

Actes du Colloque Contraception

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA CONTRACEPTION:
UN ACTE POLITIQUE & MILITANT



26 septembre 2024

FLCPF – Rue de la Tulipe 34, 1050 Ixelles

TABLE DES MATIERES

Contraception : défaire les évidences. Acteurs, logique de prescription, usages.....	5
1. Les institutions et le contexte.....	6
2. Le rôle des professionnel·les de santé dans le façonnement de l'offre contraceptive	8
3. Un acteur invisible et pourtant central : l'industrie pharmaceutique	9
4. Les pratiques ou la « demande » en contraception	10
Conclusion	11
Echanges avec la salle.....	12
Bibliographie.....	14
Le rôle des autorités dans l'accès à la contraception	16
1. Les médicaments.....	16
2. Les dispositifs médicaux.....	20
Industrie pharmaceutique et contraception : une influence démesurée ?.....	23
1. Le monopole de l'industrie pharmaceutique	23
2. Que faire face à ce monopole de l'industrie pharmaceutique ?.....	24
La contraception : Quelle disponibilité ? Quels choix ? A quel prix ?.....	26
1. Quelques dates clés des interventions INAMI.....	26
2. Le marché.....	27
3. Enjeux et leviers d'action.....	33
Des choix contraceptifs moins conventionnels : le coût interrompu	35
1. La contraception dans le monde.....	35
2. Le coût interrompu dans le monde.....	38
3. Avantages et désavantages de la méthode du retrait.....	40
4. Est-ce une bonne méthode ?.....	43
<i>Faire l'Amour Autrement</i> ou la Sexualité Contraceptive.....	44
1. Apparition de l'activité sexuelle non reproductive.....	44
2. La sexualité sans pénétration et les mœurs	45
3. Des outils et des inspirations.....	47
4. La sexualité non pénétrative et l'érotisme	48
5. La sexualité non pénétrative en pratique.....	49
6. Conclusion	49
Echanges avec la salle.....	50
Flash info : Quoi de neuf en contraception ?	52
1. L'anneau vaginal	52

2. Le dispositif intra-utérin.....	53
3. La voie orale.....	54
4. L'implant	55
5. Méthodes non hormonales	55
6. Nouvelles technologies	56
7. La contraception masculine	56
Le rôle des professionnel·les dans le recours contraceptif	58
1. Eléments du travail mené par Cécile Ventola, Nathalie Bajos et Alexandra Roux	58
2. Les résultats d'autres travaux.....	59
Bibliographie.....	61
Table ronde	62
Échanges avec la salle.....	66

NOTE D'ECRITURE

Le langage structure notre manière de penser. Il nous a semblé pertinent de porter une attention particulière à l'écriture des pages qui vont suivre. Ainsi, lorsque cela était pertinent, nous avons fait le choix de l'écriture inclusive. Celle-ci a pour objectif d'atténuer autant que possible le caractère sexiste de la langue française.

Notez qu'il s'agit ici d'actes de colloque. Nous avons donc veillé à retranscrire au plus proche les propos exposés par les orateurices lors de cette journée. S'ils n'ont pas utilisé l'inclusif, nous n'avons pas transformé leurs propos. Lorsque ce n'était pas très clair, nous avons opté pour la forme inclusive. Les éventuelles erreurs sont de la responsabilité de l'éditeur.

Nous vous souhaitons une bonne lecture...

CONTRACEPTION : DÉFAIRE LES ÉVIDENCES. ACTEURS, LOGIQUE DE PRESCRIPTION, USAGES

Alexandra ROUX

Sociologue, chercheuse associée au Cermes3 et membre co-fondatrice du laboratoire junior Contraception&Genre

Je suis sociologue et j'ai travaillé dans le cadre de mon travail de thèse sur la centralité de la pilule contraceptive en France, et sur la manière dont une norme de prescription centrée sur la pilule a émergé dans le modèle contraceptif français entre les années 1960 et les années 2000. Les réflexions sur le contexte français en matière contraceptive feront sans doute écho au contexte belge. Ma présentation se nourrit des réflexions issues de mon travail de thèse, que j'ai publiée il y a deux ans aux éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, mais visera dans le même temps à introduire les différentes thématiques et panels du colloque.

Tout d'abord, j'aimerais partir du titre de ma présentation, *Contraception : défaire les évidences*, qui était le fil directeur de mon travail sur la pilule. Qu'il s'agisse de la pilule ou d'autres méthodes contraceptives, nous avons affaire à des objets très présents dans le quotidien des personnes, centraux dans les pratiques professionnelles de nombre d'entre vous, et qui s'inscrivent au cœur de l'intimité et de la sexualité des individus. Ce sont des objets « bien connus » et le travail des sociologues est souvent de proposer un pas de côté par rapport à ce qui nous paraît évident, une manière nouvelle de regarder ces objets bien connus du sens commun. De là est née cette idée de « défaire les évidences » autour de la contraception et de la manière dont on l'appréhende, que l'on soit chercheuse ou professionnel·le de santé, ou encore que la contraception se situe au cœur de notre activité professionnelle, notamment lorsque l'on travaille dans le cadre d'un centre de planning familial.

La première évidence que je propose de défaire est celle que la contraception se résumerait uniquement aux pratiques contraceptives. En effet, historiquement, les recherches sur la contraception ont considéré celle-ci principalement comme une série de pratiques, mises en œuvre par les individus et appréhendées sous l'angle du « choix des femmes » en matière contraceptive. Or, cette manière de voir laisse de côté des clefs de lecture importantes pour comprendre ce qui façonne ces choix et ces pratiques. Les vingt dernières années ont vu une diversification très large du champ des recherches sur la contraception. Il y a eu une intégration des études de genre, des études intersectionnelles. Ce que je propose, c'est de vous orienter dans ce champ des études sur la contraception qu'à mon sens, on peut diviser en quatre sous-champs, qui recoupent partiellement la structure de ce colloque et que je vais détailler plus avant dans cette présentation.

