



Contraception : Quel accès pour les jeunes et les femmes vulnérables ?

Actes de l'après-midi réflexion du 26 septembre 2016



FLCPF-CEDIF | Rue de la Tulipe 34 – 1050 Bruxelles | Septembre 2017

Table des matières

Le Pass contraception : une expérience française2

Isabelle LOUIS, Mouvement français du *planning familial* Île-de-France, Paris

L'accès aux soins de santé pour les femmes vulnérables.....7

Anne-Laure Pignard, Médecins du Monde (Bruxelles)

Actualité politique14

Table-ronde avec Mme Muriel GERKENS, présidente de la Commission de la Santé publique de la Chambre, Sandrina Leite, Centre de planning familial Collectif Contraception de Liège, Caroline GRUMIAU, Centre de planning familial Groupe Santé Josaphat de Schaerbeek

Ces textes sont issus de la retranscription des interventions orales des auteurs. Les éventuelles erreurs sont de la responsabilité de l'éditeur.

Le Pass contraception : une expérience française

Isabelle LOUIS, Mouvement français du planning familial Île-de-France, Paris

Dispositifs d'accès à la contraception pour les mineurs en France

En France, les dispositifs d'accès à la contraception pour les mineurs ont évolué. Depuis 1974, les mineurs ont accès aux consultations médicales et aux produits contraceptifs, sans limite de nombre de consultations, ni autorisation parentale. Ce bilan de contraception, anonyme et gratuit, est limité aux jeunes filles dans les centres de planification. Depuis 2001, l'accès à l'avortement est devenu entièrement anonyme et gratuit et ne nécessite plus l'autorisation des parents. Depuis 2013, les produits pharmaceutiques contraceptifs sont gratuits, moyennant la prescription d'un médecin. Pour ces dispositifs, il n'y a pas de minimum d'âge. En 2016, les frais d'examens biologiques, de consultations médicales de suivi et de pose ou retrait de dispositif intra-utérin sont pris en charge, uniquement pour les mineurs à partir de 15 ans, avec une possibilité de confidentialité.

Pour le dépistage des IST, la situation est floue et complexe. Pour le dépistage anonyme et gratuit, les mineurs de moins de 15 ans doivent être accompagnés d'au moins un de leurs parents. Ceux de plus de 15 ans doivent être accompagnés d'un référent majeur de leur choix. Les centres de planification sont donc contraints d'aider les mineurs à mentir sur leur âge.

Grâce à la loi Calma, les dépistages de chlamydias peuvent être réalisés en centre de planification, mais cette loi est peu connue et difficile à appliquer. Contrairement à ce qu'on prétend souvent, la loi ne s'applique pas de la même manière partout en France. Il faut donc négocier avec les financeurs, et selon les départements ou les régions, les capacités ne seront pas les mêmes.

Malgré ces mesures, d'autres dispositifs sont nécessaires pour faciliter l'accès aux soins et garantir la gratuité et la confidentialité. Les mineurs apprentis restent ayant-droits de leurs parents pour la sécurité sociale, même s'ils ont dépassé l'âge de 19 ans pour bénéficier de la gratuité en centres de planification. Au-delà de 19 ans, soit ils passent en catégorie de « non-assuré social », soit ils

ne bénéficient plus de la confidentialité. Certains étudiants ont une sécurité sociale, mais les retards dans la délivrance des attestations les obligent à financer leurs soins, parfois pendant deux ans, sans garantie d'être remboursés. Une étude récente a démontré que les soins de santé sont le premier poste sur lequel les étudiants font des économies.

L'accès à la contraception s'est développé grâce à l'ouverture à d'autres professions. En dehors des centres de planification, les gynécologues de ville peuvent prescrire la contraception. Pas toujours formés aux nouveaux dispositifs, leurs délais d'attente sont longs. Leurs tarifs hors secteur conventionnel empêchent le remboursement intégral par la sécurité sociale et ils ne proposent pas la confidentialité. Les médecins généralistes formés aux moyens de contraception et les sages-femmes se sont également intégrés dans ce parcours de soins. D'autres professionnels, comme les infirmières et les pharmaciens, peuvent renouveler la contraception.

Parmi les pharmaciens et les sages-femmes, une partie très conservatrice n'accepte pas l'ouverture à ces nouvelles compétences et milite pour l'instauration d'une clause de confiance qui leur permettrait de refuser de délivrer la contraception.

