

**Manneken-Pis au béret ou comment la France et la Belgique ont
à apprendre l'un de l'autre en matière de santé sexuelle**

(2012)



fps

Sommaire

1. Introduction.....	3
2. Qu'est-ce que la santé sexuelle ?.....	3
3. France-Belgique, même constat.....	4
4. Les acteurs institutionnels.....	5
4.1. Belgique francophone	5
4.2. France.....	5
5. Cadre normatif	7
5.1. Contraception	7
5.1.1. Belgique	7
5.1.2. France	7
5.2. IVG.....	8
5.2.1. Belgique	8
5.2.2. France	8
5.3. Education à la Vie Affective et Sexuelle	9
5.3.1. Belgique	9
5.3.2. France	9
6. Conclusions et revendications.....	10
7. Bibliographie	11

Céline Orban

Chargée d'études et de projets

Celine.orban@mutsoc.be

Manneken-Pis au béret ou comment la France et la Belgique ont à apprendre l'un de l'autre en matière de santé sexuelle

1. Introduction

Depuis le début, la santé des femmes est au cœur du projet des Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS). Cela a commencé par l'ouverture de centres de planning familial (autrefois appelés « centres de consultation conjugale »), par la mise en place d'une assurance maternité... Aujourd'hui, si les revendications ont changé, la santé des femmes reste le principal axe de travail des FPS. C'est pourquoi, nous avons décidé de mener en 2013 une grande étude sur la santé des femmes avec comme question transversale : qu'en est-il de la santé des femmes en Belgique ? Parce que la France a toujours été un de nos partenaires mutuellistes, nous allons comparer les politiques de santé sexuelle, et de planification familiale plus précisément, mises en œuvre en France et en Belgique. Quels sont les acteurs institutionnels ? Quelles sont les avancées législatives ? Qu'est-ce qui distingue les deux modèles ? Comment chaque pays peut améliorer sa stratégie à la lumière de l'expérience étrangère ? Autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans ces lignes.

2. Qu'est-ce que la santé sexuelle ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme suit : « La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés ». A juste titre, cette approche met l'accent sur le bien-être des individus et ne réduit pas la santé sexuelle à l'absence de maladies. C'est dans ce cadre que nous nous inscrivons. Au cœur de la santé sexuelle, nous avons donc identifié trois points autour desquels cette analyse se structurera : la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et l'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS).

3. France-Belgique, même constat

En matière de santé sexuelle, la France et la Belgique partagent de nombreuses similitudes. L'existence d'une **norme contraceptive** tout d'abord. En France et en Belgique, les modes de contraception sont dominés par les méthodes médicalisées réversibles. En début de vie sexuelle, le préservatif est majoritairement utilisé ; avec l'installation d'une relation stable, les jeunes filles se voient prescrire la pilule ; et une fois le nombre d'enfants souhaité atteint, elles optent pour le stérilet. La **pilule** reste le moyen de contraception le plus utilisé, toutes catégories d'âge confondues (Lalman, 2012). Parmi les 15-19 ans, elles sont 75% à y recourir (*Ibid.*). Si le choix des femmes en matière de contraception est dicté par les pairs (amies, cousines, sœurs), les médias et internet, ce sont surtout les médecins qui jouent un rôle dans la décision des femmes. Ils demeurent en effet les principaux prescripteurs de contraception et ils orienteraient davantage les femmes vers la pilule au détriment d'autres moyens contraceptifs. Or de nombreux ouvrages soulèvent l'importance des contraceptifs à longue durée d'action pour éviter les grossesses non désirées. En effet, avec un stérilet par exemple, le risque d'erreur pour l'utilisatrice est quasi nul.

Ensuite, des deux côtés de la frontière, on remarque que si la contraception a progressé¹, **l'IVG n'a pas baissé**. En 2011, plus de la moitié des IVG concernaient des femmes utilisant une méthode contraceptive, avec un échec dû à un oubli ou un accident. En cause ? Les périodes de transition contraceptive, les difficultés à gérer quotidiennement la pratique contraceptive et le manque de connaissances à propos de la contraception d'urgence². Mais le problème est plus large. En effet, Nathalie Bajos, auteure de nombreux ouvrages sur la sexualité, considère que ce ne sont pas les conditions d'accès à l'IVG qui ont eu un impact sur la demande, mais une « nouvelle norme procréatrice » qui se conjugue à l'évolution des trajectoires socio-affectives pour augmenter la propension à avorter en cas de grossesses non prévues. Ce changement de contexte s'explique notamment par l'évolution du statut des femmes, l'augmentation du nombre de relations sexuelles hors contexte de conjugalité, le recul de l'âge de la maternité, l'intensification de l'instabilité conjugale et socio-économique... (Bajos, 2004). La cause du recours à l'IVG ne se réduit donc pas à un échec de contraception.