1) Les études sur les institutions et le contexte national dans lequel s'inscrivent les pratiques contraceptives.

2) Les professionnel·les de santé qui prescrivent, les structures facilitant l'accès aux méthodes.

3) Les industries pharmaceutiques qui élaborent et commercialisent ces produits (les industries et les professionnels prescripteurs constituent les deux pans de ce qu'on pourrait appeler « l'offre contraceptive »).

4) Les pratiques contraceptives elles-mêmes et les dynamiques sociales dans lesquelles elles s'inscrivent (représentant ce que l'on peut appeler la « demande » en contraception).

Je vais tâcher ici de reprendre ces différentes dimensions et détailler leur pertinence, notamment pour ma recherche.

1. LES INSTITUTIONS ET LE CONTEXTE

LES INSTITUTIONS

Concernant cet aspect, il est intéressant de regarder le cadre légal instauré dans chaque pays. En France, les pouvoirs publics ont mis en place un cadre très répressif au lendemain de la Première Guerre mondiale puisqu'une loi de 1920 interdisait la vente et la publicité pour tout moyen de contraception. Cette loi a prévalu jusqu'en 1967, date à laquelle la loi Neuwirth sur la contraception est votée au terme de combats militants, notamment menés par les membres du Mouvement français pour le planning familial. Le recours à la contraception et sa commercialisation sont alors autorisés. La loi Veil de 1974 sur la contraception permet le remboursement des méthodes soumises à prescription médicale et l'accès à la contraception aux mineures sans avoir besoin d'une autorisation parentale. Le vrai moment de la démocratisation de la contraception en France, c'est 1974.

La question du remboursement est importante à garder en tête pour comprendre ce qui conditionne le recours contraceptif dans un pays. Il est également important de prendre en compte comment la contraception est pensée par les pouvoirs publics et comment le système de soins est organisé à l'échelle nationale. Les travaux de la sociologue Cécile Ventola comparant la France et l'Angleterre dans le recours aux méthodes masculines de contraception ont montré que les deux systèmes nationaux promouvaient des visions différentes de la contraception. La vision promue en Angleterre est beaucoup moins féminisée qu'en France : historiquement, la responsabilité y a été beaucoup plus pensée comme masculine.

Prendre en compte les institutions, c'est aussi s'intéresser aux structures en place qui facilitent l'accès aux méthodes et à l'information sur la contraception et donc, il faut saluer le travail réalisé par les centres de planning familiaux dans divers pays du monde. Je pense également aux structures d'éducation à la sexualité ou aux campagnes nationales d'information sur la contraception.

LE CONTEXTE

Concernant le contexte, s'intéresser aux revendications des mouvements militants et féministes à l'échelle nationale et internationale permet de comprendre la traduction locale des politiques contraceptives et les demandes que leurs limites suscitent.

Dans mon travail sur la pilule, j'ai constaté le passage d'un contexte légal très répressif à une législation soutenant fortement la prise en charge de la contraception par le corps médical. Dans les années 1960, l'ordre national des médecins ne voulait pas entendre parler de contraception, ne voulait pas s'en occuper, ne voulait pas que ce soit une charge qui revienne aux médecins. Et dix ans plus tard, s'organise un monopole de prescription médicale sur la contraception, détenu par les médecins et favorisant le remboursement des méthodes contraceptives soumises à prescription (pour information, ce n'est qu'à partir de 2018 que le remboursement du préservatif est acté en France). Il y a ainsi dans la manière dont est organisé l'accès à la contraception en France, un très net biais en faveur des méthodes médicales qui sont rendues plus accessibles.

Une autre évidence que l'on peut défaire ici est la manière dont l'histoire de la pilule est racontée (du moins pour le contexte français) : « la pilule est arrivée, a tout changé d'un coup et les femmes ont eu la liberté procréative et sexuelle qu'elles voulaient ». On gagne à complexifier cette histoire et à voir que c'est l'arrivée de méthodes très efficaces de contraception, dont la pilule, qui a changé la liberté procréative et sexuelle dont les femmes pouvaient disposer en même temps que d'autres éléments de contexte. Une des idées que j'avance, c'est que si vous mettez ces mêmes technologies dans un contexte où il n'y a pas d'émancipation des rapports de genre, où il n'y a pas de remise en cause des rapports de genre au sein du couple, elles ne sont pas nécessairement libératrices. Elles ont pu l'être parce qu'elles étaient accompagnées de changements structureaux dans la société : une émancipation économique des femmes, une émancipation sociale et une émancipation sexuelle. Pour moi, ce n'est pas la pilule qui a libéré les femmes. La pilule est arrivée à un moment où il y avait ces mouvements, ces revendications qui étaient en place et elle a accompagné la libération des femmes.

L'arrivée des méthodes médicales a fait l'objet de beaucoup de résistance en France et a été un processus lent sur presque deux décennies. Il a commencé avec les premières initiatives des militantes pour la contraception, comme Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé dans les années 1950, et s'est poursuivi jusqu'à l'accès aux méthodes remboursées sans autorisation parentale pour les mineur·es au milieu des années 1970.

