

N° 49

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2000-2001

Annexe au procès-verbal de la séance du 25 octobre 2000

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relative à la contraception d'urgence,

Par M. Lucien NEUWIRTH,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean Delaneau, *président* ; Jacques Bimbenet, Louis Boyer, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Jean-Louis Lorrain, Louis Souvet, *vice-présidents* ; Mme Annick Bocandé, MM. Charles Descours, Alain Gournac, Roland Hugué, *secrétaires* ; Henri d'Attilio, François Autain, Jean-Yves Autexier, Paul Blanc, Claire-Lise Campion, Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Gilbert Chabroux, Jean Chérioux, Philippe Darniche, Claude Domeizel, Jacques Dominati, Michel Esneu, Alfred Foy, Serge Franchis, Francis Giraud, Alain Hethener, Claude Huriet, André Jourdain, Roger Lagorsse, Dominique Larifla, Henri Le Breton, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Jacques Machet, Max Marest, Georges Mouly, Roland Muzeau, Lucien Neuwirth, Philippe Nogrix, Mme Nelly Olin, MM. Lylia Payet, André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Bernard Seillier, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vezinhet, Guy Vissac.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (11^{ème} législ.) : 2567, 2588 et T.A 560

Sénat : Première lecture : 12 (2000-2001)

Vie, médecine et biologie (jeunes).

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS.....	3
INTRODUCTION	5
I. LA CONTRACEPTION D'URGENCE : PRÉVENIR LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE.....	7
A. LES SPÉCIFICITÉS DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE.....	7
1. <i>Un moyen de limiter le recours à l'avortement</i>	7
2. <i>Une réponse adaptée aux situations de détresse des adolescentes.....</i>	10
B. DES EFFORTS ENCORE INSUFFISANTS POUR PROMOUVOIR LA CONTRACEPTION	10
1. <i>Un taux d'IVG trop élevé, particulièrement chez les jeunes filles</i>	11
2. <i>Une relance tardive de l'information en faveur de la contraception</i>	15
II. UN STATUT JURIDIQUE INCERTAIN : LA NÉCESSITÉ D'UNE INTERVENTION LÉGISLATIVE	16
A. LA MISE EN VENTE LIBRE DU NORLEVO : UN FONDEMENT JURIDIQUE FRAGILE	16
B. L'ANNULATION D'UNE PARTIE DU PROTOCOLE NATIONAL DU 29 DÉCEMBRE 1999	19
C. LA CIRCULAIRE « TRANSITOIRE » DU 28 SEPTEMBRE 2000	22
III. UNE PROPOSITION DE LOI QUI GAGNERAIT A ÊTRE PRÉCISÉE ET COMPLÉTÉE	25
A. LE DISPOSITIF ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.....	26
1. <i>La suppression de l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance des contraceptifs d'urgence sans danger pour la santé</i>	27
2. <i>La possibilité, pour les médecins, de prescrire et, pour les pharmaciens, de délivrer ces contraceptifs aux « mineures désirant garder le secret »</i>	29
3. <i>La possibilité, pour les infirmières scolaires, d'administrer ces contraceptifs aux élèves mineures et majeures</i>	30
B. LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION	30
1. <i>Préciser les conditions de l'administration aux élèves d'une contraception d'urgence par les infirmières scolaires</i>	31
2. <i>Assurer la gratuité de la délivrance aux mineures en pharmacie.</i>	34
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	36
TABLEAU COMPARATIF	ERREUR! SIGNET NON DÉFINI.
ANNEXE - LISTE DES PERSONNES ET ORGANISATIONS AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	55

AVANT-PROPOS

On révèle que des milliers d'adolescentes sont enceintes ou courent le risque de l'être, mais est-ce une révélation ou plutôt une prise de conscience que les choses ne peuvent continuer ainsi ?

Où se trouve le problème ? Il se situe dans la méconnaissance dans laquelle se trouvent ces jeunes filles des mécanismes et des réalités de la transmission de la vie à travers les phénomènes on ne peut plus naturels que sont la fécondité et la sexualité.

Le problème relève tout d'abord de la mission éducatrice des parents lesquels, pour la plupart d'entre eux, n'ont pas reçu un enseignement direct de la part de leurs propres géniteurs, et qui donc ne sont pas préparés à cette mission éducatrice.

Il relève aussi des inhibitions dues à l'héritage culturel qui faisait que, dans les familles, on se gardait d'aborder, tels des tabous, tous les sujets qui concernaient la sexualité considérée comme perverse.

Quant à l'Education nationale, elle s'est réfugiée pendant longtemps derrière son rôle d'origine d'Instruction publique, clamant que l'éducation revenait aux seuls parents, se refusant à préparer à cette nouvelle mission ses futurs enseignants.

Cet état de chose allait de pair avec l'attitude de la société vis-à-vis des femmes, destinées principalement à donner des enfants à leurs époux et s'occuper du ménage.

Là aussi, il aura fallu des siècles pour que les Droits de la Femme soient reconnus et instaurés.

Des siècles pendant lesquels l'infanticide d'abord, l'abandon ensuite, puis l'avortement s'étaient établis comme seule régulation des naissances jusqu'à l'intervention de la contraception.

Je ne rappellerai que pour mémoire les combats quelquefois homériques que durent mener des femmes et des médecins courageux et éclairés, pour faire admettre la nécessité de mettre à la portée de tous et d'abord de celles qui en avaient le plus besoin, parce qu'elles étaient les plus démunies et les plus vulnérables, les moyens de maîtriser leur fécondité.

Avoir un enfant avec l'être qu'on aime, au moment où l'on peut l'accueillir dans les meilleures conditions, d'abord pour lui-même, car un enfant, c'est d'abord un projet de vie dont les auteurs ont la responsabilité, c'est un accomplissement.

Oui, transmettre la vie est une responsabilité grave, ce doit être un acte lucide, c'est aussi pourquoi les garçons doivent recevoir comme les filles, une information et une éducation complète sur la transmission de la vie et ses conséquences.

Fécondité et sexualité sont indissociables. Hommes et femmes sont soumis à leurs pulsions qu'à travers la contraception ils ont désormais les moyens de maîtriser, quand ils le souhaitent

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

L'examen par le Parlement de la présente proposition de loi trouve son origine dans l'annulation par le Conseil d'Etat, le 30 juin 2000, des dispositions d'une circulaire du 29 décembre 1999 autorisant la distribution de la pilule contraceptive NorLevo par les infirmières scolaires.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale s'articule autour de trois dispositions bien distinctes :

- la suppression de l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance des contraceptifs d'urgence qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé dans des conditions normales d'emploi : cette mesure donne une base législative à la mise en vente libre du NorLevo, seul médicament contraceptif aujourd'hui concerné par cette possibilité ;

- la possibilité, pour les médecins, de prescrire et, pour les pharmaciens, de délivrer ces contraceptifs d'urgence aux « mineures désirant garder le secret », c'est-à-dire sans autorisation parentale ;

- la possibilité, pour les infirmières scolaires, d'administrer ces contraceptifs d'urgence aux élèves mineures et majeures.

Votre rapporteur ne peut que regretter que le débat sur ce texte se soit engagé dans un climat de polémique peu propice au consensus.

Le Gouvernement a en effet fait un choix de calendrier particulièrement maladroit en décidant de présenter en Conseil des ministres le 4 octobre dernier, soit la veille de l'examen en séance publique à l'Assemblée nationale de la présente proposition de loi, le projet de loi relatif à

l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception qui étend notamment de 10 à 12 semaines de grossesse le délai limite pour la pratique d'une IVG.

Il n'est dès lors pas surprenant qu'une certaine confusion ait pu voir le jour entre une simple adaptation de la législation sur la contraception -qui fait l'objet de la présente proposition de loi- et l'allongement du délai légal pour une IVG, qui soulève, à l'évidence, des questions infiniment plus délicates.

La confusion est encore accrue par l'intitulé et le contenu du projet de loi « *relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* » qui mêle ainsi allègrement deux sujets que tout oppose pourtant : l'IVG n'est pas une forme de contraception !

Votre rapporteur regrette d'autant plus ce « mélange des genres » que le volet contraception de ce projet de loi, s'il a moins attiré l'attention de l'opinion publique, n'en est pas pour autant anodin.

Au regard des modifications du droit que comporte le projet de loi relatif à l'IVG et à la contraception, l'objet de la présente proposition de loi apparaît en définitive bien modeste. Votre rapporteur s'étonne dans ces conditions du caractère très médiatique que l'actuelle majorité a souhaité donner à un texte de circonstance.

Il n'en reste pas moins que la proposition de loi qui nous est soumise aujourd'hui s'efforce d'apporter une réponse à un problème réel, qu'il nous appartient d'examiner avec attention.

I. LA CONTRACEPTION D'URGENCE : PRÉVENIR LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

A. LES SPÉCIFICITÉS DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

1. Un moyen de limiter le recours à l'avortement

La contraception d'urgence -dénomination reconnue par l'Organisation mondiale de la santé- est définie comme l'utilisation d'un médicament ou d'un dispositif permettant d'éviter une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé. On distingue la méthode mécanique -le stérilet- des méthodes hormonales.

Depuis la fin des années 1980, il existe ainsi, à côté des contraceptifs hormonaux classiques, qui sont destinés à une utilisation régulière et préventive, d'autres formes de pilules contraceptives, uniquement réservées aux cas d'urgence.

Ces pilules contraceptives parfois dites « du lendemain » sont destinées à être absorbées après un rapport sexuel. Leur mode d'action est comparable, soit à celui d'un contraceptif hormonal classique, puisqu'elles empêchent l'ovulation si celle-ci n'a pas encore eu lieu, soit à celui d'un dispositif intra-utérin qui empêche la nidation de l'œuf.

Or, le législateur a rangé les dispositifs intra-utérins au nombre des contraceptifs, considérant implicitement que, pour l'application des dispositions relatives à l'avortement, la grossesse ne commence qu'à la nidation de l'œuf.

Les pilules contraceptives d'urgence interviennent donc avant le phénomène de nidation. Si l'œuf est implanté dans l'utérus, elles sont inefficaces et la grossesse se poursuit.

Les pilules contraceptives d'urgence ne doivent donc pas être confondues avec la Mifégyne, plus connue sous le nom de RU 486, qui n'appartient pas à la catégorie des contraceptifs mais à celle des produits abortifs, puisqu'elle agit plusieurs jours après le début de la grossesse, une fois l'œuf implanté dans l'utérus.

L'utilisation de la RU 486 est donc soumise, non aux règles de la loi Neuwirth de 1967, mais à celles beaucoup plus contraignantes, fixées par la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse. Par ailleurs, l'absorption de la RU 486 peut entraîner des effets secondaires relativement importants et elle n'est pas sans danger pour l'enfant à naître en cas de poursuite de la grossesse.

La France dispose aujourd'hui de deux médicaments hormonaux ayant pour but la contraception d'urgence.

L'un est une association d'oestrogènes (éthinyl-estradiol à la dose de 100 microgrammes) et d'un progestatif (levonorgestrel à la dose de 0,5mg), administrés deux fois à 12 heures d'intervalle -il est commercialisé sous le nom de Tétragynon et a reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France le 20 mars 1998.

L'autre n'est composé que de lévonogestrel à la dose de 2 comprimés de 0,75mg à 12 heures d'intervalle -il s'agit du NorLevo qui a obtenu une AMM en France dans l'indication en contraception d'urgence le 16 avril 1999.

L'efficacité de ces deux médicaments dans des conditions normales d'administration est jugée comparable selon des données internationales de niveau de preuve satisfaisant. Ces produits sont largement utilisés depuis de nombreuses années.

En terme de tolérance, le lévonorgestrel est globalement mieux toléré que l'association œstro-progestative. En raison de la présence d'oestrogènes, le Tétragynon présente en effet certaines contre-indications médicales et est déconseillé aux femmes ayant des antécédents ou des risques de thrombose vasculaire. C'est pourquoi l'administration de cette association œstro-progestative nécessite une consultation médicale préalable.

En raison de l'absence d'oestrogènes et d'une durée d'administration courte, le NorLevo n'a, quant à lui, aucune contre-indications médicales.

Ses effets secondaires sont très limités -des nausées sont rapportées dans 20 % des cas, les vomissements étant exceptionnels- et il ne présente pas de danger s'il est utilisé ponctuellement. En effet, en prise continue, le lévonorgestrel, même utilisé seul, reste soumis à prescription médicale.

Le NorLevo est une pilule contraceptive qui empêche l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus et doit être absorbée le plus rapidement possible, dans les 72 heures, après un rapport sexuel non protégé : il a en effet été démontré une efficacité significativement supérieure des méthodes hormonales de contraception d'urgence lorsque l'administration du

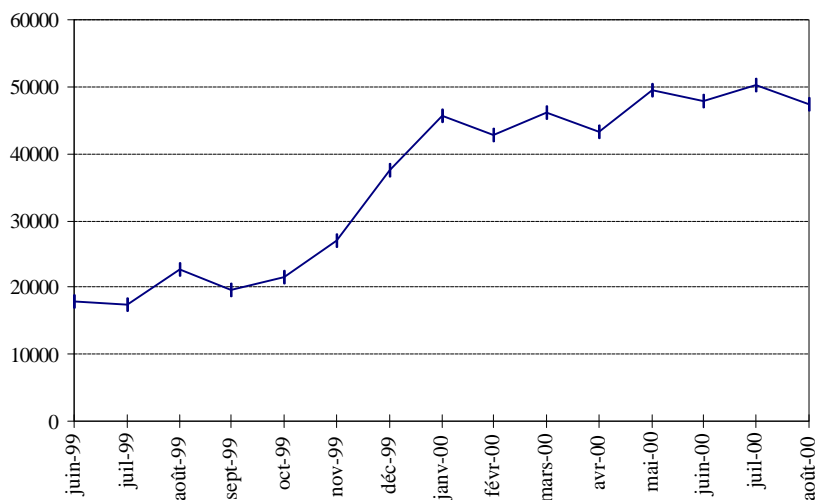
médicament est précoce. Dans le cas du NorLevo, l'efficacité lorsque la prise se situe dans les 24 heures est de 95 % ; elle diminue à 85 % lorsque la prise a lieu entre 24 et 48 heures et à 58 % entre 48 et 72 heures.

