur le statut des conseillères conjugales et familiale, établi par Christian Gal et Danièle Vilchien, octobre 2006

Dans tous les centres visités par la présente mission la problématique des violences a été évoquée, parfois de façon très prégnante. Plusieurs conseils généraux font de la prévention des violences un axe stratégique des projets de service des CPEF.

La mission ne peut donc que reprendre à son compte cette proposition qui permettrait de mettre les textes en accord avec la réalité constatée.

3.3. *Développer une offre de qualité en matière d'IVG dans les CPEF et les EICCF*

Recommandation n° 7 : Définir au niveau départemental des objectifs de prise en charge de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF (conseils généraux)

En ouvrant aux CPEF la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses le législateur a souhaité élargir les possibilités d'accès à cette prestation. L'offre des centres est donc destinée à venir compléter l'offre existante des centres hospitaliers et de la médecine de ville, non à s'y substituer.

Pour l'organisation de cette mission que la loi confie au Président du conseil général la mission recommande de définir au niveau départemental des objectifs concrets concernant la prise en charge de l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification et son développement en fonction des besoins. Ces objectifs devraient être inscrits dans le cadre du volet relatif à la planification du schéma départemental que la mission recommande d'établir (cf. proposition n° 19) et définis en liaison avec l'ARS, en tenant compte des données figurant sur ce point dans le projet régional de santé.

Recommandation n° 8 : Développer l'accompagnement de l'IVG à travers des formules ménageant souplesse et continuité (conseils généraux)

Le développement des phénomènes de récurrence dans le recours à l'IVG semble témoigner de problèmes non résolus que certains mettent en relation avec un manque d'accompagnement des femmes réalisant une IVG. L'acte médical ne saurait être détaché de son contexte et les difficultés éventuelles qui ont pu conduire à une grossesse non désirée ne doivent pas être laissées sans réponse. La proposition formelle d'entretien pré-IVG suscitant peu d'écho chez les femmes majeures pour lesquelles il est facultatif, il est proposé d'y substituer un accueil systématique à géométrie variable par une conseillère conjugale ou tout autre personnel formé, qui de fait prendra souvent la forme d'un entretien plus ou moins long, et pourra éventuellement être suivi d'un autre échange, cette fois-ci programmé, à la demande de la personne. La mission a pu observer l'intérêt d'une telle pratique en Belgique francophone et dans certains centres français. Pour les personnes souhaitant réaliser leur IVG dans le CPEF ou dans le service hospitalier auquel il est rattaché, l'organisation des équipes devrait permettre dans toute la mesure du possible de ménager une continuité de la personne accompagnante tout au long du processus.

Il serait également utile d'examiner l'intérêt d'ouvrir aux EICCF la possibilité de conventionner avec les centres hospitaliers pour l'accompagnement des IVG.

Recommandation n° 9 : Elaborer une charte qualité pour la prise en charge de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF (groupe de travail départements-DGS ; secrétariat DGS)

Regroupant des équipes pluridisciplinaires composées de personnels aguerris aux fonctions d'accueil et d'écoute sur les questions de santé sexuelle, les CPEF sont a priori particulièrement bien placés pour assurer une prise en charge de qualité de la demande d'IVG dans toutes ses dimensions.

Une charte de qualité pour la prise en charge de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF permettrait d'aider et de sécuriser les équipes des centres qui débutent dans cette activité. Elle pourrait également servir de référence et avoir un effet d'entraînement pour améliorer les conditions de prise en charge de l'IVG médicamenteuse en milieu hospitalier.

Son élaboration pourrait être confiée à un groupe de travail associant des représentants des services départementaux, des professionnels des centres, du ministère de la santé (DGS). Seraient abordées l'ensemble des questions posées par l'accueil, l'information et l'accompagnement des femmes réalisant une IVG médicamenteuse, les aspects médicaux et techniques relatifs à l'intervention, l'organisation du suivi, de la visite de contrôle, ainsi que la configuration optimale des locaux pour permettre sa prise en compte dans les nouvelles implantations à venir.

3.4. *Faciliter l'accès à la prescription contraceptive dans les CPEF*

Recommandation n° 10 : Mobiliser les nouvelles compétences des sages-femmes et infirmières pour la prescription contraceptive (conseils généraux)

Compte tenu de la relative faiblesse du temps médical disponible dans les CPEF il serait nécessaire de tirer parti des compétences désormais reconnues par la législation⁷² à d'autres catégories de personnels que l'on peut trouver dans ces centres : les sages-femmes ont une compétence générale en matière de prescription contraceptive et les infirmières peuvent renouveler pour 6 mois une prescription de contraception orale datant de moins d'un an. La concrétisation de ces dispositions supposerait seulement d'adapter l'organisation du travail (mise à disposition d'ordonnanciers, ..) et passe sans doute, pour un certain nombre des personnels concernés, par une offre de formation adaptée.

Recommandation n° 11 : Expérimenter un protocole de délégation de la prescription contraceptive dans les CPEF (législateur, groupe de travail piloté par la DGS, HAS)

La mise en place d'une première contraception peut requérir un caractère d'urgence qui a incité nombre d'équipes dans les CPEF à mettre en place des pratiques qui vont au-delà du droit pour répondre aux besoins en l'absence du médecin : prescriptions médicales pré-signées ou délivrance directe d'une contraception orale, par une infirmière ou une conseillère conjugale après application d'un questionnaire destiné à détecter d'éventuelles contre-indications.

Ces pratiques répondent à de vrais besoins en matière de prévention et leur pertinence n'est pas en cause. D'autres pays ont développé des pratiques de ce type à l'exemple du Québec avec l'ordonnance collective de contraception précitée. Il reste que l'absence de reconnaissance juridique constitue un risque et la situation ne peut être de ce point de vue considérée comme satisfaisante.

La loi permet depuis 2009 de donner un cadre légal aux délégations de compétences entre professionnels de santé et celle-ci pourrait être formalisée pour les infirmières.⁷³ La question demeure en revanche pour les conseillères conjugales qui, malgré les indiscutables compétences acquises dans le domaine de la contraception, ne font pas partie des personnels visés par la loi. La mission, considérant les besoins et les pratiques, suggère de reconnaître à titre exceptionnel de telles expériences, reposant sur une compétence collective sous la responsabilité du médecin responsable de centre, dans un cadre rigoureusement encadré, et de procéder à une évaluation du rapport entre les avantages et les risques.

3.5. *Etendre la couverture géographique en développant des relais de proximité autour des CPEF*

Recommandation n° 12 : Créer dans chaque département une offre de « médecins relais contraception » intervenant dans des conditions analogues à celles des CPEF (conseils généraux)

⁷² Loi HPST du 21 juillet 2009

⁷³ La loi HPST organise la délégation de tâches entre professionnels de santé de façon strictement encadrée. Elle permet aux professionnels de santé de s'engager dans une démarche de transferts d'activités ou d'actes de soins et prévoit l'information systématique du patient. Cette délégation de tâches est formalisée par un protocole soumis à l'HAS et autorisé par l'ARS (Article 51 de la loi HPST).

Il s'agit de compléter la couverture géographique et horaire des CPEF en offrant à une fraction du public qui n'y a pas accès (par exemple à proximité des collèges en zone rurale ou périurbaine) des prestations du même type (durée, tiers payant, délivrance directe de contraceptifs) chez des médecins libéraux volontaires, à l'exemple de ce qui se pratique dans certains départements comme le Haut-Rhin.

Les médecins concernés passeraient convention avec le Conseil général et suivraient une formation spécifique sur le conseil et la pratique prescriptive en matière de contraception⁷⁴. Ces médecins bénéficieraient de l'appui des structures du Conseil général en réponse à leurs besoins pour cette mission.

Recommandation n° 13 : Promouvoir l'intégration de prestations de conseil conjugal et familial dans les groupements pluri-professionnels de santé (conseils généraux, ARS)

L'intégration d'une permanence de conseillère conjugale et familiale dans les groupements pluri-professionnels de santé, notamment dans les maisons de santé pluri-professionnelles, constituerait un autre moyen de concilier prescription (par les médecins du centre) et conseil dans des zones dépourvues d'implantation CPEF.

De telles structures ont par ailleurs l'avantage d'offrir une entrée « neutre » dans des territoires où l'en tête « planification » peut manquer de discrétion, ce qui explique peut-être les résultats peu convaincants de certaines initiatives d'essaimage des structures de planification en milieu rural.

Dans leur appui à la création des maisons de santé pluri-professionnelles, les ARS devraient veiller à ce que les projets ménagent, notamment dans la configuration physique des locaux, la possibilité d'accueillir cette prestation.

Recommandation n° 14 : Encourager le développement d'antennes avancées des CPEF (conseils généraux)

Il s'agit d'encourager les CPEF à sortir des murs pour aller à la rencontre des publics dans les lieux où ils se trouvent. Des antennes assurant une mission d'information-conseil et d'orientation vers le CPEF des publics en demande de prestations médicalisées pourraient être mise en place. De telles expériences fondées sur un principe d'essaimage apparaissent pertinentes tant pour développer le maillage territorial en zone rurale que pour toucher des publics nouveaux dans les grands centres urbains, ce qui est l'objectif des projets développés dans ce sens à Paris.

Recommandation n° 15 : Développer un volet Internet relié au réseau des CPEF et des EICCF (INPES, conseils généraux).

L'exploitation d'internet pour démultiplier l'impact des réponses offertes par les CPEF et les EICCF recouvre au moins trois aspects :

- la fourniture sous une forme adaptée des informations pratiques quand aux lieux, horaires, prestations ;
- la présentation d'informations et de messages sur la sexualité, qui répondent aux enjeux de prévention identifiés ;
- la possibilité d'échanges interactifs permettant une personnalisation des réponses, porteuse d'une meilleure appropriation des messages, en particulier par les jeunes.

De tels échanges pourraient être envisagés au plan local comme un prolongement virtuel des CPEF. Ils supposent des équipes étoffées. C'est pourquoi ils pourraient être organisés sur une base mutualisée regroupant plusieurs structures.

⁷⁴ Selon les recommandations de la HAS le modèle BERCER de l'OMS pourrait servir de référence pour cette consultation.

Au plan national, la conception d'un outil fédérateur qui prenne en compte ces différentes dimensions nécessite une forte articulation entre un opérateur central, seul à même de créer un point d'entrée facilement repéré lors des recherches sur internet, les acteurs locaux, seuls capables de mettre à jour en temps réel les informations pratiques les concernant, et les acteurs associatifs particulièrement identifiés sur le sujet, tels que le MFPPF, qui disposent aujourd'hui de leur propre portail.

Par ailleurs se posent des questions légitimes tels que l'arbitrage, ou l'articulation, entre un outil spécifiquement destiné aux jeunes et un outil pour l'ensemble de la population, ou entre un outil spécifiquement dédié aux questions de sexualité ou portant plus largement également sur d'autres questions de santé.

L'INPES est l'organisme le plus légitime pour organiser une réflexion partagée avec les conseils généraux et les acteurs associatifs, avec pour objectif de mettre en place des outils plus pratiques, plus accessibles et plus interactifs qu'aujourd'hui.

3.6. Valoriser la planification familiale⁷⁵ dans les politiques départementales

Recommandation n° 16 : Donner à la planification une existence légale distincte de la PMI (législateur, pilotage DGS)

Le constat a montré les inconvénients de l'« invisibilité institutionnelle » de la planification familiale. Son rattachement à la PMI repose sur des raisons historiques et il est difficile aujourd'hui de lui trouver une justification logique en termes politiques. La mission considère que cette mission des conseils généraux gagnerait à être reconnue en tant que telle et individualisée dans les politiques, les priorités et les budgets départementaux. Elle propose donc de lui donner une existence légale autonome en adaptant les textes législatifs et réglementaires qui en font un sous ensemble indifférencié de la PMI.

Recommandation n° 17 : Adapter les normes réglementaires minimales en distinguant une offre spécifique de consultations de planification (pilotage DGS)

La norme réglementaire établissant les obligations minimales des départements en matière d'offre de consultations de PMI doit être adaptée, en distinguant entre les consultations de planification ou d'éducation familiale d'une part, et les consultations prénatales, d'autre part. On a vu que la fusion de ces deux types de consultations ôtait toute portée opérationnelle à la norme ainsi définie, pour ce qui concerne le volet planification. La définition d'un indicateur spécifique est donc nécessaire pour garantir une offre minimale en la matière, et cohérente avec l'autonomisation souhaitable au plan institutionnel.

Recommandation n° 18 : Prévoir un volet relatif à la planification familiale dans le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (législateur, conseils généraux)

Le constat a mis en évidence la nécessité d'améliorer la lisibilité et la visibilité des interventions et de définir des priorités d'intervention pour mobiliser l'ensemble des acteurs concernés. Dans cette perspective il apparaît nécessaire de disposer d'un document de référence comportant une évaluation des besoins et définissant les objectifs à mettre en œuvre pour apporter des réponses adaptées à la démographie et à la géographie du département. La mission recommande d'inscrire dans les dispositions législatives et réglementaires relatives au schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale l'existence d'un volet consacré à la planification familiale. Ce volet spécifique devra toutefois préciser les liens organisés avec les services de l'aide sociale à l'enfance, le service social départemental et bien entendu la PMI.

⁷⁵ La planification familiale est ici entendue au sens large, couvrant l'ensemble des missions des CPEF et des EICCF, y compris notamment l'information collective et individuelle.

Son élaboration sous la responsabilité du Conseil général devrait associer les services de l'ARS et du ministère de l'Education nationale. Ceux-ci pourraient être invités à participer en tant que cosignataires sur des objectifs concernant leurs domaine de compétence (IST, IVG, éducation à la sexualité) afin de favoriser les synergies et d'offrir un repère commun à l'ensemble des acteurs appelés à intervenir en matière de planification familiale, de santé sexuelle, d'information et d'éducation à la sexualité.

Recommandation n° 19 : Améliorer le statut des conseillères conjugales et familiales (DGCS).

Par ailleurs la mission souhaite ici reprendre une recommandation plus générale concernant le statut des conseillères conjugales, déjà formulée dans de précédents rapports de l'IGAS (cités *supra*). En effet, malgré la mise en place récente par la DGCS des référentiels relatifs à la formation aux compétences et aux activités du conseil conjugal⁷⁶, la profession reste sans statut. Cette situation a des conséquences précisément analysées dans le rapport de l'IGAS de 2006 : niveau de rémunération, précarité de l'emploi, mobilité...

La reconnaissance du professionnalisme des conseillères conjugales nécessite de doter la profession d'un statut.

3.7. Organiser la mobilisation des moyens pour répondre aux besoins d'intervention collective

Les interventions collectives constituent un enjeu majeur en termes de prévention et comportent plusieurs dimensions : il s'agit de diffuser des informations techniques sur la sexualité et, ce faisant, de remettre en cause les idées fausses qui circulent, notamment chez les jeunes ; il s'agit également d'informer et d'orienter vers les structures existantes CPEF et EICCF permettant de répondre aux besoins individuels ; il s'agit enfin de poser les bases d'une éducation globale à la sexualité et à la vie affective dans ses différentes composantes, sociales, relationnelles et culturelles.

Recommandation n° 20 : Déterminer au niveau régional des priorités d'intervention collective dans le domaine de l'éducation à la sexualité (ARS, rectorats, conseils généraux)

Dans un contexte où les ressources sont loin de couvrir les besoins il importe d'avoir une vision claire et partagée entre les divers acteurs des priorités à mettre en œuvre et d'organiser sur cette base la mobilisation des moyens. La préoccupation légitime du développement des actions en milieu scolaire pour se rapprocher des objectifs définis par le législateur ne doit pas faire oublier les autres publics –notamment les jeunes en marge du système scolaire et les femmes en situation de précarité sociale – pour lesquels ces actions sont particulièrement nécessaires et plus encore difficiles à mettre en œuvre.

L'ARS paraît dans le contexte actuel la mieux placée pour rassembler les éléments permettant d'évaluer les besoins et pour définir des axes prioritaires d'intervention au niveau régional en termes de publics, structures, et de type d'interventions. Pour ce qui concerne les jeunes scolarisés ce travail devrait être réalisé conjointement par l'ARS, le rectorat, et les conseils généraux.

Recommandation n° 21 : Articuler au niveau départemental la mise en œuvre des moyens pour répondre à ces priorités (conseils généraux en lien avec les inspections académiques)

⁷⁶ Arrêté du 3 décembre 2010 relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (JORF du 10 décembre 2010, NOR SCSA 1029743A)

Pour traduire ces priorités au plan opérationnel, les conseils généraux et leurs interlocuteurs du côté de l'Etat (Inspections académiques, ARS, DDCS) devront se rapprocher pour mettre en place, avec les centres et établissements, un programme annuel concerté de mobilisation des ressources. Ce programme s'inscrirait dans le cadre du volet planification du schéma départemental cité plus haut.

Recommandation n° 22 : Clarifier le financement des activités des EICCF en distinguant les activités de planification et d'éducation à la sexualité des activités d'aide à la parentalité et de médiation familiale (DGCS)

Quel que soit le scénario retenu pour l'organisation institutionnelle (cf. supra) les associations devront être invitées à faire la part de leurs activités qui s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire prévu en matière de planification et d'éducation familiale, dont le financement sera selon le cas assuré par les conseils généraux ou les ARS, en fonction des priorités qu'ils auront définies. Les activités relevant de l'aide à la parentalité ou de la médiation familiale devront être prises en compte par les DDCS sur les crédits affectés à ces politiques. Quelle que soit l'option retenue, les modalités de financement devrait privilégier une visibilité pluriannuelle et limiter autant que possible la charge administrative, pour les associations, de la recherche de subventions

3.8. Offrir un appui national à l'efficacité des dispositifs départementaux

Recommandation n° 23 : Exploiter, publier et faire retour aux conseils généraux des remontées statistiques annuelles (DREES)

Compte tenu des inconvénients, soulignés par les services départementaux, de trop fréquentes modifications apportées aux outils, la mission ne propose pas de refonte à ce stade du questionnaire qui sert de base aux remontées statistiques sur l'activité des CPEF. Seuls lui apparaissent indispensables d'évaluer le nombre total des personnes reçues et d'en préciser la structure d'âge (en distinguant non seulement les moins de 18 ans mais aussi les 18-25 ans) et, conformément aux recommandations précédentes, d'identifier les consultations de planification familiale actuellement fusionnées avec les consultations prénatales.

En revanche la mission recommande de développer un soutien opérationnel aux services départementaux pour les aider à remplir effectivement et de façon fiable le questionnaire (mode d'emploi détaillé pour assurer la comparabilité des réponses, service de type « hotline » pour répondre aux questions techniques, éventuellement développement en liaison avec les services départementaux d'un logiciel adapté permettant de saisir au jour le jour les éléments demandés et de les utiliser pour les besoins internes des centres et la préparation des rapports d'activité annuels)

Enfin la mission estime impératif de réaliser une exploitation des données ainsi fiabilisées et d'en faire retour aux Conseil généraux. Ce retour est prévu par les textes législatifs, il est à l'évidence indispensable à la mobilisation des services départementaux et des opérateurs pour la production des données. Une présentation pourrait être organisée dans le cadre de la journée annuelle d'échange qui fait l'objet de la recommandation n° 27. La publication et la diffusion des résultats permettraient par ailleurs aux conseils généraux de se positionner par rapport aux autres et de valoriser leurs réalisations dans ce domaine.

Recommandation n° 24 : Compléter le dispositif d'information par des enquêtes permettant de disposer d'éléments qualitatifs (DREES)

La mission a pu constater la très grande faiblesse du dispositif d'information qui ne permet pas de connaître les caractéristiques sociales du public accueilli, d'évaluer sa demande ni son degré de satisfaction. Il apparaît difficile d'intégrer ce type de questions dans les remontées régulières d'information demandées aux départements. En revanche la mission recommande de prévoir des enquêtes régulières sur échantillon pour y répondre : il serait ainsi possible d'organiser des enquêtes à partir de la fréquentation des centres un jour donné ou sur une période donnée.

Recommandation n° 25 : Renforcer la collaboration opérationnelle entre l'INPES et les échelons locaux (INPES, ARS)

Ce besoin de collaboration accrue entre l'INPES et les échelons locaux existe à deux niveaux :

- relayer au niveau local les campagnes nationales de l'INPES en matière de santé sexuelle et ses actions de diffusion et de vulgarisation des connaissances scientifiques auprès du grand public, et en particulier des jeunes. Il appartient aux ARS de venir en appui de l'INPES pour faciliter ce relais par les conseils généraux (mais aussi par les inspections académiques) ;
- en sens inverse, valoriser l'expérience des professionnels des centres et des établissements par le recueil et la diffusion des bonnes pratiques (cf. recommandations n°26 et 27).

Recommandation n° 26 : Elaborer un guide d'auto-évaluation en matière de planification et d'éducation familiale en appui à la conception et la mise en œuvre des politiques départementales (pilotage INPES)

La mission recommande de confier à l'INPES l'élaboration, en concertation avec la DGS, avec des représentants des conseils généraux, d'établissements de santé et d'associations gestionnaires de CPEF, d'un guide d'auto-évaluation⁷⁷ en matière de planification et d'éducation familiale. Un tel outil permettrait de favoriser la réflexion et l'échange sur les bonnes pratiques tant dans la conception des politiques départementales que dans leur mise en œuvre opérationnelle. Il pourrait ainsi constituer une référence utile pour l'élaboration des schémas départementaux.

Recommandation n° 27 : Organiser une rencontre nationale annuelle des acteurs de la planification, de l'éducation et du conseil familial (INPES, MFPF, conseils généraux)

L'INPES organise des assises régionales en partenariat avec le Mouvement français pour le Planning familial. Ces rencontres sont l'occasion de dresser un état des lieux des besoins et des difficultés et également de valoriser les initiatives locales dans le domaine de la planification et de l'éducation à la sexualité. Elles deviennent progressivement un lieu attendu d'échanges sur ces questions entre professionnels de plus en plus nombreux des établissements et centres de planification, du secteur libéral et du milieu hospitalier.

L'INPES et le Mouvement français pour le Planning familial considèrent que ces assises sont également l'occasion de relayer les campagnes nationales d'information et d'en assurer un ancrage local.

La dynamique engagée par ce dispositif, porté par un opérateur national de l'Etat et par une association largement implantée sur le territoire permet d'envisager de nouveaux développements.

Une journée nationale annuelle co-organisée par l'INPES, le Mouvement français pour le Planning familial et des représentants de conseils généraux permettrait de diffuser les réflexions issues des assises régionales et de répondre au besoin des acteurs locaux d'un temps d'échanges avec les responsables nationaux des politiques de santé sexuelle.

Ces préconisations et la charge de travail pour l'INPES correspondante devraient être prises en compte dans le prochain contrat de performance entre l'Etat et l'INPES.

⁷⁷ Dans ce registre, l'INPES a publié un guide d'auto-évaluation de la qualité des actions en promotion de la santé, en septembre 2009, consultable sur <http://www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>

3.9. Proposer une loi pour clarifier et actualiser le dispositif

Recommandation n° 28 : Proposer une loi pour actualiser les missions des organismes d'éducation à la sexualité, de conseil et de planification familiale et pour faciliter l'accès à leurs prestations (pilote DGS)

Parmi les recommandations proposées jusqu'ici par la mission, plusieurs sont d'ordre législatif. Une clarification de la loi est en outre indispensable au regard du constat établi par la mission sur l'empilement, la confusion et l'ambiguïté des textes actuels.

Aussi, 45 ans après la loi Neuwirth, ces diverses modifications pourraient être regroupées dans une loi, pour faciliter l'accès aux prestations et pour actualiser les missions des organismes d'éducation à la sexualité, de conseil et de planification familiale.