Une autre évidence que l'on peut questionner est l'idée selon laquelle la pilule, à elle seule, aurait permis cette « révolution ». La pilule, ainsi que d'autres méthodes contraceptives très efficaces, mais surtout l'accès très large et peu coûteux de la population à l'ensemble de ces méthodes, a permis une meilleure maîtrise de la fécondité, qui a sans doute eu un impact considérable sur la vie sexuelle des personnes.

En France, du fait de cette légalisation tardive de la contraception, les mouvements féministes sont très frileux dans leurs critiques sur cette méthode à un moment (début des années 1970) où son acquis apparaît comme encore trop fragile. L'accès à ces méthodes vient d'être acté et n'est pas acté définitivement. Les derniers décrets d'application de la loi Neuwirth de 1967 ont été publiés en 1972, ce qui signifie que la loi elle-même a mis plus de cinq ans à être effectivement mise en place. Les mouvements féministes qui se structurent au début des années 1970 ne considèrent pas du tout que la pilule est un acquis et, du coup, la critique de ces méthodes est rendue beaucoup plus compliquée que dans d'autres contextes.

Au même moment, en Angleterre, aux Etats-Unis et en Allemagne de l'Ouest, où la pilule est déjà arrivée depuis plus d'une dizaine d'années, les critiques à l'égard d'éventuels effets sur la santé ont

beaucoup plus de place. Dans ces pays, les mouvements féministes sont beaucoup plus influencés par le *self-help* et préoccupés des questions de santé qu'en France où l'enjeu est plus centré sur la question économique.

Dès les années 1970, dans d'autres contextes nationaux que la France, on voit une critique qui nous apparaît très contemporaine sur les effets secondaires de la pilule et le manque de partage de la responsabilité contraceptive entre partenaires. Cette question du contexte national, du cadre légal et des institutions en place est donc fondamentale pour comprendre dans quel cadre s'inscrivent les pratiques. Cette question sera abordée lors du premier panel de la journée, sur le rôle et l'influence des institutions dans l'accès à la contraception.

2. LE RÔLE DES PROFESSIONNEL·LES DE SANTÉ DANS LE FAÇONNEMENT DE L'OFFRE CONTRACEPTIVE

Une autre évidence que je propose de questionner est l'idée que les prescripteur·rices seraient de simples pourvoyeur·euses d'un service auprès d'une patientèle à qui l'entièreté du choix incomberait. Au contraire, de nombreux travaux montrent que l'offre contraceptive (et celles et ceux qui en ont la charge) tend à circonscrire, voire à restreindre, les pratiques contraceptives.

La prescription contraceptive peut être abordée au travers de plusieurs dimensions.

Un des aspects consiste à s'intéresser aux expert·es en contraception qui élaborent les savoirs et les normes, au contenu de ces savoirs et normes, qui vont ensuite régir les pratiques médicales et prescriptives. Dans le contexte français, ces expert·es sont principalement des médecins, gynécologues et endocrinologues.

Concernant le contexte français également, il est important de prendre en compte la spécialité de gynécologie médicale, qu'on ne retrouve pas forcément dans tous les autres pays européens, et le rôle qu'ont joué ces professionnel·les. C'est une spécialité médicale de ville dédiée à la prise en charge, en partie des pathologies féminines, mais surtout à la prise en charge hormonale des femmes, et donc à la prise en charge contraceptive. Historiquement, ces professionnel·les ont joué un rôle fondamental dans la diffusion des méthodes médicales de contraception en France, notamment la pilule et le dispositif intra-utérin, mais aussi un rôle crucial dans la féminisation de la contraception et la féminisation de la responsabilité contraceptive.

La gynécologie médicale a aussi joué un rôle dans l'essentialisation de cette responsabilité contraceptive comme une compétence féminine qui incomberait « naturellement » aux femmes du fait de leur capacité génésique. Le fait que cette spécialité est très liée à l'endocrinologie conduit à ce que j'appelle un « biais hormonal » de la prescription, favorisant la pilule par rapport à d'autres méthodes.

Il apparaît aussi intéressant de prendre en compte la formation médicale des prescripteur·rices de contraception, qui, en France, est très centrée sur la pilule, avec une hiérarchie très claire et très forte entre les méthodes. Je m'appuie sur une analyse que j'ai faite d'archives d'internats de médecine, d'archives de contenus de formations sur la contraception, des années 1980 aux années 2000, et qui

est prolongée par un travail fait par Maud Gelly sur le début et le milieu des années 2000. Dans la formation initiale des études de médecine, on retrouve fortement l'idée que la pilule est la meilleure méthode de contraception, la méthode de première intention. Le dispositif intra-utérin est une méthode relais en cas de contre-indication à la pilule, ou après que les femmes ont eu deux ou trois enfants et/ou qu'elles aient plus que 35 ans. Mais ce dispositif est toujours présenté dans ces contenus de formations comme une méthode imparfaite, voire comme une méthode dangereuse, voire comme une méthode dont le cadre légal est plus compliqué et obscur que celui de la pilule. Et toutes les autres méthodes sont des mauvaises méthodes à surtout éviter.

Enfin, en France, depuis 2009 les sage-femmes sont autorisées à prescrire des méthodes contraceptives, ce qui peut venir remettre en cause les pratiques de prescription auparavant établies et amener à l'émergence de nouvelles pratiques et/ou de nouveaux modes d'accès aux méthodes. C'est un phénomène récent qui peut être intéressant à observer.

3. UN ACTEUR INVISIBLE ET POURTANT CENTRAL : L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

C'est un acteur très peu présent dans les recherches sur la contraception (à l'exception de quelques travaux de référence), mais qui est extrêmement important à garder en tête et sur lequel je vais prendre le temps d'insister.