Compte tenu de l'absence de contre-indications médicales du NorLevo, un arrêté en date du 27 mai 1999, pris par le secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, M. Bernard Kouchner, supprimait l'obligation de prescription médicale auxquelles, comme tous les contraceptifs hormonaux, ce médicament était soumis jusque-là. Cette décision, prise sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), autorisait la vente libre en pharmacie du NorLevo.

La mise à disposition du NorLevo sans prescription médicale obligatoire permet aux femmes d'avoir la possibilité de recourir à la contraception d'urgence le plus tôt possible après un rapport sexuel non protégé. La prescription obligatoire supposait en effet la prise d'un rendez-vous chez le médecin et retardait inévitablement l'absorption de ce contraceptif.

Depuis son lancement en mai 1999, le ventes de NorLevo ont augmenté régulièrement, passant 18.000 unités en juin 1999 à 50.200 en juillet 2000. Elles semblent s'être stabilisées autour 45.000-50.000 unités depuis janvier 2000. **A l'évidence, ce contraceptif d'urgence répond à un réel besoin des femmes.**

**Evolution des ventes mensuelles de NorLevo
(en nombre d'unités)**



La contraception d'urgence est en effet un progrès considérable dans la mesure où elle permet de prévenir le recours à l'avortement. On peut espérer que sa diffusion contribue à diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'interruptions volontaires de grossesse.

2. Une réponse adaptée aux situations de détresse des adolescentes

Dans la mesure où elle constitue une contraception à utiliser après un rapport non protégé, la contraception d'urgence apparaît particulièrement adaptée pour les adolescentes.

En effet, la caractéristique des adolescents est de passer rapidement à l'acte, d'avoir des rapports non prévus, sur un coup de cœur, *« je ne pensais pas que l'on irait si loin... »*. Ces rapports sont alors non protégés.

Du fait de l'inexpérience, les adolescents rencontrent en outre des problèmes spécifiques quand ils utilisent la contraception : accidents de préservatifs, oubli de pilule... Il est souvent difficile de prendre la pilule de manière régulière quand on a des rapports épisodiques, les relations très espacées étant par exemple fréquentes pour les adolescentes qui vivent chez leurs parents.

Dans tous ces cas, la contraception d'urgence peut être d'un grand secours pour éviter nombre de grossesses non désirées.

B. DES EFFORTS ENCORE INSUFFISANTS POUR PROMOUVOIR LA CONTRACEPTION

Si la contraception d'urgence répond à une situation de détresse et permet de « réparer un accident », elle n'a pas vocation à remplacer une contraception classique. L'absorption de NorLevo de manière répétée est ainsi dangereuse pour la santé.

L'accent mis aujourd'hui sur la contraception d'urgence -qui devrait rester une méthode d'exception, de « rattrapage »- est assez révélateur de l'échec relatif des politiques menées depuis 30 ans en faveur du développement de la contraception, particulièrement auprès des jeunes.

1. Un taux d'IVG trop élevé, particulièrement chez les jeunes filles

La sexualité des mineurs est pourtant une réalité. Selon une enquête conduite en 1994 et dont les résultats ont été publiés en 1997¹, environ 45 % des adolescents de 15-18 ans ont déjà eu une relation sexuelle avec pénétration (environ 47 % des garçons et 41 % des filles), mais ils sont 55 % (57 % des garçons et 51 % des filles) si l'on considère toutes les pratiques mettant en jeu les organes génitaux (caresses, rapports orogénitaux).

Le type d'orientation scolaire constitue un facteur nettement discriminant pour l'entrée dans la sexualité : les adolescents en apprentissage ont une activité sexuelle et génitale nettement plus précoce que les adolescents scolarisés en lycées d'enseignement professionnel, eux-mêmes plus précoces que les adolescents scolarisés en lycée d'enseignement général.

Pour les adolescents sexuellement actifs, on peut souligner les éléments suivants² :

- plus de trois quarts déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur première relation sexuelle, et 20 % la pilule, alors que 10 % n'ont utilisé aucune précaution. En outre, environ 57 % des adolescents ayant eu leur première relation sexuelle en 1989 déclaraient avoir utilisé un préservatif, alors qu'ils étaient 85 % parmi ceux ayant eu leur première relation sexuelle en 1993 : la progression du recours au préservatif est particulièrement remarquable, et atteste que les adolescents sont dans l'ensemble des sujets responsables et sensibles aux messages de prévention ;

- les adolescents n'ayant pas utilisé de préservatif étaient deux fois plus nombreux que ceux ayant utilisé un préservatif à effectuer un test de dépistage de VIH, mais ce dans des proportions encore relativement faibles (respectivement 18,6 % et 8,2 %).

- 3,3 % des filles sexuellement actives (mais 9 % des filles en apprentissage) avaient connu une grossesse, parmi lesquelles 72 % avaient eu recours à une IVG.

- 15,4 % des filles et 2,3 % des garçons déclaraient avoir été contraints à la relation sexuelle. Les proportions étaient nettement supérieures pour les filles en apprentissage.

¹ H. Lagrange, B. Lhomond (dir.), L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida, Paris, La découverte, 1997.

² Ces résultats ont été repris dans le rapport du Conseil national du sida sur « L'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins », 6 mars 2000, dont nous reproduisons ici quelques éléments.

- seuls 16 % de garçons et 26 % des filles ont informé leurs parents de leur entrée en sexualité active. Pour 90 % d'entre eux, les parents ont « bien réagi ».

D'une manière générale, la sexualité n'est pas un sujet de dialogue avec les parents.

L'enquête réalisée par la SOFRES pour Sida Info service¹ confirme largement ce fait : les principaux canaux d'information des jeunes de 15-24 ans en matière de sexualité sont les pairs (amis, frères et soeurs pour 65 % d'entre eux), loin devant les médias (45 % pour la télévision, 36 % pour la presse écrite, 19 % pour la radio) et, très loin devant, les médecins, qui précèdent eux-mêmes les parents (26 %). L'institut de sondage commentait d'ailleurs : « *la sexualité est une préoccupation majeure et reste un sujet sensible, difficile à aborder au sein de la cellule familiale* ». La demande de confidentialité pour l'accès à la contraception ne saurait par conséquent être considérée comme quelque chose d'exceptionnel.

Ces éléments posent la question des connaissances que les mineurs adolescents ont de leur corps et de la sexualité. Lors des auditions organisées par le Conseil national du sida², un intervenant en milieu scolaire a dressé un bilan préoccupant de ces connaissances : il existerait une grande « *misère affective et sexuelle* » chez les adolescents, misère largement due à la démission tant des parents, qui se déchargeraient du devoir d'informer en escomptant l'action des institutions scolaires, que des institutions scolaires, qui attendent la même chose des parents. Les connaissances en matière d'anatomie, de sexualité, de règles d'hygiène, de maladies sexuellement transmissibles, seraient déficientes au point de faire courir des risques majeurs aux adolescents.

Les données relatives à l'IVG ne manquent pas, elles aussi, d'être préoccupantes, tant pour l'ensemble des femmes en âge de procréer que pour les mineures adolescentes.

¹ SIDA INFO SERVICE, Les 15-24 ans face au sida et à la sexualité, étude réalisée à partir des appels reçus à S.I.S. et d'un sondage SOFRES sur un échantillon de 500 personnes, 1^{er} décembre 1999.

² Conseil national du sida, *op. cit.* p. 28.

Les données globales sont les suivantes¹ :

- 220.000 IVG par an dont 160.000 déclarées (une IVG pour trois naissances) contre 250.000 en 1976 ;

- sur 100 grossesses accidentelles, 53 sont dues à un rapport non protégé, 32 à un rapport protégé par une méthode contraceptive insuffisamment efficace, 15 à un oubli de contraception ;

- sur 100 femmes enceintes, 36 grossesses ne sont pas souhaitées, et 22 donnent lieu à une IVG ;

- 75 % des IVG sont pratiquées avant la 8^{ème} semaine, 19 % avant le 5^{ème} semaine ;

- 22 % des avortements sont pratiqués par la pilule RU 486 ;

Quant aux jeunes adultes et aux mineures adolescentes, les données indiquent que :

- 30 % des IVG concernent les moins de 25 ans ;

- 10 % concernent les moins de 20 ans : 6.000 IVG chez les moins de 18 ans, 10.000 chez les 18-20 ans ;

- entre 1985 et 1995 et notamment entre 1993 et 1995, le nombre d'IVG chez les mineures oscille entre 5.700 et 6.400 IVG par an ;

- la proportion des mineures enceintes recourant à l'IVG augmente fortement : elle était de 59,7 % en 1985, de 64 % en 1990 et de 71,8 % en 1995 ;

- les adolescentes sont trois fois plus nombreuses que les adultes à n'utiliser aucune contraception (c'est le cas de 10 % d'entre elles environ) et elles sont nettement plus nombreuses à faire état d'un échec du préservatif pour expliquer leur grossesse (on retrouve des données comparables en Suisse, en Angleterre et aux Etats-Unis).

Une étude récente des services du Ministère de l'emploi et de la solidarité confirme ces tendances². En 1998, le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) s'établit à 214.000, soit 6 % de plus qu'en 1990. Dans le même temps, le taux d'IVG pour 1.000 femmes de 15 à 49 ans a

¹ I. Nisand, L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, rapport au Ministre de l'emploi et de la solidarité et au Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, février 1999.

² Les IVG en 1998, in Etudes et résultats, DREES, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 69, juin 2000.

légèrement diminué (de 13,6 ‰ à 13,3 ‰). Si l'on restreint l'observation aux femmes de 15 à 44 ans, il s'est au contraire un peu accru (de 15,0 à 15,4 ‰).

De 1990 à 1997, le recours à l'IVG est plutôt stable au-delà de 25-26 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes. Les taux les plus élevés concernent les femmes de 20 à 24 ans (24 ‰ en 1997, 21 ‰ en 1990), mais la plus forte augmentation est le fait des 18-19 ans : 19 ‰ contre 15 ‰ sept ans auparavant.

Pour les très jeunes, âgées de 15 à moins de 18 ans, le taux atteint près de 7 ‰ en 1997 (6 ‰ en 1990). Cette évolution, certes limitée par rapport à celle constatée pour les femmes un peu plus âgées, illustre l'importance d'une information précoce sur les moyens contraceptifs et d'un accès facilité aux jeunes.

La croissance du taux d'IVG chez les jeunes peut donner lieu à plusieurs hypothèses, encore difficiles à confirmer.

Une augmentation de la fréquence ou de la précocité des rapports sexuels semble devoir être écartée. L'âge médian des premiers rapports est situé à 17 ans pour les filles comme pour les garçons depuis plusieurs décennies.

L'évolution des modes de vie dans un contexte parfois marqué par la précarité économique pourrait apporter des éléments d'explication. Une fraction significative des jeunes femmes d'aujourd'hui a, en effet, été confrontée à des situations prolongées de chômage, pour elles-mêmes ou leurs proches. Ceci a, entre autres, pour effet de conduire à des installations en couples plus tardives, avec ou sans mariage, et donc à un nombre croissant de jeunes femmes seules ou n'ayant pas de situation professionnelle et familiale stable. Celles-ci pourraient avoir plus de difficultés, souvent en raison de leur situation matérielle, à recourir à une contraception efficace et, en cas de grossesse accidentelle, ne pas se sentir en mesure de l'assumer.

L'accent mis sur la prévention contre le sida et l'usage du préservatif a pu aussi faire ressentir la contraception comme un élément secondaire au regard de la protection contre la maladie et ne pas inciter à des pratiques contraceptives plus systématiques ou plus sûres que le seul préservatif.

L'ensemble des données disponibles attestent une vulnérabilité forte et même grandissante des mineurs adolescents du point de vue de l'accès à la contraception.

Si ces derniers ont, dans leur grande majorité, bien intégré les messages de santé publique en matière de protection lors des rapports sexuels,

une proportion non négligeable (de l'ordre de un sur dix ?) a des rapports sexuels sans contraception.

2. Une relance tardive de l'information en faveur de la contraception

Dans ce contexte, votre rapporteur ne peut que se féliciter que le Gouvernement ait choisi, le 12 janvier 2000, de lancer une campagne d'envergure sur la contraception.

Cette campagne était nécessaire. La dernière campagne de communication sur la contraception remontait à 1992 et mettait principalement l'accent sur le préservatif. Aujourd'hui, si la contraception est largement répandue en France, elle n'est pas suffisamment maîtrisée : le taux d'IVG s'est stabilisé mais demeure important. En outre, les inégalités sociales sont manifestes : le taux de recours à la contraception et le degré d'information restent liés au niveau d'insertion sociale.

La communication sur la contraception n'est pas une chose facile. Tous les publics, dans leur diversité sociale, ethnique ou culturelle doivent pouvoir se reconnaître dans un message unique. Et le sujet lui-même est sensible, tant il touche à une sphère intime.

Le Gouvernement a su prendre conscience des écueils qui devaient être évités :

- les différents moyens de contraception doivent être présentés sans risquer d'induire des comportements normatifs ;

- les messages sur la contraception ne doivent pas obérer les messages de prévention du Sida, ni pour autant créer de confusion sur le sens de la campagne ;

- contraception et grossesse ne doivent pas être opposées. L'objectif est au contraire de montrer qu'une contraception bien maîtrisée favorise le choix d'une grossesse désirée ;

- la contraception d'urgence doit être abordée, mais en soulignant son caractère d'urgence ;

- enfin, parler de contraception aux adolescents ne signifie pas hâter ou banaliser le premier rapport sexuel, mais plutôt de les responsabiliser et de les inciter à attendre d'être prêts avant de se lancer.