La mauvaise répartition des centres sur le territoire est une autre difficulté. La planification est déterminée par des lois d'Etat, mais leur gestion a été confiée aux départements, lesquels choisissent les structures qu'ils financent. Le département des Hauts-de-Seine ne finance que les structures placées sous son autorité, soit 29 centres pour 1,5 millions d'habitants, 36 communes et 176 km². Certaines communes ont deux centres, tandis que d'autres n'en ont aucun. À Paris, il y a 18 centres de planification pour 20 arrondissements, 2 millions d'habitants et 105 km². En Seine-Saint-Denis, il y a 133 centres de planification pour 40 communes, 1,5 millions d'habitants et 236 km². Les distances à parcourir pour accéder à un centre de planification sont dès lors parfois très grandes.

En fonction du budget, les financeurs jouent sur les horaires d'ouverture. En Île de France, les horaires sont souvent inadaptés ; il y a peu d'ouverture le samedi matin ou en soirée. Malgré les fortes remontées de conservatisme, il est politiquement difficile de fermer des centres. Ils continuent donc d'exister, mais leur accessibilité et leur cahier des charges sont limités. Les équipes doivent travailler avec un public très spécifique, dont les difficultés, notamment de

confidentialité et de sécurité sociale, ne sont pas prises en compte.

Pass contraception

L'idée du Pass contraception vient de plusieurs constats : de nombreuses personnes n'arrivent pas à exercer leurs droits en matière de santé sexuelle ; parmi elles, il y a beaucoup de jeunes ; parmi les jeunes, il y a encore beaucoup d'avortements. Hormis dans les centres, ce dernier constat est souvent analysé de manière négative. Pourtant, depuis la loi de 2001 supprimant l'autorisation parentale, les mineures choisissent majoritairement d'avorter. Ce qui augmente, ce ne sont pas les grossesses, mais le choix d'avorter. Le Pass contraception se nourrit également de constats de terrain des politiques et de rapports, notamment élaborés par l'Inspection générale des Affaires sociales ou la parlementaire Bérengère Poletti, qui plaide pour continuer à valoriser les structures existantes et en créer de nouvelles.

Les pass s'adressent aux plus de 15 ans. C'est incohérent. Comme si, avant cet âge, les jeunes n'avaient pas de sexualité, les filles ne souffraient pas de règles douloureuses...

En Rhône-Alpes, le pass fait partie des droits communs des élèves. Sur une carte transport, ils reçoivent un bon pour des places de cinéma, un bon pour le McDo, un bon pour s'acheter des vêtements et un bon pour la contraception. Il n'y a aucune démarche à effectuer pour aller chercher le chéquier. Une version plus récente inclut une application pour smartphone. Certaines associations familiales craignaient que les chèquiers constituent une incitation à la sexualité pour les jeunes. Ce pass, qui permet un réel anonymat, a bien fonctionné. Depuis l'agrandissement de la région Rhône-Alpes à des forces moins progressistes, le pass risque d'être remis en cause.

Le pass du Pays de la Loire s'adresse aux 15-30 ans et inclut les dépistages. Cette fourchette d'âge permet de toucher un public très précaire et beaucoup plus large. Présenté également sous forme de chéquier, il est disponible dans des lieux plus divers qu'en Île-de-France, notamment les associations de famille rurales, les centres d'apprentis ou la mission locale. Il est maintenu dans l'attente des élections présidentielles.

Les pass s'adressent aussi bien aux filles qu'aux garçons. En centre de planification, il n'y aucune discrimination, mais dans les mentalités, les filles sont davantage concernées. Les garçons viennent chercher des préservatifs, mais prennent rarement rendez-vous avec un médecin.

En Île-de-France, un chéquier est mis à disposition des élèves auprès de l'infirmière scolaire, mais il n'y a pas d'infirmière scolaire dans tous les établissements ! Même si elles sont bien formées, elles ne sont pas toujours identifiées par les élèves comme des personnes-ressources. Malgré leur code de déontologie, elles manquent d'autonomie : l'école étant soumise aux règles de l'éducation nationale, elles sont placées sous l'autorité du chef d'établissement. Quand elles ont été autorisées à délivrer la contraception d'urgence, elles n'étaient pas certaines que leur autorité de tutelle allaient leur permettre de le faire. De plus, le réseau de pharmaciens, censé être associé au dispositif, n'a pas été suffisamment informé. Certains pharmaciens ont donc refusé de délivrer les contraceptifs sur la base des chèquiers.