Les industries pharmaceutiques ont joué un rôle majeur dans le développement des nouvelles technologies contraceptives telles qu'on les connaît aujourd'hui : progestatifs et œstrogènes (et leurs divers modes d'administration), dispositifs intra-utérins, dispositifs de stérilisation et méthodes locales.

Nelly Oudshoorn, une historienne des sciences néerlandaise, a publié en 2003 un ouvrage intitulé *The Male Pill : A Biography of a Technology in the Making*. Cet ouvrage explore pourquoi la pilule masculine, bien que déjà presque aboutie dans les années 1970 en tant que produit pharmaceutique, n'a jamais été commercialisée à grande échelle, malgré des annonces dans la presse tous les cinq à dix ans que « la pilule masculine, c'est pour bientôt ». Pour la chercheuse, cela renvoie, entre autres explications, au désinvestissement de l'industrie pharmaceutique de la Recherche & Développement depuis les années 1970, notamment en matière contraceptive (mais pas que). De fait, les industries ont complètement redirigé leurs fonds auparavant dédiés au développement de nouvelles molécules et à leurs tests à petite et grande échelle, vers la recherche en marketing afin d'optimiser la rentabilité de molécules déjà existantes.

Un autre aspect important est l'influence des industries sur les pratiques prescriptives. Il s'agit d'un champ déjà très documenté en sociologie de la médecine, mais pas tant dans le champ des études sur la contraception. Dans mon travail, l'importance de l'industrie pharmaceutique s'est révélé être un aspect central pour comprendre l'émergence d'une norme de prescription centrée sur la pilule en France : les firmes pharmaceutiques ont investi beaucoup de ressources notamment économiques pour promouvoir ces produits plutôt que d'autres auprès des prescripteur·rices, car ce sont ces produits qui présentaient les perspectives de profits les plus considérables. À titre d'exemple, en 1988, la firme Schering, rachetée par Bayer dans les années 2000, commande une étude de marché afin

d'analyser comment elle doit organiser sa stratégie commerciale sur les dix années à venir. L'étude conclut que « Les produits pharmaceutiques ont toujours été le joyau de la couronne [de la firme] et le deviendront de plus en plus à mesure que de nouveaux produits sont mis sur le marché. La vache à lait que représente la vente des contraceptifs oraux a permis de financer les dépenses de Recherche & Développement qui, selon nos estimations, ont représenté 1,6 milliards de Deutsche Marks sur les cinq dernières années. [...] Bien que les volumes de ventes stagnent dans la plupart des pays, nous pensons toujours que le contrôle de la fécondité va continuer à être un secteur plein de succès et lucratif. » Une des explications avancées dans le rapport est que Schering va pouvoir mettre sur le marché des nouveaux produits, les pilules de 3^e génération, déclinées sous diverses formes et dosages, et qu'ils vont vendre plus cher que les pilules de 2^e génération. Par conséquent, même si on a un marché qui stagne en termes de volume, ce marché est en expansion et offre des perspectives de profits importants.

De fait, les archives commerciales de la firme montrent que dans les années 1980 et 1990, les pilules contraceptives sont parmi les produits les plus rentables : sur les dix produits qui ont rapporté le plus à Schering sur l'année 1999, quatre sont des pilules contraceptives. Les enjeux économiques autour de ces produits sont donc extrêmement importants. Cela permet de venir questionner une autre évidence (cette fois-ci, promue par les industries elles-mêmes) : l'élaboration et la commercialisation de ces produits répondrait uniquement à des logiques sanitaires et humanistes. Plusieurs brochures ou matériaux publicitaires pour des contraceptifs posent les firmes pharmaceutiques en alliées des femmes, ayant élaboré ces produits dans leur intérêt, promouvant l'idée d'une industrie « au service des femmes », de leur bien-être, etc. Ce discours obscurcit les enjeux économiques qui sont réellement à l'œuvre et les ressources considérables déployées par l'industrie pour promouvoir en priorité les produits les plus rentables (les pilules) plutôt qu'une diversité de méthodes.

J'essaie également de montrer dans mon travail l'influence de ces industries sur l'élaboration des savoirs médicaux et de l'expertise en contraception, et la manière dont cela impacte ce que les experts médicaux recommandent à l'ensemble du corps médical : une vision très « pilulocentrée » de la contraception. Le « pilulocentrisme » est un néologisme un peu barbare que je me suis permis de proposer dans mon travail. C'est une vision où toute la contraception est pensée au travers de l'objet pilule : en France, quand on dit « contraception », on pense pilule. C'est un peu moins vrai dans les années récentes, mais cette vision a été prédominante pendant plusieurs décennies, et les deux termes ont été longtemps presque interchangeable. Quand on discute de ces questions-là dans d'autres contextes nationaux, les personnes disent : « Ah, tiens, c'est curieux que vous soyez aussi obsédés par la pilule ! »

Il est important de garder en tête lorsqu'on parle de contraception, que l'on parle aussi de marchés et de produits qui ont une valeur marchande et des enjeux économiques.

4. LES PRATIQUES OU LA « DEMANDE » EN CONTRACEPTION

Ce que j'appelle la « demande » en contraception a été le plus étudié par les enquêtes sur la contraception, notamment les grandes enquêtes démographiques à l'échelle nationale et internationale. Concernant le contexte français, Nathalie Bajos et Michèle Ferrand¹ ont élaboré la notion de « norme contraceptive » pour décrire le schéma qui a régi la vie sexuelle, affective et

contraceptive des femmes et des partenaires, des années 1980 au milieu des années 2000. Ce schéma est marqué par le recours au préservatif en début de vie sexuelle, le recours à la pilule quand la vie affective se stabilise autour du couple, et le recours aux dispositifs intra-utérins lorsque les femmes ont eu des enfants et/ou après 35 ans.