II. UN STATUT JURIDIQUE INCERTAIN : LA NÉCESSITÉ D'UNE INTERVENTION LÉGISLATIVE

A. *LA MISE EN VENTE LIBRE DU NORLEVO : UN FONDEMENT JURIDIQUE FRAGILE*

Quelques semaines après la mise sur le marché du NorLevo, le secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, M. Bernard Kouchner, supprimait, par un arrêté du 27 mai 1999, l'obligation de prescriptions médicales auxquelles, comme tous les contraceptifs hormonaux, ce médicament était soumis jusque-là.

Cette décision, prise sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), permettait la vente libre en pharmacie du NorLevo.

La prescription médicale d'un médicament : rappel de certains aspects réglementaires

La prescription médicale d'un médicament est obligatoire lorsqu'une ou plusieurs des substances actives qui le composent sont inscrites sur une liste (Liste I ou Liste II) des substances vénéneuses. L'inscription des principes actifs se fait sur arrêté du Ministre chargé de la Santé sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Pour les principes actifs inscrits, il y a possibilité d'exonérer certains produits, notamment pour de faibles dosages et/ou une durée limitée de traitement. L'exonération est prise par arrêté du Ministre chargé de la Santé pris sur proposition de l'AFSSAPS et après avis de l'Académie de pharmacie.

L'éthynil-estradiol est inscrit sur la liste des substances vénéneuses (comme tous les œstrogènes de synthèse) depuis le 21 septembre 1983 et ne bénéficie d'aucune exonération.

Le lévonorgestrel, inscrit sur la liste des substances vénéneuses depuis le 21 février 1979, a été exonéré par un arrêté du 30 mai 1999 dans les conditions suivantes : durée maximale de traitement de 2 jours, quantité maximale remise au public 1,5 mg, dose limite par unité de prise. La contraception d'urgence par le NorLevo n'est donc pas soumise à prescription depuis cette date, tandis que la contraception continue par pilule microprogestative reste soumise à prescription.

Les conditions de prescription et de délivrance des médicaments sont mentionnées dans leur autorisation de mise sur le marché. Des mentions spécifiques doivent figurer sur l'emballage du médicament lorsque la prescription est obligatoire.

Or, la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 soumet, à son article 3, la délivrance des contraceptifs hormonaux à une double contrainte : d'une part, ceux-ci, comme les autres contraceptifs, ne peuvent être délivrés qu'en pharmacie ; d'autre part, ils ne peuvent être délivrés qu'après avoir été prescrits par un médecin.

L'arrêté du 27 mai 1999 choisissait donc d'ignorer cette disposition de la loi Neuwirth.

La position du Gouvernement se fondait sur la directive du Conseil n° 92/26/CEE du 31 mars 1992 concernant la classification en matière de délivrance des médicaments à usage humain¹.

L'article 3 de cette directive prévoit que les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils :

« - sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale

ou

- sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé

ou

- contiennent des substances ou des préparations à base de ces substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets secondaires

ou

- sont, sauf exception, prescrits par un médecin pour être administrés par voie parentérale. ».

Le paragraphe 4 du même article précise cependant qu'une « *autorité compétente* » peut déroger à l'application des dispositions dudit article « *eu égard* :

a) à la dose maximale unique ou à la dose maximale journalière, au dosage, à la forme pharmaceutique, à certains conditionnements et/ou

b) à d'autres conditions d'utilisation qu'elle a spécifiées ».

L'article 4 de la directive prévoit en outre que « *les médicaments non soumis à prescription sont ceux qui ne répondent pas aux critères énumérés à l'article 3* ».

Le Gouvernement a ainsi estimé qu'en soumettant à prescription médicale obligatoire tous les contraceptifs hormonaux, la loi du 28 décembre 1967 dépassait les objectifs de la directive du 31 mars 1992.

¹ Journal officiel des Communautés européennes n° L. 113 du 30/04/1992 pp. 5-7.

Cette position a été explicitée dans la réponse faite par la ministre de la Justice à une question écrite posée le 23 décembre 1999 par votre rapporteur, dans laquelle il s'étonnait de ce qu'un arrêté puisse modifier une loi.

Le Garde des sceaux soulignait ainsi que :

« Le Garde des sceaux, ministre de la Justice, fait connaître à l'honorable parlementaire que la directive 92-96-CEE du 31 mars 1992 concernant la classification en matière de délivrance des médicaments à usage humain fixe les critères appliqués par les autorités compétentes pour soumettre à prescription médicale obligatoire certains médicaments, lorsqu'elles en autorisent la mise sur le marché, ainsi que les dérogations possibles. C'est en considération de ce texte que l'arrêté du 27 mai 1999 permettant la prescription du NorLevo sans autorisation médicale a pu être pris. En effet, selon l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, autorité compétente en matière d'autorisation de mise sur le marché des médicaments, le NorLevo n'est pas susceptible de présenter un danger conduisant à l'exigence d'une prescription médicale, compte tenu de son dosage et de ses conditions d'utilisation. Le fait que les dispositions de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 soumettant la délivrance des contraceptifs hormonaux n'aient pas encore été modifiées ne rend pas pour autant l'arrêté susvisé illégal. En effet, alors même qu'une disposition législative n'aurait pas été rendue conforme à une directive postérieure, le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 24 février 1999 (Association de patients de la médecine d'orientation anthroposophique et autres), a considéré qu'il y avait lieu d'écarter l'application de telles lois contraires à des directives. Dans ces conditions, il est possible d'écarter sous la réserve de l'appréciation souveraine des tribunaux dans le cas du NorLevo, l'application de la loi du 28 décembre 1967, même s'il est envisagé de modifier prochainement celle-ci. En effet, en prévoyant que tous les contraceptifs hormonaux sont soumis à prescription médicale obligatoire, une telle disposition dépasse les objectifs de la directive susvisée. »¹

Le Gouvernement en a par conséquent déduit que seules demeuraient applicables les règles de droit commun en la matière, telles qu'elles résultent des articles R. 5190, R. 5193 et R. 5204 du code de la santé publique.

Ces articles imposent que soient prescrits par un médecin tous les médicaments ou produits qui contiennent des substances identifiées, par un arrêté du ministre chargé de la Santé, comme dangereuses ou présentant des risques directs ou indirects pour la santé. Le lévonogestrel, principe actif du NorLevo, figure d'ailleurs au nombre de ces substances.

Toutefois, en vertu de l'article R. 5192 de ce code dans sa rédaction issue d'un décret du 31 mars 1999, des médicaments qui contiennent des doses très faibles de ces substances ou qui sont utilisés pendant une durée de traitement très brève peuvent échapper à cette obligation. Or le ministre chargé de la Santé a considéré, par une décision en date du 27 mai 1999, que le NorLevo entrait dans le champ de ces dernières dispositions et pouvait donc à ce titre bénéficier de cette exemption.

¹ Question écrite n° 21400 du 23 décembre 1999 JO questions écrites Sénat p. 4202. Réponse JO questions écrites Sénat du 2 mars 2000, p. 792.

Dès lors, selon le ministre chargé de la Santé, rien ne faisait plus obstacle à ce que le NorLevo soit mis en vente libre dans les pharmacies. L'autorisation de mise sur le marché du produit, qui, en vertu de l'article R. 5135 du code de la santé publique, rappelle les règles particulières de délivrance, a d'ailleurs été corrigée en conséquence par une décision du directeur général de l'AFSSAPS du 6 janvier 2000, afin de faire disparaître la mention selon laquelle le NorLevo devait être obligatoirement prescrit par un médecin.

B. L'ANNULATION D'UNE PARTIE DU PROTOCOLE NATIONAL DU 29 DÉCEMBRE 1999

Quelques mois plus tard, en décembre 1999, prenant acte de la décision du secrétaire d'Etat à la Santé et considérant que rien ne l'interdisait désormais, Mme Ségolène Royal, ministre déléguée chargée de l'Enseignement scolaire, prenait la décision d'autoriser les infirmières scolaires à délivrer elles-mêmes, en cas d'urgence, des comprimés de NorLevo aux collégiennes et aux lycéennes, même mineures.

Cette autorisation figurait dans une circulaire intitulée « *protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement* », publié au Bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale le 6 janvier 2000.

Dans la lettre adressée aux proviseurs des lycées et principaux des collèges, qui accompagne le protocole, la ministre précise : « *Un dispositif spécial concerne la prévention des grossesses précoces non désirées, qui permet à l'infirmière ou au médecin au collège et au lycée, dans le cas d'extrême urgence et de détresse caractérisée, de délivrer la contraception d'urgence, en l'espèce le NorLevo, qui est un médicament en vente libre. Mais il doit être rappelé que ce moyen contraceptif ne saurait en aucun cas être un substitut à une contraception régulière et responsable.*

« *C'est pourquoi une campagne nationale sera lancée à partir de janvier comportant en particulier la distribution d'un dépliant, à partir de la classe de 3^{ème}, autour duquel la communauté éducative organisera des actions d'information* ».

La circulaire est construite de la façon suivante : elle commence par rappeler à son chapitre I^{er} un certain nombre de principes qui régissent la délivrance par l'infirmière scolaire de médicaments d'usage courant. Elle fixe à ses chapitres II et III les normes d'équipement des infirmeries et cabinets médicaux dans les établissements. Elle dresse aussi, à son chapitre IV, la liste des médicaments et produits pharmaceutiques que l'infirmière doit avoir en

permanence à sa disposition ainsi que celle des médicaments qui peuvent être administrés en cas d'urgence sur prescription d'un médecin. Elle établit ensuite à son chapitre V un protocole pour les soins d'urgence, assorti d'un modèle de fiche à remplir chaque année par les parents pour autoriser l'hospitalisation éventuelle de leur enfant.

Elle comporte enfin un dernier chapitre, le chapitre VI, qui s'intitule « *Contraception d'urgence, NorLevo* ». Ce chapitre est composé de deux parties bien distinctes.

La première d'entre elles contient, sous la signature du Directeur général de la santé, quelques rappels généraux sur les contraceptifs hormonaux ainsi qu'une fiche de présentation du NorLevo, qui reprend les indications figurant sur la notice de ce produit (nature du principe actif, posologie, indications et précautions d'emploi).

La seconde, qui s'intitule « *Fiche infirmière/Contraception d'urgence* », précise les modalités selon lesquelles l'infirmière doit « *répondre aux situations d'urgence et de détresse* » en distinguant selon que l'adolescente qui s'adresse à elle est mineure ou majeure.

Dans le premier cas, il est recommandé à l'infirmière, après avoir engagé « *un dialogue avec l'élève* », de tenter d'entrer en contact avec les parents de celle-ci. Toutefois, si l'élève s'y oppose « *catégoriquement* », l'infirmière doit alors l'envoyer au centre de planification familiale le plus proche. Si cette solution se révèle pratiquement impossible à mettre en œuvre et « *s'il existe une situation de détresse caractérisée* », l'infirmière peut « *à titre exceptionnel et dans le cas où le rapport sexuel remonte à moins de 72 heures, délivrer le NorLevo à l'élève concernée* ».

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'une élève majeure, elle peut agir de même, sans s'efforcer de convaincre la jeune fille de se tourner d'abord vers sa famille.

Dans tous les cas, cet acte doit faire l'objet de la part de l'infirmière d'un compte rendu écrit, daté et signé, que l'élève soit mineure ou majeure.

La circulaire précise enfin que l'infirmière doit veiller à ce que l'élève fasse ensuite l'objet d'un suivi médical, de façon à « *entamer le cas échéant une contraception relais* ». L'infirmière doit également indiquer à l'élève que la contraception d'urgence ne constitue pas une méthode habituelle de contraception, qu'elle est réservée aux situations d'urgence et de détresse, qu'une prise répétée de NorLevo peut entraîner des complications et que, dans ces conditions, son usage ne saurait être banalisé.

Ce protocole national destiné aux infirmières et aux médecins scolaires constitue une nouveauté : il remplace les protocoles locaux qui existaient parfois dans certaines académies et reconnaît officiellement la mission des infirmières et leur rôle auprès des élèves.

Si la décision du Gouvernement a été en général bien accueillie par la plupart des professionnels de santé concernés, elle a toutefois suscité le dépôt au Conseil d'Etat d'un certain nombre de recours déposés par des associations de défense de la famille et de lutte contre l'avortement visant à annuler pour excès de pouvoir les dispositions de ce protocole relatives à la contraception d'urgence.

Dans sa décision du 30 juin 2000, le Conseil d'Etat a effectivement annulé les passages litigieux de la circulaire attaquée.

Ont ainsi été annulées les dispositions de la fiche infirmière du VI du protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement du 29 décembre 1999, celles des pages 22 et 23 de ce protocole précisant que le « NorLevo » est en vente libre, ainsi que les phrases de la lettre du 29 décembre 1999 du ministre délégué chargé de l'Enseignement scolaire commençant par « Un dispositif spécial » et se terminant par « ... régulière et responsable ».

Le Conseil d'Etat a estimé en effet qu'en confiant le rôle de prescription et de délivrance du « NorLevo », contraceptif d'urgence, aux infirmières scolaires, le ministre délégué à l'Enseignement scolaire avait méconnu la loi Neuwirth qui impose que les contraceptifs hormonaux soient délivrés en pharmacie sur prescription médicale.

Amené à se prononcer sur la compatibilité de la loi Neuwirth avec les objectifs de la directive du 31 mars 1992 concernant la classification en matière de délivrance des médicaments à usage humain, le Conseil d'Etat a considéré que tous les contraceptifs hormonaux, même si certains sont faiblement dosés ou destinés à une utilisation ponctuelle, comme le NorLevo, pouvaient entrer, en raison de leurs effets et de leurs contre-indications, dans la catégorie des médicaments susceptibles de présenter un danger s'ils sont utilisés sans surveillance médicale au sens du paragraphe 1 de l'article 3 de la directive.

Le Conseil d'Etat a jugé que si la directive permettait d'apporter des exceptions à la règle posée par la loi Neuwirth, elle ne l'imposait pas.