Claire AUBIN

Christine BRANCHU

Jean-Luc VIEILLERIBIERE

Patricia SITRUK

Tableau récapitulatif des recommandations

N°	Recommandations	Autorités responsables
----	-----------------	------------------------

Permettre d'accéder en toute confidentialité et sans avance de frais aux différentes prestations des CPEF sans barrière d'âge :

1	Etendre la prise en compte des exigences de confidentialité sans limitation liée à l'âge	Législateur, pilote DGS
2	Clarifier et harmoniser les règles de financement des prestations à destination des personnes désirant garder le secret	Législateur, DGS, DSS
3	Elaborer et diffuser une charte de mise en œuvre de la confidentialité	Groupe de travail : Départements-DGS- CNAMTS-DSS

Garantir une offre complète de prestations individuelles dans les CPEF :

4	Systématiser la mission de prévention des infections sexuellement transmissibles dans les CPEF	Législateur, pilote DGS
5	Organiser un socle de prestations de base commun à l'ensemble des structures dans le domaine de la santé sexuelle	DGS
6	Reconnaître au plan législatif la mission de prévention et d'accompagnement des victimes de violence des CPEF	Législateur, pilotes DGCS et DGS

Développer une offre de qualité en matière d'IVG dans les CPEF :

7	Définir au niveau départemental des objectifs de prise en charge de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF	Départements
8	Développer l'accompagnement de l'IVG dans les CPEF à travers des formules ménageant souplesse et continuité	Départements
9	Elaborer une charte qualité pour la prise en charge de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF	groupe de travail départements-DGS

Faciliter l'accès à la prescription contraceptive dans les CPEF :

10	Mobiliser les nouvelles compétences des sages-femmes et infirmières pour la prescription contraceptive	Départements
11	Expérimenter un protocole de délégation de la prescription contraceptive dans les CPEF	Législateur, groupe de travail piloté par la DGS, HAS

Etendre la couverture géographique en développant des relais de proximité autour des CPEF :

12	Créer dans chaque département une offre de « médecins relais contraception » intervenant dans des conditions analogues à celles des CPEF	Départements
13	Promouvoir l'intégration de prestations de conseil conjugal et familial dans les groupements pluri-professionnels de santé	Départements /ARS
14	Encourager le développement d'antennes avancées des CPEF	Départements
15	Développer un volet Internet relié au réseau des CPEF et des EICCF	INPES / Départements

Valoriser la planification familiale dans les politiques départementales :

16	Donner à la planification une existence légale distincte de la PMI	Législateur, pilotage DGS
----	--	---------------------------

17	Adapter les normes réglementaires minimales en distinguant une offre spécifique de consultations de planification	DGS
18	Prévoir un volet relatif à la planification familiale dans le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale	Législateur, Départements
19	Améliorer le statut des conseillères conjugales et familiales	DGCS

Organiser la mobilisation des moyens pour répondre aux besoins d'intervention collective :

20	Déterminer au niveau régional des priorités d'intervention collective dans le domaine de l'éducation à la sexualité	ARS, rectorats, Départements
21	Articuler au niveau départemental la mise en œuvre des moyens pour répondre à ces priorités	Départements en lien avec les inspections académiques
22	Clarifier le financement des activités des EICCF en distinguant les activités de planification et d'éducation à la sexualité des activités d'aide à la parentalité et de médiation familiale	DGCS

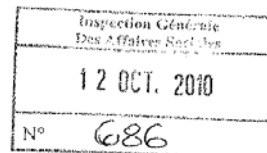
Offrir un appui national à l'efficacité des dispositifs départementaux :

23	Exploiter, publier et faire retour aux conseils généraux des remontées statistiques annuelles	DREES
24	Compléter le dispositif d'information par des enquêtes permettant de disposer d'éléments qualitatifs	DREES
25	Renforcer la collaboration opérationnelle entre l'INPES et les échelons locaux	INPES
26	Elaborer un guide d'auto-évaluation en matière de planification et d'éducation familiale en appui à la conception et la mise en œuvre des politiques départementales	pilotage INPES
27	Organiser d'une rencontre nationale annuelle des acteurs de la planification, de l'éducation et du conseil familial	INPES, Mouvement français pour le Planning familial, Départements

Proposer une loi pour clarifier et actualiser le dispositif :

28	Proposer une loi pour actualiser les missions des organismes d'éducation à la sexualité, de conseil et de planification familiale et pour faciliter l'accès à leurs prestations	pilote DGS
----	---	------------

Lettre de mission



*La Ministre de la santé
et des sports*

*La Secrétaire d'Etat chargée de la famille
et de la solidarité*

à

11 OCT. 2010

**Monsieur le Chef de l'Inspection générale
des affaires sociales**

**Objet : Bilan de la situation des organismes de planification, d'éducation à la sexualité
et de conseil familial**

L'Inspection générale des affaires sociales a réalisé une évaluation de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception et a, dans ce cadre, dressé un bilan des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG menées au cours des dernières années.

Les constats du rapport d'évaluation de Claire Aubin et Danièle Jourdain-Menninger, inspectrices générales des affaires sociales, publié en février 2010, apportent un éclairage essentiel sur la situation française qui apparaît actuellement contrastée : une bonne couverture contraceptive globale ne permettant pas d'éviter de trop nombreux échecs contraceptifs, une information relative à la prévention encore insuffisante, notamment en direction des jeunes, des inégalités territoriales dans la prise en charge des IVG...

Les pouvoirs publics ont la responsabilité de mettre en place des conditions satisfaisantes d'accès à la prévention et à la prise en charge des grossesses non désirées. L'ensemble des recommandations émises dans le document d'évaluation a constitué un support précieux pour la préparation des décisions à prendre. Des mesures ont, d'ores et déjà, été annoncées le 8 mars dernier, dans le cadre de la journée internationale des femmes.

Parmi les mesures annoncées en faveur d'une politique active de prévention, nous avons souhaité qu'un bilan de la situation de l'ensemble des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) qui ont un rôle essentiel dans ce domaine, permette de mieux appréhender les forces et les faiblesses du dispositif en place. Nous souhaitons que l'Inspection générale des affaires sociales réalise ce bilan.

Placés sous la responsabilité des conseils généraux, les CPEF, ont des modes d'organisation et de gestion très divers (au nombre de 1200 centres et annexes, ils sont gérés soit directement par le Conseil général, soit rattachés à un établissement de santé, soit confiés en gestion déléguée à une structure associative). Leur mission de planification leur donne un rôle essentiel vis-à-vis de certaines catégories de population pour la prévention des grossesses non désirées : ils disposent de professionnels de santé assurant des consultations médicales relatives à la « maîtrise de la fécondité » et assurent la délivrance, à titre gratuit, de produits ou objets contraceptifs aux mineures et personnes non assurées sociales et peuvent assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. En matière d'éducation à la sexualité, ces centres assurent par ailleurs, comme les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (E.I.C.C.F) qui bénéficient, pour leur part, d'une participation financière de l'Etat, des actions individuelles ou collectives, généralement mises en œuvre par des professionnels qualifiés en « conseil conjugal et familial ». Ils peuvent également assurer les IVG selon la méthode médicamenteuse.

Le rapport précité estime que la décentralisation ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble de la situation des centres de planification, de leur activité réelle et de leurs difficultés. Leur éclatement entre différents modes de gestion ne permet pas non plus de connaître les actions menées et de diffuser les expériences intéressantes et les bonnes pratiques. La mise en œuvre de leurs missions se heurte à divers obstacles : une implantation inégale sur le territoire, des financements inégaux et parfois aléatoires, des problèmes de recrutement. Par ailleurs, la co-existence de deux types de structures - CPEF et EICCF - assurant des actions de prévention des grossesses non désirées (les unes relevant des compétences décentralisées, les autres non) constitue un élément de complexité.

Un enjeu majeur s'attache aux actions d'information et d'éducation en direction du public adolescent. L'amélioration des connaissances, la sensibilisation au risque, l'éducation des comportements, constituent, en effet, le premier stade de la prévention dans un domaine important mais particulièrement complexe. Il convient donc d'assurer au dispositif dédié à ce rôle les conditions de son bon fonctionnement.

Cette mission aura pour objet :

- d'analyser les conditions actuelles du fonctionnement du dispositif en place, de son efficacité et de son aptitude à répondre aux besoins de la population dans le domaine de la prévention des grossesses non désirées ;
- d'émettre, sur la base de cette analyse et des constats et pistes d'amélioration de la prévention des grossesses non désirées dégagés par le rapport de Mesdames Aubin et Jourdain-Menninger, des recommandations pour améliorer le cadre ainsi que le fonctionnement de ce dispositif et des structures qu'il recouvre.

En outre, vous mettrez vos recommandations en perspective des conclusions du rapport sur la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles établi en août 2010 par Danièle Jourdain-Menninger et le Dr Gilles Lecoq, en particulier celles relatives à l'expérimentation de centres de santé sexuelle. Il s'agira notamment d'envisager la faisabilité d'une association de ces centres aux dispositifs actuels des CDAG/CIDDIST ou à leur réorganisation dans un but de prise en charge globale de la santé sexuelle incluant les aspects de fertilité/contraception, les infections sexuellement transmissibles et l'accueil et l'information sur les questions relatives à la vie affective et à la sexualité.

Vous bénéficierez dans votre travail de l'appui des services des ministères chargés de la santé et de la famille.

Nous souhaitons que vous nous présentiez les résultats de vos travaux par un rapport intermédiaire à la fin du mois de décembre 2010 et un rapport final en février 2011.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN



Nadine MORANO

Liste des personnes rencontrées

MINISTERES

- **Cabinet du ministre du travail, de l'emploi et de la santé**

Dr. Julien EMMANUELLI, conseiller technique

- **Cabinet de la secrétaire d'état à la santé**

Agnès MARIE –EGYPTIENNE, directrice adjointe du cabinet

- **Direction générale de la cohésion sociale**

Florence LIANOS, sous directrice enfance et famille

Alain KURKDJIAN, adjoint à la chef de service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes

Hélène PAOLETTI, chef du bureau familles et parentalité

- **Direction générale de la santé**

Patrick AMBROISE, chef du bureau santé des populations (MC1)

Béatrice BOISSEAU-MERIEAU, responsable contraception/IVG, bureau MC1

Anne-Marie SERVANT, responsable santé des jeunes, bureau MC1

Laurence CATE, adjointe au chef du bureau infections VIH/IST/Hépatites (RI2)

Dr. Thierry TROUSSIER, médecin inspecteur de santé publique, bureau RI2

Frédérique DELATOUR, chef de projet diagnostic et dépistage, bureau RI2

- **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques**

Joëlle CHAZAL, chef du bureau des établissements sociaux, de l'action sociale locale et des professions sociales

Elise CLEMENT, responsable du pôle aide sociale

Françoise BORDERIES, responsable des enquête ASE et PMI

- **Direction générale de l'enseignement scolaire**

Nadine NEULAT, chef du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité

Dr. Jeanne Marie URCUN, conseiller technique

Patricia BRISTOL-GAUZY, infirmière conseillère technique

Félicia NARBONI, responsable éducation à santé, à la sexualité et aux partenariats

- **Direction de la sécurité sociale**

Valérie MARTY, bureau de la couverture universelle et prestations de santé

Guy DAYLIES, bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux

INPES

Thanh LE LUONG, directrice générale

Catherine GERHART, direction de l'animation des territoires et des réseaux

Enguerrand du ROSCOËT, direction des affaires scientifiques

Anna MERCIER, direction de l'information et de la communication

Elodie AÏNA, direction de l'information et de la communication

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Véronique BELOT, chargée de prévention au sein du département information et prévention

ACTEURS NATIONAUX

- **Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS)**

Françoise LAURANT, Présidente

Florence BARUCH, Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)

Dr. Jean-Claude MAGNIER, gynécologue, association des centres de régulation des naissances de l'AP-HP

Catherine TISSERAND, Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux

- **Association nationale des conseillères conjugales et familiales**

Béatrice MARET, Présidente

- **Le Planning familial (Mouvement français pour le planning familial - MFPF) :**

Carine FAVIER, présidente

Marie-Pierre MARTINET, secrétaire générale

Véronique SEHIER, responsable commission contraception

- **Représentants nationaux des EICCF**

Kamel ARAR, Institut des sciences de la Famille, Faculté catholique de Lyon

Claude BIGOT, présidente de l'AFCCC (Association Française des Centres de Consultation Conjugale)

Michèle BRUN, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs

Marie-Noëlle FLORANT, présidente du CLER (Centre de Liaison des Equipes de Recherches)

Claude HERAUD, président de l'APCE (Association fédérale Pour le Couple et l'Enfant, membre de l'AFCCC)

Patrick LEFEVRE PONTALIS, conseiller conjugal et familial au CLER

Béatrice MARET, présidente de l'ANCCEF (Association Nationale des Conseillers Conjugaux Et Familiaux)

Jacques MOLIA, délégué de la Fédération nationale Couples et Familles

Anita TOSTIVINT, conseillère technique au CNIDFF (Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles)

- **Association française pour la contraception (AFC)**

Dr. Elisabeth AUBENY, Présidente

REGION BASSE NORMANDIE***Agence Régionale de Santé***

Dr. Sylvie FRAPPIER, médecin inspecteur de santé publique

Direction régionale du droit des femmes et pour l'égalité (DRDFE).

Véronique TOMAS, directrice régionale

Gaëlle JAMES-SEVEC, directrice régionale adjointe

DEPARTEMENT DU CALVADOS***Conseil Général***

Dominique CHRETIEN, directeur général adjoint

Dr. Evelynne SEBIRE, médecin de PMI départemental par intérim

Eric BOUFFETEAU, directeur de l'enfance et de la famille

Etienne BEHAGHEL, directeur adjoint de la solidarité

Inspection académique.

Yvette CORBINEAU, responsable de formation éducation à la santé

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)

Alexandra DESTAIS, chargée de mission

Opérateurs dans le département

- **CPEF de Falaise.**

Dr. Hélène HUGLA, médecin généraliste

Régine BRUSSOT, sage-femme CCEF

Guylaine QUESNOT, secrétaire

- **CPEF de Caen.**

Dr. Catherine MARICHAL, médecin généraliste

- **EICCF Caen (Planning familial)**

Thérèse BAHEZRE, présidente du Planning Calvados

Cécile MILCENT, coordinatrice, CCEF

- **CDAG/CIDDIST Caen. Fondation Miséricorde**

Dr. SALAUN, médecin coordonnateur,

Mme STRYUVE, directrice

DEPARTEMENT DE LA MANCHE***Conseil Général***

M. Hubert GUESDON, vice-président du Conseil général

M. Fabrice CHATEL, directeur « petite enfance, enfance, famille »

Dr. Dominique GORIAUX, médecin responsable de la PMI

Inspection académique

Dr. Michèle MAULME, médecin conseillère technique

Marie Jo LEGRAND, infirmière conseillère technique

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)

Frédéric POISSON, directeur

Max PINSON, directeur adjoint

Anne BERNARD, chargée de mission aux droits des femmes

Enore GUILLERME, chef de service « droits des personnes les plus vulnérables »

Opérateurs dans le département

- **CPEF du centre hospitalier du Cotentin**

Dr. Chantal GIGUET, médecin

Virginie PASQUIER, sage femme

Agnès VITTORI, conseillère conjugale (CCEF)

- **CPEF de Carentan**

Dr. Catherine Le MORVAN, médecin de PMI

Catherine MONTACLAIR, conseillère conjugale et familiale

- **CPEF de Cherbourg-Octeville**

Dr. Catherine DEBERLES, médecin responsable du centre

Anne BLANCHARD, sage-femme

Véronique PHILIPPE, conseillère conjugale et familiale

- **EICCF CLER**

Sylviane ISKENDERIAN, conseillère conjugale et familiale

- **EICCF CIDFF**

Sophie HERY, Directrice

- **CDAG du centre hospitalier du Cotentin.**

Dr. Vincent LAUNAY, hématologue, responsable du centre

Laurence BELLANGER MONTEIGNIES, infirmière

REGION PAYS DE LA LOIRE***Agence Régionale de Santé***

Dr. Christophe DUVAUX, directeur général adjoint chargé de la direction de la prévention et de la protection de la santé

Dr. Thierry FOUERE, responsable de l'animation des politiques de territoire, délégation territoriale
44

Nathalie SEVIN-CARPENTIER, assistante de gestion du Centre fédératif prévention dépistage (CFPD), CHU NANTES

Marie-Hélène GOURAUD, cadre de santé coordinatrice CFPD et PASS, CHU NANTES

Dr. Charlotte BIRON, médecin coordonnateur CFPD, CHU NANTES

Académie de Loire Atlantique et rectorat de Nantes

Marie-Christine VIDAL, infirmière conseillère technique auprès du recteur

Nathalie LASSALLE, infirmière conseillère technique auprès de l'inspecteur d'académie

Dr. Corine HERON ROUGIER, médecin, conseiller technique du recteur

DEPARTEMENT DE LOIRE ATLANTIQUE.***Conseil Général***

Dr. Claire DUCROS, gynécologue, médecin référent prénatal planification, service PMI

Françoise BRETAUDEAU, responsable administrative et budgétaire, direction de la vie sociale et familiale/PMI

Danielle VERNET, responsable du service de PMI

Henri QUELO, directeur adjoint

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS).

François ANGIN, chef de service inclusion sociale

Isabelle LE TALLEC, inspectrice

Opérateurs dans le département

- **Centre Simone Veil, CIVG et CPEF, dans les locaux du CHU de Nantes.**

Françoise ARAGOT, sage-femme et CCEF

Isabelle DERRENDINGER, sage-femme et CCEF

Dr. Bernard MESLE, médecin

Elise DOUCAS, directeur adjoint du pôle de proximité CHU de Nantes

- **CPEF Centre Clothilde VAUTIER, clinique Jules VERNE. CIVG,**

Olivier BOSSARD, directeur

Françoise BARDY, sage-femme et CCEF

Dr. Philippe DAVID, gynécologue

Marylène GLEMIN, sage-femme, coordonatrice pôle femme enfant

- **CPEF / EICCF Planning familial 44.**

Olivier Tric, président

Hélène DEVAUX, directrice

Catherine COMBES, directrice adjointe

Brigitte LEGRAIS LECHAT, conseillère conjugale et familiale

Dr. Catherine PERRIGAUD, gynécologue

- **EICCF CLER Amour et famille.**

Martine DOUCET, responsable d'équipe

Isabelle MICHEL, responsable d'établissement

Carole HERON, conseillère conjugale et familiale

- **EICCF Couple et famille.**

Marie-Hélène BELOEIL, présidente

Odile THIBAUT, trésorière

- **CDAG/CIDDIST du CHU de Nantes.**

Dr. Bénédicte BONNET, médecin référent CDAG/CIDDIST

Nathalie SEVIN CARPENTIER, assistante de gestion

REGION ILE DE FRANCE :

Conseil régional

Laure LECHATELLIER, vice-présidente en charge de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap

Agence Régionale de Santé

Dr. Laurent CHAMBAUD, directeur de la santé publique

Evelyne BAILLON-JAVON, responsable du pôle prévention et promotion de la santé

Dr Anne DESOUCHES, conseillère médicale offre de soins

Dr. Jeannick DEVORT
Anne Gaëlle DANIEL, chef de projet

DEPARTEMENT DE SEINE- SAINT-DENIS

Conseil Général

Etienne CHAMPION, directeur général adjoint chargé de la solidarité
Françoise SIMON, directrice enfance et famille
Dr. Emmanuelle PIET, médecin départemental de PMI, Planification familiale
Dr. Jeanne CUESTA, médecin chef du service de PMI

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS).

Sylviane LE CLERC, chargée de mission droits des femmes et égalité

Académie, Education nationale

Dr. Fabienne GENTIL, médecin conseiller technique

Opérateurs dans le département

- **CPEF de l'Hôpital d'Aulnay**

Sophie DAIRE, sage-femme cadre du service de gynécologie-obstétrique
Nathalie CHERRADOU, sage-femme cadre du CPEF
Céline FITOUSSI, attachée de pôle femme-enfant
Sandra PANCRAZI, conseillère conjugale et familiale

- **CPEF de l'Université Paris VIII**

Dr. Anne PAILLARD, médecin,
Elise HAULE TAFFO, conseillère conjugale et familiale
Michelle PEREZ, secrétaire

- **CPEF de Bondy Nord**

Katia LAVIGNE, puéricultrice
Patricia TAUPIN, auxiliaire de puériculture
Halima HANBLI, auxiliaire de puériculture

- **CPEF Les Moulins à Saint Denis**

Dr. Maud GELLY, médecin généraliste, directrice du CPEF
Christine LEVERRIER, conseillère conjugal, coordinatrice des centres de planification municipaux
Samia KHIMOUN, directrice du centre médico-social municipal Les Moulins

- **Mouvement français pour le Planning familial 93.**

Valérie BOBLET, conseillère conjugale et familiale
Cécile SAFARIS, conseillère conjugale et familiale

DEPARTEMENT DES YVELINES

Conseil Général

Dominique BENOIT, directeur de l'enfance, de l'adolescence, de la famille et de la santé
Stéphane TOPALIAN, adjoint au médecin chef du service PMI
Dr. Sandrine ESQUERRE, médecin responsable de la planification

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)

Stéphanie FROGER, inspectrice principale

Inspection académique

Dr. Francine HIRTZ, médecin, conseillère technique
Sophie DESMURS, infirmière, conseillère technique

Opérateurs dans le département

- **CPEF de Versailles**

Dr. Anne DURAND, médecin de planification
Sylvie DE GASPERI, conseillère conjugale et familiale

- **CPEF du Centre hospitalier de Meulan**

Dr. Danièle CHOUCROUN, médecin généraliste
Armelle LE COENT, cadre supérieur de Santé
M. VILLEPORTE, infirmière

- **Mouvement français pour le Planning familial 78.**

Chantal ARTIFONI, conseillère conjugale et familiale
Dalila TOUAMI, animatrice éducation à la vie et formatrice

DEPARTEMENT DE PARIS***Conseil Général***

Fatima LALEM, adjointe au Maire de Paris, chargée de l'égalité femmes/hommes
Valérie SUCHOD, directrice de cabinet
Martine LEVINE, conseillère technique au cabinet du Maire
Nathalie REYES, attachée principale d'administration à la direction des familles et de la petite enfance-PMI
Véronique DUROY, directrice des familles et de la petite enfance
Didier HOTTE, sous-directeur planification, PMI, famille
Dr. Marcelle DELOUR, médecin chef de la PMI
Dr. Malika AMELLOU, médecin responsable protection maternelle et planification familiale
Julien DELHORBE, bureau de la protection maternelle et infantile

Opérateurs dans le département

- **CPEF Curial**

Mme Martine BAUPLET, sage femme responsable de la planification

- **CPEF Horizons**

Dr. Paule HERSCHORN-BARNU, gynécologue-obstétricienne responsable du centre
Florence SAHRAOUI, responsable administrative
Françoise GUERNIAS, conseillère conjugale et familiale

- **CPEF Trousseau Bluets**

Michel CARRE, directeur de l'hôpital Pierre Rouquès- Les Bluets
Marie Laure BAZILE, conseillère conjugale et familiale, coordinatrice du groupement de coopération sanitaire (GCS)
Nathalie FOURQUIN, sage femme
Martine CHOSSON, conseillère conjugale et familiale

- **CPEF RIDDER**

Dr. Joana ROUVIER, médecin responsable du CMS

Dr. Françoise CHADRIN, médecin gynécologue et tabacologue au CMS

REGION LANGUEDOC ROUSSILLON - DEPARTEMENT DE L'AUDE

ARS délégation territoriale de l'Aude

M Stéphane DELAU, délégué territorial

Isabelle LAHARIE, infirmière

Dominique MESTRE-PUJOL

Conseil général

Anne-Claude LAMUR BAUDREU, Directrice

Inspection académique

Dr. Christine MARTEL, médecin conseillère technique

Jeanine MIRC, infirmière conseillère technique

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS).