Cette norme est aussi marquée par une disqualification des méthodes définitives de contraception et le fait que le dispositif intra-utérin remplit le rôle de « contraception d'arrêt » (terme du démographe Henri Leridon qui parle de « contraception d'espacement » pour toutes les méthodes qui permettent d'espacer les naissances, et de « contraception d'arrêt » quand on ne veut plus avoir d'enfants), rôle rempli par la stérilisation masculine ou féminine dans d'autres pays.

Cette norme se traduit par une importance centrale de la pilule dans la vie contraceptive des femmes et des partenaires, puisque cela représente dix à vingt ans de leur vie contraceptive.

Cette norme très prévalente en France des années 1980 aux années 2010 semble déstabilisée depuis une quinzaine d'années, et tout un champ de recherche se développe pour donner sens à l'évolution de ces pratiques. Des travaux essaient de comprendre le phénomène récent de rejet de la contraception hormonale (Mireille Le Guen, 2021), ou certains travaux explorent les rapports de genre qui sous-tendent ces pratiques, et le partage (ou non partage) de la responsabilité contraceptive entre partenaires, ou encore comment ces pratiques s'inscrivent dans la sexualité des personnes.

Ce dernier point est l'objet des travaux de la sociologue Cécile Thomé, ainsi que du panel de début d'après-midi de cette journée. Cécile Thomé questionne comment ces pratiques contraceptives sont négociées au sein du couple, ou entre partenaires sexuels plus largement, comment elles s'inscrivent dans leurs scripts sexuels, et qui, matériellement, s'occupe de quoi, qui a la charge matérielle et mentale de la contraception. A ce titre, elle montre un résultat important : en France, même pour des méthodes pouvant être considérées comme des méthodes à responsabilité masculine, comme le préservatif, la charge mentale et matérielle est essentiellement supportée par les femmes.

Tout un champ de recherche se développe ou se renouvelle pour faire sens de ces pratiques et de leurs évolutions les plus récentes, donnant à voir une image moins linéaire et moins « évidente » que ce que les enquêtes démographiques permettaient de mesurer auparavant (avec des interruptions du recours à telle ou telle méthode, des alternances entre les méthodes selon les contextes, les périodes de vie, même à l'échelle d'une année). Cela permet de faire un pas de côté pour s'intéresser à l'appropriation et à la négociation des méthodes selon les situations affectives et sexuelles, ainsi qu'à leurs évolutions.

CONCLUSION

Les différents angles d'analyse que j'ai présentés gagnent à être pris en compte ensemble quand on s'intéresse à la contraception. Cela donne plus de richesse et de dimensions à l'analyse, de sortir de « l'histoire unique » selon les mots de l'autrice nigériane Chimanda Ngozi Adichie. Dans une conférence intitulée *The danger of a single story*, elle explique qu'il est toujours intéressant de sortir d'une version de l'histoire simpliste et d'amener de la complexité dans la manière dont on pense les phénomènes. Prendre en compte ces différents angles d'analyse permet de mieux comprendre que les

« choix contraceptifs » ne sont pas seulement une affaire de préférences individuelles, mais s'inscrivent dans un contexte légal et prescriptif façonné à l'échelle nationale le plus souvent. Cela permet aussi d'envisager que ce qui est brandi comme « dans l'intérêt de » tel ou tel groupe d'utilisateurs ou d'utilisateurs renvoie aussi à des intérêts économiques.

On gagne ainsi à penser ensemble que la pilule est à la fois une avancée historique dans la vie des femmes, et l'un des objets les plus lucratifs de l'histoire du médicament. Que les différentes méthodes soient appréhendées par les professionnels pour leur efficacité et leur praticité, mais que leur mise en œuvre s'inscrit dans l'intimité, dans le corps, dans la sexualité des personnes. Défaire les évidences en matière contraceptive permet ainsi de penser la complexité d'objets qui sont à la croisée de plusieurs groupes aux intérêts divers. Ils sont à la fois objets de représentations sociales et médiatiques, objets de savoirs et d'expertise, dispositifs médicaux et produits commercialisés sur un marché, mais aussi objets du quotidien qui s'inscrivent dans d'autres dynamiques sociales (notamment les rapports de genre au sein du couple ou la sexualité).

ECHANGES AVEC LA SALLE

CONCERNANT LES SAGE-FEMMES

Yannick Manigart : Par rapport à l'arrivée des sage-femmes, peux-tu nous expliquer pourquoi tu penses que c'est un élément important ?

Alexandra Roux : Ce sont des professionnelles qui sont plus systématiquement, plus directement et plus récemment formées à la prescription contraceptive. Je pense que cela a une influence sur les pratiques prescriptives. Cela change quelque chose au niveau des méthodes qu'elles rendent accessibles ainsi qu'au niveau des rapports de pouvoir au sein de la consultation médicale, ce qui a un impact très fort sur ce qui est proposé.

Remarque de la salle : Pour compléter sur la question des sage-femmes, je suis moi-même sage-femme et j'ai exercé quelques années en France, à l'époque où, justement, il y avait l'extension des compétences. Cela ne s'est pas fait sans mal parce qu'il y a eu beaucoup d'opposition de la part des corps médicaux, des gynécologues, des gynécologues-obstétriciens. Cela n'a pas été simple mais il y avait vraiment une volonté des sage-femmes et une place à prendre comme expertes de la santé sexuelle et reproductive des femmes. En Belgique, on est encore très limitée dans nos compétences en contraception. Il y a une volonté des sage-femmes, mais du côté politique, ce n'est pas du tout une priorité.

