



**Femmes et contraception :  
quel véritable choix ?**

2013



**fps**

## **Table des matières**

I. Introduction .....	3
II. Influences dans le choix contraceptif des femmes.....	3
III. Spécificité du choix contraceptif selon le statut socio-économique.....	5
IV. Accessibilité financière à la contraception, aujourd’hui en Belgique .....	6
V. Conclusion .....	7
VI. Bibliographie .....	9

Laura Dufey  
Secrétariat général des FPS – 2013  
02/515 17 68 – [laura.dufey@mutsoc.be](mailto:laura.dufey@mutsoc.be)

## **I. Introduction**

La santé des femmes et l'accessibilité financière aux soins a toujours été une priorité pour les Femmes prévoyantes socialistes (FPS). La question de la contraception, véritable symbole de la libération de la femme<sup>1</sup>, est une thématique récurrente sur laquelle travaillent les FPS et sa Fédération de centres de planning familial (FCPF-FPS).

La contraception féminine, c'est la possibilité pour la femme de distinguer sexualité et reproduction. Cela permet de contrôler sa fécondité et donc d'apporter liberté et choix, qui font partie d'un sentiment de bien-être, pris en considération par l'OMS<sup>2</sup> dans sa définition de la santé. Au-delà de cette fonction première, les femmes trouvent d'autres avantages aux moyens contraceptifs : régulation du cycle menstruel, réduction du stress de tomber enceinte, amélioration de la qualité de vie... (La Mutualité socialiste, 2010).

Pourtant, malgré les interventions de l'Etat et des mutuelles, la contraception a toujours un coût pour les femmes en Belgique. Elle reste également, dans la plupart des cas, assumée financièrement par les femmes uniquement (Lalman, 2010). Or, « les femmes sont davantage confrontées à la précarité que les hommes »<sup>3</sup>. Une double responsabilité pèse sur ces dernières, qui sont garantes de la contraception dans le couple et qui, en plus, payent l'addition.

Ci-après, nous poserons un regard sur l'importance du corps médical dans le choix contraceptif des femmes mais aussi sur l'information qu'elles reçoivent (ou pas) sur la contraception. Nous nous pencherons ensuite sur les spécificités des choix contraceptif selon le statut socio-économique des femmes et des filles tant hier qu'aujourd'hui. Enfin, nous aborderons l'accessibilité financière à la contraception aujourd'hui en Belgique avant de terminer par une réflexion sur l'amélioration de celle-ci.

## **II. Influences dans le choix contraceptif des femmes**

Dans l'enquête « Femmes et contraception » de la Mutualité socialiste, les femmes interrogées étaient 88% à utiliser un moyen contraceptif. Elles étaient 74% à avoir été influencées par leur médecin (généraliste ou gynécologue). Bajos et al. (2012) expliquent que les femmes plus précarisées voient plus souvent un médecin généraliste qu'un gynécologue. Ce constat se répercute sur la pratique contraceptive

---

<sup>1</sup> Selon l'enquête « Les femmes et la contraception » de la Mutualité socialiste, 98% des femmes considèrent que la contraception féminine joue/a joué un rôle important dans la libération des femmes.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>, consulté le 17 décembre 2013.

<sup>3</sup> <http://www.lalibre.be/actu/belgique/precarite-et-pauvrete-ont-un-sexe-feminin-51b734efe4b0de6db975a6f5>, consulté le 17 décembre 2013.

des femmes : celles suivies par un généraliste vont davantage utiliser la pilule tandis que celles suivies par un gynécologue utiliseront plus des contraceptifs à longue durée comme le stérilet ou l'implant.

Selon l'enquête Femmes et contraception de la mutualité socialiste (2010), la pilule contraceptive, le stérilet et le préservatif sont relativement bien connus des femmes (entre 85 et 95% de connaissance, ne serait-ce que de nom) mais les autres types de contraceptifs semblent méconnus.

55% des femmes interrogées dans cette enquête utilisaient la pilule contraceptive et 55% d'entre elles ignoraient qu'il existe différentes générations parmi celles-ci. Seules 4% des femmes ont pu dire de quelle génération était leur pilule. Or, notamment selon la génération, il y a des différences de prix qui peuvent être importantes.