Marie-José CHABBAL, Directrice

Véronique ADREI, déléguée aux droits des femmes

Opérateurs dans le département

- **Mouvement français pour le Planning familial 10**

Dominique SANCHEZ, bénévole et ancienne salariée

Sylvie PREOUNET, conseillère conjugale et familiale

Paola CIARDULLO, conseillère conjugale et familiale

- **Centre hospitalier de Carcassonne**

Ghislaine VANWERSCHOT, directrice adjointe

Stéphane HAFFEN, directeur adjoint

Dr. Bertrand GRUSSET, gynécologue obstétricien, responsable du pôle mère-enfant

Dr. Jean Luc SALIMIER, échographe obstétricien

Dr. Anne COGAN, praticien hospitalier, chef de service en gynécologie

Dr. Pierre BELALBRE, médecin attaché au CDAG-CIDDIST

Régine ARMERO, cadre supérieur du pôle mère –enfant

- **Polyclinique du Languedoc**

Thérèse FINES, sage-femme cadre,

Isabelle SEGONDY, surveillante générale

- **CIDDIST-CDAG Carcassonne**

Sabine REYNES, infirmière

- **Acteurs auprès des jeunes de Carcassonne**

Marie Christine SABADIE, CODES 11

Maure MARUAI, CODES 11

Aurélien MODOLO, chargée de la prévention au centre d'information des jeunes de l'Aude

Florence VAYSSIE, directrice adjointe de la Mission locale des jeunes de Narbonne

Séverine BARBER, PAEJ (point accueil écoute jeunes) de Narbonne
Serge ESTEBAN, directeur de la Mission locale du bassin de Carcassonne
Cécile PEREZ, Mission locale du bassin de Carcassonne
Corinne GIACOMETTI, PAEJ rural de Lézignan

REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

Agence Régionale de Santé

Dr. Martine BENSADOUN, médecin inspecteur de santé publique
Jocelyne BLANES de CANECAUDE, infirmière
Nathalie MOLAS GALI, inspecteur, délégation territoriale des Bouches du Rhône
Pascale BOURDELOU, responsable départemental de l'animation territoriale

Acteurs en régions

Françoise RASTIT, déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité

Rectorat

Joëlle DURANT, infirmière conseillère technique

DEPARTEMENT DES BOUCHES DU RHONE

Conseil Général

Jehan Noël FILATRIAU, directeur général adjoint à la solidarité
Dr. Jacques COLLOMB, médecin directeur du service PMI
Dr. Michèle BIGOUROUX, service PMI
Dr. Chantal VERNAY- VAISSE, service Prévention IST, cancers, vaccinations

Inspection académique

Dr. PELLEING, médecin, conseiller technique
Martine LENZI, infirmière conseillère technique

Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)

Marie Françoise LECAILLON, directrice départementale
Dominique TROVATO, secrétaire administrative
Jacqueline HATCHIGUIAN, chargée de mission aux droits des femmes et à l'égalité

Table ronde organisée par l'ARS avec les opérateurs dans le département

- **CPEF SAINT ADRIEN**

Dr. Catherine ODDOZE, directrice du centre

- **CPEF/EICCF Mouvement français pour le Planning familial 13**

Claire RICCIARDI, Présidente
Lisa TICHANE, Directrice
Silvie CAMIL, directrice adjointe

- **EICCF AFCCC 13**

Karine POMES, conseillère conjugale et familiale, thérapeute de couple et famille
Blandine MAUREL, conseillère conjugale et familiale, thérapeute de couple

- **EICCF CLER Amour et famille**

Jeanne VIALAN, bénévole

- **EICCF Ecole des parents et des éducateurs (EPE)**

Isabelle AUDRY

- **Maison des adolescents**

Celia CHOBEAUX

Clémentine GUILLET

- **CRIPS PACA**

Brigitte REBOULOT

Cécile OFFERLE

- **Centre hospitalier de Martigues**

Elisabeth COULOMB

- **CHU NORD**

Dr. Florence BRETTELLE, gynécologue

Dr. Raha SHOJAI, PH, gynécologue

Marie-Christine MANCA-PELISSIER, membre du Planning familial

- **CDAG-CIDDIST**

Pervenche MARTINET, médecin

- **PAEJ de Vitrolles**

Charles DECHARGERES

- **Espace santé jeunes**

Verena SABATINO

REGION ALSACE

Agence Régionale de Santé

Dr. Marie-Odile MONTALVO, médecin inspecteur de santé publique

DEPARTEMENT DU HAUT-RHIN

Conseil Général

Michel CHOCHOY, directeur général adjoint à la solidarité et aux ressources

Sophie DINTINGER, directrice de l'enfance, de la santé et de l'insertion

Dr. Marie-Pierre FAHNER médecin chef PMI et promotion de la santé

Dr. Françoise WARYNSKI, médecin chef adjoint périnatalité et CPEF

Dr. Isabelle SCHUFFENECKER, médecin de PMI

Claudine BECKER, infirmière conseillère

Françoise SCHOCH, sage femme coordonnatrice CPEF

Olivier HOLDER, responsable administratif

Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP)

Patrick L'HOTE, directeur départemental

Danièle DIETRICH, chargée de mission aux droits des femmes

Marie-Odile GERGER-MULLER, responsable administrative

Inspection académique

Floriane GRAPPE, infirmière conseillère technique

Opérateurs dans le département

- **CPEF de PMI du CMS Messimy (Colmar)**

Dr Françoise WARYNSKI, médecin directeur du centre
Claudine BECKER, infirmière conseillère,
Catherine BINE, sage-femme de PMI
Michèle RAEHN, secrétaire de PMI

- **CPEF de Guebwiller**

Marc PEREGO, directeur,
Dr Stella HASSENFORDER, gynécologue,
Christine BINDER, sage-femme cadre
Françoise SCHOCH, sage-femme,

- **CPEF du centre hospitalier de Mulhouse**

Dr. Francine ACHATZ
Marie GALLE, sage-femme
Marie-Joseph FAIVRE, sage-femme
Anne DEECKE, conseillère conjugale,
Dominique DITNER, psychologue,
Eliane HELL, assistante sociale,
Laïla FELLAH, cadre de santé,
Marie COLLIN, secrétaire médicale.

- **EICCF Mouvement français pour le planning familial 68**

Frédérique GERBER, Présidente
Monique RINGELE, Animatrice-gestionnaire

- **CDAG du centre hospitalier de Colmar**

Dr. Christophe MULBERG
Christine HUG, cadre supérieur de santé
Anne-Marie VONAU, cadre de santé
Iris OBRECHT, Infirmière

- **Médecins-réseaux (par téléphone)**

Dr. Jean-Yves VOGEL
Dr. Paul RAEIS

BELGIQUE

- **Fédération laïque des centres de planification**

Dr. Pierre MOONENS, médecin généraliste
Dr. Dominique ROYNET, médecin généraliste

- **Centre de planification de Boisfort**

Liliane PELOSIE, juriste

- **Centre de planification Saint Josephat**

Ülkü DURSUN, animatrice

SUISSE

- **Canton de Vaud**

Dr. Eric MASSEREY, médecin cantonal adjoint

Jean SCHAER, responsable des animateurs de santé à l'ODES, Office des écoles en santé

- **Fondation Profa**

Sylvie REYMOND DAROT, directrice

Anne DESCUVES, cheffe du service de consultation de santé sexuelle

Jean-Philippe CAND, chef du service de prévention VIH-IST

Monique WEBER, adjointe pédagogique au service d'éducation sexuelle

Natanaëlle PERION, responsable formation et prévention

- **PLANeS, Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive**

Anita COTTING, directrice de PLANeS, Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive

Françoise MEAN, PLANeS

- **CIAO**

Eva FERNANDEZ, directrice

QUEBEC (par visioconférence)

- **Institut national de santé publique du Québec**

Hélène VALENTINI, coordonnatrice à la collaboration internationale

Dr. Edith GUILBERT, médecin conseil, recherche, formation sur la contraception et l'avortement

- **Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)**

Nadia CAMPANELLI, responsable «Sexualité saine et responsable chez les jeunes »

Valérie MARCHAND, responsable « Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes

Isabelle COTE, conseillère « périnatalité, pratique sage-femme, planification des naissances et interruption volontaire de grossesse »

- **Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)**

Julie PELLETIER, agente de recherche et de planification socioéconomique, responsable « éducation à la sexualité et promotion/prévention »

Liste des annexes

- o Annexe 1 : Les évolutions législatives et réglementaires dans les domaines de la contraception, de l'IVG, de l'éducation à la sexualité et de l'information
- o Annexe 2 : Les textes
- o Annexe 3 : Eclairage sur les compétences en matière de dépistage et de prévention des IST
- o Annexe 4 : Répartition de la prise en charge financière des prestations médicales des CPEF entre les conseils généraux et l'assurance maladie
 - Annexe 4 bis : Eclairages sur les règles de financement de la PMI
 - Annexe 4 ter : Tableaux récapitulatifs des répartitions actuelles et proposées (par le présent rapport) du financement des prestations des CPEF
 - Annexe 4 quater : estimation du coût en personnel de l'activité de planification
- o Annexe 5 : Commentaires sur les données recueillies en matière de planification
 - Annexe 5 bis : éléments d'exploitation des données de l'enquête 2009
- o Annexe 6 : Répartition géographique des EICCF
- o Annexe 7 : Horaires d'accueil du public des 22 CPEF visités par la mission (dans 9 départements)
- o Annexe 8 : La planification familiale en Belgique francophone
- o Annexe 9 : La santé sexuelle et l'éducation à la sexualité dans le canton de Vaud (Suisse)
- o Annexe 10 : Les acteurs de la santé sexuelle au Québec

Annexe 1 : les évolutions législatives et réglementaires dans les domaines de la contraception, de l'IVG, de l'éducation à la sexualité et de l'information

contraception	loi du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth légalise la fabrication, la vente et la délivrance des produits contraceptifs aux femmes majeures loi du 4 décembre 1974 instaure le remboursement par la sécurité sociale des dispositifs contraceptifs médicalement prescrits loi du 4 juillet 2001 facilite l'accès des mineurs à la contraception en les dispensant de l'autorisation parentale loi du 21 juillet 2009 permet aux sages-femmes de prescrire toute méthode contraceptive, aux infirmières et aux pharmaciens de renouveler les prescriptions de 6 mois maximum.
interruption volontaire de grossesse	loi du 17 juillet 1975 dépénalise l'IVG loi du 31 décembre 1979 rend définitive la loi de 1975 loi du 31 décembre 1982 permet le remboursement par l'assurance maladie loi du 4 juillet 2001 porte de 10 à 12 semaines de grossesse le délai de recours et permet aux mineures un accès à l'IVG sans autorisation parentale.
éducation à la sexualité	circulaire de 1973 du MEN organise un enseignement de la reproduction humaine, intégré aux cours de biologie, circulaire de 19 novembre 1998 rend obligatoire 2h d'éducation à la sexualité pour les classes de 4^{ème} et 3^{ème} loi du 4 juillet 2001 instaure 3 séances annuelles du primaire au second degré circulaire d'application du 13 février 2003
information	loi de 1991 autorise la publicité en faveur du préservatif

Annexe 2 : textes législatifs et réglementaires relatifs aux organismes de planification, d'éducation à la sexualité et de conseil familial

1. MISSIONS ET ORGANISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES CONSEILS GENERAUX

Code de la santé publique : santé de la famille, de la mère et de l'enfant
Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile
Titre 1^{er} : Organisation et mission
Chapitre II Service départemental de PMI

Article L2111-1

L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

1. Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;
2. Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;
3. Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;
4. La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles mentionnées à l'article 421-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Article L2111-2

Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, l'agrément des assistants familiaux ainsi que l'agrément, le contrôle, la formation mentionnée à l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles et la surveillance des assistants maternels, relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement sous réserve des dispositions des articles L. 2112-7⁷⁸, L. 2112-8⁷⁹, L. 2214-1⁸⁰, L. 2322-6⁸¹ et L. 2323-2⁸².

⁷⁸ Les frais relatifs aux examens prénuptiaux, examens prénataux et postnataux obligatoires de surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, analyses et examen dans le cadre de l'examen médical du futur père, examens obligatoires des enfants de moins de six ans, qui concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droits sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article L162-32 du code de la sécurité sociale (qui prévoit la couverture d'une partie des charges sociales des personnels).

⁷⁹ Le financement des centres d'action médico-sociale précoce est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80% de son montant et du département pour le solde.

⁸⁰ Les frais occasionnés par le contrôle de l'application des dispositions relatives à l'interruption de grossesse sont supportés par l'Etat.

Article L2112-2

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000017841378&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Modifié par [LOI n°2007-1787 du 20 décembre 2007 - art. 8](#)

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;

6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints et des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de [l'article L. 221-1](#) et aux [articles L. 226-1 à L. 226-11](#), L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

⁸¹ Article abrogé

⁸² Les frais occasionnés par le contrôle de l'application des dispositions relatives aux lactariums sont supportés par l'Etat

Article R2112-14

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=24805010F7BCD717E2287865E45E710C.tpdjo08v_2?idArticle=LEGIARTI000020602203&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110104

Modifié par [Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 1](#)

Pour organiser la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, le président du conseil général peut passer convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale, un centre de santé ou un praticien.

Pour l'application du premier alinéa à Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, les mots : " président du conseil général " sont remplacés par les mots : " président du conseil territorial ".

Article L2112-4

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006687364&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les activités mentionnées aux articles L. 2112-2 et L. 2112-3 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Article L2311-2

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006687570&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Le président du conseil général agréé les centres de planification ou d'éducation familiale, à l'exception des centres de planification relevant d'une collectivité publique.

Dans ce cas, la création ou l'extension de ces centres est décidée par la collectivité concernée, après avis du président du conseil général.

Article R2311-10

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911523&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Sans préjudice des dispositions de l'article R. 2311-16, le contrôle de l'activité des centres a lieu sur pièces et sur place ; il est assuré par le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile ou par un médecin de ce service délégué par le médecin responsable.

Article R2311-12

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911526&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Si un centre ne remplit pas ou cesse de remplir les conditions énumérées aux articles R. 2311-7, R. 2311-9 et R. 2311-13, ou refuse de se soumettre au contrôle prévu par l'article R. 2311-10, le président du conseil général le met en demeure de se conformer aux prescriptions de ces articles dans un délai maximum de trois mois.

Dans le cas où il n'a pas été satisfait aux injonctions du président du conseil général, le centre perd sa dénomination et, s'il a passé convention avec le département en application de l'article L. 2112-4, cette convention est résiliée. Lorsqu'il s'agit de centres ne relevant pas d'une collectivité publique, le président du conseil général procède au retrait de l'agrément.

Article R2112-1

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911157&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Le service départemental de protection maternelle et infantile exerce les missions qui lui sont dévolues par les articles L. 2112-1 et L. 2112-2 en organisant notamment, soit directement, soit par voie de convention dans les conditions prévues à l'article L. 2112-4 les consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile.

La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

Article R2112-5

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=24805010F7BCD717E2287865E45E710C.tpdjo08v_2?idArticle=LEGIARTI000006911161&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110104

Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, le service départemental doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.

2. ACTIVITES ET CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES CPEF ET DES EICCF

Code de la santé publique : santé de la famille, de la mère et de l'enfant
Livre III : Etablissements, services et organismes
Titre 1^{er} : Organismes de planification, d'éducation et de conseil familial
Chapitre Ier : Centres et établissements

2.1. Textes communs aux CPEF et aux EICCF

2.1.1. Dispositions générales

Article L2311-1

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006687569&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et les centres de planification ou d'éducation familiale ne doivent poursuivre aucun but lucratif.

Article L2311-6

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006687576&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

1° Les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ;

2° Les conditions de fonctionnement et de contrôle des centres de planification ou d'éducation familiale, ainsi que les conditions d'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale ne relevant pas d'une collectivité publique.

Article R2212-2

Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 72

Pour bénéficier d'un agrément pour l'application de l'article L. 2212-4, les organismes mentionnés au 4° de l'article R. 2212-1 doivent satisfaire aux conditions suivantes :

1° Etre gérés par une personne morale de droit public ou par une personne morale de droit privé à but non lucratif et à vocation sociale ;

2° Disposer de locaux appropriés à la nature de l'entretien prévu à l'article L. 2212-4 ;

3° Disposer d'un personnel assurant les consultations présentant les aptitudes et l'expérience nécessaires et n'ayant pas été condamné pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs, ou pour une infraction prévue aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal, au titre II du présent livre et au chapitre IV du titre III du livre IV de la partie V du présent code ;

4° S'engager à assurer une périodicité au moins hebdomadaire des consultations.

2.1.2. Consultations liées à l'interruption volontaire de grossesse

Article L2212-4

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006687529&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Article R2212-1

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 72](#)

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 80](#)

La consultation mentionnée à [l'article L. 2212-4](#) est donnée :

1° Soit dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, créé en application de [l'article L. 2311-1](#) ;

2° Soit dans un centre de planification ou d'éducation familiale agréé en application de [l'article L. 2311-2](#) ;

3° Abrogé ;

4° Soit dans un organisme agréé dans les conditions fixées aux [articles R. 2212-2 et R. 2212-3](#).

Article R2212-3

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 72](#)

L'agrément est accordé par le préfet du département, après consultation d'une commission dont la composition est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Cette commission comprend notamment des fonctionnaires des services relevant du ministre chargé de l'action sociale, un médecin de l'agence régionale de santé, des représentants des associations familiales et des personnes qualifiées en matière familiale et sociale.

L'agrément peut être donné à titre provisoire ou pour une durée limitée.

Il est retiré selon la même procédure, après que l'organisme a été invité à présenter ses observations, lorsque cet organisme méconnaît les prescriptions du deuxième alinéa de [l'article L. 2212-4](#), ou cesse de satisfaire aux conditions posées à [l'article R. 2212-2](#).

2.2. Textes spécifiques aux CPEF

2.2.1. Dispositions relatives aux activités et à l'organisation des centres

Article R2311-7

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911520&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les centres de planification ou d'éducation familiale exercent les activités suivantes :

1° Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ;

2° Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés ;

3° Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial ;

4° Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L. 2212-4 ;

5° Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.

Seuls peuvent être dénommés centres d'éducation ou de planification familiale les centres qui exercent l'ensemble de ces activités et remplissent les conditions fixées par la présente sous-section.

Article R2311-8

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911521&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

L'agrément prévu au premier alinéa de l'article L. 2311-2 ne peut être donné qu'aux centres remplissant les conditions fixées par les articles R. 2311-7, R. 2311-9 et R. 2311-13.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la composition du dossier de demande d'agrément.

Article R2212-7

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911483&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les établissements publics qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse comportent un centre de planification ou d'éducation familiale agréé ou passent une convention afin que ce centre exerce, dans l'établissement, les activités définies par les articles R. 2311-7 à R. 2311-18.

Les établissements privés qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse passent une convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale agréé afin que ce centre exerce les activités définies par les articles R. 2311-7 à R. 2311-18.

Article L2214-2

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006687552&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

En aucun cas l'interruption volontaire de grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prend toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de planification maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

La formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers et des infirmières, comprennent un enseignement sur la contraception.

Article R2311-9

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 75](#)

Les centres doivent remplir les conditions suivantes :

1° Etre dirigés par un médecin soit spécialiste qualifié ou compétent qualifié en gynécologie médicale, en obstétrique ou en gynécologie-obstétrique, soit titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la reproduction et gynécologie médicale ; en cas d'impossibilité de recruter un médecin remplissant ces conditions, une dérogation peut être accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé à un médecin justifiant de connaissances particulières en gynécologie et en régulation des naissances ;

2° Disposer au minimum pour leurs consultations, et de façon permanente, d'une personne compétente en matière de conseil conjugal et familial ;

3° S'assurer, si les besoins de la population l'exigent, le concours d'une sage-femme, d'un infirmier ou d'une infirmière, d'un assistant ou d'une assistante de service social et d'un psychologue ;

4° Ne comprendre dans leur personnel de direction et d'encadrement ainsi que dans leur personnel technique aucune personne ayant été condamnée pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ou pour une infraction prévue au titre II du livre II de la présente partie et au chapitre IV du titre III du livre IV de la partie V du présent code ;

5° Satisfaire aux conditions techniques d'installation et de fonctionnement fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R2311-11

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911524&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les centres doivent porter sans délai à la connaissance du président du conseil général les modifications intervenues en ce qui concerne leurs personnels, leurs activités et leurs installations.

Ils doivent fournir au président du conseil général un rapport annuel sur leur fonctionnement technique, administratif et financier.

Les centres doivent adresser au médecin responsable du service départemental de la protection maternelle et infantile les documents statistiques nécessaires notamment à l'établissement des états définis par l'article R. 1423-11.

2.2.2. Délivrance de produits ou objets contraceptifs

Article L2311-4

Modifié par [Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 6 \(V\)](#)

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.

Article R2311-13

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 75](#)

Lorsque le centre délivre à titre gratuit aux personnes mentionnées à [l'article L. 2311-4](#) des médicaments, produits ou objets contraceptifs, il doit s'assurer le concours d'un pharmacien inscrit au tableau de la section D ou E de l'ordre national des pharmaciens.

Si le centre relève d'un établissement de santé, ce pharmacien peut être l'un des pharmaciens de la pharmacie à usage intérieur de cet établissement qui approvisionne le centre dans les conditions de [l'article R. 5126-3](#).

A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé, à assurer la détention, le contrôle et la gestion des médicaments, produits ou objets contraceptifs. Le silence gardé par le directeur général de l'agence régionale de santé vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

Les médicaments, produits ou objets contraceptifs sont délivrés aux personnes mentionnées au premier alinéa par un médecin ou une sage-femme du centre, dans les conditions prévues à l'article L. 5134-1.

2.2.3. Pratique de l'IVG médicamenteuse

Article L2311-

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000017749668&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Modifié par [LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 71](#)

Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile est doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

En outre, il est autorisé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2, dans les conditions prévues aux [articles L. 2212-1 à L. 2212-10](#).

Article L2212-2

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000017749666&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Modifié par [LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 71](#)

L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article R2311-19

Créé par [Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 3](#)

Les centres ayant conclu la convention mentionnée à [l'article L. 2212-2](#) peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Article R2212-16

Modifié par [Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 - art. 2](#)

Seuls les médecins, les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé ayant conclu la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 peuvent s'approvisionner en médicaments nécessaires à la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

Pour s'approvisionner en médicaments nécessaires à la réalisation de cette interruption volontaire de grossesse, le médecin passe commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie d'officine. Cette commande, rédigée dans les conditions prévues à l'article R. 5194, indique en outre le nom de l'établissement de santé, public ou privé, avec lequel il a conclu la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 et la date de cette convention.

2.2.4. Dépistage et traitement de certaines maladies sexuellement transmissibles

Article L2311-5

Modifié par [Ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 - art. 1](#)

Les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements.

Un décret pris après avis du Haut Conseil de la santé publique fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Article R2311-14

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911529&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les centres peuvent effectuer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle, soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci, sur proposition du médecin qui fait connaître les résultats des examens au cours d'une consultation médicale ultérieure.

Les centres ne peuvent en aucun cas enregistrer ni communiquer à quiconque l'identité des consultants.

Article R2311-15

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 75](#)

Tout centre qui décide d'exercer les activités de dépistage ou de traitement mentionnées à l'article R. 2311-14 est tenu d'en faire la déclaration auprès du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en informe le président du conseil général, en justifiant :

1° De la présence permanente d'un médecin ayant la formation requise pour procéder aux investigations cliniques et biologiques préalables à l'établissement d'un diagnostic ;

2° De l'accès à un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé en application des dispositions de l'article [L. 6211-2](#) ou d'un laboratoire d'un établissement public de santé suffisamment proche pour que les prélèvements ne soient pas affectés par leur transport, qui doit s'effectuer dans des conditions garantissant leur préservation.

Si ces prescriptions ne sont pas respectées, le directeur général de l'agence régionale de santé met le centre en demeure de s'y conformer dans le délai qu'il fixe ; à défaut, le centre doit cesser immédiatement de procéder au dépistage et aux traitements mentionnés à l'article R. 2311-14.

Article R2311-16

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911531&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les activités de dépistage et de traitement mentionnées à l'article R. 2311-14 sont soumises au contrôle prévu par le 4° de l'article R. 1421-6.

Le contrôle médical défini à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale s'exerce sur les appréciations et les prescriptions des médecins des centres qui participent aux activités mentionnées à l'article R. 2311-14.

Article R2311-17

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 75](#)

Lorsque les centres délivrent à titre gratuit aux personnes mentionnées à l'article L. 2311-5 des médicaments en vue du traitement des maladies mentionnées à l'article R. 2311-14, ils doivent s'assurer le concours d'un pharmacien inscrit au tableau de la section D ou E de l'ordre national des pharmaciens.

Si le centre relève d'un établissement de santé, ce pharmacien peut être l'un des pharmaciens de la pharmacie à usage intérieur de cet établissement qui approvisionne le centre dans les conditions de l'article R. 5104-10.

A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé à gérer et à délivrer directement ces médicaments aux personnes mentionnées au premier alinéa.

Le silence gardé par le directeur général de l'agence régionale de santé vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

Article R2311-18

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 75](#)

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles effectuée au niveau national, les centres qui exercent les activités mentionnées à l'article R. 2311-14 ont l'obligation de remplir, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, un recueil standardisé de données individuelles anonymes, faisant l'objet d'un état récapitulatif transmis chaque trimestre au directeur général de l'agence régionale de santé.

2.2.5. Dépenses afférentes au dépistage et au traitement des IST

Code de la sécurité sociale Livre I - Titre 6 - Chapitre 2 Section 9 : Dispositions relatives aux centres de planification ou d'éducation familiale

Article R162-55

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=84E61DE2B8F8CE31774444BB2A47781C.tpdjo14v_2?idArticle=LEGIARTI000006747628&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20101124

Créé par [Décret n°92-784 du 6 août 1992 - art. 13 JORF 12 août 1992](#)

Les dépenses afférentes aux analyses et examens de laboratoires ainsi que les dépenses afférentes aux frais pharmaceutiques exposés à l'occasion du dépistage et du traitement de maladies sexuellement transmissibles effectués dans les centres de planification familiale, conformément à l'article 8 du décret n° 92-784 du 6 août 1992, sont déterminées par application des frais et tarifs servant de base à leur remboursement par les organismes d'assurance maladie tels qu'ils résultent des articles L. 162-14-1 (2°), L. 162-14-4 (2°), L. 162-17, L. 162-18 et L. 162-38.

Article R162-56

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=84E61DE2B8F8CE31774444BB2A47781C.tpdjo14v_2?idArticle=LEGIARTI000006747630&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20101124

Modifié par [Décret 2006-83 2006-01-27 art. 6 17° JORF 28 janvier 2006](#)

Sous réserve des dispositions de l'article R. 162-57, les dépenses définies à l'article R. 162-55 sont à la charge des consultants dans les conditions prévues par les articles L. 322-2, L. 322-3.

Article R162-57

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=84E61DE2B8F8CE31774444BB2A47781C.tpdjo14v_2?idArticle=LEGIARTI000006747632&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20101124

Modifié par [Décret n°2000-842 du 30 août 2000 - art. 3 JORF 2 septembre 2000](#)

Pour les mineurs qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime, les organismes d'assurance maladie prennent en charge les dépenses d'analyses et d'examens de laboratoires, ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement de maladies transmises par la voie sexuelle et déterminés selon les modalités fixées à l'article R. 162-55.

Aucune demande de paiement ne peut être présentée aux intéressés.