En Île-de-France, le pass a été arrêté au motif qu'il n'était pas utilisé. Il serait plus juste de dire qu'il n'était pas adapté. Les associations de parents d'élèves y avaient été associées, mais comme faire valoir : il s'agissait davantage de rassurer les parents dans leur autorité que de les aider, dans leur fonction d'éducateur, à comprendre les droits de leurs enfants. La restriction aux classes de première (15-16 ans), motivée par la volonté de ne pas effrayer les parents, explique le manque d'efficacité du pass.

Pour que ce type de dispositif fonctionne, il faut commencer par reconnaître que les jeunes ont une sexualité, quelle qu'elle soit. Des séances d'éducation à la sexualité doivent être délivrées par des personnes formées. Qu'il s'agisse de professeurs, de conseillères conjugales et familiales, d'infirmiers ou de salariés d'associations, un cycle de formation labellisé par le ministère de l'Éducation et/ou de la Santé permettrait d'éviter la présence d'associations militantes qui désinforment davantage qu'elles ne répondent aux questions des jeunes.

Il faut en outre s'appuyer sur un réseau de professionnels bienveillants et identifiés par les jeunes comme des personnes-ressources dignes de confiance. Pour aider ces professionnels, un réseau régi par une charte et des comités de pilotage ou de suivi doit leur permettre de continuer à se former et de bénéficier de la même qualité d'écoute que celle qu'ils offrent aux jeunes.

Il faut également organiser des études quantitatives et qualitatives neutres sur la santé sexuelle des jeunes, mener des campagnes d'information régulières sur les droits des jeunes en matière de santé sexuelle mais aussi sur les dispositifs à leur disposition. Enfin, il faudrait surtout associer les jeunes à l'élaboration de ces outils. Le pass doit être un dispositif supplémentaire, mais il ne doit pas se substituer à ce qui existe déjà.

L'accès aux soins de santé pour les femmes vulnérables

Anne-Laure Pignard, Médecins du Monde, Bruxelles

Le projet « Avec elles » est un projet de promotion de la santé qui s'adresse à des femmes en situation de précarité. La dénomination « *femmes en situation de précarité* » permet de souligner que les femmes ne sont pas vulnérables toute leur vie, mais dans une situation de précarité temporaire. Nous intervenons avec des bénévoles chez des partenaires. Nous allons vers les femmes pour donner des animations participatives sur des thématiques liées à la promotion de la santé. En fonction de la demande et des questions formulées, nous suscitons des échanges et délivrons des messages de promotion et de prévention de la santé. Lors de ces rencontres, nous recueillons de nombreux témoignages.

- Nous intervenons auprès d'un public sans domicile fixe dans le restaurant social « La rencontre », un lieu accessible aux hommes et aux femmes en dehors des heures d'ouverture des hébergements de nuit.
- Nous intervenons également auprès d'un public de primo-arrivants chez « Entraide et culture », une asbl qui fait de l'alphabétisation. En partenariat avec les professeurs, dans une dynamique plus scolaire, nous abordons le vocabulaire du corps et de la santé afin que les femmes osent ensuite se rendre dans des centres de santé.
- Chez « NASCI », une association qui soutient des mères et des enfants référés par l'ONE, nous rencontrons un public de primo-arrivants.
- Nous collaborons avec la maison de quartier « Le millénaire » et « Orca », une association qui cible les travailleuses clandestines. Il y a un groupe de latino-américaines et un groupe de Philippines. Nous travaillons en espagnol et en anglais avec des femmes extrêmement vulnérables qui n'ont aucun droit. Elles n'existent pas car la plupart du temps, leurs employeurs prennent leur passeport.

Le Centre d'accueil, de soin et d'orientation (CASO) accueille quotidiennement des personnes qui n'ont pas accès aux soins. Des consultations ou des soins temporaires sont proposés pendant que les assistantes sociales travaillent à l'ouverture des droits.

L'approche de Médecins du Monde

L'approche de Médecins du Monde est basée sur un postulat : l'association ne devrait pas exister. Son intervention temporaire vise à pallier les défauts du système et de donner à tous l'accès à des soins de santé.