Ces différentes informations nous amènent à poser différents constats :

- Les médecins ont une place importante dans le choix que posent les femmes en terme de contraception
- Les femmes ne sont pas bien informées sur les contraceptifs de manière générale

Lara Lalman (2010) affirme que les femmes sont dans un non-choix. Pour elle, la contraception est soumise aux normes dictées par le corps médical : les médecins ont tellement répété les mêmes gestes concernant la contraception que ces gestes sont devenus une norme. Il existe également beaucoup d'idées reçues autour de la contraception qui font que les médecins et les femmes s'inscrivent dans des comportements normalisés. Par exemple, un médecin pourrait ne pas parler de l'anneau vaginal à une jeune fille, présumant qu'elle aura un problème à mettre un doigt dans le vagin pour insérer l'anneau.

Une norme contraceptive semble bien en place dans notre société<sup>4</sup>. Celle-ci empêche bien souvent les femmes de s'informer de manière neutre et objective sur le moyen de contraception qui leur convient le mieux par rapport à leur situation (antécédents médicaux, prix, fréquence d'administration...). D'autant plus que les alternatives aux contraceptifs hormonaux semblent peu diffusées, entre autres, pour des raisons d'économie de marché (Lalman L., 2010).

---

<sup>4</sup> Lire aussi Dufey L., «Boudé, le stérilet ? », Bruxelles : 2013.

### **III. Spécificité du choix contraceptif selon le statut socio-économique**

#### Historique

Au fil des ans, les différences socio-économiques se sont marquées de manière différente au niveau de la contraception.

Au début des années 1980, les femmes plus favorisées utilisaient davantage la pilule et le stérilet que les autres. Dans les années 1990, l'utilisation de la pilule s'équilibre entre les différentes couches sociales. Le stérilet a suivi la même tendance vers la fin des années 90. (Bajos et al., 2012)

Début des années 2000, les inégalités se creusent autour du type de pilule utilisé. En effet, les femmes ayant plus de facilités financières utilisent plus souvent les pilules de 3<sup>ème</sup> génération (non remboursées). Les femmes plus défavorisées optent quant à elles plus souvent pour l'implant comme moyen de contraception. (Bajos et al., 2012)

De manière générale, les femmes plus aisées semblent plus réceptives aux nouveaux produits lorsqu'ils apparaissent sur le marché et les utilisent davantage que les femmes moins favorisées. (Bajos et al., 2012)

A ce sujet, rappelons que les nouveaux produits ne sont pas forcément « mieux » que les anciens. Prenons l'exemple des pilules de 3<sup>ème</sup> génération, qui ont comme but, entre autre, de réduire l'acné et la prise de poids mais qui dans le même temps apportent d'autres effets secondaires, parfois néfastes pour la santé.

#### Spécificité des femmes selon leur statut socio-économique

Malgré une littérature assez pauvre concernant les spécificités en matière de choix contraceptifs chez les femmes en fonction de leur statut socio-économique, quelques constats peuvent être observés.

Selon Bajos et al. (2012), les femmes qui sont dans une situation financière difficile vont plus souvent que les autres ne pas utiliser de contraceptif. Elles sont également moins enclines à utiliser une contraception d'urgence (Jewell et al., 2000).

Les femmes avec un diplôme d'études primaires ou sans diplôme sous contraceptif semblent privilégier la pilule contraceptive. Les femmes qui ont un diplôme d'études supérieures utilisent quant à elles davantage le stérilet (Lalman L, 2010).

### Concernant les jeunes femmes (- de 21 ans)

En Belgique, les grossesses adolescentes sont la plupart du temps liées à une situation de précarité sociale et le recours à des soins liés à l'avortement est plus marqué parmi les jeunes femmes à faibles revenus financiers (Beghin et al., 2006). Corcoran et al. (2000) émettent l'hypothèse que le manque d'accès aux soins, à des services de santé et à des moyens de contraception rend les jeunes de milieux socio-économiques bas plus vulnérables au risque de grossesses non désirées<sup>5</sup>.

Le rapport de l'Agence Intermutualiste concernant la mesure contraception-jeunes (2009) montre que les jeunes filles plus défavorisées sont proportionnellement moins nombreuses à consommer des contraceptifs remboursés. Les pilules gratuites sont quant à elles globalement peu prescrites, tandis que les plus chères, beaucoup.

Ce rapport montre également que les jeunes femmes entre 12 et 15 ans bénéficiant d'une intervention majorée (statut BIM) sont proportionnellement plus nombreuses à consommer un contraceptif. L'hypothèse est que cela « correspondrait aux constats des autres études observant une activité sexuelle plus précoce chez les jeunes filles de l'enseignement professionnel »<sup>6</sup>. Par contre, dans les tranches d'âge plus âgées (17-20 ans), la différence s'inverse : les jeunes filles défavorisées sont proportionnellement moins nombreuses à consommer des contraceptifs.