Alexandra Roux : Pour le contexte français, les sage-femmes sont investies de compétences depuis une dizaine d'années, parce qu'il y a un déficit démographique médical. De ce fait, il y a une délégation de certaines compétences gynécologiques aux sage-femmes. Je pense que cela va avoir un impact important en termes de pratiques et d'accès.

CONCERNANT LA DEMEDICALISATION DE LA PRESCRIPTION DES CONTRACTIONS HORMONALES

Question de la salle : Est-ce que vous avez étudié la question de la démedicalisation de la contraception en général, de la contraception hormonale, et la possibilité de travailler sans prescription médicale ?

Alexandra Roux : J'ai un peu travaillé dans ma thèse sur la manière dont les mouvements féministes ont appréhendé la contraception en France dans les années 1970. Cette question de la démedicalisation était déjà présente dans les années 1970, ce qui a été pour moi une grande surprise. Nombre de thématiques paraissent avoir surgi du néant ces dix dernières années alors que ce n'est pas du tout le cas. Une partie marginale des mouvements féministes en France invitait, pas forcément à complètement démedicaliser la contraception, mais en tout cas à cette réflexion-là. Le cœur de ces mouvements a plutôt été rigide là-dessus (« il faut la pilule, il faut la pilule ! »). Ces mêmes mouvements qui parfois invitaient à démedicaliser l'avortement (où les rapports de pouvoir entre médecins et patient·es étaient extrêmement critiqués et remis en cause), n'ont pas toujours poussé la réflexion jusqu'à la démedicalisation de la contraception et pensaient que le fait d'aller voir un·e médecin une fois tous les six mois pour une ordonnance n'était pas si contraignant. Cette question a été un point aveugle de la majorité des mouvements féministes, mais a émergé dans les mouvements de *self-help*, dans une partie marginale des mouvements pour les libertés, l'avortement et la contraception.

Yannick Manigart : Pour moi, la contraception hormonale est un médicament. Un médicament pour ne pas avoir d'enfant, mais aussi un médicament pour soigner des pathologies chez les femmes qui sont demandeuses, des syndromes prémenstruels, etc. Un médicament avec des contre-indications sérieuses qui peuvent amener des effets secondaires vraiment graves (si on a eu un antécédent de thrombose, prendre une pilule peut tuer quelqu'un). Je suis pour que les sage-femmes puissent prescrire des pilules et des contraceptifs, avec à côté une formation sérieuse. Je pense qu'il est difficile de complètement démedicaliser la prescription des contraceptions hormonales, et en disant « médical », je ne pense pas qu'aux médecins.

Alexandra Roux : C'est un débat intéressant sur la question « qu'est-ce que démedicaliser ? ». Est-ce questionner le monopole médical sur la prescription ? Est-ce rendre plus facilement accessible en pharmacie ? Par exemple, une fois que la pilule a été prescrite, la question de renouveler l'ordonnance tous les six mois soumet le corps des femmes à un contrôle. Il s'agit d'un débat plus large que juste dire « pas de méthode médicale » et qui a réémergé ces dernières années, après de nombreuses décennies où c'était un non-débat.

CONCERNANT LE DUO CONTRACEPTION-AVORTEMENT

Question de la salle : Vous disiez qu'en 1970, le remboursement de la contraception était déjà mis en place en France. En Belgique, c'est arrivé beaucoup plus tard. Quels éléments ont permis que ce remboursement arrive déjà dans les années 1970 ?

Alexandra Roux : Les mouvements féministes revendiquaient que la contraception soit libre et gratuite. Toutes les revendications autour de l'avortement ont été très vives, de 1971 au vote de la loi Veil en 1975. Le cœur de la bataille des mouvements féministes était l'accès à l'avortement qui a toujours été couplé, dans toutes les revendications, dans tous les slogans, à l'accès à la contraception libre et gratuite. Il y a un moment dans cette histoire où les mouvements féministes ont été assez forts dans le rapport de pouvoir, dans la négociation avec les pouvoirs publics. La loi Veil de 1974 amène celle de 1975, c'est pensé comme « un package ». Une pensée est assez prégnante dans ces sphères de décision : pour les pouvoirs publics, si l'on peut éviter un avortement, c'est mieux. Et cela passe par rendre la contraception véritablement accessible. Ce « package avortement-contraception » a été l'outil pour rendre acceptable la question de l'avortement en dernier recours.

Question de la salle : Est-ce que promouvoir la contraception a permis de mettre l'IVG sous le tapis, comme c'est le cas en Belgique ? Pour le moment, on est en mode « c'est hyper important que la contraception soit accessible à tout le monde », pour ne pas faire évoluer les lois sur l'IVG. Y a-t-il eu ce même genre de discours à travers l'histoire en France ou cela a toujours été pensé en duo comme « même s'il y a une contraception, l'IVG sera toujours présente » ?

Alexandra Roux : Le duo contraception-avortement a une histoire très intéressante en France qui n'est pas aussi linéaire. Je parlerais plutôt d'une tension entre les deux. Des travaux de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand ont montré qu'au seuil des années 2000, une contraception plus accessible ne faisait pas complètement disparaître l'avortement. Par conséquent, il faut repenser la question de l'avortement pour ne pas voir la contraception comme un moindre mal face à un pire fléau, mais l'avortement comme une technique parmi d'autres de régulation des naissances. Si on regarde à l'échelle historique, beaucoup plus large, l'avortement a été utilisé comme technique de régulation des naissances depuis des millénaires. C'était une des principales méthodes de régulation des naissances à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. Plus on investit l'avortement d'une charge morale, psychologique, etc., plus on va penser l'avortement comme l'antinomique de la contraception. Plus on s'émancipe de considérations purement morales, plus on peut voir que, historiquement, il s'inscrit dans un ensemble de techniques.