Article R162-58

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=84E61DE2B8F8CE31774444BB2A47781C.tpdjo14v_2?idArticle=LEGIARTI000006747634&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20101124

Modifié par [Décret n°2000-842 du 30 août 2000 - art. 4 JORF 2 septembre 2000](#)

Pour l'application de l'article R. 162-57, la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se trouvent les centres concernés est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La caisse procède chaque trimestre au règlement des paiements sur la base des états justificatifs des prestations effectuées au cours de la période considérée.

La répartition entre les régimes des dépenses prises en charge par l'assurance maladie en application de l'article R. 162-57 est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée. Lorsque le centre concerné relève d'un établissement de santé, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie est déterminée conformément aux dispositions du décret n° 83-744 du 11 août 1983.

Les modalités de versement de la contribution de l'assurance maladie peuvent être fixées par voie de convention entre le centre et les organismes de sécurité sociale intéressés.

2.3. Textes spécifiques aux EICCF

2.3.1. Organisation générale et aide financière de l'Etat

Article R2311-1

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911513&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ne doivent faire appel pour la direction et l'encadrement ainsi que pour leur personnel technique à aucune personne ayant été condamnée pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ou pour une infraction au titre II du livre II de la présente partie et au chapitre IV du titre III du livre IV de la partie V du présent code.

Article R2311-2

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 74](#)

Les personnes physiques ou morales qui créent ou gèrent les établissements mentionnés à l'article R. 2311-1 doivent faire à l'agence régionale de santé du siège de ceux-ci, avant l'ouverture, une déclaration indiquant l'adresse, les noms et qualités des personnels de direction et d'encadrement ainsi que du personnel technique et les activités de ces établissements. Les changements dans ces personnels et ces activités doivent faire l'objet d'une déclaration préalable.

La déclaration contient tous les éléments permettant d'apprécier si l'établissement remplit les conditions prévues à l'article R. 2311-1 et notamment celles qui sont relatives à l'aptitude et à la formation des personnes auxquelles l'établissement fait appel. Un arrêté des ministres chargés de la famille et de la santé précise ces éléments

Article R2311-3

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911515&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les associations qui, dans le cadre des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial déclarés selon la procédure mentionnée à l'article R. 2311-1, accomplissent les missions prévues à ce même article bénéficient d'une aide financière de l'Etat.

Cette aide est versée dans des conditions définies par une convention de cinq ans renouvelable, conclue entre l'Etat, représenté par le préfet de département, et chaque association.

2.3.2. Missions des EICCF

Article R2311-4

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911517&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

La convention doit prévoir la mise en œuvre d'au moins trois des missions suivantes :

- 1° Accueil, information et orientation de la population sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- 2° Préparation des jeunes à leur vie de couple et à la fonction parentale notamment à travers une information individuelle et collective en milieu scolaire ;
- 3° Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus à l'article L. 2212-4 et accompagnement des femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse ;
- 4° Accueil et conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences.

En tout état de cause, les entretiens mentionnés au 3° doivent figurer obligatoirement au titre des missions assumées.

Article R2311-5

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911518&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

La convention précise :

- 1° Les conditions de financement ;

2° Les modalités d'accueil du public ;

3° Les informations qui devront être portées à la connaissance des services de l'Etat.

Article R2311-6

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CD2B8E67EF77B49ECA9EE0FB831BA0B2.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006911519&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301

Les entretiens de médiation pour les couples ou les familles confrontés à des situations conflictuelles peuvent, sur la base d'une convention spécifique, également faire l'objet d'un financement.

3. TABLEAU SYNTHETIQUE DES COMPETENCES ADMINISTRATIVES DES ARS RELATIVES AU FONCTIONNEMENT DES EICCF ET DES CPEF

EICCF	CPEF
Agrément des organismes habilités à effectuer les entretiens IVG	Agrément des organismes habilités à effectuer les entretiens IVG
Déclaration préalable à l'ouverture d'un établissement	Déclaration préalable à l'exercice des activités de dépistage ou de traitement des IST
	Dérogation à l'obligation de direction d'un centre par un médecin spécialiste en gynécologie, en obstétrique ou en gynéco/obstétrique
	Autorisation de contrôle, de gestion et de délivrance des produits contraceptifs, accordée au médecin d'un centre
	Autorisation de délivrance des médicaments en vue du traitement des IST, accordée au médecin d'un centre

4. COMPETENCES DES SAGES FEMMES ET DES INFIRMIERES EN MATIERE DE PRESCRIPTION CONTRACEPTIVE

Code de la santé publique

Article L5134-1

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 \(V\)](#)

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 87](#)

I.-Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un

protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

II.-Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article [L. 2311-4](#). La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III.-Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception, et notamment la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

Annexe 3 : éclairage sur les compétences en matière de prévention et de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST

Une compétence de l'Etat mais une pluralité de financeurs selon le statut des structures et le choix des collectivités territoriales

L'article L.3121-1 du code de la santé publique prévoit que « la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles **relève de l'Etat.** »

Ainsi, le directeur général de l'ARS doit désigner dans chaque département « au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés » et en informer le représentant de l'Etat (article L3121-2 du code de la santé publique).

Le champ de cette consultation (ci-après dénommée **CDAG**), initialement circonscrit au VIH, a été étendu aux hépatites virales B et C⁸³ et peut être exercé dans le cadre d'une habilitation délivrée par le directeur général de l'ARS.

L'article L.3121-2 du code de la santé publique prévoit **le financement de ces CDAG par l'assurance maladie**, sans conditions d'ouverture des droits et sans application des règles de participation de l'assuré⁸⁴.

Par ailleurs (article L.3121-2-1 du code de la santé publique), les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles peuvent être exercées de manière anonyme et gratuite :

- soit par des établissements de santé assurant une ou plusieurs missions de service public ou par des centres de santé gérés par des organismes à but non lucratifs (art. D3121-38 du CSP), habilités par l'ARS en tant que centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST). **Le financement de ces CIDDIST relève de l'Etat** au titre de sa compétence générale en la matière ;
- soit par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention avec l'ARS en application de l'article L. 3121-1. Dans ce cas, **le financement de ces organismes**

⁸³ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 ; décret n°2000-763 du 1^{er} août 2000 ; arrêté du 3 octobre 2000 fixant la liste des maladies transmissibles autres que le VIH pouvant faire l'objet de consultations anonymes et gratuites ; circulaire n°DGS/SD6A/2000/531 du 17 octobre 2000.

⁸⁴ Deux types de structures peuvent être désignés pour effectuer les CDAG (art. D.3121-21 du CSP) :

- les établissements de santé assurant une ou plusieurs missions de service public. L'article D.162-6 (1° e) du code de la sécurité sociale prévoit que les CDAG peuvent y être financées en tant que mission d'intérêt général (MIG) par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- des centres de santé gérés par des organismes à but non lucratifs ou des services ou organismes relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1 (combinaison des articles D.3121-21 et D.3121-38 du CSP). Pour ces CDAG extrahospitalières, une dotation forfaitaire est versée par la CPAM du département d'implantation, sur la base d'un accord entre le gestionnaire de la structure et la CRAM (Source : rapport IGAS sur l'évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST), août 2010).

(également désignés comme des CIDDIST en pratique) relève de la dotation générale de décentralisation (DGD).

En effet, dans le cadre de la recentralisation de la politique de lutte contre les infections sexuellement transmissibles prévue dans la loi du 13 août 2004, les conseils généraux ont pu opter pour le maintien d'une intervention en la matière : l'article L.3121-1 du code de la santé publique indique que « *les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat.* ».

Il prévoit également que « cette convention précise (...) le montant de la subvention accordée par l'Etat ».

Un double canal d'intervention possible pour les conseils généraux

Outre cette possibilité offerte par l'article L.3121-1 du code de la santé publique, l'article L.2311-5 du même code prévoit, sans faire référence à la convention mentionnée à l'article L.3121-1, que « *les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle.* »

L'absence d'articulation entre ces deux dispositions législatives suggère que l'on est face à deux modalités distinctes d'intervention possible des conseils généraux en matière de lutte contre les IST :

- une activité dans le cadre d'une convention passée avec l'Etat au titre de l'article L.3121-1 du code de la santé publique ;
- une activité, au titre de l'article L.2311-5 du code de la santé publique, au sein des CPEF dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive, à la discrétion des conseils généraux.

Cette juxtaposition de possibilités peut se traduire dans les faits par quatre cas de figure en termes d'intervention des conseils généraux :

- des Départements qui n'interviennent pas du tout. Ils n'ont pas passé de convention avec l'Etat d'une part et ne mettent pas en œuvre, d'autre part, à travers les CPEF qu'ils gèrent ou financent, la possibilité de dépistage et de traitement des IST. En cas de besoin ou de demande de dépistage, le public est orienté vers l'offre existant par ailleurs. Ce cas de figure est sans doute limité, la plupart des CPEF visités par la mission utilisant la possibilité de l'article L2311-5 ;
- des Départements désengagés de la politique générale de lutte contre les IST (pas de convention avec l'Etat), mais qui mettent en œuvre les possibilités de dépistage et de traitement par les CPEF. A la lumière des situations rencontrées par la mission, c'est apparemment le cas le plus courant dans les départements n'ayant pas signé de convention avec l'Etat ;
- des Départements engagés dans la politique générale de lutte contre les IST (ayant passé convention avec l'Etat) mais qui ne permettent pas aux CPEF de mettre en œuvre les possibilités de dépistage et de traitement⁸⁵ ;

⁸⁵ C'est un cas de figure paradoxal dans la mesure où la signature d'une convention avec l'Etat sur la lutte contre le VIH et les IST signale l'engagement, facultatif, du Département en la matière, engagement qui se trouve dans ce cas contredit par l'inefficacité d'intervention auprès du public fréquentant les CPEF, qui doit être réorienté vers un autre guichet alors même que le besoin se situe dans le cadre de l'activité de prescription contraceptive. La mission a pu constater que ce cas peut se présenter quand dans un même département, certains CPEF sont adossés à des structures sanitaires habituées à gérer directement les prélèvements et les analyses tandis que pour les autres CPEF, des circuits spécifiques de prise en charge des prestations de laboratoires prescrites devraient être mis en place, ce qui n'est pas toujours fait.

- des Départements présents sur les deux tableaux. Ils ont passé une convention avec l'Etat dans le domaine de la lutte générale contre les IST et par ailleurs permettent aux CPEF de mettre en œuvre les possibilités de dépistage et de traitement.

Des exigences trop homogènes d'anonymat, inadaptées au fonctionnement spécifique des CPEF

Les CDAG désignées par le directeur général de l'ARS interviennent dans le respect de l'anonymat et de la gratuité (art. L3121-2 du CSP).

Les CIDDIST, gérés par des structures ayant été habilitées ou relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention avec l'Etat au titre de l'article L.3121-1, sont soumis également à une exigence de gratuité et d'anonymat (art. L.3121-2-1 du CSP)

Pour ces structures, une possibilité de levée de l'anonymat existe mais est encadrée à la fois par la loi et par un référentiel publié par arrêté.

Concernant les CPEF, l'article L.2311-5 du CSP qui leur octroie la capacité d'assurer le dépistage et le traitement de « maladies⁸⁶ » transmises par la voie sexuelle précise que cela doit dès lors être assuré de manière anonyme. L'article R.2311-14 du CSP précise que « *les centres ne peuvent en aucun cas enregistrer ni communiquer à quiconque l'identité des consultants* ».

Autant, lorsque cela correspond à une demande de secret, l'absence de communication de l'identité des consultants était un objectif parfaitement intégré par les professionnels des CPEF visités par la mission, autant l'absence d'enregistrement de l'identité n'était pratiquée dans aucun des centres visités. Cette exigence n'est pas cohérente avec les autres dispositions législatives, dans la mesure où ces dépistages et traitements ne peuvent intervenir que « dans le cadre de l'activité de prescription contraceptive » des centres, pour laquelle aucune exigence d'anonymat n'est posée et où la nécessité du dépistage ne surgit souvent en effet qu'au cours d'un entretien ou d'une consultation pour laquelle un dossier a déjà été ouvert. Pour rendre praticable l'exigence d'absence d'enregistrement de l'identité des consultants, il faudrait l'étendre à l'ensemble de l'activité des CPEF : serait-ce compatible avec leur mission d'écoute personnalisée et avec les besoins de suivi éventuels ?

Des exigences variables en matière de gratuité, qui rendent par ailleurs la garantie concrète d'anonymat impraticable pour les CPEF

Dans les CDAG et CIDDIST, l'exigence d'anonymat des prestations en matière d'IST est étroitement associée à celle de la gratuité. Ceci n'est le cas dans les CPEF que pour les mineurs qui en font la demande et pour les personnes sans couverture sociale (art. L2311-5 du CSP).

L'absence de gratuité pour les autres publics implique la mise en œuvre des modalités de prise en charge de droit commun : remboursement par le régime d'assurance maladie de la personne de la part sécurité sociale, mais maintien de la participation de l'assuré, qui suppose que celui-ci obtienne un décompte pour pouvoir solliciter un remboursement par son assureur complémentaire, incompatible avec l'anonymat.

En théorie, l'anonymat (pas de communication de l'identité à l'assurance maladie, et donc pas de décompte adressé à l'assuré) est possible, mais il entraîne une charge financière pour la personne plus lourde que pour une prestation de soin banale, puisqu'elle doit alors supporter le ticket modérateur sans possibilité de mise en jeu de son éventuelle couverture complémentaire. Ceci paraît aller à rebours des objectifs généralement poursuivis en matière de prévention, à travers la suppression des éventuelles barrières financières.

Dans les faits, sauf exception locale éventuelle, il n'y a pas de prise en charge anonyme par la sécurité sociale des dépistages et traitement des IST pour d'autres publics que les mineurs désirant le secret et que les personnes sans couverture sociale.

⁸⁶ Ce terme de « maladies » abandonné dans les autres textes demeure bizarrement utilisé ici.

Annexe 4 : répartition de la prise en charge financière des prestations médicales des CPEF entre les conseils généraux et l'assurance maladie

Les dispositions légales et réglementaires paraissent particulièrement confuses, incohérentes, difficiles d'application, lacunaires (et en conséquence mal appliquées) en la matière.

Pour dégager des constats et des pistes d'amélioration, il est nécessaire de considérer séparément les différents cas de figure prévus par les textes, ou non prévus par les textes mais appelant pourtant en pratique des traitements particuliers :

- les assurés sociaux ou bénéficiaires de l'AME, mineurs ou majeurs, ne désirant pas garder le secret, qui entraînent l'application des règles de droit commun ;
- les mineurs désirant garder le secret et les personnes sans couverture maladie (ni AME ni sécurité sociale : il s'agit d'étrangers présents en France depuis moins de trois mois, donc un public *a priori* très exceptionnel pour les CPEF), qui entraînent des mécanismes dérogatoires du droit commun, prévus par les textes ;
- les assurés sociaux ou bénéficiaires de l'AME, majeurs, désirant garder le secret, ignorés par les textes.

1. EXAMEN DES DISPOSITIONS ET DE LEUR APPLICATION

1.1. *Premier cas de figure : assurés sociaux ou bénéficiaires de l'AME, mineurs ou majeurs, ne désirant pas garder le secret*

Dans ce cas de figure le plus simple, celui de personnes bénéficiant d'une couverture maladie (qu'il s'agisse de l'AME ou de la sécurité sociale) et ne demandant pas de confidentialité particulière, le silence des textes permet l'application des règles de droit commun et l'initiative des conseils généraux :

- les consultations elles-mêmes, assurées par le personnel du Conseil général ou de l'opérateur des CPEF avec lequel il a passé une convention, relèvent du fonctionnement du service départemental de PMI qui est à la charge du Conseil général ; une éventuelle contribution de l'assurance maladie au financement de ces consultations dépend de l'existence historique d'une convention entre le Département et l'assurance maladie et de sa portée (cf. annexe 4 bis). Par ailleurs, pour les CPEF dont la gestion est déléguée à un service hospitalier, le temps médical semble parfois apporté par l'hôpital et se trouve donc *de facto* financé par l'assurance maladie ;
- tout ce qui est prescrit et remboursable (examens, produits contraceptifs...) est de droit à la charge de la couverture maladie. Le ticket modérateur (hors bénéficiaires de la couverture à 100% par l'AME) reste à la charge de la personne qui peut actionner la couverture complémentaire dont elle bénéficie. Rien n'empêche les conseils généraux de le prendre à leur charge, ce qui n'a en l'occurrence d'intérêt pour la personne que si elle ne dispose pas d'une couverture complémentaire ;
- les contraceptifs non remboursables peuvent être soit prescrits pour délivrance en pharmacie, la personne devant alors en assumer la charge financière, soit délivrés gratuitement par le Conseil général, ce dernier cas de figure étant celui généralement constaté par la mission dans les départements où elle s'est rendue ;

- les IVG médicamenteuses réalisées en CPEF sont prises en charge par l'assurance maladie, hors le ticket modérateur dont la personne peut demander la couverture par son assurance complémentaire.

Ce cas de figure simple, de droit commun, est toutefois contrarié par les textes en matière de dépistage et de traitement des IST, puisqu'est posée une règle générale d'anonymat (articles L.2311-5 et R.2311-4 du code de la santé publique interdisant l'enregistrement et la communication de l'identité des consultants), sans que cela s'accompagne, dans ce cas de figure (personnes couvertes et ne demandant pas le secret) d'une quelconque modification des règles de prise en charge financière (au contraire les articles R.162-55 et R.162-56 du code de la sécurité sociale précisent expressément que les tarifs et taux de remboursement de droit commun s'appliquent) :

- l'assurance maladie est donc censée prendre en charge sa part remboursable des examens et les traitements, sur une base anonyme ;
- Si cet anonymat est appliqué, les personnes ne peuvent pas se faire rembourser le ticket modérateur auprès de leur assureur complémentaire (puisque ce remboursement est généralement déclenché par la preuve de celui effectué par sécurité sociale)⁸⁷ ;
- Dans les faits, ces dispositions troublantes paraissent très largement inappliquées :
 - soit les demandes de prise en charge ne sont pas anonymes et donnent lieu à l'application des mécanismes de remboursement de droit commun ;
 - soit les personnes sont traitées comme des mineurs désirant garder le secret ou comme des personnes sans couverture sociale puisque dans ces cas là, des dispositions particulières prévoient que l'exigence d'anonymat s'accompagne de celle d'une prise à 100% par l'assurance maladie ; ou encore les personnes sont réorientées vers un CDAG ou un CIDDIST ;
 - localement, il n'est pas exclu que certaines caisses aient mis en place des mécanismes de remboursement au Conseil général de leur part de la charge, sur une base anonyme ; le Département prendrait alors à sa charge le ticket modérateur.

1.2. Deuxième cas de figure : les mineurs désirant garder le secret et les personnes sans couverture maladie (ni AME ni sécurité sociale)

Concernant la contraception et l'approche des IST, il est intéressant de noter que les deux catégories de personnes sont traitées conjointement pour répondre à des exigences pourtant distinctes : l'exigence de secret dans le cas des mineurs, l'exigence d'une prise en charge financière pour les autres. Le traitement simultané et identique dans les textes de ces deux exigences distinctes illustre bien qu'en pratique, les réponses en termes de confidentialité et de gratuité sont liées au plan opérationnel, et on ne comprend dès lors pas pourquoi elles ont été disjointes, pour le public général, en matière d'IST (et on ne peut que constater que cela ne fonctionne pas ou pose problème, cf. *supra*).

Dans ce deuxième cas de figure, la combinaison de la gratuité et de la confidentialité est régie par des dispositions qui les organisent de façon différente selon les prestations, voire selon les finalités des prestations :

⁸⁷ Les bénéficiaires de l'AME devraient toutefois pouvoir bénéficier de l'anonymat sans que cela leur porte préjudice, puisque leurs frais sont pris en charge à 100% par la couverture de base.

- aucune disposition spécifique n'est prévue pour les consultations : celles-ci sont donc à la charge du Département dans le cadre du financement du fonctionnement du service de PMI, sous réserve des dispositions contractuelles éventuelles avec l'assurance maladie⁸⁸. En tout état de cause, si la convention entre le Département et l'assurance maladie prévoyait un certain financement des consultations par cette dernière, ceci devrait en l'occurrence être organisé de manière à garantir l'anonymat ;
- concernant les contraceptifs, L'article L.2311-4 du code de la santé publique prévoit que les CPEF « *sont autorisés à délivrer à titre gratuit des médicaments, produits ou objets contraceptifs* » aux deux catégories de publics examinés ici. Comme rien n'est précisé sur le financement de ce service particulier, l'interprétation la plus logique consiste à considérer que les charges liées à cette prestations entrent dans les dépenses de fonctionnement du service départemental de PMI et sont donc à la charge des conseils généraux (là aussi, sauf dispositions autres dans la convention existant éventuellement avec l'assurance maladie) ;
- concernant les dépenses prescrites d'examens et analyses biologiques, les dispositions varient selon que la finalité concerne la contraception ou la prévention des IST.

L'article L.2311-4 prévoit que les « *les frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue des prescriptions contraceptives sont supportées par les centres de planification ou d'éducation familiale* ». Inversement, les dépenses relatives aux dépistages et au traitement des IST sont clairement à la charge des régimes d'assurance maladie et ce à 100% sans conditions d'ouverture de droits (article L.2311-5 du code de la santé publique).

Ainsi, selon que l'objet des prestations est la contraception ou les IST, les mêmes types de prestations, pour des raisons de confidentialité et de gratuité, sont prises en charge à 100% dans un cas par les conseils généraux, dans l'autre par l'assurance maladie⁸⁹.

Au-delà de considérations purement financières, on ne voit pas bien pourquoi l'exigence de secret (en matière de contraception) fait soudain basculer une charge de l'assurance maladie vers les conseils généraux ; et inversement, si on peut trouver une certaine logique, héritée des compétences d'aide sociale des départements, à ce que la prise en charge de la contraception des personnes sans couverture sociale revienne aux conseils généraux, pourquoi déroger à cela en matière de dépistage et de traitement des IST (effectués « dans le cadre de leur activité de prescription contraceptive ») ?

En pratique, ces dispositions « croisées » paraissent généralement respectées par l'assurance maladie et par les conseils généraux. Localement, la mission a toutefois rencontré le cas de caisses d'assurance maladie refusant de prendre en charge les frais de dépistage et de traitement des IST sous le prétexte que le Conseil général avait conservé la compétence en matière de CIDDIST et les ressources financières associées, ce qui revient à amalgamer à tort deux dispositifs distincts au plan juridique (cf. annexe 3) ;

En matière d'IVG médicamenteuse,

- pour la mineure désirant garder le secret (3^{ème} alinéa de l'article L.2212-7 du code de la santé publique), la loi prévoit une prise en charge intégrale par l'assurance maladie dans le respect de l'anonymat (article L.132-1 du code de la sécurité sociale). Les articles D.132-1 à D.132-3 du code de la sécurité sociale précisent les modalités de gratuité et d'anonymat mises en œuvre, notamment le remboursement par la caisse primaire d'assurance maladie locale ;
- pour la personne majeure sans couverture sociale, rien n'est prévu et les conseils généraux ont donc le choix entre facturer la prestation à la personne, la prendre intégralement à leur charge, ou bien renoncer à l'effectuer et réorienter la personne vers un établissement de santé. Dans ce dernier cas, une prise en charge est possible à l'hôpital au titre des soins urgents.

⁸⁸ cf. annexe 4 bis.

⁸⁹ Il est vrai que le traitement des IST entraîne potentiellement la prescription de médicaments, et pas seulement d'analyses biologiques.

1.3. Troisième cas de figure : les assurés sociaux ou bénéficiaires de l'AME, majeurs, désirant garder le secret

Les textes ne prévoient aucune disposition particulière pour ces cas de figure, qui représentent pourtant une partie significative du public des CPEF : dans tous les départements visités, des modes de traitements adaptés à ce cas de figure avaient été mis en place, de manière formelle ou informelle.

Face aux demandes fortes de confidentialité auxquelles ils sont confrontés, en particulier de la part de jeunes majeurs, les services des conseils généraux leur étendent spontanément les mécanismes applicables aux mineurs désirant garder le secret : ainsi, pour ces personnes, la charge des frais d'analyse et de laboratoire en vue de prescriptions contraceptives basculent de l'assurance maladie vers les conseils généraux, de même que les dépenses de contraceptifs remboursables.

Lorsque des dépistages et des traitements d'IST sont effectués, la situation devient particulièrement complexe :

- en principe, l'anonymat constitue la règle générale et ne devrait donc justement pas poser de problème y compris pour ces assurés majeurs, mais on a vu qu'il n'était pas mis en œuvre par l'assurance maladie (sauf peut-être par endroit) puisqu'il laisse potentiellement sans solution la prise en charge du ticket modérateur ;
- pour obtenir la prise en charge par l'assurance maladie, il faudrait donc traiter ces personnes comme des mineurs désirant garder le secret ou comme des personnes sans couverture sociale, ce qui entrainerait une dépense par l'assurance maladie allant au-delà de ce qu'elle doit, puisqu'elle sera amenée à prendre les frais en charge à 100% au lieu de laisser le ticket modérateur à la charge d'un autre payeur (a priori l'assuré lui-même ou le Conseil général, puisque l'intervention de l'assurance complémentaire n'est pas possible sans briser la confidentialité recherchée) ;
- pour ne pas entrer dans ces contorsions, les conseils généraux doivent donc exceptionnellement assumer eux-mêmes l'intégralité de cette charge de dépistage et de traitement des IST, ou bien renvoyer les personnes vers un autre dispositif de dépistage tel que les CDAG (financés par l'assurance maladie) ou les CIDDIST (financés par l'Etat ou les conseils généraux selon les départements, le renvoi n'ayant plus d'intérêt financier dans ce tout dernier cas de figure)...