Enfin, les discours sur la sexualité et la contraception tournent autour de la **peur**. On parle surtout du danger d'avoir des relations sexuelles et non du plaisir qui les accompagne, on fait de la prévention des risques et non de la promotion de la santé. L'hypersexualisation

¹ L'utilisation de la contraception (pilule, stérilet) est passée de 52% (en 1978) à 82% (en 2004).

² « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », Etudes et Résultats, n°804, juin 2012.

de nos sociétés a eu pour revers d'engendrer des craintes et a conduit au retour de certains interdits moraux³. Tant en France qu'en Belgique, l'information à propos de la sexualité est fortement tronquée par une foule de **mythes** et d'idées reçues. La pilule rendrait stérile, ferait grossir, le stérilet ne serait pas adapté aux femmes n'ayant pas encore eu d'enfants... Ces stéréotypes ont de nombreuses conséquences sur la pratique contraceptive. Il convient donc de les déconstruire par des campagnes de sensibilisation et d'information portant un message positif, respectueux et dénué de tout jugement.

4. Les acteurs institutionnels

Après un bref topo de la « situation contraceptive », voyons quels sont les acteurs qui organisent la planification familiale dans chacun des deux pays.

4.1. Belgique francophone

Au niveau associatif, le secteur du **planning familial** est le principal acteur (Pereira, 2007 : 17). Il existe 106 centres de planning familial toutes fédérations⁴ confondues en Fédération Wallonie-Bruxelles (dont 30 pratiquent l'IVG) pour environ 4,5 millions d'habitants. Les missions des centres de planning sont la préparation des jeunes à la vie affective et sexuelle et l'information des personnes et groupes sur tout ce qui concerne la contraception, la grossesse désirée ou non, l'interruption volontaire de grossesse, les maladies sexuellement transmissibles et tout aspect de la vie sexuelle et affective.

4.2. France

La planification familiale est organisée par deux structures : les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

On dénombre 390 **EICCF**. Ils perçoivent des subventions de l'Etat ; elle s'élevaient à 3.5 millions en 2011⁵ (Rapport IGAS). Les EICCF poursuivent quatre missions : l'accueil, l'information et l'orientation sur les questions liées à la sexualité, à la contraception et aux IST ; la préparation des jeunes à leur vie de couple et à la fonction parentale ; l'entretien préalable à l'IVG et l'accompagnement de celui-ci ; et enfin, l'accueil de personnes en situation difficile (dysfonctionnements familiaux, violences, etc.). Ces sont des structures non-médicalisées, contrairement aux CPEF.

³ « Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale », Centre d'analyse stratégique, n°226, Juin 2011, La note d'analyse.

⁴ Il y a quatre fédérations des centres de planning familial: la Fédération laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF), la Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FCPF-FPS), la Fédération des Centres de Planning et de Consultation (FCPC), la Fédération pluraliste des Centres de Planning Familial (FCPPF).

⁵ « Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan », Claire Aubin, Christine Branchu et Jean-Luc Vieilleribière, Rapport IGAS, Inspection générale des affaires sociales, juin 2011.

Les **CPEF** relèvent des conseils généraux⁶. On en dénombre 1200. Seuls les CPEF peuvent pratiquer des consultations et des interventions médicales. Si, au départ, les missions des deux organismes se recoupaient fortement, progressivement, le versant « sanitaire » des CPEF a été renforcé et l'orientation éducative et sociale des EICCF confortée (*ibid.*). CPEF et EICCF rassemblés, il existe donc 1600 structures pour environ 65 millions d'habitants.