À Bruxelles, Médecins du monde travaille avec le Médibus et d'autres projets mobiles pour aller à la rencontre d'un public précarisé qui ne se rend pas volontairement chez un médecin. Le Médibus permet de détecter les personnes qui n'ont pas accès aux soins et de les orienter vers le CASO qui s'occupe de l'ouverture des droits.

Lors du plan hiver, des consultations médicales sont organisées deux ou trois soirs par semaine dans les centres ouverts par le Samu social. L'objectif est là aussi de détecter les personnes vulnérables à soutenir dans leur parcours d'accès aux soins.

Médecins du monde vise à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et défend la couverture universelle de santé, dans laquelle chacun a accès aux soins sans obstacle. L'association vise l'accès du droit à la santé pour tous, tel que stipulé dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme, la Constitution de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS), la Charte européenne des droits fondamentaux et la Constitution belge. Sa mission est donc d'assurer l'exercice de droits existants. Selon l'OMS, « l'accès aux soins est lié à la présence ou l'absence potentielle de barrières, économiques, physiques ou culturelles, lors de l'utilisation des services de santé ».

Une couverture universelle suppose que l'offre de services soit suffisante pour tous, que les obstacles financiers à l'accès aux soins soient supprimés et que les familles soient protégées contre les conséquences financières du recours aux soins de santé. Les barrières ne sont donc pas uniquement constituées par le coût d'une pilule ou d'une IVG, mais par le fait que des femmes doivent souvent s'endetter pour avoir accès à ces soins.

Actions spécifiques

À Bruxelles, notre travail auprès des femmes s'articule autour de plusieurs axes. Le vendredi, le CASO organise des consultations spécifiques à la santé des femmes. Le projet « Avec elles » promeut la santé auprès des femmes en situation de précarité. Une attention spécifique est portée aux femmes lors du plan hiver. Enfin, les assistantes sociales travaillent de manière transversale sur l'accès aux soins.

Des activités spécifiquement adressées aux femmes ont été développées car peu de femmes venaient à nos consultations, non par absence de besoins mais parce que la demande était trop faible ou que notre offre n'était pas adaptée.

Pour éviter que les centres d'accueil soient débordés, Médecins du monde a défini des critères de vulnérabilité. Être une femme n'en fait pas partie, mais le fait de susciter de l'inquiétude peut en être un. Les femmes enceintes sont automatiquement référées à l'ONE, l'accès à cette institution étant garanti.

Le parcours du combattant

« Cultures et santé » a développé une ligne du temps qui montre le parcours du combattant qu'une personne en situation de précarité doit accomplir pour demander l'accès aux soins. Les procédures sont longues et compliquées. Au jour 1, une personne sans papier va au CPAS, introduit une demande d'aide médicale urgente et reçoit un accusé de réception. Dans les 30 jours, la personne reçoit un rendez-vous au CPAS, lequel fait une enquête sociale pour prendre sa décision. En cas de refus, un délai de trois mois est prévu pour organiser une audition ou déposer un recours.

Les CPAS dépendant des communes, des problèmes de territorialité se posent. Quand une personne change de commune ou de structure d'accueil en cours de procédure, elle doit tout recommencer. Pour les urgences comme les interruptions volontaires de grossesse, la procédure accélérée est trop complexe. La vidéo « Même pas le droit de tomber malade » illustre parfaitement la réalité des personnes en séjour irrégulier.

Pour rappel, dans la loi, l'aide médicale urgente a un aspect curatif mais aussi préventif. Or dans la pratique, la carte est délivrée par les CPAS uniquement pour le traitement de maladies déjà déclarées, ce qui est problématique pour la contraception des femmes.

L'aide médicale urgente devrait offrir une couverture similaire à celle de l'INAMI, mais dans les faits, les CPAS prennent des décisions arbitraires. Le cas d'une femme à laquelle le CPAS a refusé l'aide médicale urgente car elle ne pouvait prouver son identité nous a par exemple été signalé. La santé est pourtant un droit fondamental reconnu par la Constitution belge.

Qui sont les femmes en situation de précarité avec lesquelles Médecins du monde travaille à Bruxelles ?