Dans les faits, les solutions retenues localement varient probablement d'un département à l'autre (voire d'un CPEF à l'autre ?) : dans le meilleur des cas, elles induisent une charge indue (au regard des textes actuels) soit pour l'assurance maladie, soit pour le Conseil général ; dans le pire des cas, elles compliquent le parcours des usagers qui doivent changer de guichet pour de pures raisons administratives.

En matière d'IVG médicamenteuse, le souci de la confidentialité vis-à-vis des proches a conduit à prévoir des mentions discrètes et génériques sur les feuilles de soins et sur les décomptes adressés aux assurés. Cette solution est imparfaite car la signification des codes figurant sur la feuille de soins peut facilement être trouvée par une simple recherche sur internet. La sécurité sociale prend en charge 70% du tarif. Il faut donc solliciter la couverture complémentaire éventuelle pour obtenir le remboursement des 30% restant.

Dès lors, pour garantir le secret, les conseils généraux devraient tout prendre à leur charge. Dans la pratique mentionnée par certains centres auprès de la mission, ils orientent plutôt vers un établissement de santé où un traitement anonyme est possible. En effet, la prestation ne fait pas l'objet d'une facturation individuelle à l'assurance maladie et aucun décompte n'est donc adressé à la patiente. Pour le ticket modérateur (20% dans cas), une prise en charge à titre exceptionnel par l'AME était prévue par circulaire mais cette possibilité n'existe plus depuis 2005⁹⁰.

2. PROPOSITIONS

Une grande partie de la complexité et de la confusion actuelles des modalités de financement des prestations des centres sont liées à la conception des exigences d'anonymat et de secret, qui sont à la fois excessives et insuffisantes pour répondre à la réalité des besoins. Une grande partie de la rationalisation des canaux de financement pourra donc provenir d'une rationalisation du traitement des exigences de confidentialité. Ces aspects sont donc traités en priorité (2.1.).

Ils ne dispensent pas d'une interrogation plus générale sur la répartition des compétences de financement entre conseils généraux et assurance maladie (2.2.).

2.1. Pour simplifier les règles de prise en charge en cas de demande de confidentialité, un préalable consiste à clarifier cette exigence de confidentialité

Trois recommandations sont formulées par la mission :

- étendre la possibilité de répondre au souhait de garder le secret, sans limitation liée à l'âge. Ce souhait doit pouvoir être exprimé par toute personne, mineure ou majeure ;
- rendre effective la possibilité de confidentialité des dépistages et de traitement des IST pour les personnes désirant garder le secret. Le besoin exprimé par une partie du public des CPEF porte sur la confidentialité vis-à-vis de l'entourage proche, ce qui est prioritairement obtenu par une prise en charge n'entraînant pas la production de décompte assurance maladie envoyé au domicile ni la nécessité de solliciter le remboursement du ticket modérateur auprès d'un assureur complémentaire. Pour cela, une exigence de non communication de l'identité à l'assurance maladie est suffisante ;
- étendre la possibilité de garder le secret à l'ensemble des prestations médicales offertes par les CPEF (contraception, IST, IVG médicamenteuse).

Toutes choses égales par ailleurs, l'impact financier de ces recommandations serait le suivant :

- basculement probable d'une partie des charges de dépistage et de traitement des IST de majeurs désirant garder le secret des conseils généraux, qui les assumaient jusque là, vers l'assurance maladie. Cela est susceptible de supprimer un frein potentiel à la proposition de ces dépistages par les CPEF aux jeunes majeurs désirant garder le secret ;
- si l'assurance maladie devait prendre en charge le ticket modérateur de l'IVG médicamenteuse dans ces situations, cela représenterait également un alourdissement de ses charges ;
- en matière de contraception, laisser aux conseils généraux la charge des prestations pour les personnes demandant le secret ne change rien par rapport aux pratiques actuelles.

⁹⁰ La circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n°2000/14 du 10 janvier 2000 qui offrait cette possibilité (point 4) a été abrogée par la circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2005-407 du 27 septembre 2005 qui ne la prévoit plus.

2.2. Clarifier la répartition des compétences de financement entre l'assurance maladie et les départements

Trois scénarios sont possibles. Leur impact est décrit en tenant compte de la suppression de la condition d'âge pour le secret préconisée ci-dessus: c'est pourquoi cet impact n'est jamais nul, même dans le cas du *statu quo*.

2.2.1. Scénario minimaliste du statu quo

Les consultations médicales sont dans tous les cas de figure à la charge des conseils généraux⁹¹. En l'absence de demande de secret, les autres prestations remboursables sont prises en charge par la couverture maladie de la personne. En cas de demande de secret ou d'absence de toute couverture sociale, serait maintenu le partage légal actuel de la prise en charge intégrale des prestations prescrites : Conseil général pour la contraception, Assurance maladie pour les IST et les IVG médicamenteuses.

Impact :

- les dépenses de dépistages et traitement des IST des majeurs désirant garder le secret basculent, des conseils généraux qui les couvraient jusque là sur une base facultative, vers l'assurance maladie, à 100%.

Avantages de ce scénario

- pas de charge administrative, pour les services des conseils généraux, de facturation à l'assurance maladie des consultations ; simplicité de la prise en charge des consultations pour le public.

Inconvénients de ce scénario :

- en cas de secret, les financeurs des dépistages restent distincts, selon qu'il s'agit de contraception (conseils généraux) ou d'IST (couverture maladie). Pour aucun des deux financeurs, les règles n'apparaissent légitimes : les conseils généraux financent des prestations qui seraient remboursables par l'assurance maladie si la personne s'adressait à son médecin traitant ; l'assurance maladie finance des tickets modérateurs. Enfin, ces subtilités peuvent être une source de complexité de gestion pour les services des départements.

2.2.2. Scénario intermédiaire de rationalisation de la prise en charge des prestations prescrites en cas de secret

Comme dans le scénario précédent, les consultations médicales sont à la charge des conseils généraux, sous réserve des contributions des régimes d'assurance maladie prévues par des conventions locales.

Pour les personnes disposant d'une couverture sociale, le remboursement des prestations prescrites, dont l'avance est faite par les conseils généraux, est assuré par l'assurance maladie sur la base des tarifs habituels, hors ticket modérateur éventuel, y compris en cas de demande de secret (dans ce cas, on organise la facturation anonyme comme c'est déjà le cas actuellement pour les IST, en appliquant simplement le taux de remboursement de droit commun ; des contrôles de la réalité des prestations par les agents de l'assurance maladie devront être possibles sur dossier auprès des services des conseils généraux).

Concernant la couverture du ticket modérateur de ces prestations prescrites, deux options sont envisageables :

⁹¹ Sous réserve des conventions signées entre les Départements et les régimes d'assurance maladie qui prévoient une contribution de ces derniers. Par ailleurs, la couverture maladie prend en charge l'IVG médicamenteuse sur la base du même forfait qu'en ambulatoire.

- prise en charge par l'assurance maladie, comme c'est déjà le cas actuellement, pour les mineurs demandant le secret, des dépistages d'IST, des traitements des IST et des IVG médicamenteuses ;
- prise en charge par le Conseil général, comme c'est déjà le cas actuellement pour les prescriptions contraceptives (analyses et contraceptifs). En matière de contraception et d'IST, la garantie du secret constitue une offre spécifique du dispositif de planification organisé par les conseils généraux ;

Comme ce sont les agents des CPEF qui décident au cas par cas de la mise en œuvre du secret, qui n'a pas vocation être généralisée, **la mission considère que la charge du ticket modérateur pourrait être laissée aux conseils généraux, en contrepoint du basculement de montants plus importants vers l'assurance maladie qui découle par ailleurs de ce scénario.**

Pour les personnes sans couverture sociale, qui se présentent très rarement dans le dispositif (étrangers en France depuis moins de trois mois et n'ayant aucun droit à une couverture maladie publique), il paraît plus logique que ces dépenses qui s'apparentent à de l'aide sociale soient intégralement couvertes par les conseils généraux, mais l'enjeu financier paraît négligeable.

Impact :

- les dépenses de dépistages et traitement des IST des majeurs désirant garder le secret basculent, des conseils généraux qui les couvriraient jusque là, vers l'assurance maladie, mais le ticket modérateur reste à la charge des conseils généraux ;
- en matière de contraception, les dépenses d'analyses biologiques et de contraceptifs remboursables prescrites pour les mineures et pour les majeures désirant garder le secret basculent, des conseils généraux qui les couvriraient jusque là, vers l'assurance maladie, mais le ticket modérateur reste à la charge des conseils généraux ;
- en sens inverse, la charge du ticket modérateur des dépenses de dépistages et traitement des IST des mineurs désirant garder le secret bascule de l'assurance maladie vers les conseils généraux.

Avantages de ce scénario

- pas de charge administrative, pour les services des conseils généraux, de facturation à l'assurance maladie des consultations ; simplicité de la prise en charge des consultations pour le public.
- harmonisation de la gestion des dépenses prescrites: IST ou contraception, ils sont tous facturés à l'assurance maladie en cas de secret, sauf pour le ticket modérateur. Globalement cela allège la charge pour les conseils généraux et rend donc la mise en œuvre du secret moins coûteuse pour eux, tout en laissant à l'assurance maladie une charge qui n'excède pas celle qui découle des dispositions de droit commun.

Inconvénients :

- léger transfert de charges **des conseils généraux vers l'assurance maladie** (que la mission estime à **quelques millions d'euros au plan national** (de l'ordre de 5 M€, soit à titre illustratif 0,003% de l'ONDAM pour 2011).

2.2.3. Scénario de rapprochement maximal des règles de droit commun de l'assurance maladie

Dans ce dernier scénario, la charge des consultations médicales effectuées en CPEF seraient désormais considérée comme relevant systématiquement d'un financement par l'assurance maladie, hors ticket modérateur. Cela supposerait donc un dispositif de recueil et de facturation adapté. Or, justement, les conseils généraux et l'assurance maladie se préparent à déployer la télétransmission (cf. annexe 4 bis). Ce dernier scénario est donc cohérent avec les évolutions spontanées d'ores et déjà envisagées par les acteurs. Pour les personnes désirant garder le secret, une prise en charge par l'assurance maladie de sa part des consultations est possible sur la base d'un numéro de sécurité sociale fictif. Il sera alors nécessaire de prévoir des règles forfaitaires de répartition de ces charges entre régimes (comme cela existe pour certaines dotations hospitalières). Pour le reste, ce scénario est identique au précédent.

Impact :

- outre les transferts décrits pour le scénario précédent, les charges des consultations (hors ticket modérateur) qui ne faisaient pas déjà l'objet d'un financement par l'assurance maladie, sur la base de conventions locales, bascule vers cette dernière. La mission estime que la part remboursable (hors ticket modérateur) des consultations de planification en CPEF représente environ 20 M€, mais une partie de cette somme fait déjà l'objet d'une contribution de l'assurance maladie par le biais de conventions locales avec les conseils généraux. **Au total, le transfert net global des conseils généraux vers l'assurance maladie pourrait être de l'ordre de 10 à 15 M€ au plan national** dans ce scénario. Le transfert de la charge des consultations découle toutefois des évolutions spontanément envisagées par l'assurance maladie et les conseils généraux (déploiement de la télétransmission), que ce scénario ne fait qu'entériner ;
- concernant le ticket modérateur, la télétransmission permettra dans certains cas son remboursement aux conseils généraux par les organismes complémentaires (quand un flux automatique existe entre la caisse de base et l'organisme complémentaire de l'assuré). Ceci se traduira donc par un allègement supplémentaire des charges des Départements.

Avantages :

- allègement des charges des conseils généraux⁹² qui pourraient consacrer les moyens dégagés à renforcer le dispositif ;
- harmonisation de la gestion des consultations et dépenses prescrites: toutes les prestations remboursables sont facturées à l'assurance maladie, sauf pour le ticket modérateur, y compris en cas de secret. Comme dans le scénario précédent, la mise en œuvre du secret est moins coûteuse qu'actuellement pour les conseils généraux. La charge laissée l'assurance maladie n'excède pas celle qui découle des dispositions de droit commun.

Inconvénients :

- Pour ne pas alourdir la charge administrative de facturation des consultations pour les services des conseils généraux, ce scénario est tributaire du déploiement de la télétransmission (qui est toutefois prévu). Par ailleurs, lorsque des liaisons automatiques existent entre la sécurité sociale et les organismes complémentaires, il sera nécessaire de veiller à ce que le remboursement du ticket modérateur aille bien au conseil général (et non à l'assuré qui ne l'aura pas payé). Tout ceci nécessitera une formation des personnels des centres à la télétransmission.

⁹² A hauteur de la différence entre le montant des charges de consultations désormais prises en charge par l'assurance maladie et le montant qui faisait déjà l'objet d'une participation de l'assurance maladie prévue par de conventions locales.

Annexe 4 bis : éclairages sur les règles de financement de la PMI

Le code de la santé publique attribue aux conseils généraux une compétence générale de protection sanitaire de la famille et de l'enfance⁹³ et prévoit une participation de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile⁹⁴.

Il stipule clairement que les services et consultations de santé maternelle et infantile relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement :

Article L2111-2 : « *Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, l'agrément des assistants familiaux ainsi que l'agrément, le contrôle, la formation mentionnée à l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles et la surveillance des assistants maternels, relèvent de la compétence du département **qui en assure l'organisation et le financement** sous réserve des dispositions des articles L. 2112-7⁹⁵, L. 2112-8⁹⁶, L. 2214-1⁹⁷, L. 2322-6⁹⁸ et L. 2323-2⁹⁹.* »

Les dispositions auxquelles renvoie cet article L2111-2 et qui prévoient d'autres financements ne concernent pas les activités de planification familiale et d'éducation familiale. Ces activités sont intégrées au service départemental de protection maternelle et infantile (article L2112-2 du code de la santé publique) et relèvent donc des règles de financement générales en la matière, sauf dispositions contraires expressément prévues.

On peut donc déduire des éléments qui précèdent que le financement des prestations médicales effectuées dans le cadre du service de PMI, et donc celles relevant de la planification familiale, est à la charge du Conseil général, sauf dispositions contraires expresses. Toutefois, l'article L2112-7 prévoit la possibilité d'une participation de l'assurance maladie au fonctionnement de la PMI en vertu des conventions existant avant le 18 décembre 1989 :

⁹³ Article L1423-1 : « *Le département est responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions prévues au livre Ier de la deuxième partie.* »

⁹⁴ Article L2111-1 : « *L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile (...)* »

⁹⁵ Les frais relatifs aux examens prénuptiaux, examens prénataux et postnataux obligatoires de surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, analyses et examen dans le cadre de l'examen médical du futur père, examens obligatoires des enfants de moins de six ans, qui concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droits sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article L162-32 du code de la sécurité sociale (qui prévoit la couverture d'une partie des charges sociales des personnels).

⁹⁶ Le financement des centres d'action médico-sociale précoce est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80% de son montant et du département pour le solde.

⁹⁷ Les frais occasionnés par le contrôle de l'application des dispositions relatives à l'interruption de grossesse sont supportés par l'Etat.

⁹⁸ Article abrogé

⁹⁹ Les frais occasionnés par le contrôle de l'application des dispositions relatives aux lactariums sont supportés par l'Etat

« (...) Dans les départements où, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, une convention fixe les conditions de la participation des organismes d'assurance maladie au fonctionnement du service départemental de protection maternelle et infantile, celle-ci demeure en vigueur, sauf dénonciation dans les conditions prévues par ladite convention. »

Ces conventions peuvent être dénoncées, auquel cas les règles de droit commun (financement par le Conseil général sauf dispositions contraires expresses) s'appliquent.

Il est intéressant de remarquer qu'un certain nombre d'examen de PMI, précisément définis, effectués par les médecins ou les sages-femmes départementaux, échappent à la règle du financement par le Conseil général, et qu'un remboursement par le régime d'assurance maladie de rattachement est alors expressément prévu (cf. note de bas de page n°95 qui concerne l'article L2112-7 du code de la santé publique).

D'après les textes, les modalités de ce remboursement sont alors reprises de celles mises en œuvre entre l'assurance maladie et les centres de santé (article L162-32 du code de la sécurité sociale), qui emploient du personnel salarié. Dans la pratique, il semble que ces prises en charge reposent souvent sur des conventions historiques prévoyant des montants forfaitaires.

Enfin, il convient de relever la complexité de ces dispositions pour les départements : pour couvrir l'ensemble des assurés, ces conventions doivent être passées avec chacun des régimes d'assurance maladie, aucune coordination interrégimes n'étant prévue.

Toutefois, des évolutions importantes sont en cours : les conseils généraux et l'assurance maladie se préparent à déployer la télétransmission. Avec la carte Vitale des assurés (lorsqu'il n'y a pas de demande de secret), les centres de PMI et les centres de planification pourront dès lors adresser des flux électroniques aux caisses d'assurance maladie qui rembourseront aux Départements la part sécurité sociale des consultations (avec une répartition automatique entre les régimes en fonction des assurés). Par ailleurs, le ticket modérateur pourra également être automatiquement remboursé aux conseils généraux par les organismes complémentaires des assurés lorsqu'une liaison automatique existe entre l'assurance maladie et l'organisme complémentaire (ce n'est pas systématique, cela dépend à la fois des organismes complémentaires et des régimes de base).

Annexe 4 ter : répartition du financement des prestations médicales des CPEF entre conseils généraux et assurance maladie

Répartition actuelle du financement des prestations des CPEF en fonction des publics

	Personnes avec une couverture maladie et ne souhaitant pas garder le secret		Personnes souhaitant garder le secret		personnes sans couverture maladie	textes
	AME	Assurance maladie	majeurs	mineurs		
Consultation médicale pour contraception	CG en pratique	CG ; contribution possible des régimes AM par convention avec CG	Non prévu par les textes, CG en pratique	CG (sauf convention locale avec l'AM permettant l'anonymat ?)	CG	L2111-1 CSP L2111-2 CSP L2112-2 CSP L2112-7 CSP
Examens de biologie pour contraception	AME	AM (hors TM)		CG		
Contraceptifs remboursables				CG (sauf convention locale avec l'AM permettant l'anonymat ?)		
Contraceptifs non remboursables	CG en pratique (ou bien personne elle-même)			CG		L2311-4 CSP
Examens de biologie dépistage IST	AME en pratique, sans anonymat ?	AM (hors TM) en pratique, sans anonymat ?	CG en pratique sauf si anonymat organisé localement avec l'AM	AM 100% sur base anonymisée		
Traitement IST						
IVG médicamenteuse	AME	AM (hors TM) avec codification discrète sur feuille de soins et décompte	Non prévu par les textes, renvoi vers hôpital	AM 100% sur base anonymisée	Orientation vers un établissement de santé pour prise en charge au titre soins urgents	L2212-7 CSP

CG : Conseil général
TM : ticket modérateur

AM : assurance maladie
AME : aide médicale d'Etat

CSP : code de la santé publique

Répartition proposée du financement des prestations des CPEF en fonction des publics

Personnes avec une couverture maladie et ne souhaitant pas garder le secret		Personnes souhaitant garder le secret		personnes sans couverture maladie	textes à modifier
AME	Assurance maladie	majeurs	mineurs		

Consultation médicale pour contraception	couverture maladie (hors TM) dans le cadre du déploiement prévu de la télétransmission		couverture maladie (hors TM) sur base contractuelle avec CG, préservant la confidentialité		CG	
Examens de biologie pour contraception	AME	AM (hors TM)	couverture maladie (hors TM) sans communication de l'identité			L2311-4 CSP
Contraceptifs remboursables			CG pour le TM			
Contraceptifs non remboursables	CG en pratique (ou bien personne elle-même)			CG		
Examens de biologie dépistage IST	AME	AM (hors TM)	couverture maladie (hors TM) sans communication de l'identité		CG	L2311-5 CSP R2311-4 CSP
Traitement IST						
IVG médicamenteuse						L2212-7 CSP

CG : Conseil général
TM : ticket modérateur

AM : assurance maladie
AME : aide médicale d'Etat

CSP : code de la santé publique

Annexe 4 quater : estimation du coût en personnel de l'activité de planification

source				unité	commentaire
DREES	nombre moyen d'entretiens pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (métropole)	a	25,3	entretiens pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	
DREES	nombre moyen de consultations pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (métropole)	b	41,6	consultations pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	
INSEE	nombre de femmes de 15 à 49 ans en métropole	c	14 405 518	femmes	
hypothèse IGAS	sous-déclaration de l'ordre de 20%	z	1,2		
calcul IGAS	extrapolation nombre d'entretiens métropole	d = a x z x c	437 352	entretiens	
calcul IGAS	extrapolation nombre de consultations métropole	e = b x z x c	719 123	consultations	
hypothèse IGAS	coût d'un entretien	f	23	€	environ 40 minutes en moyenne
hypothèse IGAS	coût d'une consultation	g	35,5	€	environ 23 minutes en moyenne (coût complet d'une consultation = 24,7€ pour 16 minutes en moyenne)
calcul IGAS	estimation du coût total des entretiens (métropole)	h = f x d	10	M€	
calcul IGAS	estimation du coût total des consultations (métropole)	i = g x e	26	M€	
calcul IGAS	estimation du coût total en personnel des entretiens et consultations	j = h + i	36	M€	
DREES	estimation du nombre total d'etp de conseillères conjugales	k	267	etp	
DREES	nombre d'heures de vacations de conseillères conjugales	l	66 880	heures	
hypothèse IGAS	estimation du coût annuel d'un etp de conseillère conjugale	m	55 000	€	
calcul IGAS	estimation du coût horaire d'une vacation	n	35	€ environ	sur la base de 35h sur 47 semaines
calcul IGAS	estimation du coût total des conseillères conjugales	o = (k x m) + (l x n)	17	M€	(55000 x 267) + (35 x 66880)
calcul IGAS	coût en conseillère conjugale des interventions collectives	p = o - h	7	M€	par différence entre le total et les entretiens
hypothèse IGAS	coût de personnel des interventions collectives hors conseillères conjugales	q	10	M€	on suppose que ce personnel coûte 50% plus cher qu'une conseillère conjugale
calcul IGAS	estimation du coût des consultations, des entretiens et des interventions collectives	r = i + o + q	53	M€	

Annexe 5 : commentaires sur les données recueillies en matière de planification

indicateurs	commentaire
Indicateurs d'offre	
nombre de points de consultation	couvre sans doute bien les points classiques de type CPEF, mais quid d'antennes éventuelles, quid de points de consultation en réseau du type des médecins-relais ? L'ensemble des points de consultations gérés ou conventionnés par le conseil général devrait être recueilli.
nombre de demi-journées de consultations périnatales et de planification	• Indicateur indissociable de l'exigence posée par les textes (art. R2112-5 du code de la santé publique) • mélange prénatalité/planification • n'a de sens que pour les points de consultation avec des plages horaires dédiées à la planification. Ne peut être très fiable s'il est appliqué à des points de consultations ou la prestation peut être offerte dans le cadre de l'activité médicale ou médico-sociale habituelle (centres médico-sociaux, médecins-réseaux...) sans plages spécifiquement dédiées. Une lecture globale du nombre de points de consultation, du nombre de demi-journées offertes et de l'activité de consultation est nécessaire.
partage des points de consultation entre régie directe/régie indirecte, fixes et itinérants	Disparition de la précision relative au site hospitalier ou non. C'est un peu dommage car du coup, l'importance de la régie indirecte peut être trompeuse si elle est interprétée comme un mode de délégation à des opérateurs associatifs. Cela recouvre en grande partie les conventions avec les établissements de santé pour les CPEF qui y sont implantés.
	Pas de données sur l'offre en matière d'IST ou d'IVG médicamenteuse. Si la réponse aux besoins de dépistage des IST devient obligatoire comme la mission le propose, il devient toutefois inutile de recueillir cette information. Concernant l'IVG médicamenteuse, les nouvelles missions des conseils généraux dépassent les CPEF (des conventions avec des centres de santé ou des médecins de ville sont possibles) => des remontées sur l'offre seraient à prévoir.

Indicateurs de moyens

Effectifs et etp de conseillères conjugales	Pas de possibilité d'identifier les autres moyens en personnel au sein de la PMI. Il pourrait être intéressant de mener une enquête (ponctuelle ? quinquennale ?) sur un échantillon de département, avec notamment comme critère de sélection un panachage de ceux pour lesquels un responsable administratif de la planification est spécifiquement identifié et ceux pour lesquels ce n'est pas le cas.
Heures de vacations de conseillères conjugales (et effectifs)	
	Pas de possibilité d'identifier spécifiquement les moyens financiers consacrés à cette activité. Là aussi, une enquête récurrente auprès d'un échantillon de départements pourrait conduire ces derniers à mener un travail de ventilation.