La Haute juridiction a donc estimé que les dispositions législatives en cause n'étaient pas, eu égard au large pouvoir d'appréciation que laisse la directive aux Etats-membres, incompatibles avec les objectifs de cette dernière et en a déduit que la loi Neuwirth n'était pas devenue inapplicable.

Dans ces conditions, le NorLevo, qui constitue un contraceptif hormonal au sens de la loi de 1967, ne peut, en application de l'article 3 de cette loi, être prescrit que par un médecin et délivré qu'en pharmacie, ou dans les conditions posées par l'article 4 de la loi, par un centre de planification ou d'éducation familiale.

On notera à cet égard que le Conseil d'Etat ne s'est pas prononcé sur la légalité de l'arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé autorisant la mise en vente libre du NorLevo, point sur lequel il n'était pas en effet sollicité.

Le soir même de l'annonce de l'arrêt du Conseil d'Etat, le Gouvernement, dans un communiqué de presse, prenait acte de cette décision dont il entendait « *tirer toutes les conséquences* ».

Le Gouvernement réaffirmait « *sa volonté de garantir l'accès libre de toutes les femmes à la nouvelle contraception* » et annonçait le prochain examen d'un texte par le Parlement : « *L'obstacle juridique retenu par le Conseil d'Etat ne peut être surmonté que par la loi. C'est pourquoi un texte législatif permettant une réelle prise en compte de la spécificité thérapeutique de ce contraceptif inconnu en 1967 et son administration à des mineures dans les établissements scolaires sera prochainement discuté au Parlement* ».

Ce texte a pris la forme de la présente proposition de loi sur la contraception d'urgence déposée le 13 septembre 2000 par Mme Danielle Bousquet et les membres du groupe socialiste et apparentés, adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture le 5 octobre 2000.

C. LA CIRCULAIRE « TRANSITOIRE » DU 28 SEPTEMBRE 2000

Outre l'annonce d'une révision législative, le communiqué du Gouvernement en date du 30 juin 2000 comportait l'annonce d'une nouvelle circulaire remplaçant les dispositions invalidées par le Conseil d'Etat : « *Sans attendre, une instruction sera adressée aux recteurs afin que des accords soient passés avec les médecins et les centres de planification familiale permettant aux infirmières scolaires de jouer leur rôle de conseil et de soutien vis-à-vis des adolescents en toute sécurité juridique* ».

Cette instruction a pris la forme d'une circulaire du 21 septembre 2000, concernant la mise en place de la contraception d'urgence par les établissements publics locaux d'enseignement (EPL), signée par M. Jack Lang, ministre de l'Education nationale, et publiée au Bulletin officiel du ministère de l'Education nationale du 28 septembre.

La circulaire précise que « *comme il s'y est engagé, le Gouvernement a d'ores et déjà entrepris les démarches visant à l'adoption de nouvelles*

dispositions législatives permettant de répondre aux objections du Conseil d'Etat.

« Dans l'attente de la modification de la loi du 28 décembre 1967 et compte tenu de l'importance des enjeux, tant pour répondre aux demandes des jeunes filles confrontées à des situations de détresse, que pour conforter les adultes responsables des établissements, et notamment les infirmières scolaires dans leur démarche d'accompagnement, il convient de prendre des mesures transitoires pour permettre aux élèves d'avoir accès à la contraception d'urgence.

« Lorsque les textes permettant la délivrance à titre gratuit en milieu scolaire, sans prescription médicale y compris aux mineures, seront publiés, ce dispositif pourra être maintenu, sous réserve d'adaptation, pour répondre plus largement aux différents besoins de santé des élèves en s'articulant sur les réseaux de soins. »

La circulaire du 21 septembre 2000 relative à la mise en place de la contraception d'urgence par les établissements publics locaux d'enseignement (EPLE)

Cette instruction prévoit un dispositif articulé autour de **trois niveaux** :

- Le niveau académique

Sous la responsabilité du recteur, un groupe de pilotage sera chargé, en relation avec la Direction régionale de l'action sanitaire et sociale et la délégation régionale aux droits des femmes, de mettre en œuvre une politique d'éducation à la sexualité. C'est dans ce cadre plus général que sera prévu un dispositif d'aide et d'accès à la contraception d'urgence pour les jeunes filles.

- Le niveau départemental

C'est à ce niveau que sont implantés les centres de planification, seuls habilités, dans le cadre légal actuel, à délivrer une contraception à des jeunes mineures. Les inspecteurs d'académie devront, en liaison avec les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales et les conseils généraux, organiser un dispositif comprenant la liste des centres de planification familiale, des médecins travaillant avec ces centres, de toutes les ressources hospitalières et sanitaires disponibles qui sera ensuite communiquée aux établissements.

- Le niveau local

Le chef d'établissement devra établir les modalités pratiques d'accueil, de prise en charge et de suivi des adolescentes. Ce dispositif devra comprendre toutes les informations pratiques nécessaires : adresses, jours et horaires d'ouverture des centres de planification les plus proches, coordonnées du médecin rattaché au centre et conditions de ses interventions. Ces dispositions seront inscrites dans le règlement intérieur et portées à la connaissance de tous les élèves et de leurs familles.

- Questions pratiques et mise en œuvre

Ce dispositif devant donner à toute élève la possibilité d'avoir accès au centre de planification familiale le plus proche, un accord de principe concernant l'autorisation de sortie de l'établissement devra donc être donné en début d'année par le chef d'établissement à l'infirmière. Des modalités d'accompagnement par un adulte seront définies pour tenir compte de l'âge des élèves et de l'éloignement du centre.

Si l'éloignement ou les horaires rendent inutile un déplacement, le médecin travaillant avec le centre sera sollicité. Dans ce cas, l'établissement passera avec lui une convention d'honoraires, qui sera soumise au conseil d'administration. Dans certains cas, les fonds sociaux pourront être utilisés.

Ce long cheminement débouche sur un imbroglio juridique : l'arrêté autorisant la mise en vente libre du NorLevo reste en vigueur alors que sa légalité semble douteuse ; les élèves majeures et mineures peuvent donc continuer à se procurer librement ce contraceptif en pharmacie. Parallèlement, les infirmières se voient privées de la possibilité qui leur avait été donnée de l'administrer à ces mêmes élèves.

A l'évidence, l'intervention du législateur était devenue nécessaire pour dire le droit et sortir d'une situation juridique pour le moins incertaine.

III. UNE PROPOSITION DE LOI QUI GAGNERAIT A ÊTRE PRÉCISÉE ET COMPLÉTÉE

Votre rapporteur préférerait naturellement que l'usage d'une contraception régulière se soit largement répandu chez les adolescents et qu'il ne soit pas nécessaire de légiférer aujourd'hui sur la contraception d'urgence.

Mais la réalité est malheureusement différente et **personne ne peut rester insensible à la détresse de ces adolescentes menacées par une grossesse non désirée.**

Votre rapporteur considère pour sa part que rien n'est pire pour une jeune fille que de débiter sa vie par une IVG et que notre devoir est de tout faire pour éviter que se produisent de telles situations.

Or, la contraception d'urgence - qui n'a pas vocation à tenir lieu d'une contraception classique - peut contribuer à préserver ces jeunes filles d'une IVG, événement toujours traumatisant. La notion d'urgence confère dès lors une spécificité très particulière à cette forme de contraception et justifie, pour une large part, un statut législatif adapté.

Il faut en effet faire en sorte que ces adolescentes puissent accéder le plus rapidement possible à cette forme de contraception, en autorisant la vente libre du NorLevo et sa délivrance aux mineures. Eu égard à cet objectif, il n'apparaît pas choquant de confier aux infirmières scolaires la mission d'administrer une contraception d'urgence dans les cas de détresse caractérisée.

Les centres de planification familiale, aujourd'hui seul autorisés par la loi à délivrer une contraception sans autorisation parentale sont souvent rares, presque inexistantes en milieu rural et mal connus par les adolescents.

En outre, le premier bilan des six mois d'application de la circulaire de Mme Royal apparaît satisfaisant ; les infirmières ont su faire face avec beaucoup de responsabilité à la nouvelle mission qui leur était confiée : en moyenne, il y eu 2 administrations de NorLevo pour 10 demandes d'élèves.

Sur le fond, le texte de l'Assemblée nationale semble donc pouvoir être accepté : il gagnerait cependant à être précisé et complété.

**L'administration du NorLevo aux élèves par les infirmières scolaires :
le bilan du Ministère de l'Education nationale**

A la demande du ministre de l'Education nationale, un bilan des six mois de mise en œuvre de cette possibilité a été effectué.

Le bilan quantitatif (*) :

Demandes de NorLevo de la part des élèves :

7.074 demandes d'élèves dont 4.720 élèves mineures
 2.354 majeures

Délivrances de NorLevo par les infirmières :

1.618 élèves dont 317 élèves de collèges
 968 élèves de lycée général et technologique
 333 élèves de lycée professionnel

Le suivi des élèves :

Dans tous les cas, qu'elle ait ou non délivré le NorLevo, l'infirmière a orienté l'élève vers le centre de planification familiale. 50 % des élèves ont été suivies par le centre de planification, 39 % par l'infirmière, 8 % par un médecin et 3 % par une assistante sociale.

L'esprit du protocole (écouter les difficultés des élèves, les guider et, en cas d'extrême urgence, administrer une contraception) a été respecté par l'ensemble des infirmières, ce que montre le bilan quantitatif : **2 administrations de NorLevo pour 10 demandes d'élèves.**

La mise en place de ce dispositif a permis une augmentation de la fréquentation des centres de planification familiale et du planning familial. Il a permis de répondre à des situations d'urgence et a suscité des réactions positives.

(*) Ces données ont été recueillies sur 22 académies sur 30.

A. LE DISPOSITIF ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale le 5 octobre dernier se compose d'un article unique complétant l'article L. 5134-1 du code de la santé publique par deux alinéas.

Aucun amendement n'ayant été adopté par l'Assemblée nationale en séance publique, le texte de cet article unique reprend les conclusions de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi n° 2567 présentée par Mme Danielle Bousquet et les membres du groupe socialiste et apparentés.

La commission avait, pour sa part, repris le texte initial de la proposition de loi modifié par un amendement du rapporteur permettant aux infirmières scolaires de délivrer une contraception d'urgence tant aux élèves mineures que majeures, alors que la proposition de loi ne visait à l'origine que les mineures.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale s'articule autour de trois dispositions bien distinctes :

- la suppression de l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance des contraceptifs d'urgence qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé dans des conditions normales d'emploi : cette mesure donne une base législative à la mise en vente libre du NorLevo, seul médicament contraceptif concerné par cette possibilité ;

- la possibilité, pour les médecins, de prescrire et, pour les pharmaciens, de délivrer ces contraceptifs d'urgence aux « mineures désirant garder le secret », c'est-à-dire sans autorisation parentale ;

- la possibilité, pour les infirmières scolaires, d'administrer ces contraceptifs d'urgence aux élèves mineures et majeures.

1. La suppression de l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance des contraceptifs d'urgence sans danger pour la santé

L'article L. 5134-1 du (nouveau) code de la santé publique, complété par la présente proposition de loi, résulte de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique.

Il codifie l'article 3 de la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 modifiée.

L'article L. 5134-1 du code de la santé publique prévoit d'une part que, sous réserve des dispositions relatives aux centres de planification ou d'éducation familiale, la délivrance des contraceptifs est exclusivement faite en pharmacie.

Il dispose d'autre part que les contraceptifs hormonaux et intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale.

Le premier alinéa du texte prévu par l'article unique de la proposition de loi pour compléter l'article L. 5134-1 introduit une dérogation à ces dispositions.

Il prévoit en effet que « *les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi, ne sont pas soumis à prescription obligatoire* ».

Il supprime ainsi l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance de certains contraceptifs d'urgence : ceux qui ne présentent pas de danger pour la santé.

A contrario, cette disposition signifie que la prescription médicale est maintenue pour les contraceptifs d'urgence susceptibles de présenter un danger pour la santé.

Cet alinéa apporte donc une validation législative à l'arrêté du secrétaire d'Etat à la santé autorisant la mise en vente libre du NorLevo, arrêté vraisemblablement illégal. Il prend en compte la spécificité thérapeutique du NorLevo inconnue au moment du vote de la loi Neuwirth en 1967. A cette époque, en effet, les seules pilules contraceptives disponibles étaient fortement dosées et nécessitaient par conséquent une prescription médicale.

A l'avenir, si d'autres contraceptifs d'urgence s'avéraient sans danger pour la santé, ils pourraient également bénéficier de la même possibilité. Il suffirait que le ministre chargé de la Santé autorise, après avis de l'Agence de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), la mise en vente libre de ces nouveaux contraceptifs.

La formulation retenue pour signifier l'innocuité du médicament -« *non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi* »- reprend, en inversant la proposition, les termes mêmes de la directive n° 92/26/CEE du Conseil, du 31 mars 1992, concernant la classification en matière de délivrance des médicaments à usage humain, laquelle prévoit dans le paragraphe 1 de l'article 3 que « *les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale* ».

Très concrètement, cet alinéa permet à toutes les femmes d'accéder à la contraception d'urgence, sous la forme du NorLevo, en pharmacie et sans ordonnance.

En pratique, il ne modifiera en rien la situation actuelle puisque la vente libre du NorLevo s'est poursuivie malgré l'arrêt du Conseil d'Etat.

2. La possibilité, pour les médecins, de prescrire et, pour les pharmaciens, de délivrer ces contraceptifs aux « mineurs désirant garder le secret »

Le second alinéa du texte proposé comprend deux dispositions.

La première phrase prévoit que ces contraceptifs d'urgence « *peuvent être prescrits et délivrés aux mineurs désirant garder le secret* ».

Cette disposition vise à régler le délicat problème de l'autorité parentale.

En vertu des articles 371-1 et 371-2 du Code civil, les parents ont en effet jusqu'à la majorité ou l'émancipation de leur enfant, autorité sur lui pour le « *protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation* » (art. 371-2).