BIBLIOGRAPHIE

- BAJOS N., FERRAND M., 2004, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences sociales et santé*, 22, 3, p. 117-142.
- KOECHLIN A., 2021, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris I.
- KOECHLIN A., 2022, *La norme gynécologique. Ce que la médecine fait au corps des femmes*, 1er édition, Paris, Amsterdam (Multitudes), 305 p.
- LE GUEN M., SCHANTZ C., RÉGNIER-LOILIER A., LA ROCHEBROCHARD E. DE, 2021, « Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review », *Social Science & Medicine* (1982), 284, 114247, p. 1-13.
- OUDSHOORN N., 2003, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, Durham et Londres, Duke University Press Books.

- PAVARD B., 2012, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, PUR.
- RUAULT L., 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une *vie féminine* », *Nouvelles Questions Féministes*, 34, 1, p. 35-50.
- SILIES E.-M., 2015, « Taking the Pill after the 'sexual revolution': female contraceptive decisions in England and West Germany in the 1970s », *European Review of History: Revue européenne d'histoire*, 22, 1, p. 41-59.
- THOMÉ C., 2016, « D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes : Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin », *Sociétés contemporaines*, 4, 104, p. 67-94.
- THOMÉ C., 2022, « Dans les coulisses du désir spontané. Sexualité hétérosexuelle, travail des femmes et ordre du genre », *Revue française de sociologie*, 63, 2, p. 283-309.
- THOMÉ C., 2024, « Après la pilule. Le choix contraceptif des jeunes femmes à l'épreuve du rejet des hormones », *Santé Publique*, 36, 1, p. 87-96.
- VENTOLA C., 2016, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, 60, p. 101-122.
- VENTOLA C., 2017, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, Thèse de doctorat, Paris Saclay.

Anne HENDRICKX

Experte médicaments pour le Pôle Etudes et Politique de santé de Solidaris

Je vais présenter le rôle des autorités dans l'accès à la contraception. C'est une matière un peu aride mais, si on veut faire changer les choses, il est important de savoir qui prend quelles décisions, et surtout sur quelles bases elles sont prises.

Quand on travaille dans les médicaments, il y a beaucoup de conflits d'intérêts. La plupart des experts scientifiques sont financés par les firmes, donc ils déclarent leurs intérêts. Moi, j'ai un vrai intérêt, parce que je suis moi-même une patiente potentielle, mais, sinon, je n'ai pas d'autres intérêts. Je suis membre de différentes commissions, ce qui explique ma connaissance en détails. C'est en tant que mutuellistes que nous sommes intégrés dans le système d'acceptation et de remboursement des médicaments.

Tous les contraceptifs ne sont pas des médicaments. Il y a deux catégories. D'une part, les médicaments qui font l'objet d'un encadrement très, très strict, notamment en termes de sécurité. Ce cadre très strict est arrivé à cause du scandale des « bébés Softenon ». En Belgique, la loi de 1968 a fort encadré. Par contre, pour les dispositifs médicaux, on a dû attendre un autre scandale, celui des prothèses PIP qui ont aussi affecté beaucoup de femmes. La réglementation qui encadre est de 2017 seulement en Belgique. On a un fameux écart mais, en termes de sécurité, on rattrape.

1. LES MEDICAMENTS

DEFINITION ET CONTROLE

Intéressons-nous d'abord aux médicaments. Un médicament, c'est quoi ? Une définition précise se trouve dans la loi : un médicament est une substance qui a des propriétés (un contraceptif va être un médicament parce qu'il va affecter des fonctions physiologiques), mais c'est aussi une substance qui a reçu une autorisation de mise sur le marché. Sans cette autorisation, la substance n'est pas un médicament. Et cette autorisation de mise sur le marché est donnée pour les médicaments les plus importants en termes de santé (on parle de maladies graves) par l'Agence européenne des médicaments (EMA). Les médicaments pour le cancer, pour l'hypertension, qui arrivent en Belgique, sont autorisés par l'Agence européenne des médicaments pour l'ensemble de l'Europe. Et puis, il y a des médicaments qui sont présentés nationalement. Ceux-là sont évalués par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). C'est l'agence de santé publique chargée des médicaments et dispositifs médicaux belges.

Dans les deux cas, on va évaluer le médicament sur base d'essais cliniques, donc des essais qui ont été faits avec des critères extrêmement clairs et qui vont devoir démontrer à la fois l'efficacité du médicament (on parle d'efficacité par rapport à un placebo) et sa sécurité. Beaucoup de médicaments sont refusés parce qu'ils ne sont pas assez sûrs. Ils ont un peu d'efficacité mais beaucoup d'effets

secondaires ou ils ont la même efficacité qu'un autre en étant beaucoup plus mauvais pour la santé. Ceux-là ne sont pas acceptés, ils n'arrivent pas sur le marché.

On reconnaît un médicament au fait qu'il a une notice. La notice dans les emballages est une obligation pour tous les médicaments.

Les médicaments font l'objet d'un suivi de qualité par l'Agence fédérale des médicaments. Chaque médicament n'est pas vérifié, mais il y a des coups de sonde, les productions sont vérifiées, et il y a un cadre qui est important.