Indicateurs sur l'activité

Nombre de consultations	Plus ou moins bien renseigné, en particulier par les CPEF en régie indirecte
Nombre d'entretiens	
Motifs des consultations (contraception / IVG / autres)	Renseignement très partiel ; fiabilité ? Proposer aux départements un logiciel de gestion intégrant automatiquement ces éléments permettrait de fiabiliser les remontées? Pas de possibilité de croisement avec l'âge du public. Recueillir ponctuellement ces données plus sophistiquées auprès d'un échantillon de départements volontaires dans le cadre d'enquêtes ? Pour les entretiens, il n'y a pas d'identification spécifique de l'entretien pré-IVG. L'intérêt d'introduire cette information devrait être examiné.
Motif des entretiens (planification / conseil conjugal)	
Nombre d'actions collectives	Trop disparate ? L'intérêt de recentrer l'indicateur sur le nombre d'élèves touchés d'interventions auprès de classes individuelles de 4 ^{ème} et de 3 ^{ème} (pas les forums pour toutes les 3 ^{èmes} ou pour tout le collège), pour pouvoir le rapporter à l'ensemble des élèves dans ces classes, devrait être exploré.
Part des actions collectives en milieu scolaire	En cohérence avec la proposition précédente, il pourrait être utile de distinguer - nombre d'actions collectives auprès de classes individuelles de 4^{ème} et de 3^{ème} - nombre des autres actions collectives auprès de publics scolaires - nombre d'actions collectives auprès d'autres publics

Indicateurs sur les publics

Nombre de bénéficiaires de consultations Nombre de bénéficiaires d'entretien	Problèmes de fiabilité relevés par endroit. Ne permet pas de connaître le nombre de bénéficiaires global des entretiens et des consultations, puisque les bénéficiaires des deux prestations se recoupent en partie.
Part des mineurs dans les consultations et dans les bénéficiaires des consultations Part des mineurs dans les entretiens et dans les bénéficiaires des entretiens	Faible taux de réponse. Pas de répartition du public majeur : intéressant de distinguer les 18-25 ans aussi ? A relier aux propositions d'enquête ponctuelle auprès de Départements volontaires ou de développement de logiciels de gestion ?
	Disparition du critère hommes/femmes dans la caractérisation du public. A réintroduire selon la volonté de développer une véritable offre contraception-IST particulièrement orientée vers les jeunes ?

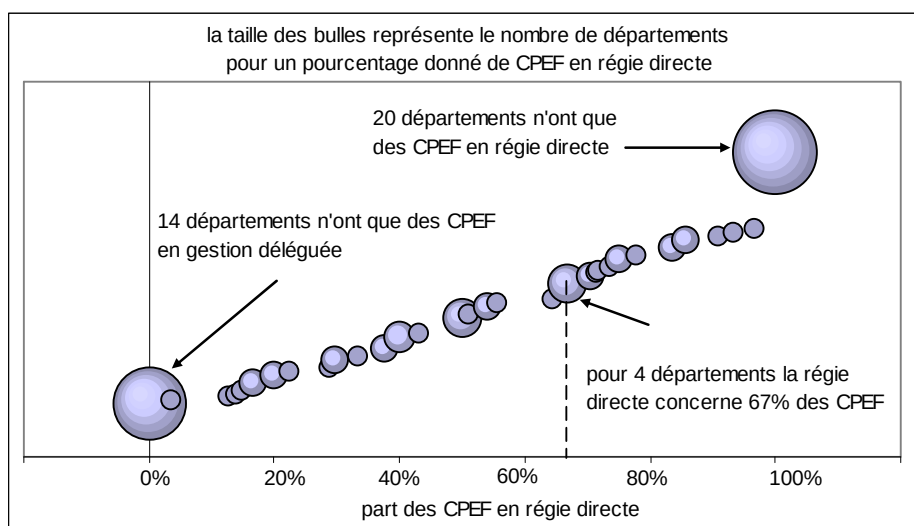
Annexe 5 bis : éléments d'exploitation des données

➤ Une part des différents statuts de CPEF très variable selon les départements

Les activités de planification peuvent être assurées en gestion directe par le Département : les personnels des CPEF sont alors des employés départementaux, rémunérés par le conseil général. Les conseils généraux peuvent aussi en déléguer la gestion par voie de convention à d'autres collectivités (commune par exemple), à des établissements de santé ou des associations. Une grande partie des centres en régie indirecte correspond à des centres en site hospitalier faisant l'objet d'une convention entre le Conseil général et l'établissement de santé.

Le graphique ci-dessous montre la gamme de panachage entre les deux solutions, avec une double concentration de départements aux extrêmes : dans 20 départements, tous les centres sont en régie directe, dans 14 départements tous sont en gestion déléguée ; les autres départements se répartissent assez uniformément tout le long de la gamme des possibilités, avec une part des centres en régie directe variant entre 4% et 95%.

Graphique 3 : répartition des départements selon la part des CPEF en régie directe



Source : DREES, enquête PMI 2009, métropole (81 répondants)

➤ Position relative des départements par rapport aux ratios moyens consultations/population et entretiens/population

D'après les données 2009 de la DREES, l'activité de planification et de conseil conjugal représentait en moyenne 42 consultations et 25 entretiens par an pour 1000 femmes de 15 à 49 ans par département.

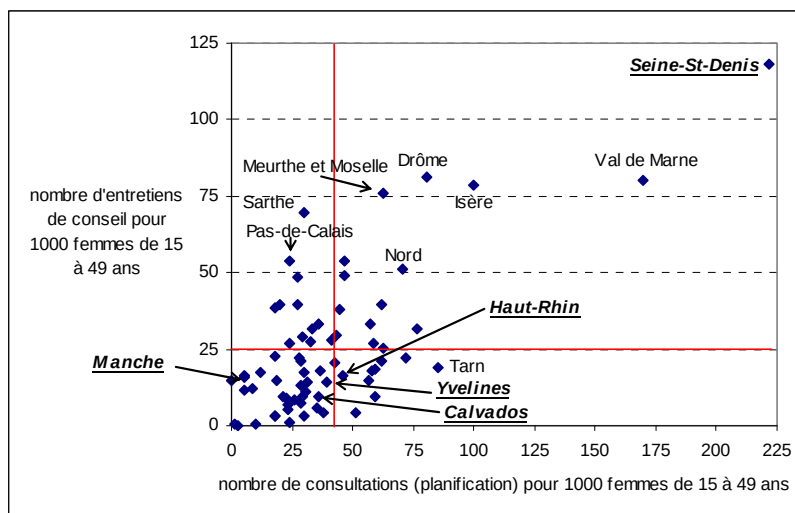
Même si les données doivent être considérées avec prudence (certains départements ont été retirés parce que la visite de la mission a conduit au constat que leurs données étaient manifestement incomplètes), le graphique suivant illustre la grande dispersion des données départementales autour de ces chiffres moyens. Les départements peuvent être répartis au sein de quatre blocs :

- le bloc des départements pour lesquels les deux ratios sont inférieurs à la moyenne (en bas à gauche),

- le bloc des départements pour lesquels le ratio entretiens/population est inférieur à la moyenne mais le ratio consultation/population est supérieur à la moyenne (en bas à droite),
- le bloc des départements pour lesquels le ratio consultations/population est inférieur à la moyenne mais le ratio entretiens/population est supérieur à la moyenne (en haut à gauche),
- le bloc des départements pour lesquels les deux ratios sont supérieurs à la moyenne (en haut à droite).

Les départements (sur 69 réponses utilisées/utilisables) se répartissent comme suit autour des moyennes métropolitaines :

Graphique 5 : Position des départements au regard des ratios entretiens et consultations / population



Source : DREES, enquête PMI 2009 (69 départements)

En gras italique sont indiqués les départements visités par la mission pour lesquels les données étaient fournies (ou pour lesquels la mission ne disposait pas d'éléments permettant de les considérer comme non fiables). La Seine-Saint-Denis se démarque comme le département métropolitain présentant de loin les ratios les plus élevés. Quelques autres départements présentant des ratios relativement favorables sur au moins l'une des dimensions sont également mentionnés ci-dessus à titre illustratif.

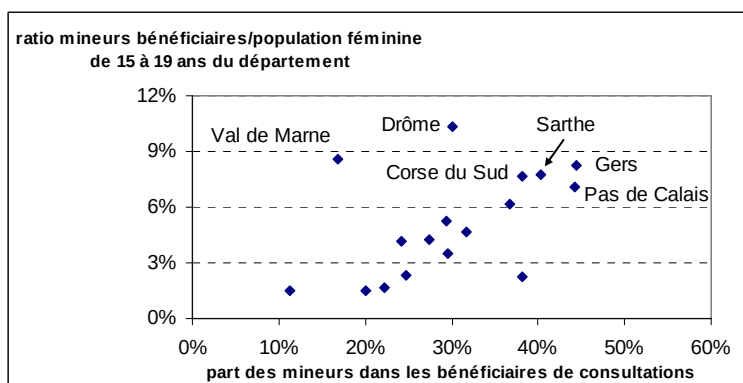
➤ **Importance relative de l'accueil individuel des mineurs**

Le nombre de départements ayant fourni les données sur les mineurs bénéficiaires de consultations et d'entretiens est particulièrement faible (respectivement 33 et 21). En outre, certaines données paraissent surprenantes et n'ont donc pas été retenues dans les graphiques qui suivent, qui sont en tout état de cause, à lire avec prudence.

Sur la base de ces quelques données de 2009, les mineurs représenteraient en moyenne environ 30% des bénéficiaires des consultations et 30% des bénéficiaires des entretiens réalisés dans les CPEF. L'INSEE fournit les populations départementales pour la tranche d'âge 15-19 ans. Cela représente une bonne approximation des effectifs de la tranche des 13-17 ans, puisque les effectifs varient peu d'une année sur l'autre. Si l'on rapporte le nombre de bénéficiaires mineurs à la population féminine de cette tranche d'âge, cela signifie qu'environ 5% de ces jeunes ont bénéficié de consultations et environ 3% a bénéficié d'entretiens dans les CPEF (les deux chiffres ne s'additionnent pas car certains publics bénéficient des deux prestations). Il est clair que la fréquentation des centres par cette population croît avec l'âge et ce ratio serait donc plus important si on pouvait le calculer sur les 16-17 ans uniquement, par exemple.

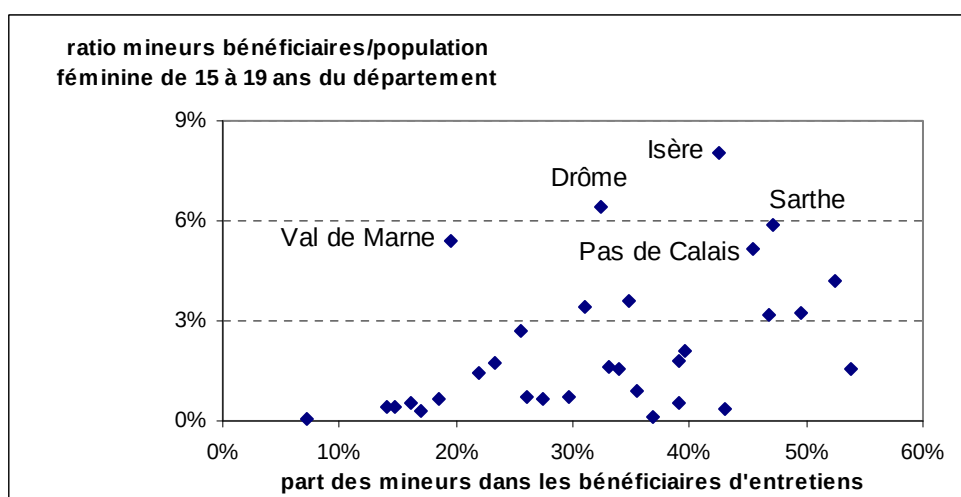
Les données varient beaucoup d'un département à l'autre.

Graphique 6 : Part des mineurs dans les bénéficiaires des consultations en CPEF et poids dans la population adolescente féminine



Source : DREES, enquête PMI 2009 (19 données départementales)

Graphique 7 : Part des mineurs dans les bénéficiaires des entretiens en CPEF et poids dans la population adolescente féminine



Source : DREES, enquête PMI 2009 (31 données départementales)

Annexe 6 : répartition des EICCF

département	Mvt. français pour le Planning familial	CLER	AFCCC	CIDFF	Couple et famille	EPE	UDAF	Familles rurales	autres	total
01 Aïn					1					1
02 Aisne	1			1						2
03 Allier		1								1
04 Alpes de Haute Provence	1									1
05 Hautes Alpes		1					1			2
06 Alpes maritimes	1	1	1	1					1	5
07 Ardèche	1				1					2
08 Ardennes					1		1			2
09 Ariège										0
10 Aube							1			1
11 Aude	1									1
12 Aveyron	1						1			2
13 Bouches du Rhône	7	8	2		3	1				23
14 Calvados	1	1				1				3
15 Cantal	1								1	2
16 Charente									6	6
17 Charente-Maritime	1			2						3
18 Cher									3	3
19 Corrèze		1							3	4
20 Corse				2						2
21 Côte d'Or		1				1			1	3
22 Cotes d'Armor	1									1
23 Creuse									4	4
24 Dordogne	1									1
25 Doubs								1	1	2
26 Drome	1	1								2
27 Eure										0
28 Eure et Loire		1		6			1	1		9
29 Finistère	1			2						3
30 Gard	1		1	1		1				4
31 Haute Garonne	1		3		1	1				6
32 Gers	2		1							3
33 Gironde	1	1	1						1	4
34 Hérault	1	1		1					1	4
35 Ille et Vilaine	1	1	1							3
36 Indre	1									1
37 Indre et Loire	1									1
38 Isère	1				1	1				3
39 Jura		1							1	2
40 Landes	1				1					2
41 Loir et Cher	1									1
42 Loire	3				1	2			3	9
43 Haute Loire	1	1		1						3
44 Loire Atlantique	1	1	1		1				1	5
45 Loiret	1								1	2
46 Lot	2	1								3
47 Lot et Garonne	1	1								2
48 Lozère	1									1
49 Maine et Loire	1		1		1				5	8
50 Manche		1		1					2	4

département	Mvt. français pour le Planning familial	CLER	AFCCC	CIDFF	Couple et famille	EPE	UDAF	Familles rurales	autres	total
51 Marne		3	1		1				1	6
52 Haute Marne										0
53 Mayenne	2	1					1			4
54 Meurthe et Moselle				1				1	2	4
55 Meuse								1	1	2
56 Morbihan		2		2			4		1	9
57 Moselle				3		1			2	6
58 Nièvre										0
59 Nord	3	4	1	1	1				1	11
60 Oise	1								1	2
61 Orne	1									1
62 Pas de Calais	1	1	1						1	4
63 Puy de Dôme	1								1	2
64 Pyrénées Atlantiques	1	2	1	1					2	7
65 Hautes Pyrénées	1									1
66 Pyrénées Orientales	1			1						2
67 Bas Rhin	2	3		1					3	9
68 Haut Rhin	1			2	1	1				5
69 Rhône	1		1	1	1	1			1	6
70 Haute Saône				1						1
71 Saône et Loire	1								2	3
72 Sarthe	1			1	1					3
73 Savoie		1			1					2
74 Haute Savoie	2	1				3			1	7
75 Paris	2	2	2		1				3	10
76 Seine Maritime	1	1	1		1					4
77 Seine et Marne		1	1		1					3
78 Yvelines		1							5	6
79 Deux Sèvres	1									1
80 Somme		1		1						2
81 Tarn									1	1
82 Tarn et Garonne	1	2								3
83 Var	2	1		1						4
84 Vaucluse	1	1				1				3
85 Vendée					1				1	2
86 Vienne	1	1	1	2						5
87 Haute Vienne				1						1
88 Vosges										0
89 Yonne										0
90 Territoire de Belfort				1						1
91 Essonne	1	1	1							3
92 Hauts de Seine	1		4	2	1				5	13
93 Seine St Denis	19		8							27
94 Val de Marne	1	1	16							18
95 Val d'Oise			4							4

TOTAL métropole	94	56	55	41	23	15	10	4	73	371
	25%	15%	15%	11%	6%	4%	3%	1%	20%	100%

Annexe 7 : horaires d'accueil du public des 23 CPEF visités par la mission (dans 9 départements)

Centre	Horaires	commentaire
Falaise, site hospitalier (Calvados)	le lundi 12h-16h le mercredi 14h-18h	les cars de ramassages scolaires aux horaires stricts juste après les cours du mercredi matin ne permettent pas aux élèves « ruraux » d'utiliser ce créneau avec facilité. Les entretiens se font en général sur rendez-vous mais il existe toujours une possibilité d'être reçu sans rendez-vous.
Caen, centre médico-social (Calvados)	ceux des services administratifs + 1 journée/semaine jusqu'à 18h + heure déjeuner 1 fois/semaine	Hors permanence du mercredi après midi, le délai de proposition d'un rendez-vous est de 3 semaines.
Cherbourg-Octeville, centre médico-social (Manche)	Gynécologues : moins d'une journée par semaine (il vaut mieux prendre rendez-vous pour être sûr de les trouver)	délais de 15 jours/3 semaines pour les rendez-vous médicaux. la pose de stérilet et d'implant n'est actuellement plus assurée
Cherbourg, site hospitalier (Manche)	Médecin : mardi et mercredi, l'après midi CCF+ sage femme : tous les après-midi en semaine et le vendredi matin	sur rendez-vous mais sans rendez-vous en cas d'urgence tout en programmant un rendez-vous ultérieur pas de pose de stérilet, renvoi sur les services hospitaliers
Carentan (Manche)	Médecin 2h / semaine CCF un lundi sur deux, les jeudis et vendredis, adapte les horaires à la demande, le soir	la pose de stérilets et d'implants ne peut intervenir qu'une fois par mois quand la gynéco est là L'absence de consultation le mercredi n'est pas sentie comme limitant l'offre car de toute façon il n'y aurait pas de demande : les jeunes scolaires repartent dans leur village et il n'y a plus personne le mercredi après-midi à Carentan
Clotilde Vautier, site hospitalier, Nantes (Loire-Atlantique)	lundi au vendredi de 8h à 17h. accueil sur rendez-vous en principe, accueil sans rendez-vous possible et particulièrement important à l'heure du déjeuner, le mercredi après 15h00 et le vendredi après 15h00	Le délai d'attente pour une consultation avec une CCF peut atteindre 15j à 3 semaines (quelques jours seulement pour l'IVG).

Simone Veil, centre hospitalier, Nantes (Loire-Atlantique)	8h30 à 17h30 du lundi au vendredi sur rendez-vous	Le mercredi après-midi est plus spécifiquement dédié aux jeunes avec une conseillère qui accueille sans rendez-vous
Planning familial Nantes (Loire-Atlantique)	variables suivant les jours de la semaine, fermé le mardi. fermeture au plus tôt à 18h service continu le lundi, jour réservé en priorité aux consultations médicales, et le mercredi.	Le public est accueilli principalement sur rendez-vous sauf le mercredi La prise de rendez-vous est obligatoire pour les consultations médicales. Le délai de rendez-vous est de moins d'une semaine pour une consultation médicale et d'une journée pour un entretien.
Colmar, centre de PMI (Haut-Rhin)		
Guebwiller, site hospitalier (Haut-Rhin)	après-midi des mercredis et vendredi, avec une spécialisation « jeunes » le mercredi, et plutôt IVG le vendredi.	Consultations sur rendez-vous y compris le mercredi après-midi (sauf urgences, évidemment). La conseillère conjugale n'est présente que le vendredi
Mulhouse, site hospitalier (Haut-Rhin)	Toutes les matinées du lundi au vendredi sont consacrées au IVG et tous les après midi aux consultations pour les mineures	Le public est reçu sur rendez-vous; le délai de proposition d'un rendez-vous est de 7J maximum
CFEF de Marseille site partagé avec CDAG/ CIDDIST	Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h	Consultation sur rendez-vous sauf urgence Délai de proposition d'un rendez-vous : 15J
Planning 13	Du lundi au vendredi de 14h à 17h15 le mardi jusqu'à 18h 15	
Aulnay/Villepinte, site hospitalier (Seine-Saint-Denis)	Lundi-vendredi 9h-17h sur rendez-vous	
Université Paris VIII (Seine-Saint-Denis)	Médecin : mardi après midi, mercredi matin et un mercredi après-midi tous les 15 jours et un vendredi matin par mois. Conseillère : vendredi 9h-13h	délai d'attente d'un mois environ en gynécologie. Pas de pose de stérilet.
Bondy (Seine-Saint-Denis)	le lundi, le mercredi et le vendredi de 9h30 à 12h00 et, une fois toutes les deux semaines, le lundi de 16h30 à 19h30.	La plage du vendredi est la seule sur laquelle l'accueil de PMI fonctionne également Sur l'année, le centre ne ferme que pour le week-end de l'ascension. Les rendez-vous sont pris par téléphone sur les horaires d'ouverture du site. Le délai est de l'ordre de 3 semaines – 1 mois mais il y a toujours possibilité

		d'obtenir un rendez-vous plus rapide ou en urgence si nécessaire
Saint-Denis Centre de santé Les Moulins (Seine-Saint-Denis)	8h30-19h30 du lundi au vendredi et le samedi matin (horaires du centre de santé) 24 heures hebdomadaires de présence médicale pour la planification	Les patientes sont reçues sans rendez-vous par une infirmière ou par la conseillère conjugale et familiale sur toute l'amplitude d'ouverture. Une plage de consultations médicales sans rendez-vous est réservée aux jeunes le lundi après-midi (les 4 CPEF municipaux se répartissant les jours de la semaine).
Versailles, centre de PMI (Yvelines)	Trois demi-journées dédiées à la planification familiale, couvrant l'heure du déjeuner	Le public est reçu sur rendez-vous dans un délai d'une à deux semaines maximum. Les demandes urgentes sont reçues sans rendez-vous
Meulan, site hospitalier (Yvelines)	mardi matin, intégralement consacré aux entretiens IVG, jeudi matin ou d'autres entretiens peuvent se tenir	Les entretiens se font en général sur rendez-vous mais il existe toujours une possibilité d'être reçu en urgence
Paris, CPEF Curial (centre de PMI)	Lundi-vendredi 9h00 -17h00 mais avec présence médicale sur cinq demi-journées	Sur rendez-vous sauf pour les primo-accueillis
Paris CPEF Horizons (centre associatif)	Lundi 15h-18h30 ; Mardi 9h-13h ; Mercredi 9h-13h et 13h30-17h ; Jeudi 9h-13h ; vendredi 9h-17h	Centre en cours de redémarrage : la gynécologue n'est là que le mercredi après midi tous les 15 jours et il y a un mois d'attente pour un rendez-vous.
Paris CPEF Trousseau-Bluets (groupement de coopération sanitaire)	Du lundi au vendredi 8h30-12h30 et 13h30-16h30	Sur rendez-vous dans un délai d'une semaine Sauf mercredi après-midi : accueil sans rendez-vous
Paris CPEF Ridder	Le lundi après-midi sur rendez-vous	Le CPEF est intégré dans un centre médico-social qui peut prendre le relais les autres jours de la semaine (avec notamment une consultation santé jeunes sans RV le mercredi après-midi)

Source : Entretiens de l'IGAS avec les responsables des centres

Annexe 8 : la planification familiale en Belgique francophone

1. QUELQUES ELEMENTS DE CONTEXTE

Votée en 1990 après 20 années de débat dans un contexte politique complexe, la dépénalisation de l'avortement est un acquis récent en Belgique¹⁰⁰ et marque l'ensemble de l'organisation de la planification familiale.

La planification familiale est organisée différemment en région francophone et en région flamande. Le système flamand est organisé autour de centres de santé médico-sociaux de premier niveau, structures qui dispensent une palette très large de prestations. La planification familiale s'inscrit dans cette organisation de 1^{er} niveau.

A l'opposé, la politique sanitaire francophone considère la planification familiale comme une 2^{ème} ligne spécifique avec des structures dédiées à la santé affective et sexuelle. Ces centres s'adressent à tous les publics et particulièrement les jeunes.

La Belgique francophone compte 100 centres de planning répartis en cinq fédérations dont la Fédération laïque qui regroupe la moitié des centres de planification. Les autres fédérations sont rattachées soit au parti socialiste belge soit au mouvement catholique. Les personnels des cinq fédérations se forment auprès de la fédération laïque.

Les centres sont entièrement financés par la région.

2. LES PETITES MAISONS : UNE OFFRE COMPLETE DE PRESTATIONS SOCIALES, PSYCHOLOGIQUES, JURIDIQUES ET SANITAIRES

2.1. *Un encadrement juridique précis des missions, des personnels et des conditions de fonctionnement*

Les missions, les personnels et les conditions de fonctionnement des centres ont été fixés par des décrets et des arrêtés en 1997, puis actualisés en 2008 et 2009.