En résumé, les femmes plus favorisées sont plus souvent sous contraceptif, consomment davantage les nouveaux produits et sont plus enclines à avoir recours au stérilet.

Les femmes plus précarisées utilisent quant à elles moins de contraceptifs et de pilules du lendemain. Elles optent plus facilement pour la pilule et sont proportionnellement moins nombreuses à consommer des contraceptifs remboursés.

Le statut socio-économique des femmes semble donc bien influencer leur comportement en matière de choix contraceptif.

## **IV. Accessibilité financière à la contraception, aujourd'hui en Belgique**

En 2004, le Ministre fédéral des Affaires sociales mettait en place une « mesure contraception », favorisant l'accès à la contraception aux jeunes. Cette mesure pilote permettait aux personnes de moins de 21 ans de bénéficier d'une intervention dans l'achat de leur contraceptif.

---

<sup>5</sup> Berrewaerts J. et Noirhomme-Renard F., « Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? », Louvain-la-Neuve : 2006, <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos40.pdf>, consulté le 17 décembre 2013.

<sup>6</sup> Agence Intermutualiste, « La mesure contraception-jeunes », Bruxelles : 2009, p. 23.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, ce remboursement est devenu structurel<sup>7</sup>. L'arrêté royal prévoit également un meilleur remboursement des contraceptifs de longue durée, comme le stérilet ou l'implant.

La nouvelle intervention s'élève à 3€ par mois de protection apportée par le contraceptif. « La valeur précise de l'intervention complémentaire est chaque fois calculée en fonction de la nature et de la taille du conditionnement du contraceptif. Cela modifiera le prix que les jeunes femmes devront payer elles-mêmes pour les contraceptifs. »<sup>8</sup> Pour les moins de 21 ans, le stérilet devient gratuit. Point important, le tiers payant<sup>9</sup> est d'application chez le pharmacien, tant pour la pilule que pour les autres moyens contraceptifs remboursés.

Bien sûr, la pérennisation et l'amélioration de cette mesure est un signal positif. Cependant, il est dommage que ce remboursement se limite aux jeunes filles jusque 21 ans. En effet, 55% des femmes interrogées par la Mutualité socialiste pensent que le prix est un « désagrément à l'utilisation d'un moyen contraceptif » (La mutualité socialiste, 2010). Lara Lalman (2010), affirme que ce qui fait peur à la société, ce sont les grossesses adolescentes. Or, ce sont les femmes de 21 à 30 ans qui connaissent le plus de grossesses non désirées, preuve que la « mesure contraception » devrait être prolongée.

## **V. Conclusion**

Nous l'avons vu, les médecins influencent beaucoup les femmes dans leur choix contraceptif. Une norme contraceptive semble exister et restreindre l'accès à l'information sur la contraception aux femmes. Ces femmes ont des comportements différents selon leur statut socio-économique et ce, dès l'adolescence. Malgré les progrès récents des politiques en terme d'accessibilité financière à la contraception, il est urgent d'avancer encore en la matière.

Il n'y a pas que des inégalités d'accessibilité économique concernant la contraception. Il existe également des inégalités d'accessibilité sociale, culturelle et psychologique. Toutes ces inégalités doivent être prises à bras le corps et combattues afin que toutes les femmes puissent être réellement libres de choisir leur contraception selon leurs besoins spécifiques et pas selon une norme contraceptive établie ou selon le coût d'un contraceptif.

Pour lutter contre ces inégalités, nous avançons plusieurs propositions :

---

<sup>7</sup> Arrêté royal du 16-09-2013, [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=fr&caller=summary&pub\\_date=13-09-20&numac=2013022482](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=13-09-20&numac=2013022482), consulté le 26 novembre 2013.

<sup>8</sup> <http://www.inami.fgov.be/insurer/fr/circulars/carehealth/20131001/pdf/20131001.pdf>, consulté le 26 novembre 2013.

<sup>9</sup> La mutualité verse directement au pharmacien le montant de l'intervention de l'assurance maladie dans le prix du contraceptif. Le titulaire ne doit donc pas avancer ce montant mais seulement payer sa part personnelle (ticket modérateur + supplément éventuel).