Ce sont des femmes sans abri, de toutes nationalités, sans papier ou demandeuses d'asile. Ces dernières ont accès aux soins tant qu'elles sont hébergées par Fedasil, mais si elles décident de s'installer ailleurs, par exemple chez un membre de la famille, les difficultés à prouver la résidence compliquent l'ouverture des droits et l'accès aux soins. Il y a donc des primo-arrivantes sans aucune reconnaissance, mais aussi des Européennes en séjour précaire ou des femmes victimes de violences conjugales.

Leur caractéristique commune est d'être contraintes de donner la priorité à des besoins essentiels comme le logement ou la nourriture. Leur santé n'est pas une priorité. Elles ont souvent été longtemps isolées et rencontrent des difficultés dans leurs relations sociales. Elles demandent de l'aide tardivement, lorsque les symptômes sont avancés. Elles ont plus souvent des grossesses non désirées, fréquentent moins les consultations prénatales, sont plus souvent victimes de violences, ont moins accès et utilisent moins la contraception. Présentant différents types de vulnérabilité, elles doivent faire face à des barrières multiples.

Vulnérabilités et barrières

Les diverses vulnérabilités sont notamment la méconnaissance des langues, le manque de ressources financières, l'impossibilité de payer une première consultation exigée par le CPAS, des changements fréquents de résidence, la non-priorisation de la santé, l'absence de suivi des maladies chroniques et l'absence de prévention liée aux conditions de vie, comme la gale ou les poux.

Il y a aussi les vulnérabilités psychologiques, moins reconnues mais qui renforcent les barrières, notamment la méfiance et la peur des services. De nombreuses histoires circulent, notamment celle d'une femme expulsée vers son pays d'origine parce que le CPAS a appelé la police lorsqu'elle était allée demander une aide médicale urgente. Ces histoires renforcent la peur des services. Il y a aussi l'isolement de personnes qui ont peu de réseaux dignes de confiance et aucun accès à l'information. Les femmes qui vivent dans la rue sont en permanence dans l'insécurité. Elles ont souvent survécu à des parcours de vie traumatisants au prix de conséquences psychologiques phénoménales. Elles ont perdu toute confiance en elles et n'ont plus aucun sentiment d'auto-efficacité. Les troubles et les pathologies psychologiques sont également assez courants. Ces vulnérabilités se renforcent les unes les autres.

Les personnes en situation d'extrême vulnérabilité n'ont pas toujours recours aux soins. En France, l'Observatoire des non-recours au droit (Odenore) l'explique par trois processus. Dans la non-connaissance de l'offre, l'offre n'est pas connue par manque d'information. Dans la non-demande, l'offre est connue mais pas demandée, soit à cause d'une auto-stigmatisation et d'une anticipation des difficultés, soit par manque de confiance envers l'institution. Dans la non-réception de l'offre, l'offre est connue et demandée mais elle n'est pas obtenue, en raison de discriminations à l'octroi, de dysfonctionnements ou d'inadaptation du service ou d'abandon de la demande. Nous avons par exemple le témoignage d'une personne à laquelle des soins ont été refusés à Saint-Pierre car elle ne parlait pas français. Cet hôpital est pourtant généralement adapté aux personnes en situation de précarité.

Les vulnérabilités renforcent les barrières. Les barrières liées aux personnes peuvent être distinguées de celles liées aux services. Celles liées aux personnes sont, entre autres, la méconnaissance de la langue, la pauvreté, l'isolement, l'accès limité à l'information, les barrières

culturelles, la peur, les tabous et un manque de confiance en soi, ce qui peut provoquer de l'auto-stigmatisation et le non-recours aux soins. Les barrières liées aux services sont les barrières linguistiques, les barrières financières, notamment pour l'IVG et la contraception, mais aussi le morcellement de l'offre et l'inadaptation des services.

Quelques chiffres et témoignages

Une enquête réalisée auprès de femmes roms à Bruxelles en 2013 a mis en exergue que plus de la moitié des femmes ne désirant pas d'enfant n'avaient pas accès à un moyen de contraception efficace. Ce public est particulièrement difficile d'accès.

Selon une étude réalisée par Médecins du monde à l'échelle européenne entre 2013 et 2014, sur 182 femmes interrogées, 82% n'avaient pas de moyen de contraception alors que 51% en désiraient un.

Certains exemples de parcours de vie illustrent les liens entre barrières et vulnérabilités.