Ces textes définissent quatre missions :

- les consultations médicales : contraception, suivi de ménopause, suivi de grossesse, dépistage et traitement des IST et pratique de l'IVG,
- les consultations psychologiques,
- les entretiens juridiques et sociaux,
- les activités de prévention : éducation à la vie affective et sexuelle, prévention des IVG, des IST, des violences...

Sont également précisés les différents professionnels exerçant dans les centres :

- un médecin généraliste ou gynécologue,
- un psychologue,
- un assistant social,
- un juriste.

¹⁰⁰ Loi du 3 avril 1990

Les prestations bénévoles ne sont possibles qu'à la condition d'être effectuées par des personnes titulaires des mêmes diplômes que les personnels salariés.

Les textes fixent également le nombre d'heures minimales d'ouverture, les modalités de financement, et une localisation indépendante d'un hôpital.

L'implantation extrahospitalière est un héritage historique en même temps qu'une option revendiquée, pour des raisons philosophiques (la planification et l'orthogénie n'ont rien à voir avec la pathologie) et pratiques (manque d'attractivité des structures hospitalières).

Les frais de fonctionnement des centres sont plafonnés et les salaires ou honoraires sont attribués selon le volume d'activité. Sept niveaux d'activité sont définis ; le passage d'un niveau à l'autre s'effectue après deux années successives de progression ou de baisse constatée.

Les jeunes jusqu'à 21 ans bénéficient de la gratuité pour l'ensemble des prestations. La délivrance de produits contraceptifs est possible pour un dépannage mais n'est pas automatique. Les contraceptifs sont délivrés aux jeunes gratuitement en pharmacie sur présentation de la carte individuelle d'assuré attribuée à partir de 16ans.

L'anonymat n'est pas pratiqué, des procédures de confidentialité et le secret médical garantissent la discrétion pour tous les consultants.

2.2. *La possibilité de pratiquer l'IVG selon les deux techniques, médicamenteuse et chirurgicale*

La pratique de l'IVG dans les « petites maisons » est précisément analysée dans le rapport IGAS de juillet 2010 sur l'évaluation de la loi du 4 juillet 2010 relative à la contraception et à l'IVG¹⁰¹.

Alors qu'en France les CPEF ne sont autorisés à pratiquer l'IVG médicamenteuse que depuis 2009, les centres de planification de Belgique francophone, pratiquent depuis vingt ans l'IVG chirurgicale et se sont progressivement formés à la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse.

Tous les centres ne pratiquent cependant pas l'IVG : sur les 100 centres de planification que compte la région, 26 réalisent des IVG. Toutefois ces 26 centres comptabilisent 80% des IVG et aucun problème de délai d'attente n'est observé par les centres.

Dans « les petites maisons », la configuration des locaux et leur aménagement, le personnel médical sans blouse blanche, la priorité donnée à l'écoute de la femme contribuent à dédramatiser l'IVG.

La pratique de l'IVG se caractérise surtout par la qualité de l'accompagnement de la femme. L'IVG est toujours pratiquée en présence d'une accompagnante : psychologue, assistante sociale... qui est celle qui a accueilli la femme et réalisé l'entretien pré-IVG. L'organisation des centres vise à assurer la continuité de l'équipe de prise en charge tout au long du processus, du « pré » au « post » IVG.

Une enquête réalisée par la Fédération laïque des centres de planification auprès de femmes après une IVG montre que les 2/3 ont apprécié cet accompagnement qui comprend à la fois une présence durant l'intervention mais également un soutien psychologique et social.

2.3. *Pas d'obligation légale d'éducation à la sexualité mais une forte implication de tous les acteurs*

Les centres de planification assurent l'accès à la contraception et à l'avortement et réalisent des activités juridiques, sociales, psychologiques et éducatives.

¹⁰¹ Evaluation de la loi du 4 juillet 2004 relative à la contraception et à l'IVG – Rapport IGAS Juillet 2010 Claire Aubin , Danièle Jourdain Menninger

Alors qu'à la différence de la France l'éducation à la sexualité n'est pas obligatoire en Belgique, elle représente une composante importante des activités des centres et mobilise plusieurs intervenants, dont l'éducation nationale. Ainsi les enseignants de philosophie et de religions dispensent un enseignement de morale ou de religion (selon le choix des parents) dès l'âge de 6ans. Ces deux enseignements comprennent des cours sur la vie affective, le respect de soi et de l'autre. A cet enseignement s'ajoutent des cours de biologie sur la reproduction humaine dispensés à 14 et 15ans.

Des centres de promotion de la santé scolaire, installés dans les établissements scolaires participent aux actions d'éducation à la sexualité. Ces services composés d'une infirmière, d'un psychologue et d'une assistante sociale s'apparentent aux services de santé scolaire français avec cependant des moyens humains plus importants. Ils interviennent auprès des élèves sur toutes les questions d'éducation à la santé.

Enfin, les centres de planification interviennent de façon complémentaire soit avec un enseignant soit seuls. Tous les intervenants en milieu scolaire sont formés. La Fédération laïque est le principal centre de formation. L'organisation commune de ces différents acteurs semble très souple et pragmatique.

Au total dans la moitié des établissements scolaires de la région, les élèves ont bénéficié d'une séance par an et par niveau. Ces résultats sont considérés comme encore insuffisants, notamment dans les établissements professionnels. L'objectif visé par les fédérations de planification est une séance annuelle par niveau pour tous les élèves.

2.4. Une capacité d'adaptation aux populations du quartier d'implantation

Les centres adaptent leur organisation et l'équilibre entre leurs différentes activités au contexte local, c'est-à-dire au quartier d'implantation. Les deux centres visités par la mission illustraient particulièrement cette capacité d'adaptation.

Le premier centre visité, implanté dans un quartier résidentiel est principalement tourné vers les prestations médicales et d'éducation à la sexualité. L'activité IVG y est importante : 450 IVG sont pratiquées chaque année et trois demi-journées par semaine sont consacrées à des interventions en milieu scolaire.

Dans le second centre installé au cœur d'un quartier très populaire, les problèmes traités et les publics reçus reflètent la sociologie du quartier : femmes de nationalité bulgare accueillies pour des IVG répétées, femmes Rom, turques et magrébines, nombreuses sans couverture maladie. Le centre a dû mettre en place une procédure d'urgence avec le centre d'aide sociale pour la prise en charge des frais médicaux des non assurés sociaux. Pour les mineures, le risque de rupture du secret pour les IVG, nécessite des précautions particulières malgré l'application toujours stricte des règles de confidentialité.

Pour la population du quartier, le centre est un lieu de référence pour l'accès aux droits des femmes et des étrangers. Très ancré dans le réseau associatif du quartier, le centre participe à la conception et au lancement d'équipements sociaux de proximité.

A la différence du dispositif français, les centres de planification de Belgique francophone ne sont ni « sanitarisés » ni intégrés à des structures sociales administrées. La souplesse du statut associatif permet une adaptation des différentes prestations offertes aux populations du quartier d'implantation. La médicalisation n'excède pas le strict nécessaire. La pluridisciplinarité est de règle. La délégation de tâche et la polyvalence sans hiérarchie entre professionnels médicaux et non médicaux régissent les relations entre les professionnels des centres.

Annexe 9 : la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité dans le canton de Vaud (Suisse)

1. UNE RESPONSABILITE CANTONALE AVEC UNE LEGERE COORDINATION CONFEDERALE

Les politiques de santé publique sont de la compétence cantonale, ce qui n'exclut pas un minimum de coordination nationale et du travail en commun au niveau de la Romandie.

1.1. *Profa, une fondation privée*

Pour le canton de Vaud (700 000 habitants), marqué sur ces questions par l'ancienneté de sa politique dès 1967, par des facteurs culturels, les services cantonaux signent une convention avec une fondation privée Profa qui ne travaille que pour le gouvernement du canton. Elle gère 8 centres de santé sexuelle et de planification et emploie 128 personnes soit 55 ETP. Son budget s'élève à 9 000 000 CHF. Les métiers du conseil et de l'accompagnement des personnes distinguent trois spécialités ; le conseil en santé sexuelle, le conseil conjugal et les interventions en milieu scolaire. L'organisation de la fondation distingue clairement dans son organisation ces trois activités, à travers des services différents :

- un service de « consultation de santé sexuelle-planning familial » au sein duquel sont offerts des consultations médicales et des entretiens individuels par des « conseillères en santé sexuelle et reproductive » ;
- un service de « consultation conjugale et de sexologie » où sont offerts des entretiens avec des « conseillers conjugaux » ;
- un service d'« éducation sexuelle » dont les interventions auprès des publics des établissements scolaires et de formation sont assurées par des « éducatrices formatrices en santé sexuelle et reproductive ».

La convention d'objectifs et de financement porte sur l'éducation sexuelle, la planification des naissances, le conseil en périnatalité, le conseil conjugal et la prévention du VIH et des IST. Elle a été récemment étendue à l'accueil des victimes, au sens large (pas seulement de violence ou d'abus sexuels).

pour la majorité de la population et de la responsabilité de chacun (même s'il est remarqué que la charge pèse sur les femmes et non les hommes et que le besoin d'une aide pour les migrants est parfois reconnu).

La contraception d'urgence a pu être fournie à un prix très bas par le passé, mais beaucoup de cantons limitent les moyens aujourd'hui. Les services hospitaliers ont la possibilité de fournir gratuitement la contraception d'urgence.

La possibilité de proposer certaines prestations à un « tarif social » existe, mais, globalement, ces prestations à tarif social représentaient moins de 5% du chiffre d'affaires de Profa en 2008 (mais davantage en volume, par construction).

L'accessibilité géographique n'est pas non plus perçue comme un problème compte tenu de la densité des transports publics sur un territoire resserré. Les centres Profa sont installés dans des locaux avec d'autres services. Les horaires permettent en général, en sus de la journée, au moins une consultation en fin de journée et le mercredi après-midi. Il n'y a pas d'ouverture le week-end.

1.2. *Enfin, l'accessibilité linguistique est un axe de travail bien Une structure confédérale légère avec un site Internet*

Au niveau national, l'association faîtière des organismes de planning PLANeS (fondation suisse pour la sexualité sexuelle et reproductive) est une petite structure de coordination (5 personnes) des actions des cantons, notamment pour harmoniser la formation des enseignants.

Il n'y a aucune remontée statistique fédérale, sauf pour les IVG. PLANeS souhaiterait s'appuyer sur la mise en réseau des opérateurs cantonaux offerte par le site « isis-info.ch », géré par PLANeS, pour organiser la remontée et le partage de données plus générales.

La visibilité sur les centres de planification est notamment donnée grâce à ce site, chaque organisme cantonal ayant la charge de mettre à jour ses données propres. Ce site fonctionne avec ½ etp pour toute la Suisse et sa mise en œuvre a représenté 18 mois de travail en amont.

L'Office fédéral de la santé publique a élaboré un nouveau plan IST couvrant la période 2011-2017 et PLANeS a reçu le mandat de mettre en œuvre ce programme fédéral à travers les politiques cantonales de santé sexuelle et reproductive (nouvelle dénomination des activités traditionnelles des organismes de planning).

2. LA SANTE SEXUELLE

2.1. *Contraception et l'accompagnement des IVG dans les centres*

Les moyens de contraception ne font l'objet d'aucune prise en charge par les assurances maladie. Le coût modique est considéré comme largement abordable repéré, avec des brochures disponibles dans douze langues et une politique adaptée de recrutement des conseillers.

Pour faciliter l'orientation des publics spécifiques vers les centres Profa, les conseillers en santé sexuelle doivent consacrer 10% de leur temps aux relations avec leur réseau de partenaires, tels que par exemple les centres de réfugiés ou les cours d'apprentissage du français (ils peuvent y animer un cours dédié à la santé sexuelle).

Globalement le public des centres est peu fidélisé : les jeunes viennent pour initier la contraception ou en cas de problème ponctuel. Le public migrant est plus âgé et peut avoir des besoins de suivi gynécologique plus long. Les personnes handicapées (mentales essentiellement) justifient souvent un suivi plus stable.

La tranche d'âge 16-19 ans est la plus représentée et les moins de 25 ans représentent la grande majorité du public. La part des hommes dans les consultations planning reste très minoritaire, mais a doublé entre 2005 et 2008, passant de 3% à 6%.

Le personnel des services de santé sexuelle et de planning est composé de médecins, de conseillers en santé sexuelle et d'assistants médicaux (qui pratiquent des gestes infirmiers, mais sous la supervision totale des médecins). Depuis la loi de 2002, les centres Profa qui ne sont pas implantés en site hospitalier ont largement perdu de vue les femmes interrompant une grossesse.

Les centres de planning ne trouvent pas tant leur raison d'être dans une accessibilité financière accrue de la contraception car celle-ci reste quasiment toujours à la charge de la personne : la gratuité ne couvre que les entretiens avec les conseillers en santé sexuelle. Une confidentialité vis-à-vis des parents peut y être mise en œuvre au cas par cas, mais cela ne paraît pas une préoccupation centrale.

Plus fondamentalement, ces centres constituent la modalité privilégiée d'accompagnement des jeunes pour l'entrée dans la sexualité, dans un contexte où l'éducation sexuelle à l'école est précoce et systématique et où les jeunes se tourneraient donc facilement vers ces centres quand le besoin s'en fait sentir. A l'inverse, la facilité ressentie d'accès à tous les moyens disponibles peut se traduire par un risque d'incompréhension sociale en cas d'échec de contraception.

2.2. La prévention des IST

Les dépistages IST sont accessibles par plusieurs canaux

- la polyclinique médicale universitaire (PMU) rattaché au centre hospitalo-universitaire du canton de Vaud (CHUV) ;
- les centres de santé sexuelle et de planning (Profa)
- les médecins traitants
- des centres sociaux peuvent offrir ces prestations à des tarifs faibles pour les demandeurs d'asile ou les migrants en général.

Il est à noter que ces dépistages ne sont quasiment jamais gratuits. Pour le dépistage du VIH, un tarif inférieur au coût est prévu (30 CHF pour les moins de 18 ans, 60 CHF sinon) mais pour les autres dépistages, le coût est plus élevé. Le remboursement par les assurances santé dépend du jeu de la franchise qui existe dans le système suisse (les frais de santé ne sont pris en charge qu'après une franchise de montant variable, 500 à 2500 CHF par exemple, selon le choix de cotisation,). Au total, une série de dépistages peut s'avérer très coûteuse pour les jeunes.

En outre, même dans le cas où une prise en charge par l'assurance est possible, la question de la confidentialité reste à traiter, puisque l'anonymat n'est organisé que pour les dépistages VIH. Les jeunes Suisses ont leur propre immatriculation de sécurité sociale dès la naissance et les documents de remboursement peuvent donc leur être adressés en propre, mais cela reste souvent à organiser au cas par cas.

Au-delà des dépistages, des acteurs associatifs interviennent en matière de sensibilisation et d'orientation des publics à risque.

Face à l'augmentation spectaculaire des IST qui avaient été quasiment éradiquées et dont la prévention était passée à l'arrière plan par rapport au VIH : Syphilis, gonorrhée, chlamydia, une réflexion a été initiée en 2008 dans le Canton de Vaud qui a conduit à trois propositions :

- rattacher les moyens existants en matière de prévention des IST aux questions de santé et de sexualité,
- formaliser davantage le travail en réseau sur le terrain, dans le cadre d'un centre de compétence
- travailler plus étroitement avec les services de santé sexuelle et d'éducation sexuelle

Ces propositions se sont traduites par la création d'un service spécifique de Profa reprenant les activités d'une autre association¹⁰². Ce service n'est pas médicalisé et a vocation à mener des interventions collectives en allant au devant du public, ainsi qu'à gérer le service d'accueil téléphonique.

Au total, la politique vaudoise en matière d'articulation entre la prévention des IST et la planification peut être caractérisée comme suit :

- une intégration de longue date entre l'activité de planification et les dépistages IST, puisque les centres de planning semblent constituer la principale offre spécifique en la matière à côté la consultation VIH hospitalo-universitaire. Comme en matière de consultation de contraception, il n'y a pas de principe de gratuité mais des possibilités de tarifs « sociaux » et la confidentialité peut-être organisée, au cas par cas. La question du coût est néanmoins perçue par les responsables de santé publique comme un frein potentiel qui devrait faire l'objet de mesures ;

¹⁰² Le Centre social protestant (CSP) était particulièrement actif en la matière, du fait de son engagement dès les années 1970 auprès des minorités sexuelles et des prostituées, et à partir de 1986 dans la prévention du VIH (avec les équipes « point fixe »).

- la volonté d'aller plus loin dans cette intégration de cette offre et dans son accessibilité à travers un ensemble de mesures cohérentes : le rattachement des intervenants collectifs en matière de prévention des IST à Profa et l'évolution des centres de planning vers une activité de centres de santé sexuelle. Ceci ne passe pas seulement par un changement de nom, mais également par le recrutement de conseillers hommes afin de mieux cibler le public masculin.
- la nécessité de diversifier l'offre, en directions de publics spécifiques (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, prostituées) dont il est reconnu qu'ils seront difficilement captés par les centres Profa comme par les autres offres existantes.

3. UNE PRIORITE DONNEE A L'EDUCATION A LA SANTE ET A LA SEXUALITE DES JEUNES

3.1. *L'ODES, office pour la santé scolaire*

L'ODES regroupe le département jeunesse et enseignant, et département santé de l'administration cantonale pour mettre en place de nouvelles approches de la santé scolaire¹⁰³ (lutte contre les dépendances, alimentation et sport).

Le service composé de 15 ETP (la plupart des postes sont des temps partiels, comme le plus souvent en Suisse pour les emplois tenus par des femmes) coordonnent le travail de santé en milieu scolaire de quatre réseaux préexistants ; médecins, infirmières, médiateurs, et animateurs de santé, les deux derniers métiers étant des spécialisations d'enseignants diplômés qui bénéficient de décharge d'heures de cours.

Les directeurs des établissements (chaque établissement regroupe environ 1400 élèves sous scolarisation obligatoire de 4-5 ans à 14-15 ans dans une même structure juridique, parfois sur des sites différents) sont obligés de mettre en place des équipes ainsi composées :

- un médecin référent,
- Infirmière (1 temps plein pour 1400 élèves). Les infirmières scolaires qui ne s'occupent pas d'éducation sexuelle au sens strict (pas de distribution de la pilule d'urgence, elles accompagnent les élèves pendant ou en dehors du temps scolaire.) ont en fait un rôle central. Une de leurs tâches est la vaccination.
- Médiateurs scolaires qui ont été créés en 1976 (à l'origine, il s'agissait de lutter contre la drogue). Des enseignants volontaires reçoivent une qualification (15 crédits sur deux ans) le mercredi (décharge scolaire le mercredi matin) puis ont une décharge partielle de cours (pas de gratification financière) de quelques heures par semaine pour répondre aux besoins individuels des élèves qui rencontrent des difficultés dans leur vie personnelle et d'élève au sens large et relationnel.
- Des postes d'animateurs ont été créés dix ans plus tard (plan de prévention primaire des difficultés des établissements). Selon le même principe avec des décharges partielles d'heures, des enseignants volontaires suivent une formation pour l'écoute des élèves. Il leur revient d'analyser les besoins collectifs et conduire des projets dans l'établissement.

¹⁰³ Il y eut une réflexion sur l'échec des « Petit déj » pour promouvoir une nutrition équilibrée; et à partir d'un questionnaire venu du Québec et qui mesure l'environnement éducatif de l'école ; besoin de sécurité, besoin de participation, besoin de justice donc de règles. Le levier principal serait le sentiment d'appartenance à l'école.

3.2. Les séances obligatoires d'éducation scolaire sont confiées à Profa

3.2.1. L'organisation générale

Le service santé publique conjointement avec les services de l'éducation financent les prestations dans les écoles : il s'agit d'une information obligatoire en plus des cours de biologie sans la présence de l'enseignant (sauf pour les jeunes enfants).

La fondation Profa est responsable de cette formation depuis 1969 (10 formatrices soit 6-7 ETP au total). Globalement cette prestation fonctionne avec un budget annuel de 45 000 CHF qui couvre les dépenses de formation et de rémunération des intervenants et ¼ d'etp administratif pour l'organisation matérielle des interventions dans les établissements.

Cette formation couvre 10 périodes (5 fois de 2h) réparties tout au long de la scolarité obligatoire entre 5 et 15 ans. Les premières séances visent à apprendre le vocabulaire, puis viennent les questions de puberté. Vers 14-16 ans, la violence et l'orientation sexuelle sont abordées.

L'intervention en classe est précédée d'une lettre adressée aux parents qui les invite à participer à une réunion. Si leur présence à ces échanges a tendance à décroître, les oppositions sont rares.

Les séances qui sont admises par tous dans les établissements ne sont pas toujours bien préparées en amont avec les classes ou les enseignants. Il existe parfois des difficultés liées à des chahuts (croissants) ou à des silences « négatifs », les situations « hors de contrôle » lorsqu'elles se produisent témoignent de grandes tensions entre les élèves.

En 2008, l'ODES a demandé une évaluation de l'éducation à la sexualité qui s'est traduite par une demande de deux périodes supplémentaires pour les plus grands des élèves et la possible mise en place de groupes non mixtes. (évaluation 1 million CHF en plus).

3.2.2. Les enfants handicapés

Les conseillères ayant bénéficié d'une formation complémentaire interviennent systématiquement dans les établissements pour enfants handicapés en lien étroit avec les éducateurs. Profa reçoit à ce titre une subvention supplémentaire du Canton.

3.3. L'information scolaire sur les IST

Un volet important de l'activité du service IST de Profa réside dans les interventions collectives en milieu scolaire. Elle se distingue de celles effectuées par le service d'éducation sexuelle de Profa par :

- les classes cibles. Seul le post-obligatoire (lycée et apprentissage) est visé ;
- les intervenants. Ce ne sont pas des professionnels de l'éducation sexuelle mais des étudiants recrutés pour s'adresser en « grands frères / pairs » aux élèves. Ces étudiants sont recrutés dans les formations sociales ou en psychologie, sont formés à la fois à travers un cursus de base puis une formation continue mensuelle, bénéficient d'une supervision trois fois par an et sont rémunérés. Compte tenu de l'investissement en formation que cela représente, leur engagement minimal est d'une année et l'idéal est de les garder trois ans. Cette expérience peut être validée comme stage pratique dans le cadre de leurs études.

3.4. Un site Internet dédié aux jeunes francophones sur toutes les questions de santé

Le site « ciao.ch » est une initiative privée qui remonte à 15 ans et qui reçoit des subventions de toute la Suisse romande. Son budget est de 680 000 CHF. Il vise à toucher tous les jeunes francophones suisses.

Il reçoit 4000 questions par mois (11000 les premiers mois) dont la moitié porte sur la sexualité. Les réponses sont prises en charge par trois personnes formées à cet exercice de l'équipe des animatrices de Profa. Cette activité est intégrée dans le contrat de travail.

Annexe 10 : les acteurs de la santé sexuelle au Québec

Le Québec a été confronté à un accroissement sensible des grossesses et avortement des adolescentes au cours des années 1980 et 1990, ce qui a conduit les autorités à rechercher les moyens de faciliter l'accès à la contraception. Des résultats importants ont été obtenus pour infléchir cette tendance, même si le taux d'interruption volontaire de grossesse à l'adolescence, quoique à son niveau le plus faible en 20 ans est encore près de deux fois plus élevé que ce qu'il était en 1980 (cf. encadré).

Compte tenu de l'objet de la mission, centrée sur les opérateurs de la politique de planification familiale, il est intéressant de regarder comment ces opérateurs interviennent au Québec et en quoi ils ont bénéficié de cette politique globale de prévention.

Ainsi, par rapport à la situation française, la mission a pu identifier spécifiquement trois avantages du dispositif québécois :

1. UNE INTEGRATION STRUCTURELLE ET GENERALE DES DIMENSIONS SOCIALES ET SANITAIRES : LES CENTRES DE SANTE ET DE SERVICE SOCIAUX

Les services sociaux et sanitaires sont totalement intégrés au Québec et relèvent des mêmes responsables tant au niveau de la Province (Québec, Ministère de la santé et des services sociaux) que local. Ces services sont structurés par 18 agences régionales de la santé et des services sociaux et, au niveau local, par 97 **centres de santé et de services sociaux** (CSSS). De ces CSSS dépendent plusieurs services, notamment :

- des services cliniques généraux (« Soins courants »)
- les services jeunesse, parfois constitué en véritable clinique jeunesse
- les services de planification des naissances, présents dans plusieurs CSSS de la province
- les services de périnatalité et autres services du CSSS.
- les services ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang), à visée universelle, parfois rendus par les mêmes infirmières qui travaillent au niveau des services jeunesse.
- les SIDEPS (Service intégré de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang) : ces services répondent plutôt aux besoins de publics présentant des situations particulières de risque (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, populations autochtones, personnes originaires de pays endémiques, travailleurs du sexe, jeunes en difficulté, utilisateurs de drogues par injection ou inhalation, etc.) avec un déploiement important d'activités de prévention « hors les murs » directement sur les lieux où ces publics peuvent être atteints ;

Il est à noter que les infirmières scolaires dépendent elles-mêmes des CSSS

Les prestations fournies par ces services sont gratuites et les mineurs de 14 ans et plus peuvent venir y consulter en toute confidentialité vis-à-vis de leur entourage. Pour les médicaments, il existe une obligation d'assurance, qui laisse néanmoins une franchise et un co-paiement à la charge des assurés dans la limite d'un montant maximal annuel. Selon les assureurs (public ou privé), le mécanisme de prise en charge peut-être la dispense d'avance de frais ou le remboursement *a posteriori*. Il n'y a donc pas là de gratuité totale ni, généralement, de confidentialité totale puisque les assureurs privés envoient mensuellement un état de compte des dépenses de médicaments. Dans ce cas, les contraceptifs obtenus par une adolescente seront connus de sa famille¹⁰⁴. Il y a gratuité totale pour les femmes de moins de 18 ans et celles de moins de 25 ans qui étudient et résident chez leurs parents et qui dépendent de l'assurance médicament publique. Dans ces cas, les contraceptifs oraux obtenus par une adolescente ne seront pas connus de sa famille.