Selon le rapport IGAS⁷, la coexistence de deux catégories de structures en France - les CPEF et les EICCF - affaiblit l'efficacité globale du dispositif. La **diversité des structures** écornerait leur visibilité (*ibid.*). Elles ne seraient donc pas toujours connues et accessibles à tous de manière égale (*ibid.*). Le rapport plaide pour la création d'une plateforme commune qui inventorierait l'ensemble des structures existantes. En Belgique, il existe une plate-forme de ce type www.loveattitude.be⁸ sur laquelle on peut retrouver l'ensemble des coordonnées et spécificités des différents centres en Wallonie et à Bruxelles. Il semblerait toutefois « *ce n'est pas tant cette diversité qui pose problème que les faiblesses de conception et d'organisation qui rendent le pilotage de leurs interventions lacunaires* » (*ibid.*). En Belgique, le Décret relatif aux centres de planning et de consultation familiale et conjugale donne quant à lui un cadre juridique assez précis des missions, du personnel, et des conditions de fonctionnement notamment.

Concernant les financements, le secteur du planning familial en France a connu quelques soubresauts financiers ces derniers temps. En effet, en 2009, le gouvernement avait prévu de diminuer de 42 % le montant affecté au conseil conjugal et familial mettant en péril les actions d'information, d'éducation et de prévention dans les domaines de l'EVAS. Face à la vague de protestations, l'Etat a tout de même signé un accord garantissant pour trois ans un **financement** de 2,6 millions d'euros pour l'ensemble des EICCF. Si les meubles ont été sauvés, force est de constater que le secteur de la planification familiale en France est en danger. Vigilance et mobilisation sont donc de mises. D'autant plus lorsqu'on sait que les budgets actuellement disponibles pour la planification familiale ne permettent pas de répondre à tous les besoins. Seule une partie des classes de 4^{ème} et 3^{ème} par exemple bénéficient d'animations EVAS⁹.

⁶ Les Conseils généraux sont les assemblées délibérantes d'un département.

⁷ « Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan », Claire Aubin, Christine Branchu et Jean-Luc Vieilleribière, Rapport IGAS, Inspection générale des affaires sociales, juin 2011.

⁸ Love Attitude est le portail des centres de planning familial en Wallonie et à Bruxelles présentant

⁹ « Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan », Claire Aubin, Christine Branchu et Jean-Luc Vieilleribière, Rapport IGAS, Inspection générale des affaires sociales, juin 2011.

5. Cadre normatif

Dans cette partie, nous allons aborder les différentes mesures législatives mises en place en France et en Belgique à propos des trois thématiques prédéfinies : la contraception, l'IVG et l'EVAS.

5.1. Contraception

5.1.1. Belgique

Au point de vue législatif, la loi belge de 1923 interdisant la publicité des contraceptifs n'a été abrogée qu'en 1973, suite à l'Affaire Willy Peers¹⁰ (Dujardin, 2010). Ce n'est qu'en 1987, avec l'apparition du SIDA, que la publicité sur le préservatif est autorisée ainsi que sa vente en dehors des pharmacies. Depuis lors, diverses mesures ont été prises afin de faciliter l'accès à la contraception. En 2004, le Ministre fédéral des Affaires sociales de l'époque, Rudy Demotte, décidait d'améliorer l'accessibilité des moyens contraceptifs, spécifiquement pour les jeunes. Depuis le 1er mai 2004 donc, toute jeune fille de moins de 21 ans en ordre de sécurité sociale qui se rend chez son pharmacien avec une prescription pour un contraceptif obtient une réduction de **3 euros par mois** de contraception. La mesure concerne tous les moyens prescrits : pilules, stérilets, patchs, anneaux vaginaux, implants. Grâce à la mesure, certaines pilules devenaient gratuites (Rapport AMI).

La mesure entendait également faciliter l'accès à la **pilule du lendemain**. En effet, lorsqu'elle est prescrite dans le cadre de la mesure Demotte, elle devient gratuite pour toutes les jeunes filles de moins de 21 ans. Grâce à des financements régionaux, la pilule du lendemain est également disponible dans les centres de planning familial agréés en Wallonie et à Bruxelles. Hors mesure, la pilule du lendemain est accessible en vente libre en pharmacie au prix de dix euros environ et ce depuis 2001.

De plus, les quatre fédérations de centres de planning familial ont reçu des subsides régionaux pour l'achat de pilules contraceptives. Celles-ci sont distribuées gratuitement par les centres de planning familial agréés bruxellois et wallons, à raison d'une plaquette à la fois, selon trois schémas prioritaires : la première contraception, la reprise d'une contraception (après une IVG ou un accouchement par exemple) et en cas de dépannage pour une femme n'étant plus sous contraceptif.