Dès lors, c'est en principe aux parents qu'incombe, dans l'intérêt de l'enfant, les décisions qui ont trait à sa santé. Le code de déontologie médicale, tel qu'il résulte du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, prévoit d'ailleurs à son article 42, que, sauf cas d'urgence, « *un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement* ».

En l'état des textes applicables, il peut sembler difficile de prévoir, sans base législative adéquate, que les agents d'une institution telle qu'un établissement scolaire, puissent délivrer un contraceptif à un mineur sans l'accord de ses parents, voire à leur insu.

Conscient de la difficulté, le législateur a pris soin, lorsqu'il a modifié en 1974 la loi Neuwirth, d'indiquer expressément, à l'article 4 de cette loi, que les centres de planification et d'éducation familiale étaient habilités à délivrer gratuitement des contraceptifs « *aux mineurs désirant garder le secret* ». Lors de la discussion devant l'Assemblée nationale, le ministre chargé de la santé de l'époque avait relevé que, dans les autres cas, l'accès à la contraception se ferait selon les règles de droit commun en matière médicale.

Dans ses conclusions sur le recours devant le Conseil d'Etat dirigé contre la circulaire du 29 décembre 1999, le commissaire du Gouvernement avait ainsi estimé que les dispositions de ladite circulaire, en tant qu'elles concernaient des élèves mineurs, se heurtaient à la règle posée par l'article 371-2 du code civil.

Le Conseil d'Etat n'a cependant pas suivi cette argumentation et s'est gardé de prendre position sur cette question complexe.

La disposition prévue par la présente proposition de loi lève toute ambiguïté puisqu'elle autorise les médecins à prescrire et les pharmaciens à délivrer ces contraceptifs d'urgence aux « *mineures désirant garder le secret* ». Le choix de la terminologie renvoie explicitement à l'article 4 de cette loi de 1967, aujourd'hui codifié à l'article L. 2311-4 du nouveau code de la santé publique.

Elle donne une base légale incontestable aux prescriptions susceptibles d'être établies par les médecins concernant des mineures. Pour leur part, les pharmaciens délivraient déjà le NorLevo aux mineures : cette pratique est ainsi validée législativement.

3. La possibilité, pour les infirmières scolaires, d'administrer ces contraceptifs aux élèves mineures et majeures

La deuxième phrase du second alinéa du texte proposé rétablit la possibilité pour les infirmières scolaires d'administrer le NorLevo, possibilité qui avait été supprimée du fait de l'annulation d'une partie du protocole du 29 décembre 1999.

Cette intervention de l'infirmière s'inscrit dans le rôle qui lui est déjà reconnu face à l'urgence par le décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. La circulaire du 11 février 1999 de M. Bernard Kouchner sur la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales s'appuie d'ailleurs sur ce décret pour permettre à l'infirmier de mettre en œuvre le protocole de prise en charge des douleurs aiguës.

B. LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION

Votre commission vous propose d'adopter un amendement tendant à une nouvelle rédaction de l'article unique de cette proposition de loi.

Cet amendement vise à préciser les conditions de l'administration aux élèves d'une contraception d'urgence par les infirmières scolaires et à assurer la gratuité de la délivrance aux mineures des contraceptifs d'urgence en pharmacie.

1. Préciser les conditions de l'administration aux élèves d'une contraception d'urgence par les infirmières scolaires

Votre commission vous propose de reprendre sans modification le premier alinéa du texte adopté par l'Assemblée nationale selon lequel « *Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à prescription obligatoire.* » Cette rédaction semble satisfaisante et ne suscite pas de difficulté particulière.

S'agissant du deuxième alinéa, votre commission vous propose une nouvelle rédaction de la première phrase relative à l'autorisation de prescrire et de délivrer ces contraceptifs d'urgence aux « *mineures désirant garder le secret* ». **L'objectif est là encore de privilégier l'urgence pour éviter l'irréparable : une grossesse non désirée et très probablement une IVG.**

Votre commission souhaite préciser que cette dérogation au principe du consentement parental ne peut se justifier que par cet impératif essentiel. Elle vous propose par conséquent de débiter ainsi la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé : « ***Afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse, ils peuvent être prescrits...*** »

En outre, votre commission vous propose de préciser que ces contraceptifs d'urgence peuvent être prescrits **ou** délivrés aux mineures désirant garder le secret. En effet, dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale qui prévoit « peuvent être prescrits **et** délivrés », la prescription pouvait être interprétée comme une condition indispensable de la délivrance aux mineures, ce qui apparaissait contradictoire avec la suppression de la prescription médicale prévue au premier alinéa. En prévoyant que ces contraceptifs peuvent être prescrits **ou** délivrés, le texte proposé par votre commission signifie que ces médicaments peuvent être prescrits par les médecins -comme tout médicament- et qu'ils peuvent être également délivrés par les pharmaciens aux mineures désirant garder le secret.

Votre commission a souhaité consacrer un alinéa spécifique à la possibilité offerte aux infirmières scolaires d'administrer aux élèves une contraception d'urgence. Elle vous propose de remplacer la phrase figurant dans le texte de l'Assemblée nationale « *Ils peuvent être administrés tant aux mineures qu'aux majeures par les infirmières en milieu scolaire* » par un alinéa ainsi rédigé :

« *Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national, dans les cas d'urgence et de détresse*

caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles informent ensuite de leur décision le médecin scolaire, s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »

En adoptant cet alinéa, votre commission a tout d'abord souhaité préciser les lieux couverts par la proposition de loi en substituant à l'appellation pour le moins imprécise et juridiquement douteuse de « *milieu scolaire* » celle d' « *établissements d'enseignement du second degré* », c'est-à-dire les collèges et lycées.

Elle a ensuite voulu, d'une part, rappeler les principes qui doivent guider les infirmières dans leur action, d'autre part, définir de manière plus précise la procédure d'administration du NorLevo aux élèves. L'amendement reprend ainsi fidèlement certaines des formulations retenues par la circulaire.

Ainsi, comme l'avait souligné Mme Ségolène Royal, cette procédure est réservée aux cas d'urgence et de détresse caractérisée. L'administration d'une contraception d'urgence aux élèves ne peut qu'être exceptionnelle.

Votre commission souhaite ainsi rappeler que la contraception d'urgence ne saurait en aucun cas être un substitut à une contraception régulière et responsable et que son usage ne saurait être banalisé.

L'administration d'une pilule contraceptive d'urgence doit de surcroît se dérouler conformément à un protocole national déterminé par voie réglementaire.

Ce protocole devra naturellement tenir compte de la responsabilité éducative des parents.

Il était ainsi prévu, dans le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences de Mme Ségolène Royal, que l'infirmière commence par « *entrer en contact avec l'un des parents aux fins d'informer celui-ci des différentes possibilités de contraception d'urgence* ».

Ce n'est que « *si l'élève refuse catégoriquement que la famille soit associée à sa démarche* » que l'infirmière prend rendez-vous en urgence auprès d'un centre de planification familiale ou bien, « *s'il existe une situation de détresse caractérisée* », qu'elle délivre le NorLevo.

Dans le protocole transitoire de M. Jack Lang intitulé « *Instruction relative à la mise en place de la contraception d'urgence par les Etablissements publics locaux d'enseignement* » de septembre 2000, il est en outre précisé que

le chef d'établissement « *établit les modalités pratiques permettant aux adolescentes d'accéder à la contraception d'urgence* », prévoit que « *tous les élèves soient informés des structures d'accueil mises à leur disposition en cas de besoin. (...) Ces dispositions sont inscrites au règlement intérieur et portées à la connaissance des élèves et de leurs familles* ».

Comme l'a souligné Mme Ségolène Royal devant le Conseil supérieur de l'information sexuelle, le 31 août dernier, « *le rôle de l'école n'est donc pas de se substituer à la responsabilité éducative parentale, mais de l'accompagner et de la prolonger, tout en étant respectueuse des convictions des familles* ».

Néanmoins, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, le souci de prévenir une interruption volontaire de grossesse doit prévaloir sur l'exigence de consentement parental.

La majorité des parents semble d'ailleurs approuver ce principe puisque, selon un sondage effectué en août dernier pour la Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public, 66 % des parents d'élèves étaient favorables à la délivrance de la pilule du lendemain en milieu scolaire.

S'agissant de la procédure proprement dite, l'amendement présenté par votre commission précise que l'infirmière scolaire, confrontée à une demande de NorLevo, doit s'efforcer en premier lieu d'orienter l'élève vers un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale. Si un médecin ou un centre de planification familiale n'est pas immédiatement accessible, l'infirmière scolaire peut - compte tenu de l'urgence et si elle estime qu'il s'agit d'une situation de détresse caractérisée - administrer à l'élève majeure ou mineure une contraception d'urgence.

En choisissant le terme « administrer », votre commission a souhaité souligner que l'infirmière doit s'assurer de la prise effective par l'élève du premier puis du deuxième comprimé de NorLevo le lendemain.

Elle a également souhaité inscrire dans le texte de l'article unique dans la loi le nécessaire suivi des élèves à qui l'on administre le NorLevo : l'infirmière scolaire doit ainsi informer *a posteriori* le médecin scolaire des décisions qu'elle a prises, s'assurer de l'accompagnement psychologique de l'élève et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical par un médecin généraliste ou spécialiste ou un centre de planification familiale.

Ce suivi permettra de s'assurer de l'efficacité de la contraception d'urgence, notamment en conseillant un test de grossesse lorsqu'il est constaté un retard de règles, de prévenir les maladies sexuellement transmissibles et le sida et d'entamer, le cas échéant, une contraception relais.

La plupart de ces éléments figuraient déjà dans la circulaire du 29 décembre 1999. Votre commission a souhaité les inscrire dans la loi car, d'une part, ils n'ont rien d'accessoire, d'autre part, cette partie de la circulaire a été annulée par le Conseil d'Etat et n'a donc plus d'existence juridique.

Il va de soi que le dispositif ainsi prévu ne peut fonctionner que si le nombre des infirmières scolaires -aujourd'hui notoirement insuffisant- est substantiellement renforcé. Nombre d'établissements scolaires ne disposent que d'une infirmière à temps partiel, voire de pas d'infirmière du tout !

En outre, il convient que les infirmières scolaires puissent suivre une formation adaptée à cette la nouvelle responsabilité qui leur est confiée. On peut à cet égard imaginer qu'elles partagent sur ces sujets, dans les IUFM, la formation dispensée aux futurs enseignants.

Votre commission formule enfin le souhait qu'un bilan de la possibilité ainsi offerte aux infirmières scolaires soit établi dans un délai relativement bref et communiqué au Parlement.

2. Assurer la gratuité de la délivrance aux mineures en pharmacie.

Le dispositif prévu par la présente proposition de loi permet un accès facilité à la contraception d'urgence dans les établissements scolaires.

Il ne prend cependant pas suffisamment en considération les périodes de vacances scolaires, pendant lesquelles les établissements sont fermés, et les collèges ou lycées qui ne disposent pas d'une infirmière à plein temps. En outre, il ne prévoit pas de disposition particulière pour les jeunes filles en apprentissage ou non-scolarisées.

Dans ces cas, les adolescentes peuvent certes se procurer le NorLevo dans les pharmacies. Il reste que ce contraceptif coûte aujourd'hui entre 58 et 60 francs en officine alors que son obtention est gratuite auprès des infirmières scolaires.

Plusieurs des personnes auditionnées par votre rapporteur ont relevé que ce prix, s'il n'est pas très élevé, pouvait néanmoins constituer une difficulté pour des jeunes filles issues de milieux défavorisés.

Votre commission a souhaité par conséquent que la question du coût de ce contraceptif d'urgence ne soit pas un obstacle pour certaines jeunes filles. Elle a donc prévu que la délivrance des contraceptifs d'urgence aux mineures s'effectuerait « *à titre gratuit dans des conditions prévues par*

voie réglementaire ». Ainsi, l'obtention du NorLevo dans les pharmacies serait gratuit pour les mineures.

Sur ce point, votre rapporteur a souhaité recueillir le sentiment du Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens. Dans un courrier qu'il a adressé à votre rapporteur le 10 octobre dernier, M. Jean Parrot, Président du Conseil national de l'Ordre, a ainsi souligné :

« En ce qui concerne la dispensation hors prescription du NorLevo dans les officines de pharmacie, elle se pratique sans restriction tant aux mineures qu'aux majeures. Elle est assortie comme le prévoit l'article R. 5015-48 du code de la santé publique des conseils appropriés et d'un soutien aux patientes.

« Dans ce contexte, nous sommes favorables à votre proposition de délivrance gratuite aux mineures compte tenu notamment de la gratuité de ce produit lorsqu'il est délivré dans les établissements scolaires, et de la fermeture de ces derniers pendant les vacances scolaires »

Le coût d'une telle mesure serait très faible pour la collectivité et, dans tous les cas de figure, nettement inférieur à 1 million de francs par an.

Dans une hypothèse haute de 10.000 boîtes vendues par an à des mineures¹, la charge financière s'élèverait ainsi à environ 600.000 francs par an. A l'évidence, c'est un coût que notre pays peut assumer eu égard à l'importance de l'enjeu : éviter à des mineures une grossesse non désirée à un âge précoce et, dans la majorité des cas, une interruption volontaire de grossesse, événement toujours traumatisant.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous demande d'adopter cet amendement tendant à une nouvelle rédaction de l'article unique de cette proposition de loi.

¹ A titre de comparaison, moins de 2000 boîtes ont été données par les infirmières scolaires aux élèves majeures et mineures de janvier à juin 2000.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 25 octobre 2000, sous la présidence de M. Jean Delaneau, président, la commission a procédé à l'examen du rapport de M. Lucien Neuwirth sur la proposition de loi n° 12 (2000-2001), adoptée par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relative à la contraception d'urgence.

M. Jean Delaneau, président, a rappelé que la commission avait souhaité saisir de la proposition de loi la délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, et avait demandé à son rapporteur, Mme Janine Bardou, de bien vouloir présenter les recommandations adoptées par la délégation.