Face à cette réponse de premier recours que constituent les CSSS à côté des groupes de médecine de famille et autres cliniques médicales, les « cliniques de planification des naissances » (une ou deux par région, le Québec étant divisé en 18 régions socio-sanitaires), pour la plupart intégrées à des établissements hospitaliers, fournissent des prestations d'IVG, de contraception en 2^{ème} ou 3^{ème} recours et de stérilisation.

Encadré : éclairage sur les modes d'interruption de grossesse au Québec

La mifepristone n'étant pas utilisée au Canada, l'IVG médicamenteuse (avec dès lors une combinaison de methotrexate et de misoprostol) est très minoritaire d'une part (98% des IVG sont chirurgicales) ; d'autre part l'IVG chirurgicale se fait essentiellement sous anesthésie locale, voire sous sédation-analgésie (utilisation de Versed/Fentanyl).

La politique québécoise en matière d'IVG consiste à faire en sorte que les femmes puissent y recourir simplement mais qu'elles en aient de moins en moins besoin. Il n'y a pas au Québec d'obligation réglementaire de délais de réflexion avant l'IVG ; le délai maximum entre la demande et la réalisation est en général de moins de deux semaines, dépendant des régions et de l'achalandage ; l'IVG peut être pratiquée en principe sans limitation de durée et en pratique jusqu'à 22 semaines d'aménorrhée. Au-delà de 22 semaines, les patientes sont référées dans des cliniques américaines aux frais de la province.

Il y a un entretien pré IVG à visée psycho sociale dans plusieurs cliniques lors de la première visite de la femme à la clinique de planification des naissances. Cet entretien psychosocial pré IVG est obligatoire dans certaines cliniques et pas dans d'autres. Dans certaines cliniques, il est réalisé par une travailleuse sociale, dans d'autres par une infirmière. D'une manière ou d'une autre, on constate que 95% des femmes ont arrêté leur décision quand elles s'adressent aux services concernés. Au Québec, l'entretien psychosocial vise à vérifier que la femme ne subit pas la pression d'autrui pour se faire avorter, qu'elle a pris une décision éclairée, qu'elle a le soutien psychologique adéquat durant la période qui entoure l'IVG et qu'elle est dans un état psychologique stable. Plus d'un entretien peut être nécessaire si la femme est ambivalente ou si elle subit des pressions d'autrui. L'entretien post-IVG est quasiment abandonné compte tenu du très faible taux de retour des femmes après l'intervention. La contraception est prescrite avant l'IVG et prend de plus en plus la forme d'un DIU posé à cette occasion.

Dans une enquête canadienne réalisée en 2006, alors que 2% des canadiennes ayant eu des relations sexuelles dans les six mois précédant l'enquête affirmaient utiliser un DIU, ce pourcentage était de 7% au Québec.

¹⁰⁴ La confidentialité est respectée seulement dans le cadre du régime public d'assurance médicament, auquel ne sont éligibles que les personnes qui ne peuvent souscrire une assurance privée.

2. UNE FACILITE ACCRUE DE MOBILISATION DU PERSONNEL DE SANTE POUR LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION : L'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE

Le constat d'une augmentation du taux d'avortement et des grossesses d'adolescentes au cours des années 1980 et 1990, avait été complétés par des enquêtes mettant en lumière des délais importants d'obtention d'un rendez-vous avec un médecin pour la prescription d'une contraception (deux mois dans certains endroits et parfois aucun accès possible car les cliniques ne prenaient plus de nouvelles patientes) ainsi qu'une part significative (30%) de femmes de 15 à 24 ans ne disposant pas de médecin de famille (en outre, le recours à la consultation d'un gynécologue pour des questions de contraception est très rare au Québec. La contraception est considérée comme un service de 1^e ou 2^e ligne pouvant être assumé par les médecins de famille). Ainsi, l'accessibilité de la contraception à travers le système de soins primaires apparaissait insuffisante.

Des mesures importantes ont eu pour objet de remédier à cette situation :

- en 2001, le souhait de faciliter l'accès à la contraception d'urgence dans les pharmacies s'est traduit par la suppression, dans le reste du Canada, de l'exigence de prescription pour en faire un médicament « OTC » (over the counter) disponible sans ordonnance; pour des raisons d'accessibilité financière, le Québec a souhaité maintenir l'exigence de prescription qui conditionne le remboursement. Mais les ordonnances de contraception d'urgence au Québec sont désormais faites par le pharmacien directement ;
- en 2002, la loi 90 a été adoptée par le Parlement québécois. Cette loi prévoit un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé et établit par ailleurs un cadre qui permet d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités médicales¹⁰⁵.

Dans le cadre de cette loi, les autorités sanitaires du Québec ont conçu, en collaboration avec les trois ordres professionnels concernés (médecins, pharmaciens, infirmières) un modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale qui délègue dans certaines conditions la capacité de prescription d'une première contraception aux pharmaciens et aux infirmières. En 2007, à l'issue des négociations avec les différentes professions concernées, cette ordonnance collective de contraception hormonale a été agréée par les différentes instances ordinales (médecins, infirmières, pharmaciens). Certains contraceptifs (pilule, timbre, anneau, injection contraceptive) sont devenus ainsi accessibles sans passer d'abord par le médecin et ce pendant une période de 6 mois. Il faut ensuite effectuer une consultation médicale pour obtenir une contraception au-delà de ce délai. Voici le site Internet décrivant cette stratégie : www.inspq.qc.ca/contraception

Un programme de formation des infirmières à la contraception hormonale a été déployé et a concerné environ 3000 infirmières. Ceci a donc considérablement renforcé la capacité du dispositif de proximité (les CSSS) à fournir un accès rapide à la contraception, en particulier à la première contraception.

L'évaluation de cette stratégie passe principalement par des indicateurs tels que :

- le déploiement de « l'ordonnance collective » qui est effectif aujourd'hui dans 87 CSSS sur 95. La pénétration est plus lente dans les groupes de médecins de famille (où les CSSS peuvent envoyer des infirmières), 20% seulement la pratiquant actuellement. Un suivi régulier se poursuit ;
- la conformité de l'ordonnance collective au modèle provincial : l'étude sur ce point est terminée et le rapport est en voie de publication, avec des recommandations à appliquer dans les prochains mois ;

¹⁰⁵ Elle contient de plus des dispositions qui permettent à des non professionnels, dans certaines circonstances ou dans certains milieux bien identifiés, d'exercer certaines activités, de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

- l'évaluation des facteurs influençant la pratique de l'initiation de la contraception hormonale par les infirmières : une étude est en attente de financement.

Cette mobilisation, *via* « l'ordonnance collective de contraception hormonale », sur une profession paramédicale, les infirmières, facilement accessible et très intégrée aux autres dispositifs institutionnels pertinents tels que l'Éducation et les services sociaux doit constituer une facilitation notable de l'accès à la contraception.

Cet aspect va encore être renforcé à l'avenir grâce à la mise en place de la profession d'infirmières praticiennes de soins de première ligne (IPPSPL) dont les premières promotions sortent actuellement de formation initiale. Ces infirmières, inspirées du modèle des « nurse practitioners » américaines, disposeront des mêmes droits de prescription que les médecins généralistes (elles n'auront pas besoin de recourir à « l'ordonnance collective ») et pourront poser des dispositifs intra-utérins aux femmes non nullipares.

3. L'IDENTIFICATION SPECIFIQUE DE STRUCTURES A DESTINATION DU PUBLIC JEUNE : LES « CLINIQUES JEUNESSE

Dans le cadre de l'offre socio-sanitaire de proximité que constituent les centres de santé et de services sociaux (CSSS) peuvent être déployés des services « cliniques jeunesse », offerts soit dans l'enceinte du CSSS lui-même, soit parfois directement dans certains établissements scolaires (par exemple sous la forme d'heures de présence d'infirmière).

Le socle des prestations offertes porte sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles et peut parfois s'étendre à d'autres aspects : conseils plus larges en santé sexuelle, prévention des troubles alimentaires, santé mentale... Globalement ce sont donc principalement des services cliniques en santé sexuelle et reproductive, qui seraient majoritairement fréquentés par des jeunes filles.

Le personnel est composé au moins d'infirmières (jugées plus proches des jeunes que les médecins) ; des présences de médecins, de travailleurs sociaux, de psychologues, de diététiciennes peuvent être organisées selon la diversité des situations locales. Ces « cliniques jeunesse » bénéficient donc à plein des nouvelles possibilités de mobilisation des infirmières pour l'accès à la contraception à travers l'ordonnance collective de contraception hormonale.

Le dispositif fait l'objet d'un suivi à travers un indicateur de 0 à 4 mesurant le niveau d'implantation des Cliniques Jeunesse.

*

* *

Grossesses chez les adolescentes au Québec

De 1985 à 1997, le nombre de grossesses chez les adolescentes (14-17 ans) a augmenté : il est passé de 2 835 grossesses en 1985, à 3 783 en 1997 (augmentation de 33%), pour diminuer tranquillement par la suite et atteindre son plus faible niveau en 20 ans à 2 522 grossesses en 2005. Depuis 2004, le nombre de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans fluctue autour de 2 600 grossesses par année (en 2008 = 2 597 grossesses).

Le taux de grossesse à l'adolescence (14-17 ans) a suivi la même tendance passant de 15,3 pour 1 000 en 1985 à 20,2 pour 1 000 en 1998 (augmentation de 32%) et redescendre à son plus faible niveau, à 13,0 pour 1 000 en 2007 (en 2008 = 13,3/1 000).

Naissances chez les adolescentes au Québec

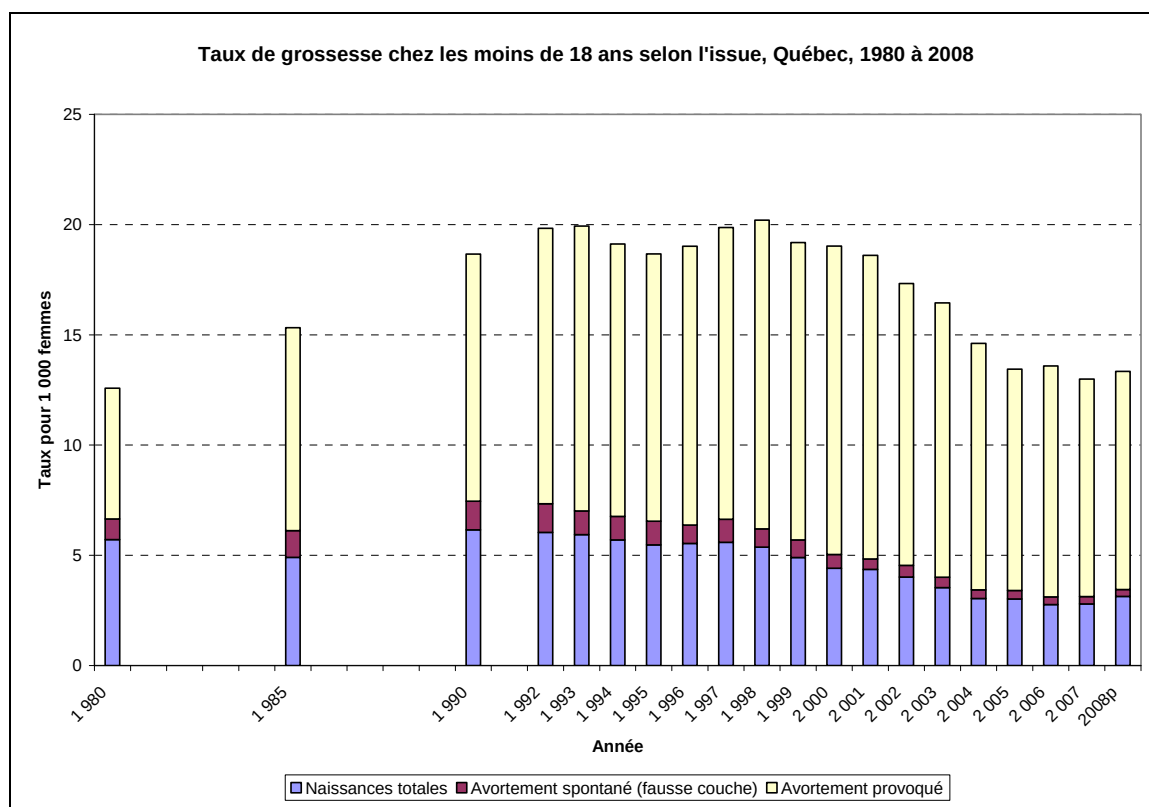
De 1985 à 1998, le nombre de naissances est resté stable autour de 1 000 naissances par année (1985 = 908 naissances → 1998 = 1000 naissances). De 1998 à 2006, le nombre de naissances s'est réduit (2006 = 538 naissances). Depuis 2003, le nombre de naissances fluctue légèrement autour de 600 naissances par année (en 2008 = 610 naissances).

Le taux de fécondité chez les adolescentes (14-17 ans) a suivi la même tendance passant de 4,9 pour 1 000 en 1985 à 5,6 pour 1 000 en 1997 et redescendre à son plus faible niveau à 2,8/1 000 en 2006 (en 2008 = 3,1/1 000).

Interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes au Québec

De 1985 à 1998, le nombre d'IVG a augmenté : il est passé de 1 702 IVG en 1985 à 2 607 IVG en 1998 (augmentation de 53%). De 1998 à 2008, le nombre d'IVG s'est constamment réduit (2008 = 1 925 IVG).

Le taux d'IVG chez les adolescentes (14-17 ans) a suivi la même tendance passant de 9,2 pour 1 000 en 1985 à 14,0 pour 1 000 en 1998 (augmentation de 52%) et redescendre à 9,9/1 000 en 2007 (en 2008 = 9,9/1 000).

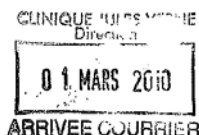


La diminution du nombre de grossesses et surtout des interruptions volontaires de grossesse chez les 14-17 ans démontre un gain important en termes de planification des naissances au Québec depuis les 10 dernières années. Cette diminution pourrait s'expliquer par les mesures suivantes: le remboursement des contraceptifs hormonaux par l'assurance médicament (1998), le programme d'accessibilité de la contraception orale d'urgence directement en pharmacie (2001), l'introduction sur le marché canadien de méthodes contraceptives qui améliorent l'observance des femmes à la contraception (timbre et anneau contraceptifs, stérilet au levonorgestrel) (2000 à 2003), l'intensification des messages de prévention auprès des jeunes (Programme École en santé et autres programmes d'éducation à la sexualité locaux), la promotion de l'utilisation du condom comme première méthode de contraception utilisée par les jeunes, l'implantation du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale (2007), la faible désirabilité sociale de poursuivre une grossesse à un jeune âge, etc.

Notons cependant que les statistiques de grossesse à l'adolescence sont fragiles, comme en témoigne la légère remontée du taux de fécondité en 2008, sous l'influence probable du boom des naissances observés récemment chez les femmes adultes du Québec.

Par ailleurs, le taux d'interruption volontaire de grossesse à l'adolescence, quoique à son niveau le plus faible en 20 ans (2008 = 9,9/1 000), est encore près de deux fois plus élevé que ce qu'il était en 1980 (5,9/1 000).

Pièce jointe



Nantes, le

24 FEV. 2010

Direction Générale Adjointe de la
Solidarité

Direction de la Vie Sociale et
Familiale

Service de Protection Maternelle et
Infantile

Référence : FB

Affaire suivie par :
Françoise BRETAUDEAU
Tél. 02 5117 22 33

fbretau@cg44.fr

Clinique Jules Verne
Direction Administrative et Financière

01 MARS 2010

ARRIVEE COURRIER

Madame la Directrice
Clinique Jules Verne
Centre Clotilde Vautier
2-4, route de Paris
44300 NANTES

Objet : Centre de planification et d'éducation familiale - Facturation relative aux anonymes majeurs.

Madame la Directrice,

Comme vous le savez, la réglementation en vigueur prévoit le financement par les Conseils généraux des consultations des anonymes mineurs, et ne se positionne pas en ce qui concerne les majeurs qui souhaitent garder l'anonymat. Après vérification auprès des services de l'État, il s'avère qu'aucun organisme actuellement n'assume cette compétence.

Le rapport I.G.A.S. sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi de 2001, qui vient de paraître, préconise d'assurer « l'accès gratuit à la contraception pour les jeunes de 18 à 25 ans dépourvus de couverture sociale autonome en développant des réseaux de professionnels de santé acceptant le tiers payant ».

Aussi, dans l'attente de la mise en place éventuelle d'un dispositif spécifique, j'accepte de prendre en charge les frais inhérents à ces anonymes majeurs qui ne sont pas assurés à titre personnel, et ne souhaitent pas que leurs parents sachent qu'ils ont recours à la contraception. Ces dépenses concernent les frais de consultations médicales, d'analyses et d'examens en laboratoires, ainsi que les produits contraceptifs.

Néanmoins, j'attire votre attention sur la nécessité de faire payer, à chaque fois que cela s'avère possible, les jeunes dont les parents approuvent la démarche et sont couverts au titre de l'assurance maladie et d'une mutuelle.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes sentiments distingués.

Pour le Président du Conseil général

La Vice-présidente déléguée

Michelle MEUNIER

Adresse postale :
Hôtel du Département
3 quai Ceineray - BP 94109
44041 Nantes cedex 1
Tél. 02 40 99 10 00
Courriel : contact@cg44.fr
Site internet : www.cg44.fr

Liste des sigles

ACSE	agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ARS	agences régionales de santé
BERCER	modèle de consultation sur la contraception : "Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour"
CAF	caisse d'allocations familiales
CDAG	consultation (ou centre) de dépistage anonyme et gratuit
CESC	comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CIDDIST	centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CNAECEP	conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	centres de planification ou d'éducation familiale
CSIS	conseil supérieur de l'information sexuelle
CSP	code de la santé publique
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales (avant la réorganisation de l'administration territoriale de l'Etat)
DDCS	direction départementale de la cohésion sociale (départements de plus de 400 000 habitants)
DDCSP	direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (départements de moins de 400 000 habitants)
DGCS	direction générale de la cohésion sociale
DGOS	direction générale de l'offre de soin (a succédé à la DHOS)
DGS	direction générale de la santé
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIU	dispositif intra-utérin (stérilet)
DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales (avant la réorganisation de l'administration territoriale de l'Etat)
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EICCF	établissements d'information, de consultation et de conseil familial
ETP	équivalent temps plein
HAS	haute autorité de santé
HPST	loi "hôpital, patients, santé, territoire"
INPES	institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	infections sexuellement transmissibles
IVG	interruption volontaire de grossesse
MEN	ministère de l'éducation nationale
MFPF	Mouvement français pour le Planning familial
MIG	missions d'intérêt général (hospitalières)
PMI	protection maternelle et infantile
PRSP	plans régionaux de santé publique
SEGPA	sections d'enseignement général et professionnel adapté
SVT	sciences de la vie et de la terre

Références bibliographiques

Rapports IGAS

AUBIN, Claire, JOURDAIN-MENNINGER, Danièle, *Evaluation 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*, Rapport de synthèse, IGAS, 2009 ; 93 p.

AUBIN, Claire, JOURDAIN-MENNINGER, Danièle, *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, IGAS, 2009 ; 99 p.

GAL, Christian, VILCHIEN, Danielle, *Le statut des conseillères conjugales et familiales*, IGAS, octobre 2006 ; 47 pages

JOURDAIN-MENNINGER, Danièle, LECOQ, Gilles, *Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)*, IGAS, août 2010 ; 80 p.

JOURDAIN-MENNINGER, Danièle, ROUSSILLE, Bernadette, VIENNE Patricia, LANNELONGUE Christophe. *Étude sur la protection maternelle et infantile en France*. Tome I Rapport de synthèse, IGAS, 2006 ; 52 p.

Rapports parlementaires

Assemblée parlementaire de la francophonie, Réseau des femmes parlementaires, (rapporteuse : Henriette MARTINEZ), *Natalité et santé de la procréation*, Bruxelles, 6 juillet 2005.

Bérangère POLETTI, députée, *La contraception des mineurs : un paradoxe*, 17 mai 2011

Autres rapports

CSIS, *L'éducation à la sexualité, un partenariat entre l'Etat, les collectivités locales et les associations : 13 recommandations à l'attention des institutions, des institutions et des professionnels pour l'application des dispositions relatives à l'éducation à la sexualité de la loi du 4 juillet 2001*, 2006 ; 113p.

HENON, Dominique, *La santé des femmes en France*, Conseil Economique, Social et Environnemental, 2010 ; 93 p.

LAURANT, Françoise, *L'évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité*, Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, 2004 ; 80p.

NISAND, Israël, TOULEMON, Laurent, *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*, Haut Conseil de la Population et de la Famille, décembre 2006, 26p.

Articles et dossiers

ASSELIN, Isabelle, BENNIA-BOURAI, Saïda, VALLEE, Marie, « Contraception et adolescence : une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen) », *Médecine*, février 2006, p84-89.

BERREWAERTS, Joëlle, NOIRHOMME-RENARD, Florence, *Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?*, Université catholique de Louvain, RESO, Unité d'éducation pour la santé, juin 2006.

LEVY, Marie-Françoise, « Le mouvement français pour le planning familial et les jeunes », *Vingtième siècle, revue d'histoire*, n°75, juillet-septembre 2002, p.75-84.

MESLE, Bernard, Planification familiale, cours optionnel santé de l'enfant, Faculté de Médecine de Nantes, 2009, 31p.

PHILIPPE, Claudine, *Le conseil conjugal et familial, une profession à la recherche de reconnaissance et d'unité*, Recherches et prévisions n°89, travaux et commentaires, septembre 2007 ; p.64-71.

PRUDHOMME, Muriel, « Petites histoires de filles au centre de planning familial », *Enfances et PSY*, n°31, 2006, p.47-55.

VILAIN, Annick, *Les IVG en 2007*, Etudes et résultats, DREES, décembre 2009, n°713 ; 6p.

VILPERT, Sarah, *De la planification familiale à la santé sexuelle et reproductive : une étude de cas*, Mémoire de maîtrise, laboratoire de démographie et d'études familiales, Faculté des Sciences économiques et sociales, Université de Genève, 2008 ; 117p.

International

Department for children, schools and families, department of Health, *Teenage pregnancies fall to lowest rate for over 20 years*, 24 February 2010.

Department for children, schools and families, department of Health, *Teenage pregnancy strategy: beyond 2010*, 2010; 60p.

Teenage Pregnancy Independent Advisory Group, Department for children, schools and families, department of Health, *Annual report 2008/2009*, 2009, 20p.

Department for children, schools and families, department of Health, *Teenage pregnancy prevention and support: a self-assessment toolkit for local performance management*, May 2009; 40p.

Improving sexual and reproductive health through strengthening health systems, Entre Nous, The European magazine for sexual and reproductive health, UNFPA, n°68, 2009.

PICAVET, Charles, VISSER, Teun, VAN DAM, Anke, *Fact sheet, sexual and reproductive health in the Netherlands 10 years after the ICPD conference in Cairo (1994)*, Rutgers Nisso Groep, Octobre 2004, 9p.

Rutgers Nisso Groep, "Sexual and reproductive health: the Netherlands in international perspective", décembre 2009, 52p.

Sex education forum, "Does sex relationships education work? A sex education forum evidence briefing", NCB, 2010 ; 6p.

The Lancet, *Sexual and reproductive health : a matter of life and death*, vol 368, November 4 2006, p.1595-1607.

COHEN LANDAU, Sharon, PARKER TAPIAS, Molly, McGHEE, Belle Taylor, "Birth control within reach: a national survey on women's attitudes toward and interest in pharmacy access to hormonal contraception", *Contraception*, 2006, vol 74 n°6 ; p.463-470.

JACOT-DESCOMBES, Caroline, "Suisse romande : des éducateurs pour parler sexualité à l'école", *La santé de l'homme*, septembre-octobre 2008, n°397 ; p.48-49.