5.1.2. France

En 1967, la loi Neuwirth légalise la fabrication, la vente et la délivrance de produits contraceptifs aux femmes majeures. Quelques années plus tard, en 1974, une loi instaure le

¹⁰ Willy Peers est un médecin qui a été arrêté en 1973 et emprisonné pendant plus d'un mois pour avoir effectué des avortements.

remboursement par la sécurité sociale des dispositifs médicalement prescrits. Il faudra attendre 2001 pour que l'accès des mineurs à la contraception soit facilité ; ils seront dispensés de l'autorisation parentale. Depuis 2009, dans le cadre de la Loi « Hôpitaux, Patients, Santé et territoires » dite « Loi HPST », les **sages-femmes** sont autorisées à prescrire toute méthode contraceptive ; les **pharmaciens et infirmiers** peuvent quant à eux renouveler les prescriptions de six mois maximum. Fin octobre de cette année, la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, proposait un remboursement à 100% de la pilule pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Dernièrement, elle est allée plus loin encore, en proposant de compléter la gratuité de la contraception pour les mineures par une « garantie de confidentialité ». Désormais, la délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le **secret** pour les personnes mineures. Concernant la pilule du lendemain, sa délivrance est permise dans les **collèges et lycées** depuis 2000.

5.2. IVG

5.2.1. Belgique

L'avortement est dépenalisé depuis 1990 suite à l'adoption de la Loi Lallemand-Michielsen. En substance, ce texte dit que l'avortement peut être pratiqué jusqu'à **douze semaines** de conception aux conditions suivantes : l'état de détresse de la patiente doit être reconnu par un médecin, l'avortement doit être pratiqué par un médecin et avoir lieu dans une structure de soins où existe un service informant les femmes sur les alternatives possibles à l'avortement, un délai de six jours doit être respecté entre le premier contact et le jour de l'avortement. Au-delà de 14 semaines d'aménorrhée, la reconnaissance d'un danger pour la santé de la mère ou de l'enfant devra être attestée par deux médecins afin de pouvoir recourir à une interruption thérapeutique de grossesse. Comme nous le soulignons plus haut, la plupart des IVG sont réalisées en centres extra-hospitaliers. Entre le premier rendez-vous avec le médecin et l'interruption, **6 jours** doivent s'être écoulés afin de permettre à la femme d'être certaine de son choix en toute connaissance de cause. Deux-trois semaines après l'interruption, le médecin pratique un contrôle médical et vérifie que la contraception est correctement utilisée.

5.2.2. France

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite « Loi Veil », reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1^{er} janvier 1980 et remboursée par la Sécurité sociale en vertu de la loi du 1^{er} janvier 1983, la « Loi Roudy ». La Loi « Aubry-Guigou » du 04 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à

l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à **douze semaines** de grossesse. La loi de 2001 permet également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville¹¹. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin expérimenté. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. C'est seulement depuis 2009 que les centres de santé et les CPEF sont autorisés à pratiquer des IVG médicamenteuses. Ceci explique certainement pourquoi les IVG sont le plus souvent pratiquées en **centre hospitalier en France**, alors qu'ils sont pratiqués à hauteur de 80% en centre extra-hospitalier en Belgique. Les CPF en Belgique sont réputés pour leur accueil chaleureux. Cette convivialité est facilitée par la pluridisciplinarité de l'équipe, par le cadre peu médicalisé, mais également par **l'implantation extrahospitalière** des CPF. Les CPEF ou EICCF français sont quant à eux parfois implantés dans un centre hospitalier ou dans un centre de protection maternelle et infantile. Ce qui peut dissuader le jeune de pousser la porte d'un centre.

5.3. Education à la Vie Affective et Sexuelle

5.3.1. Belgique

Depuis 2012, l'EVAS est inscrite dans les missions de l'enseignement obligatoire. Toutefois, les modalités d'application du décret n'ont pas encore été définies. Qui dispensera les animations ? Comment ? A quel moment de la scolarité ? A quelle fréquence ? En quoi consisteront-elles ? Toutes ces questions sont encore sans réponse. Si l'EVAS n'est inscrite légalement que depuis 2012, certaines écoles organisent déjà des animations à la vie affective et sexuelle. En l'absence de disposition légale, l'EVAS est organisée de manière disparate et selon le bon vouloir et les sensibilités du corps enseignant et dirigeant.