Mme Janine Bardou, rapporteur de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, a indiqué que la délégation avait examiné la veille son rapport et que celui-ci présentait d'abord les raisons qui étaient à l'origine de l'examen de ce texte, ensuite le contexte dans lequel il s'inscrivait, et ses conséquences pratiques. Elle a précisé qu'après un débat très riche, la délégation avait approuvé à l'unanimité, après l'avoir légèrement amendé, le projet de recommandations qu'elle lui soumettait.

Mme Janine Bardou a expliqué que la première partie de son rapport présentait les étapes importantes de l'histoire de la contraception chimique, laquelle était encore très récente -la pilule avait été inventée dans le courant des années 50- et probablement encore inachevée -on espérait ainsi mettre au point dans les prochaines années des vaccins contraceptifs, qui pourraient d'ailleurs concerner autant les hommes que les femmes. Elle a considéré que ces progrès, très rapides, à la mesure de l'histoire humaine, constituaient une étape fondamentale pour l'émancipation des femmes.

Mme Janine Bardou a relevé que la deuxième partie de son rapport examinait le cadre législatif qui régissait actuellement en France le recours à la contraception, ainsi que les politiques publiques en sa faveur. Elle a signalé combien la délégation, de manière unanime, s'était dite consternée par le niveau de sous-information générale que l'on constatait aujourd'hui chez nos

concitoyens, jeunes ou moins jeunes, en matière de contraception, alors même que la loi fondatrice, qui remontait maintenant à plus de trente ans, qui avait ouvert aux femmes de France la possibilité de maîtriser leur fécondité en posant comme principe le droit à la contraception et à l'information.

Elle a constaté qu'il y avait encore malheureusement beaucoup trop de grossesses non désirées et, par conséquent, d'interruptions volontaires de grossesse (IVG). Elle a cité trois chiffres, qui lui paraissaient particulièrement inquiétants et significatifs : 60 % des premiers rapports des mineures se dérouleraient sans contraception ; plus de 10 % des femmes de 20 à 44 ans, soit plus d'un million de femmes en âge et en situation de procréer, n'étaient pas protégées par une contraception efficace ; il y avait environ 220.000 IVG chaque année, dont 6.500 chez les mineures.

***Mme Janine Bardou** a estimé que tous ces chiffres montraient que le dispositif actuel d'information sur la contraception ne fonctionnait pas correctement. Aussi s'est-elle félicitée que la campagne d'information lancée par le Gouvernement le 12 janvier dernier soit reconduite dès l'an prochain, et que le Premier ministre ait accepté le principe d'une campagne régulière, notamment pour qu'elle puisse toucher les nouvelles générations d'adolescents. Dans le même ordre d'idée, elle a approuvé les initiatives prises en milieu scolaire depuis 1996 pour favoriser l'éducation des collégiens à la sexualité, car il est vrai que le problème révélé par l'importance du nombre des IVG (et particulièrement celles qui concernent les mineures) trouve ses racines dans la méconnaissance qu'ont les femmes de la contraception, de ses méthodes et de ses effets. Elle a considéré que, plus il serait remédié tôt à cette méconnaissance, plus la lutte contre les grossesses non désirées serait efficace. Par ailleurs, elle a estimé qu'il fallait aussi agir en direction des jeunes garçons et des hommes, qui devaient être davantage informés et impliqués.*

*Abordant la troisième partie de son rapport, **Mme Janine Bardou** a évoqué l'objet même de la proposition de loi. Elle a laissé le soin à M. Lucien Neuwirth, rapporteur, de présenter de manière détaillée les deux initiatives successivement prises par le Gouvernement pour permettre un accès facile et rapide au NorLevo, nouveau contraceptif d'urgence qui ne présentait aucune contre-indication médicale, sauf s'il était utilisé comme une méthode contraceptive répétée et régulière : sa mise en vente libre en 1999 et sa distribution d'urgence par les infirmières scolaires en 2000.*

Elle a souligné que le souci premier des pouvoirs publics, et la délégation y souscrivait pleinement, était d'éviter les grossesses non désirées, en particulier chez les jeunes filles, et donc de prévenir les avortements. Elle a observé que, depuis juin 1999, plus de 500.000 boîtes de NorLevo avaient été vendues ou distribuées - les ventes mensuelles avoisinant aujourd'hui le chiffre de 50.000 : ce produit répondait donc à une attente.

S'agissant de son administration par les infirmières scolaires, et en particulier aux mineures sans autorisation parentale, Mme Janine Bardou a indiqué que la délégation avait longuement débattu sur ce point. Elle a considéré que chacun était attaché à la responsabilité des parents, mais que chacun savait aussi que, dans de trop nombreuses familles, le dialogue était difficile, en particulier à l'adolescence, et tout spécialement sur les questions de sexualité, pour lesquelles ce dialogue n'existait pas toujours. Elle a estimé qu'il était certes souhaitable de renouer des relations de confiance, mais que l'on devait également tenir compte de cette réalité dans l'objectif poursuivi : préserver la santé et l'intégrité des toutes jeunes filles. Elle a souligné que c'était dans cet esprit que la délégation était favorable au rôle reconnu par la proposition de loi aux infirmières scolaires, avec lesquelles les adolescentes pouvaient, sans guère de difficultés, nouer un premier dialogue avec un adulte sur la sexualité.

Mme Janine Bardou a fait valoir que la délégation était néanmoins aussi très attentive à ce qu'au-delà de ce rôle essentiel, les infirmières scolaires interviennent, comme d'ailleurs elles l'avaient fait pendant la période d'application du protocole national avant son annulation par le Conseil d'Etat en juin dernier, comme médiatrices entre l'élève et sa famille, et l'encouragent à être médicalement suivie par le centre de planification, le médecin traitant ou un médecin spécialiste. Enfin, il avait paru à la délégation tout particulièrement indispensable de préciser à la jeune fille que la contraception d'urgence ne pouvait en aucun cas remplacer la contraception habituelle.

Elle a fait observer également qu'il était apparu à la délégation que la proposition de loi ne réglait pas toutes les situations, et que ses conséquences positives seraient étroitement conditionnées par les mesures d'accompagnement qu'il ne fallait pas manquer de lui associer. Ces préoccupations constituaient le « fil rouge » des recommandations que la délégation avait adoptées à l'unanimité et dont Mme Janine Bardou a rappelé la teneur.

Elle a indiqué tout d'abord que la délégation s'était déclarée favorable au dispositif de la proposition de loi relative à la contraception d'urgence, puisqu'elle était convaincue de la nécessité qu'il y avait de diminuer le nombre des grossesses non désirées et, par conséquent, celui des IVG, qui demeuraient encore considérables dans notre pays. Elle a insisté sur le fait que c'était malheureusement le cas s'agissant des jeunes filles, alors même que le recours à la contraception avait été libéralisé il y a plus de trente ans et que des progrès scientifiques significatifs avaient été accomplis en la matière depuis.

Mme Janine Bardou a souligné que, sur un plan plus global, la délégation estimait indispensable de favoriser toujours davantage l'information en général, et celle des adolescentes et adolescents en particulier, sur les droits en matière de contraception, sur les méthodes contraceptives, ainsi que sur les structures d'accueil et les professionnels qui pouvaient faciliter les démarches à

entreprendre. La délégation considérait que les pouvoirs publics se devaient de délivrer un puissant message en direction des familles afin qu'elles fassent preuve d'une meilleure écoute et d'une plus grande compréhension à l'égard de leurs enfants : l'essentiel des situations de détresse résultait en effet d'une absence de dialogue dans le cadre familial en ce qui concerne la sexualité ; une amélioration durable de la situation ne saurait être obtenue sans l'établissement d'un tel dialogue.

*S'agissant de l'efficacité de la présente proposition de loi, **Mme Janine Bardou** a indiqué que la délégation considérait qu'elle ne pourrait être obtenue que dans la mesure où un certain nombre de préoccupations auront été prises en compte. Elle a estimé souhaitable que les médecins scolaires soient pleinement associés aux dispositifs mis en œuvre dans les établissements. Elle a jugé indispensable que des moyens supplémentaires en personnels (infirmières, notamment) et en crédits budgétaires (en particulier, pour la formation initiale et permanente de tous les intervenants éducatifs et médico-sociaux) soient dégagés pour faire vivre les différentes initiatives prises ces dernières années en matière d'éducation à la sexualité et d'accompagnement des situations d'urgence. Elle a estimé nécessaire de favoriser de véritables partenariats entre les établissements scolaires et les centres de planification ou d'éducation familiale. Enfin, elle a souhaité que des solutions adaptées soient recherchées pour permettre aux jeunes filles en situation d'urgence ou de détresse d'accéder rapidement et facilement à la contraception d'urgence pendant les périodes de vacances scolaires.*

*En conclusion, **Mme Janine Bardou** a précisé que la délégation recommandait que des bilans soient régulièrement effectués en ce qui concerne tant l'application du présent dispositif législatif que le respect, par les autorités scolaires, des instructions ministérielles relatives à la politique d'éducation à la sexualité.*

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a tout d'abord précisé que l'examen par le Parlement de la présente proposition de loi trouvait son origine dans l'annulation par le Conseil d'Etat, le 30 juin dernier, des dispositions d'une circulaire du 29 décembre 1999 autorisant la distribution de la pilule contraceptive NorLevo par les infirmières scolaires.*

Il a observé que le texte adopté par l'Assemblée nationale s'articulait autour de trois dispositions bien distinctes :

- la suppression de l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance des contraceptifs d'urgence qui n'étaient pas susceptibles de présenter un danger pour la santé dans des conditions normales d'emploi : cette mesure donnait une base législative à la mise en vente libre du NorLevo, seul médicament contraceptif aujourd'hui concerné par cette rédaction ;

- la possibilité, pour les médecins, de prescrire et, pour les pharmaciens, de délivrer ces contraceptifs d'urgence aux « mineures désirant garder le secret », c'est-à-dire sans autorisation parentale ;

- la possibilité, pour les infirmières scolaires, d'administrer ces contraceptifs d'urgence aux élèves mineures et majeures.

M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a regretté que le débat sur ce texte se soit engagé dans un climat de polémique peu propice au consensus. Il a rappelé que le Gouvernement avait en effet fait un choix de calendrier particulièrement maladroit en décidant de présenter en Conseil des ministres le 4 octobre dernier, soit la veille de l'examen en séance publique à l'Assemblée nationale de la présente proposition de loi, le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception qui étendait notamment de 10 à 12 semaines de grossesse le délai-limite pour la pratique d'une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Il a jugé, dès lors, qu'il n'était pas surprenant qu'une certaine confusion ait pu voir le jour entre une simple adaptation de la législation sur la contraception -qui faisait l'objet de la présente proposition de loi- et l'allongement du délai légal pour une IVG, qui soulevait, à l'évidence, des questions infiniment plus délicates.

Il a, par ailleurs, considéré que la confusion était encore accrue par l'intitulé et le contenu du projet de loi « relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception » qui mêlait ainsi deux sujets que tout opposait pourtant car l'IVG n'était pas une forme de contraception. Il a regretté d'autant plus ce « mélange des genres » que le volet contraception de ce projet de loi, s'il avait moins attiré l'attention de l'opinion publique, n'en était pas pour autant anodin.

M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a estimé qu'il n'en restait pas moins que la présente proposition de loi s'efforçait d'apporter une réponse à un problème réel, qu'il appartenait d'examiner avec attention.

Après avoir souligné qu'elle permettait de limiter le recours à l'avortement, il a rappelé que la contraception d'urgence était définie comme l'utilisation d'un médicament ou d'un dispositif permettant d'éviter une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé.

Distinguant la méthode mécanique -le stérilet- des méthodes hormonales, **M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a rappelé que, depuis la fin des années 1980, il existait ainsi, à côté des contraceptifs hormonaux classiques, qui étaient destinés à une utilisation régulière et préventive, d'autres formes de pilules contraceptives, uniquement réservées aux cas d'urgence.

Il a précisé que ces pilules contraceptives parfois dites « du lendemain » étaient destinées à être absorbées après un rapport sexuel. Leur mode d'action était comparable, soit à celui d'un contraceptif hormonal classique, puisqu'elles empêchaient l'ovulation si celle-ci n'avait pas encore eu lieu, soit à celui d'un dispositif intra-utérin qui empêchait la nidation de l'œuf. Les pilules contraceptives d'urgence intervenaient donc avant le phénomène de nidation : si l'œuf était implanté dans l'utérus, elles étaient inefficaces et la grossesse se poursuivait.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur,** a souligné que ces contraceptifs d'urgence ne devaient donc pas être confondus avec la Mifégyne, plus connue sous le nom de RU 486, qui n'appartenait pas à la catégorie des contraceptifs mais à celle des produits abortifs, puisqu'elle agissait plusieurs jours après le début de la grossesse, une fois l'œuf implanté dans l'utérus.*

Il a indiqué que la France disposait aujourd'hui de deux médicaments hormonaux ayant pour but la contraception d'urgence : l'un était une association d'œstrogènes et d'un progestatif -il était commercialisé sous le nom de Tétragynon- l'autre n'était composé que d'un progestatif (le lévonogestrel) -il s'agissait du NorLevo qui avait obtenu une autorisation de mise sur le marché en France dans l'indication de contraception d'urgence le 16 avril 1999.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur,** a fait valoir que, contrairement au Tétragynon, le NorLevo n'avait, en raison de l'absence d'œstrogènes et d'une durée d'administration courte, aucune contre-indications médicales, qu'il empêchait l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus et devait être absorbé le plus rapidement possible, dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé. L'efficacité décroissait en effet fortement avec le temps : elle était de 95 % lorsque la prise se situait dans les 24 heures, elle diminuait à 85 % lorsque la prise avait lieu entre 24 et 48 heures et à 58 % entre 48 et 72 heures.*

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur,** a souligné que, compte tenu de l'absence de contre-indications médicales du NorLevo, un arrêté en date du 27 mai 1999, pris par le secrétaire d'Etat à la santé, M. Bernard Kouchner, avait supprimé l'obligation de prescription médicale à laquelle, comme tous les contraceptifs hormonaux, ce médicament était soumis jusque-là et que cette décision autorisait la vente libre en pharmacie du NorLevo.*

Il a expliqué que la mise à disposition du NorLevo sans prescription médicale obligatoire visait à permettre aux femmes de recourir à la contraception d'urgence le plus tôt possible après un rapport sexuel non protégé. Il a considéré que la contraception d'urgence constituait en effet un véritable progrès dans la mesure où elle permettait de limiter le recours à l'avortement et qu'elle apparaissait en outre très adaptée à la situation particulière des adolescentes. Il a rappelé que la caractéristique des adolescents était de passer rapidement à l'acte,

d'avoir des rapports non prévus, sur un coup de cœur. Ces rapports étaient alors non protégés.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a estimé que, dans tous ces cas, la contraception d'urgence pouvait être d'un grand secours pour éviter les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesse. Il a cependant relevé que, si la contraception d'urgence répondait à des situations de détresse et permettait de « réparer un accident », elle n'avait pas vocation à remplacer une contraception classique et devait rester une méthode d'exception, de « rattrapage ».*

Il a estimé que l'accent mis sur la contraception d'urgence était assez révélateur de l'échec relatif des politiques menées depuis 30 ans en faveur du développement de la contraception, particulièrement auprès des jeunes. Il a constaté à cet égard que le nombre des IVG restait presque aussi élevé qu'il y a 25 ans : 220.000 aujourd'hui contre 250.000 en 1976, soit une IVG pour trois naissances ; 30 % des IVG concernent les moins de 25 ans, 10 % concernent les moins de 20 ans. Il a rappelé qu'on recensait aujourd'hui 6.000 IVG par an chez les mineures, 10.000 chez les 18-20 ans, et fait observer que la proportion des mineures enceintes recourant à l'IVG augmentait fortement : elle était de 59,7 % en 1985, de 64 % en 1990 et de 71,8 % en 1995.