- Mme Z. vient du Maroc et est sans papier. Suite à une fausse couche, elle est prise en charge aux urgences de l'hôpital St-Pierre et priée de revenir 10 jours plus tard pour un contrôle. Lorsqu'elle se rend au rendez-vous, elle doit payer la consultation avant de voir un médecin. Son mari propose un échelonnement mais essuie un refus. Elle s'est donc rendue à l'ONE qui l'a orientée vers Médecins du monde.
- Une femme venant du Burkina Faso, sans papier, ni revenu, ni logement, est arrivée au CASO enceinte de 9 semaines en demande d'IVG. Le CPAS refuse la demande d'aide médicale urgente en procédure accélérée. Le centre de planning familial dans lequel elle est référée lui demande 250€ pour l'IVG. Ne pouvant payer une telle somme, elle est contrainte d'emprunter dans son réseau, ce qui la plonge dans une précarité financière et une dépendance vis-à-vis de personnes qui ne sont pas forcément bienveillantes.

- Une femme de Slovaquie ayant déjà beaucoup d'enfants est hébergée dans un centre du Samu social. Elle demande une contraception et le centre de planning familial lui prescrit une pilule. Elle revient au CASO car elle n'a pas de quoi payer. En consultation, Médecins du monde lui place un dispositif intra-utérin. Cette femme est sortie de consultation avec une prescription qu'elle ne savait pas payer pour un mode de contraception absolument pas adapté à son mode de vie en rue.
- L'aide médicale urgente en procédure accélérée pour une IVG a été refusée à une femme par un CPAS au motif que c'était sa deuxième demande. Le CPAS lui a bloqué l'accès aux soins à cause de considérations morales.
- Un hôpital a refusé de donner les papiers de déclaration de naissance à une maman tant que la facture n'était pas payée.

Pistes d'amélioration

Des pistes d'amélioration existent. Des centres où les femmes défavorisées pourraient gratuitement résoudre n'importe quelle question de santé sexuelle et reproductive seraient utiles. Pour dépasser les barrières, les services devraient être plus accessibles et mieux adaptés. L'adoption de la couverture universelle résoudrait beaucoup de problèmes.

Actualité politique

Table-ronde : Mme Muriel GERKENS, présidente de la Commission de la Santé publique de la Chambre, Sandrina Leite, Centre de planning familial Collectif Contraception de Liège et Caroline GRUMIAU, Centre de planning familial, Groupe Santé Josaphat de Schaerbeek

Claudine Cueppens, modératrice

Muriel Gerkens : Avec ma collègue de Groen, Anne Dedry, nous avons déposé une proposition de loi parce que la distribution de médicaments par d'autres professionnels que médecin ou pharmacien est désormais illégale, du moins en Wallonie. Stipulant que le moyen de contraception délivré par un planning familial est accompagné d'un suivi, notre proposition autorise d'autres professions à stocker et distribuer du matériel contraceptif.

Le texte prévoit l'accès inconditionnel des jeunes âgés de 15 à 30 ans à des services de soins ou des contraceptifs, en collaboration avec des partenaires dignes de confiance et avec l'intervention de l'INAMI. Un texte fédéral devant s'en tenir aux compétences fédérales, la proposition ne mentionne pas les autres niveaux de pouvoir qui pourraient intervenir dans ce type de pass, par exemple pour les prestations de conseil. La proposition ne fait pas de distinction entre pilule du lendemain et pilule contraceptive.

Une autre proposition, déposée par la députée PS Fabienne Winckel, prévoit la gratuité systématique de la pilule du lendemain, en pharmacie comme en centre de planning.

Une proposition de loi des députées sp.a Karin Jiroflée et Monica De Coninck vise également à faciliter l'accès aux moyens contraceptifs.

Les propositions de loi sont des outils de travail qui servent de base de réflexion. En partant des réalités signalées par le terrain, nous cherchons l'outil législatif le plus adéquat. Dans ce cas, l'objectif est de favoriser l'accès à la gratuité du plus grand nombre et d'encourager les centres de planning familial. Ces structures ont une approche qui combine l'éducation, la prévention et la promotion de la santé. L'idée est aussi de ne pas les obliger à avoir systématiquement recours à

des professions médicales ou pharmaceutiques.

Le texte introductif de ma proposition fait référence à la demande du Conseil national des sages-femmes de pouvoir prescrire des moyens contraceptifs en dehors de la période post-accouchement. Je propose d'élargir le nombre de prestataires autorisés à intervenir.