- La mesure expérimentale, initiée en 2004 par le Ministre des Affaires Sociales (R. Demotte), qui visait l'accessibilité financière de la contraception pour les jeunes, est devenue structurelle en octobre 2013. Nous invitons maintenant l'INAMI à étudier la faisabilité d'élargir cette mesure d'accessibilité financière à toutes les femmes et prioritairement aux plus précarisées (statut BIM/Omnio/Amu).
- En ce qui concerne la pilule, il s'agit d'exiger la transparence sur les produits pharmaceutiques, de mettre à disposition des femmes et des prescripteurs des informations claires afin de faciliter le choix éclairé des femmes pour se protéger des grossesses non désirées.
- Nous demandons au futur Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles d'organiser régulièrement des campagnes d'informations à propos de la contraception et des grossesses désirées ou non, en impliquant activement les hommes, en collaboration avec les fédérations de planning familial et les autres parties concernées<sup>10</sup> ;
- Nous demandons au futur Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles de veiller à l'intégration rapide et effective de l'EVRAS<sup>11</sup> par toutes les écoles. Une évaluation régulière des actions devrait être mise en place par les différents pouvoirs organisateurs et par les gouvernements. Cette évaluation se doit d'être qualitative et quantitative et réalisée avec l'ensemble des acteurs concernés.
- En 2010, une convention pluriannuelle a été signée par la Ministre Eliane Tillieux et les Fédérations de centres de planning familial. Cette convention portait sur les années 2010 à 2012 et fixait les contours des subsides attribués aux Fédérations de CPF pour l'achat de pilules contraceptives, pilules du lendemain et préservatifs destinés à être distribués gratuitement. Dans le cadre de l'adoption d'un nouveau décret pour le secteur planning en Wallonie, le système de financement va être revu et cette mesure d'accessibilité est menacée. Or, elle était en vigueur depuis de nombreuses années et bien connue du public. Par ailleurs, à Bruxelles, les CPF bénéficient toujours de subsides destinés à l'achat de pilules contraceptives, pilules du lendemain et préservatifs. L'arrêt de cette mesure en Wallonie induirait des inégalités entre les usagers en matière d'accessibilité à la contraception en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui nous semble inacceptable. Il nous semble indispensable de maintenir des mesures liées à l'accessibilité de la contraception pour toutes les femmes et de maintenir la possibilité pour le public de se procurer des préservatifs gratuitement.

---

<sup>10</sup> <http://www.planningsfps.be/federation/actions/Evenements/Pages/droit-avortement.aspx>, consulté le 15 octobre 2013.

<sup>11</sup> Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle.



## **VI. Bibliographie**

Agence Intermutualiste, « La mesure contraception-jeunes », Bruxelles : 2009.

Bajos N. et al., « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », in Population et Société, n°492, Paris : septembre 2012.

Berrewaerts J. et Noirhomme-Renard F., « Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? », Louvain-la-Neuve : 2006, <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos40.pdf>, consulté le 17 décembre 2013.

Dardenne L., « Du bon choix de contraception », in LaLibre.be, février 2012, <http://www.lalibre.be/actu/belgique/du-bon-choix-de-contraception-51b8e5d9e4b0de6db9c58680>, consulté le 16 octobre 2013.

Dufey L., « Boudé, le stérilet ? », Bruxelles : 2013.

Georgen A., « Contraception : avons-nous vraiment le choix ? », in Axelle, n°152, Bruxelles : octobre 2012, pp.23-28.

Herbigniaux F. et Thai Y., « Les méthodes contraceptives chez les jeunes », Bruxelles : 2005. <http://www.planningsfps.be/SiteCollectionDocuments/CPFenquetecontraception.pdf>, consulté le 17 décembre 2013.

Hovine A., « Précarité et pauvreté ont un sexe (féminin) », in LaLibre.be, <http://www.lalibre.be/actu/belgique/precarite-et-pauvrete-ont-un-sexe-feminin-51b734efe4b0de6db975a6f5>, 22 février 2012, consulté le 17 décembre 2013.

Lalman L., « Contraceptions : quels choix pour les femmes aujourd'hui ? », Louvain-la-Neuve : 2010.

La Mutualité Socialiste, « Les femmes et la contraception », conférence de presse, Bruxelles : 2010.

Orban C., « Manneken-Pis coiffé d'un béret ou comment la France et la Belgique ont à apprendre l'un de l'autre en matière de santé sexuelle », Bruxelles : 2012.