Il a considéré que ces données témoignaient des carences de l'information en faveur de la contraception et des efforts insuffisants menés pour promouvoir son utilisation. Il a noté qu'à l'évidence la sexualité restait un sujet sensible, difficile à aborder au sein de la cellule familiale ou de l'institution scolaire.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a considéré que dans ce contexte il ne pouvait que se féliciter que le Gouvernement ait choisi, le 12 janvier dernier, de lancer une campagne d'envergure sur la contraception. Après avoir rappelé que la dernière campagne de communication sur la contraception remontait à 1992 et mettait principalement l'accent sur le préservatif, il a jugé que cette nouvelle campagne était à l'évidence indispensable.*

*Abordant l'aspect proprement juridique de la contraception d'urgence, **M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a considéré qu'une intervention législative était nécessaire. Il a rappelé que la décision prise par le secrétaire d'Etat à la santé, M. Bernard Kouchner, d'autoriser la mise en vente libre du NorLevo reposait sur un raisonnement juridique pour le moins fragile. Il a expliqué que la loi du 28 décembre 1967 soumettait, à son article 3, la délivrance des contraceptifs hormonaux à une double contrainte : d'une part, ceux-ci, comme les autres contraceptifs, ne pouvaient être délivrés qu'en pharmacie ; d'autre part, ils ne pouvaient être délivrés qu'après avoir été prescrits par un médecin.*

M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a considéré que l'arrêté du 27 mai 1999 choisissait donc d'ignorer cette disposition de la loi. Il a expliqué que, pour justifier cette position, le Gouvernement avait estimé qu'en soumettant à prescription médicale obligatoire tous les contraceptifs hormonaux, la loi du 28 décembre 1967 dépassait les objectifs de la directive européenne du 31 mars 1992 concernant la classification en matière de délivrance des médicaments à usage humain.

Il a rappelé que, quelques mois plus tard, en décembre 1999, prenant acte de la décision du secrétaire d'Etat à la santé et considérant que rien ne l'interdisait désormais, Mme Ségolène Royal, ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire, avait pris la décision d'autoriser les infirmières scolaires à délivrer elles-mêmes, en cas d'urgence, des comprimés de NorLevo aux collégiennes et aux lycéennes, même mineures. Cette autorisation figurait dans une circulaire intitulée « protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement », publiée au bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale le 6 janvier 2000.

M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a rappelé que la décision avait suscité le dépôt au Conseil d'Etat d'un certain nombre de recours déposés par des associations de défense de la famille et de lutte contre l'avortement visant à annuler pour excès de pouvoir les dispositions de ce protocole relatives à la contraception d'urgence.

Il a indiqué que, dans sa décision du 30 juin 2000, le Conseil d'Etat avait effectivement annulé les passages litigieux de la circulaire attaquée car il avait estimé qu'en confiant le rôle de prescription et de délivrance du NorLevo, contraceptif d'urgence, aux infirmières scolaires, le ministre délégué à l'enseignement scolaire avait méconnu la loi de 1967 qui imposait que les contraceptifs hormonaux soient délivrés en pharmacie sur prescription médicale. Il a noté que le Conseil d'Etat ne s'était pas prononcé sur la légalité de l'arrêté du secrétaire d'Etat à la santé autorisant la mise en vente libre du NorLevo, point sur lequel il n'était en effet pas sollicité.

M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a rappelé que le soir même de l'annonce de l'arrêt du Conseil d'Etat, le Gouvernement, dans un communiqué de presse, prenait acte de cette décision dont il entendait « tirer toutes les conséquences » et réaffirmait « sa volonté de garantir l'accès libre de toutes les femmes à la nouvelle contraception » en annonçant le prochain examen d'un texte par le Parlement. Ce texte avait pris la forme de la présente proposition de loi sur la contraception d'urgence déposée le 13 septembre 2000 par Mme Danielle Bousquet et les membres du groupe socialiste et apparentés, adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture le 5 octobre 2000.

Il a indiqué qu'outre l'annonce d'une révision législative, le communiqué du Gouvernement en date du 30 juin 2000 comportait l'annonce

d'une nouvelle circulaire remplaçant les dispositions invalidées par le Conseil d'Etat. Il a constaté que cette circulaire avait pris la forme d'une instruction du 21 septembre 2000, concernant la mise en place de la contraception d'urgence par les établissements publics locaux d'enseignement (EPL), signée par M. Jack Lang, ministre de l'éducation nationale, et publiée au bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale du 28 septembre.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur,** a fait part des réflexions qui l'avaient conduit à proposer à la commission d'adopter la présente proposition de loi, sous réserve d'un certain nombre de modifications tendant à compléter et à préciser son dispositif.*

Il a rappelé qu'il aurait été naturellement préférable que l'usage de la contraception se soit largement répandu chez les adolescents rendant inutile de légiférer en la matière. Il a fait valoir que la réalité était cependant différente et que l'on ne pouvait rester insensible à la détresse de ces adolescentes face à une grossesse non désirée.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur,** a considéré que rien n'était pire pour une jeune fille que de débiter sa vie par une IVG et qu'il convenait de tout faire pour éviter que se produisent de telles situations. Il a estimé que la contraception d'urgence n'était sans doute qu'un pis-aller mais qu'elle pouvait permettre de préserver ces jeunes filles d'une IVG. Il a souhaité par conséquent que l'on fasse en sorte que ces adolescentes puissent accéder le plus rapidement possible à cette forme de contraception, en autorisant la vente libre du NorLevo et sa délivrance aux mineures.*

Il a mis l'accent sur la notion d'urgence qui conférait à ses yeux une spécificité très particulière à ces contraceptifs et justifiait, pour une large part, un statut législatif adapté qui permette de sortir de l'imbroglio juridique actuel. Après avoir souligné que les infirmières avaient su faire face avec beaucoup de responsabilité à la nouvelle mission qui leur était confiée, il a considéré que le premier bilan des six mois d'application de la circulaire de Mme Royal était satisfaisant.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur,** a donc estimé que, sur le fond, le texte de l'Assemblée semblait donc pouvoir être accepté, mais qu'il gagnerait cependant à être précisé et complété.*

Il a ensuite présenté l'amendement qu'il proposait, tendant à une nouvelle rédaction de l'article unique de la proposition de loi.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur,** a expliqué que l'amendement reprenait sans modification le premier alinéa du texte adopté par l'Assemblée nationale selon lequel « Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les*

conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à prescription obligatoire » Il a jugé que cette rédaction semblait satisfaisante et ne suscitait pas de difficulté particulière : elle signifiait, a contrario, que la prescription médicale est maintenue, sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, pour les contraceptifs d'urgence susceptibles de présenter un danger pour la santé.

*S'agissant du deuxième alinéa et de la disposition relative à l'autorisation de prescrire et de délivrer ces contraceptifs d'urgence aux « mineures désirant garder le secret », **M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a considéré qu'il convenait de préciser que cette dérogation au principe du consentement parental ne pouvait se justifier que par un impératif essentiel : préserver les mineures d'une grossesse non désirée et donc d'une interruption volontaire de grossesse.*

*Afin que la question du coût de ce contraceptif d'urgence ne soit pas un obstacle pour certaines jeunes filles issues de milieux défavorisés, **M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a proposé de compléter cet alinéa par une disposition prévoyant que la délivrance en pharmacie de ces contraceptifs aux mineures s'effectuerait à titre gratuit dans des conditions fixées par voie réglementaire. Il a expliqué que cette disposition faciliterait l'accès des mineures à la contraception d'urgence, notamment pendant les vacances scolaires.*

Il a indiqué que l'amendement consacrait un alinéa spécifique à la possibilité offerte aux infirmières scolaires d'administrer aux élèves une contraception d'urgence. Il a jugé tout d'abord nécessaire de préciser le champ d'application de cette mesure en substituant à l'appellation pour le moins imprécise et juridiquement douteuse de « milieu scolaire » celle d'« établissements d'enseignement du second degré », c'est-à-dire les collèges et lycées.

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a expliqué qu'il avait ensuite voulu, d'une part, rappeler les principes qui devaient guider les infirmières dans leur action, d'autre part, définir de manière plus précise la procédure d'administration du NorLevo aux élèves. L'amendement reprenait ainsi fidèlement certaines des formulations retenues par la circulaire ministérielle : l'administration d'une contraception d'urgence aux élèves ne pouvait qu'être exceptionnelle et réservée aux cas d'urgence et de détresse caractérisée.*

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a souligné qu'il avait entendu ainsi rappeler que la contraception d'urgence ne saurait en aucun cas être un substitut à une contraception régulière et responsable et que son usage ne saurait être banalisé. Il a ajouté que l'administration d'une pilule contraceptive d'urgence devait de surcroît se dérouler conformément à un protocole national déterminé par voie réglementaire. Comme cela avait été le cas dans le protocole de Mme Ségolène Royal, partiellement annulé par le Conseil d'Etat, et dans l'instruction de M. Jack Lang, ce protocole mettrait naturellement l'accent sur la*

responsabilité éducative des parents et sur la nécessité d'inciter l'élève à prendre contact avec sa famille.

M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a cependant estimé que le souci de prévenir une interruption volontaire de grossesse devait prévaloir sur l'exigence de consentement parental.

S'agissant de la procédure proprement dite, il a indiqué que l'amendement précisait que l'infirmière scolaire, confrontée à une demande de NorLevo, devait s'efforcer en premier lieu d'orienter l'élève vers un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale. Si un médecin ou un centre de planification familiale n'était pas immédiatement accessible, l'infirmière scolaire pouvait -compte tenu de l'urgence et si elle estimait qu'il s'agissait d'une situation de détresse caractérisée- administrer à l'élève majeure ou mineure une contraception d'urgence.

M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a souligné que l'amendement inscrivait également dans la loi le nécessaire suivi des élèves à qui l'on administre le NorLevo : l'infirmière scolaire devait ainsi informer a posteriori le médecin scolaire des décisions qu'elle avait prises, s'assurer de l'accompagnement psychologique de l'élève et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical par un médecin généraliste ou spécialiste ou par un centre de planification familiale. Ce suivi permettrait de s'assurer de l'efficacité de la contraception d'urgence, notamment en conseillant un test de grossesse s'il était constaté un retard de règles, de prévenir les maladies sexuellement transmissibles et le sida et d'entamer, le cas échéant, une contraception relais.

M. Lucien Neuwirth, rapporteur, a conclu que la rédaction qu'il proposait se voulait plus précise et plus complète que celle adoptée par l'Assemblée nationale mais qu'elle devrait néanmoins pouvoir être retenue par celle-ci.

Estimant que le rapporteur avait procédé à un exposé objectif du problème, **M. Jean Chérioux** a souligné le caractère ambigu de la proposition de loi. Il a regretté que le texte ne fasse pas mention de la nécessaire responsabilité des parents et a souhaité que l'on prévienne explicitement que les familles puissent s'opposer à l'administration d'une contraception d'urgence à leurs enfants.

Il a exprimé la crainte d'une banalisation de la contraception d'urgence qui pouvait apparaître comme une solution de simplicité pour certaines jeunes filles. Il s'est inquiété des risques que pouvait susciter, en matière de santé publique, une telle banalisation. Il s'est dit frappé du décalage entre la volonté d'aboutir à un risque zéro, par exemple en matière d'encéphalopathie spongiforme bovine, et les risques sanitaires que l'on prenait en autorisant la mise en vente libre de la contraception d'urgence.

M. Francis Giraud a considéré qu'il s'agissait là d'un véritable débat de société et que le sujet relevait d'une responsabilité collective. Il a jugé que la situation en matière d'information sur la contraception et la reproduction était catastrophique. Constatant que le nombre d'IVG n'avait pas diminué depuis 25 ans, il a souligné l'ignorance totale des bases élémentaires de la physiologie qui caractérisait nombre d'adolescents. Il a considéré qu'il fallait instituer dans les écoles une véritable éducation à la sexualité.