Lors des discussions de ces propositions, nous n'avons, dans un premier temps, reçu que peu de réaction de la ministre De Block. À l'instar des collègues de Flandre, elle ne semblait pas concernée par la problématique. À la suite de questions complémentaires, des avis ont été sollicités, notamment au Conseil supérieur de la santé et au Conseil national des médecins. Jusqu'à présent, ils refusent l'élargissement des droits de prescription de moyens contraceptifs. L'évaluation de l'impact budgétaire de l'élargissement de la gratuité ou de l'accès aux soins pour l'INAMI serait en cours, mais nous n'avons pas les résultats. La ministre ne s'est pas encore prononcée sur la délivrance de moyens contraceptifs par un service ou un centre de planning.

Les discussions sur les propositions de loi prennent du temps. Nous rencontrons d'abord les membres du cabinet et le positionnement de la ministre n'intervient que dans la phase du vote. Si cette première réaction ne présage rien de bon, nous pouvons nous inspirer d'autres initiatives. La Chambre a récemment adopté une résolution pour que les infirmières en soins palliatifs puissent transporter des kits de médicaments sédatifs. Un avis favorable a été rendu par les fédérations d'infirmières en soins palliatifs, des pharmaciens et des médecins. Je compte utiliser cette ouverture à d'autres professions pour proposer de l'appliquer à la contraception et à la pilule du lendemain.

Les discussions des propositions reprendront fin septembre ou début octobre et j'espère les clôturer avant la fin de l'année. Nous attendons la position de la ministre. Pour être complet, le calcul de l'impact budgétaire pour l'INAMI devrait tenir compte des financements provenant des entités fédérées pour les plannings. Le calcul du coût pour couvrir les besoins de toutes les jeunes filles ne sera pas aisé à réaliser.

Si nos dispositifs concernent principalement les jeunes, il faut prendre en compte toutes les femmes et particulièrement celles en situation de précarité. Quels que soient les orientations

budgétaires, la contraception ne peut être un luxe ; toute femme doit y avoir accès.

Sandrina Lei : Avec d'autres plannings, nous avons créé un groupe de travail pour aborder la difficulté croissante que nous rencontrons à garantir la confidentialité au patient, alors que cela fait partie de nos missions. Avec le développement de l'informatique, les titulaires de carnet de mutuelle ont accès à toutes les prestations, ce qui complique l'accès d'un jeune ou d'un conjoint à la contraception ou à l'IVG.

Vos propositions concernent les 15-30 ans mais nous savons que la sexualité démarre plus tôt. Que fait-on des 12-15 ans et des femmes de plus de 30 ans auxquelles nous devons assurer la confidentialité et la gratuité ?

Caroline Grumiau : Pour développer la prévention, une approche positive est essentielle. Dans la proposition de Mme Gerkens, le fait d'inclure les hommes et les femmes permet d'envisager notre démarche sous un nouvel angle.

Un climat de peur entoure les débats sur la contraception. Pour informer correctement, il faut mener une campagne de sensibilisation. Lorsqu'une personne arrive avec une demande, nous essayons de créer des liens pour parler de ses attentes. Nous devons expliquer et informer pour éviter les amalgames entre pilule et pilule du lendemain, mais également pour contrer les théories naturelles qui circulent sur internet.

Nous défendons une démarche positive et ouverte sur la santé, au sens large. Notre travail n'est pas uniquement centré sur la contraception. Les gens viennent aussi chercher des préservatifs. La proposition ne parle pas de la prévention des IST.

Muriel Gerkens : La prévention n'est pas une compétence fédérale. Dans le climat politique actuel, il est impossible de sortir du champ de nos compétences. Les entités fédérées devraient revaloriser les centres de planning et leur donner des moyens. Elles défendent cette approche dans un groupe de travail interministériel qui travaille notamment sur l'accès à la contraception et le financement de l'INAMI. J'aimerais beaucoup pouvoir parler d'information et de prévention, mais ce n'est pas possible.

Caroline Grumiau : Le fédéral est compétent pour le remboursement des moyens de contraception et la délivrance des moyens de contraception. Au lieu de médicaliser la contraception, il faut élargir les moyens d'y avoir accès.