5.3.2. France

Depuis 1998, une circulaire rend obligatoire deux heures d'éducation à la sexualité pour les classes de 3^{ème} et 4^{ème}. En 2001, ces deux heures sont passées à **trois séances annuelles** et ce, du primaire au second degré. Selon la circulaire n° 2003-027 du 17-2-2003 du Ministère de l'Éducation nationale : « *À l'école primaire, c'est aux maîtres chargés de classe qu'incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans le cadre des enseignements. [...] Au collège et au lycée, ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que*

¹¹ La médecine de ville regroupe tous les professionnels de santé libéraux qui exercent en cabinet de ville.

possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet. »

En Belgique, la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS insiste sur l'importance d'organiser l'EVAS dans le cadre d'**animations** et non uniquement de cours (ou partie de cours). Les animations, dispensées par des intervenants extérieurs (des animateurs de centre de planning familial par exemple), assurent la neutralité, la confidentialité et la continuité du dialogue. Un jeune ayant un contact direct avec une personne d'un CPF se rendra plus facilement dans un centre en cas de besoin.

De ces différences législatives, que retenir ? Concernant la contraception, la France a mis en place des mesures permettant aux femmes de se procurer facilement la contraception via la possibilité pour les sages-femmes de la prescrire et pour les pharmaciens et les infirmiers de la renouveler. Alors qu'en Belgique, seuls les médecins et les gynécologues peuvent prescrire une contraception. Concernant l'IVG, on peut retenir qu'elle est davantage pratiquée en centre de planning familial en Belgique francophone et en centre hospitalier en France. Or, l'ambiance chaleureuse et peu sanitarisée des centres de planning peut faciliter la démarche de nombreuses femmes à pratiquer une IVG. Concernant l'EVAS enfin, force est de constater que la France a pris des dispositions légales bien plus tôt que la Belgique.

6. Conclusions et revendications

Si la structuration de la planification familiale est différente entre la Belgique et la France, les deux pays ont pris des mesures législatives afin de garantir et d'améliorer l'accès à la contraception et à l'IVG. Force est de constater que l'EVAS demeure le parent pauvre de la santé sexuelle tant en Belgique qu'en France. Les nombreux stéréotypes et lacunes en matière de sexualité et de contraception confirment pourtant l'importance de fournir aux jeunes une information correcte et neutre. Nous aimerions également insister sur le fait que les mesures d'accès à la contraception ne doivent pas être uniquement financières. L'accessibilité sociale, culturelle et psychologique est aussi très importante. Il s'agit donc d'investir dans des politiques de prévention adaptées aux différents publics visés, mais également dans des campagnes de sensibilisation et d'information à grande échelle. Les médecins jouent un rôle important dans cette transmission d'information et leur formation (aux différentes méthodes contraceptives, à l'avortement...) mériterait d'être améliorée. Enfin, il faut sortir la sexualité d'une vision hygiéniste uniquement. La sexualité, ce n'est pas

que le risque (de tomber enceinte, de contracter une IST...), c'est aussi du plaisir, du partage et de la communication ! France-Belgique, même combat !

7. Bibliographie

La mesure contraception-jeunes. Rapport final 2004-2007, Agence intermutualiste, IMA-AIM, septembre 2009.

Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 03 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, session de 2011-2012.

« Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale », Centre d'analyse stratégique, n°226, Juin 2011, La note d'analyse.

« Contraception : quelle(s) révolution(s) ? », Pauline Dujardin, 2010.

Avantage contraception 2010 : Evaluation, Direction marketing, Union Nationale des Mutualités Socialistes, juin 2011.

« Contraception : Que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : Etat des lieux », Dossier de presse, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, juin 2007.

« Droits sexuels et reproductifs des femmes. Quelle éducation sexuelle et affective des adolescent-e-s à l'aube de ce troisième millénaire ? Un état des mieux en Communauté française », Sophie Pereira, 2007.

« Contraceptions : quels choix pour les femmes aujourd'hui ? », Lara Lalman, CEFA asbl, 2010.

« Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan », Claire Aubin, Christine Branchu et Jean-Luc Vieilleribière, Rapport IGAS, Inspection générale des affaires sociales, juin 2011.

« Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », Etudes et Résultats, n°804, juin 2012.

« Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », Nathalie Bajos, Caroline Moreau, Henri Leridon et Michèle Ferrand, Population et Société, n°407, décembre 2004.