Après avoir rendu hommage aux compétences et au dévouement des infirmières, il s'est demandé néanmoins si l'on n'avait pas choisi de confier l'administration d'une contraception d'urgence aux infirmières scolaires uniquement en raison du nombre insuffisant de médecins scolaires. Estimant que le risque d'une banalisation de la contraception d'urgence existait à l'évidence, il a cependant jugé que rien n'était pire pour une jeune fille qu'une grossesse non désirée. Il a regretté vivement que l'on ne se donne pas les moyens de l'apprentissage de la responsabilité.

M. Louis Souvet a indiqué qu'il ne partageait pas la finalité poursuivie par cette proposition de loi. Il s'est déclaré sceptique quant à l'innocuité réelle de la contraception d'urgence et s'est inquiété des effets à long terme d'une administration répétée de ces produits contraceptifs.

Il s'est interrogé sur l'utilité de faire intervenir les infirmières scolaires alors que le NorLevo était en vente libre. Il s'est également enquis de la manière dont on allait procéder dans les établissements scolaires dépourvus d'infirmières et des conséquences d'un refus par l'infirmière d'accéder à la demande d'un contraceptif d'urgence.

Il s'est demandé si les pharmaciens avaient véritablement les moyens de préserver la confidentialité de l'entretien préalable à la délivrance d'une contraception d'urgence. Il s'est interrogé sur la portée normative de la rédaction prévue par l'amendement précisant que les contraceptifs d'urgence pouvaient être prescrits et délivrés aux mineures afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse.

M. Jean-Louis Lorrain a indiqué qu'il voterait l'amendement proposé avec réticence. Il a regretté que l'on évoque le problème de la contraception d'urgence sans l'examiner dans sa globalité. Il a jugé qu'il convenait de dissocier éducation à la contraception et éducation à la sexualité. Il s'est inquiété de la remise en cause de l'autorité parentale et s'est interrogé sur les conséquences d'un refus de l'infirmière scolaire de délivrer le NorLevo. Il s'est enquis de la façon dont la loi pourrait être appliquée dans les établissements de l'enseignement privé.

Il s'est dit sceptique sur la nécessité d'une gratuité en pharmacie, compte tenu du coût relativement modique du NorLevo. Il s'est inquiété du risque de

banalisation de la contraception et a craint que ne se développe un phénomène de « tourisme itinérant » entre pharmacies.

***M. Charles Descours** s'est dit accablé par le constat du nombre toujours trop élevé d'IVG. Il a considéré qu'il s'agissait là d'un échec de notre société. Jugeant qu'il convenait d'aborder ce sujet avec pragmatisme, il a rappelé qu'une interruption volontaire de grossesse était un acte toujours traumatisant et qu'il convenait de tout faire pour l'éviter.*

Il a considéré que la loi aurait également vocation à être appliquée dans les établissements scolaires de l'enseignement privé. Il s'est dit défavorable à la possibilité offerte aux parents de s'opposer à l'administration d'une contraception d'urgence à leurs enfants.

Regrettant que l'éducation nationale n'ait pas rempli sa mission d'information des élèves, il a suggéré que l'on inscrive dans le texte de la proposition de loi l'obligation, pour l'éducation nationale, de favoriser l'éducation à la contraception. Il a souhaité obtenir des précisions sur les taux d'échec du NorLevo et sur les raisons expliquant que les ventes de ce contraceptif se soient poursuivies malgré l'arrêt du Conseil d'Etat.

***Mme Marie-Madeleine Dieulangard** a estimé que le nombre encore très élevé d'IVG, notamment chez les jeunes, constituait effectivement un véritable problème de société. Considérant que rien n'était pire pour une jeune fille que de commencer sa vie par une IVG, elle a souligné que l'objet de la proposition de loi était de favoriser la diffusion de la contraception d'urgence qui permettait précisément d'éviter les IVG. Elle a estimé que l'utilisation de la contraception d'urgence ne pouvait être que ponctuelle et qu'elle n'avait pas vocation à se substituer à une contraception régulière.*

Elle a considéré que les situations de détresse auxquelles étaient parfois confrontées certaines adolescentes mettaient en lumière les carences graves de l'éducation nationale en matière d'éducation à la sexualité. Elle a souhaité un renforcement du nombre des médecins scolaires et a estimé qu'il était plus facile pour une élève d'entamer un dialogue avec une infirmière qu'avec un médecin.

Elle a souligné qu'elle partageait les analyses des deux rapporteurs et a fait valoir que le dispositif de l'amendement proposé méritait d'être examiné attentivement afin de vérifier s'il ne pouvait pas conduire à limiter le champ de la possibilité offerte aux infirmières. Elle a dit partager le souci du rapporteur de faire en sorte que les élèves ne soient pas livrées à elles-mêmes.

Après s'être inquiétée du cas des jeunes non scolarisées, elle a rappelé que le Conseil d'Etat, dans son arrêt, n'avait pas repris l'argumentation selon laquelle le dispositif mis en place par Mme Ségolène Royal était contraire au

principe de l'autorité parentale et que la Haute juridiction n'avait pas nié la notion d'urgence médicale, s'agissant d'un rapport sexuel non protégé.

***Mme Nelly Olin** a regretté que la proposition de loi ne soit accompagnée d'aucun engagement précis quant aux moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Elle a souligné que beaucoup d'établissements scolaires étaient encore dépourvus d'infirmières, ce qui amenait à s'interroger sur la portée réelle du dispositif proposé.*

***Mme Annick Bocandé** s'est inquiétée du risque de banalisation de la contraception d'urgence. Elle s'est interrogée sur l'innocuité réelle du NorLevo, notamment en cas de prises répétées, et a souhaité connaître les éventuelles conséquences de son absorption sur le fœtus en cas de poursuite de la grossesse.*

Elle a jugé qu'il n'était pas certain que les élèves concernées aillent d'elles-mêmes voir l'infirmière scolaire et a souhaité que l'on réfléchisse à la mise en place d'un adulte référent dans les établissements scolaires. Elle a formulé le souhait que l'on renforce considérablement, à l'occasion de ce texte, les efforts d'information en direction des adolescents.

***M. Philippe Darniche** a fait part de son opposition à un texte qui conduisait inévitablement au laxisme, à la déresponsabilisation et à l'abandon progressif de nos repères éthiques. Il a regretté que l'on écarte les familles du dispositif et s'est inquiété des effets sur la santé de ce produit contraceptif fortement dosé. Il a jugé que les pharmaciens étaient mieux à même de délivrer le NorLevo aux adolescentes que les infirmières scolaires.*

***M. Alain Gournac** a souligné que certains collèges de sa commune ne disposaient ni d'infirmière, ni de médecin scolaires. Il a souhaité que l'on réaffirme le rôle de la famille et que l'on accentue les efforts en matière d'information des adolescents. Il s'est inquiété d'un risque de banalisation de la contraception d'urgence.*

***M. Michel Esneu** a mis l'accent sur la nécessité d'une éducation à la responsabilité. Il a souligné qu'il convenait d'éviter le recours à l'IVG et a souhaité que l'on fasse davantage référence à la qualité de la relation parentale. Il a jugé que la contraception d'urgence pouvait être l'occasion de renouer le dialogue entre l'adolescent et sa famille.*

***M. Roland Muzeau** a indiqué qu'il avait apprécié les deux rapports qui constituaient des constats objectifs de la situation. Il a jugé que l'amendement proposé par le rapporteur était de nature à rassurer les plus inquiets. Il a mis l'accent sur la nécessité d'une véritable information sur la sexualité et la contraception et a dit partager la conviction du rapporteur que tout devait être fait pour éviter une interruption volontaire de grossesse. Il a souhaité pouvoir*

examiner attentivement l'amendement mais a précisé d'ores et déjà qu'il en partageait l'esprit.

***Mme Gisèle Printz** a rejeté l'idée d'une éventuelle banalisation de la contraception d'urgence. Elle a souligné que les jeunes étaient plus responsables qu'on ne le croyait souvent. Elle a considéré que ce texte pouvait être l'occasion, pour les parents, de s'intéresser à la vie sexuelle de leurs enfants.*

***M. Dominique Leclerc** a dit partager les analyses du rapporteur et s'est félicité de ce que le réalisme ait prévalu. Il a jugé qu'il convenait de faire confiance à la fois aux adolescentes et aux professionnels de santé qui seraient chargés de délivrer cette contraception d'urgence. Il a précisé que la délivrance du NorLevo en pharmacie était l'occasion d'engager le dialogue avec les femmes concernées.*

***M. Claude Domeizel** a souligné que l'éducation sexuelle ne devait pas se limiter aux filles et devait également concerner les garçons. Il a considéré que les relations difficiles entre parents et enfants se rencontraient dans tous les milieux. Il a jugé que ce texte posait la question de la majorité sexuelle, laquelle se situait probablement avant 18 ans. Il a souhaité pouvoir réfléchir sur l'idée de la gratuité de la délivrance aux mineures, proposée par le rapporteur.*

*En réponse aux différents intervenants, **M. Lucien Neuwirth, rapporteur**, a souligné qu'il ne croyait pas à un risque de banalisation dans la mesure où le NorLevo n'était pas systématiquement efficace. Dans ces conditions, une femme qui choisirait le NorLevo comme un mode de contraception classique prendrait le risque d'une grossesse non désirée. Il a considéré qu'il convenait de tenir compte de ce qu'était la société d'aujourd'hui et non de ce que l'on voudrait qu'elle fût.*

Il a jugé que le problème devait être pris en amont, qu'il provenait d'une méconnaissance absolue des mécanismes de la transmission de la vie et que l'information faite depuis 20 ans en faveur de la contraception avait été très insuffisante.

S'agissant de la proposition de loi, il a jugé qu'il convenait de résoudre le problème que posaient les milliers de grossesses d'adolescentes qui s'achevaient le plus souvent par un avortement. Il a souligné que le protocole national sur lequel s'appuieraient les infirmières devrait naturellement mettre l'accent sur le rôle de la famille. Il s'est dit défavorable à la possibilité pour les parents de s'opposer à l'administration d'une contraception d'urgence à leurs enfants par les infirmières scolaires dans la mesure où il suffirait à ces enfants de se rendre alors à la pharmacie.

Il a souhaité en revanche que l'on mette l'accent sur la mission éducatrice des parents et a regretté le manque d'écoute dont souffraient trop

souvent les enfants. Il a ajouté que le dispositif proposé devrait s'accompagner de la nécessaire formation des infirmières à la nouvelle responsabilité qui leur était confiée. Il a conclu en soulignant qu'il s'était efforcé de mettre dans ce texte tout ce qui pouvait protéger les mineures et qu'il avait ainsi notamment prévu un suivi médical et un accompagnement psychologique des élèves.

***Mme Janine Bardou** a indiqué qu'elle déposerait, au nom du groupe des républicains et indépendants, un amendement prévoyant qu'un rapport, dressant le bilan de la possibilité ainsi offerte aux infirmières scolaires d'administrer une contraception d'urgence, serait déposé au Parlement avant le 31 décembre 2002.*

***M. Lucien Neuwirth, rapporteur,** a jugé qu'il s'agirait là d'un complément très utile.*

La commission a ensuite adopté l'article unique de la proposition de loi dans la rédaction issue de l'amendement présenté par le rapporteur.

TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la Santé publique	Proposition de loi relative à la contraception d'urgence	Proposition de loi relative à la contraception d'urgence
TITRE III		
AUTRES PRODUITS ET SUBSTANCES PHARMACEUTIQUES REGLEMENTEES		
CHAPITRE IV		
Contraceptifs		
<p><i>Art. L. 5134-1.</i> - Sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 2311-4, la délivrance des contraceptifs est exclusivement faite en pharmacie. Les contraceptifs hormonaux et intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.</p>	Article unique	Article unique
<p>L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.</p>	<p>L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>L'article L. 5134-1 ... par trois alinéas ainsi rédigés :</p>
	<p>« Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi, ne sont pas soumis</p>	<p>« Les ... d'urgence et non ...</p>

Textes en vigueur

Texte adopté par l'Assemblée nationale

à prescription obligatoire.

« Ils peuvent être prescrits et délivrés aux mineures désirant garder le secret. Ils peuvent être administrés tant aux mineures qu'aux majeures par les infirmières en milieu scolaire. »

Propositions de la commission

... d'emploi ne sont ...
... obligatoire.

« Afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse, ils peuvent être prescrits ou délivrés aux mineures désirant garder le secret. Leur délivrance aux mineures s'effectue à titre gratuit dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

« Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles informent ensuite de leur décision le médecin scolaire, s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »

ANNEXE

-

LISTE DES PERSONNES ET ORGANISATIONS AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

- M. François MEYER, Directeur adjoint, et Mme Lise DURANTEAU, Chef de département, à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

- Dr Elisabeth AUBENY, Présidente de l'Association française pour la contraception (AFC)

- Mme Danielle GAUDRY, Présidente, et Mme Fatima LALEM, chargée du dossier contraception, de la Confédération nationale du Mouvement français pour le planning familial

- M. Bernard GLORION, Président du Conseil de l'Ordre des médecins

- Mme Martine CHAUVÉ, Déléguée au Conseil de l'Ordre des pharmaciens

- Mme Brigitte LE CHEVERT, Secrétaire générale du Syndicat des infirmières conseillères de santé (FSU)

- Dr Marie-Blandine BASALO, Secrétaire générale, Dr Frédérique BERGEROT du Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'Education nationale (SNAMSPEN)

- Mme GIBERGUES, Secrétaire générale du Syndicat national des infirmiers éducateurs de santé (FEN)

- Mme Marie-Lucie GOSSELIN, secrétaire générale, Mme PADOURA, médecin de l'éducation nationale, membre du bureau, M. Marc BARDIDIA, médecin de l'éducation nationale, membre du bureau, du Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU-FEN)

- Mme Chantal LEBATARD, Administratrice chargée des problèmes de psychologie et droit de la famille, M. Paul YONNET et Mme SASSIER, Directrice générale adjointe, de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)

Le rapporteur a en outre reçu une contribution écrite de Mme Aude MENIGOZ, membre du Bureau du Syndicat unitaire des médecins de l'Education nationale (SUMEN-FSU).