Claudine Cueppens : Les réticences à laisser les plannings distribuer la pilule du lendemain sont difficilement compréhensibles. Cette pilule étant en vente libre en pharmacie, il suffit de payer pour se la procurer, mais aucun conseil ne sera délivré. Dans les centres de planning, le cadre est plus propice à une discussion sur une contraception régulière permettant d'éviter à l'avenir le recours à la contraception d'urgence.

L'information est primordiale. Une confusion perdure entre la pilule du lendemain et la pilule abortive, y compris parmi des professionnels de la santé.

Au niveau fédéral, l'INAMI accorde déjà un remboursement préférentiel pour les jeunes de moins de 21 ans. Même si cette mesure, qui semble méconnue et peu utilisée, ne garantit pas la confidentialité, elle pourrait faciliter le calcul des coûts pour l'INAMI. Je n'ai pas connaissance d'une évaluation.

Muriel Gerkens : Un groupe de travail analyse actuellement ce dispositif. Ses conclusions devaient être examinées début mai, mais je ne connais ni l'objet, ni les résultats de l'analyse. À l'occasion d'une question orale, la ministre a indiqué que les moins de 21 ans pouvaient se faire rembourser intégralement une pilule du lendemain achetée en pharmacie sans prescription. Il faut donc d'abord payer, puis faire la démarche pour obtenir le remboursement.

Caroline Grumiau : C'est contre-productif avec notre message de prévention. Pour être efficace, la pilule du lendemain doit être prise le plus vite possible. Si les jeunes doivent chercher de l'argent pour l'acheter à la pharmacie, ils perdent un temps précieux.

Muriel Gerkens : Cela prouve le bienfondé de la proposition de gratuité. La ministre avance que, les substances contenues dans la pilule du lendemain étant les mêmes que dans la pilule contraceptive, les mêmes dispositions doivent être appliquées. Pour définir ses orientations, elle se base énormément sur les preuves scientifiques (*evidence based policy*).

Une grande réforme des professions de santé se prépare. Les organismes et les professionnels seront vraisemblablement consultés. C'est une opportunité à saisir pour délivrer des messages. L'objectif de la réforme est de définir les prestataires de soins et les professionnels de la santé comme faisant partie d'un maillage pluridisciplinaire dans lequel les compétences sont réparties de manière complémentaire. Tout dépendra de la manière dont le concept sera mis en place. Les centres pourraient profiter de l'occasion pour défendre leurs besoins, tant au niveau de la sécurité des patients, des approches globales qu'ils défendent ou des rôles et responsabilités de chacun. Les intentions de la ministre ne sont pas encore claires. Au niveau des entités fédérées, ces dossiers peuvent également progresser dans les conférences interministérielles.

Dans une réponse, la ministre a précisé que, lors de l'évaluation de la gratuité de la contraception pour les moins de 21 ans, le groupe de travail avait constaté : une diminution régulière du nombre d'avortements et des naissances chez les jeunes femmes de moins de 21 ans ; une légère baisse des dépenses pour les moyens contraceptifs ; une tendance de transfert de l'usage de contraceptifs court terme vers ceux à long terme, autrement dit les implants et les stérilets ; une augmentation nette de l'usage des stérilets ; une diminution de l'emploi des pilules de 3^{ème} génération depuis 2014 à la suite des avertissements relatifs à leur sécurité ; l'usage stable des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération. L'évaluation est donc globalement positive, en particulier pour l'influence de l'usage du stérilet.

L'inscription du Depo-Provera sur la liste des contraceptifs donnant droit à une intervention spécifique serait envisagée. Cela permettrait de limiter un usage généralisé et des effets secondaires.

Claudine Cueppens : Il faut que la pilule du lendemain reste en vente libre. Un retour en arrière serait catastrophique. Il faut mettre en avant les études scientifiques qui démontrent que la molécule n'est pas dangereuse.

Les interventions précédentes démontrent que, pour être efficace, tout dispositif doit tenir compte des réalités et modes de vie des bénéficiaires. Pour rendre le système des soins de santé plus accessible, les professionnels doivent s'inscrire dans un réseau qui facilite l'utilisation de systèmes existants.

Edité par la FLCPF/CEDIF, septembre 2017

Transcription : Déborah KEMPCZYNSKI

Réalisation : Claudine CUEPPENS

© Tous droits de reproduction réservés.

D/2017/12.700/1

Editeur responsable : G. De Laever – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles



FLCPF-CEDIF

34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles – 02 502 68 00

cedif@planningfamilial.net – www.planningfamilial.net