Et tout médicament est vendu exclusivement en pharmacie. En Hollande, il y a les drogueries, les Kruidvat, qui ont du paracétamol, par exemple. En Belgique, la vente a lieu exclusivement en pharmacie pour une raison de santé publique : on estime que le pharmacien a un vrai rôle, celui de regarder ce que les patients prennent comme médicaments. Une campagne de l'AFMPS a eu pour slogan « Un médicament n'est pas un bonbon ! ». Il y a toujours des risques et beaucoup d'hospitalisations sont liées à ces risques. C'est valable aussi pour les médicaments en vente libre. J'aimerais le rappeler parce qu'on a tendance à l'oublier : le paracétamol est un médicament dangereux. L'aspirine, c'est extrêmement dangereux pour l'estomac.

Outre le fait qu'ils sont vérifiés au moment de leur arrivée sur le marché, il y a aussi un suivi en vie réelle, qui s'appelle la pharmacovigilance pour les médicaments. Un outil au niveau de l'Agence des médicaments permet de déclarer les effets secondaires non seulement aux professionnel·les de santé, mais aussi aux patient·es. C'est extrêmement important, parce que des alertes (surtout si elles ont lieu dans plusieurs pays) peuvent ainsi arriver au Comité européen (Comité d'évaluation des risques en pharmacovigilance ou PRAC), qui va parfois émettre des obligations d'analyse de risque ou des retraits de marché sur des médicaments qui ont démontré en vie réelle des dangers beaucoup plus importants que ceux imaginés.

MEDICAMENTS AVEC OU SANS PRESCRIPTION

On peut classer les médicaments par rapport à leur statut en prescription. On appelle les médicaments sans prescription des « médicaments de comptoir » parce qu'en anglais, c'est *Over The Counter*, OTC, un terme beaucoup utilisé. A priori, un médicament est sur prescription. Il peut demander à ne pas être sur prescription. C'est une commission de l'Agence des médicaments, par pays, qui détermine si un médicament peut ne pas être sur prescription. Il peut donc être sur prescription en France et en vente libre chez nous. C'est basé sur sa dangerosité : est-ce qu'on peut utiliser ce médicament sans danger important ? Quand on a des alertes de pharmacovigilance, on peut remettre un médicament sous prescription, comme cela a été le cas du Motilium. Il y a quinze ans, on prenait le Motilium quand on était un peu ballonné. Ensuite, on a vu qu'il y avait des effets secondaires rarissimes, mais gravissimes, et on l'a remis sur prescription. Ceux qui sont sans prescription sont essentiellement les médicaments de confort.

Les médicaments, comme je l'ai dit, sont vendus uniquement en pharmacie. Les médicaments sans prescription peuvent être aussi vendus par Internet, mais via une pharmacie. Donc un médicament qui est vendu par Internet, hors pharmacie, n'est pas un médicament, c'est une contrefaçon, un produit,

de la poudre, dans le meilleur des cas, sans danger, dans le pire des cas, vraiment dangereuse. Uniquement les médicaments sans prescription peuvent faire l'objet d'une publicité, y compris à la télévision. On en voit beaucoup autour des grosses heures d'audience. J'ai le triste privilège d'être dans cette commission et d'essayer de faire passer des règles orientées vers la santé publique mais il y a une logique commerciale qui prévaut et on laisse passer des spots qui, pour moi, restent très ambigus sur la valeur du médicament.

Pour les médicaments sur prescription, il y a deux catégories : ceux qui ne sont pas remboursés et ceux qui sont remboursés. Pourquoi est-ce qu'un médicament n'est pas remboursé ? Seule la firme peut décider que son médicament va être remboursé. La plupart des médicaments ne sont pas remboursés parce que les firmes ne l'ont pas demandé. C'est le cas des contraceptifs plus récents. Les très vieux contraceptifs, 1^{re}, 2^e génération, ont été remboursés pendant de nombreuses années. Très peu remboursés, mais remboursés quand même, parce que les firmes l'avaient demandé. Elles n'ont pas voulu demander le remboursement pour les contraceptifs plus récents parce qu'elles veulent garder un encadrement léger. Quand on est non remboursé, le SPF Économie encadre, on doit donner son prix et il y a une petite discussion, mais, grosso modo, ça passe. Alors que quand on est dans le remboursement, c'est beaucoup plus strict, le prix est fortement négocié. C'est la raison unique pour laquelle ces médicaments ne sont pas remboursés : les firmes ne voulaient pas négocier leurs prix. Ils sont beaucoup plus chers que les autres. Nous, en tant que membres de la Commission de remboursement des médicaments, forcément, on aurait dit : « Regardez, vous n'êtes pas meilleurs, voire même, vous avez plus d'effets secondaires que les 1^{res} générations, vous êtes au même prix. » Ce n'était pas leur volonté, donc ils ne sont pas venus dans le remboursement.

Le non-remboursement peut être aussi lié au fait que les autorités ont refusé le remboursement et c'est souvent lié au prix : les prix demandés sont trop élevés, donc on refuse. Il y a parfois des médicaments déremboursés sur base d'un manque d'efficacité. Le Daflon, l'Isox étaient des médicaments remboursés pendant longtemps, et puis à l'analyse de nouvelles données, ils ne l'ont plus été.

Un médicament est toujours protégé par un brevet, personne ne développe un médicament sans brevet, malheureusement. Il est tout seul sur le marché, en général pendant à peu près douze ans. Et puis, il y a des médicaments génériques qui arrivent, désignés aujourd'hui par le terme « biosimilaires ». En simplifiant, ce sont des génériques de médicaments biologiques, donc des génériques de médicaments qui sont produits à partir de substances vivantes. La différence entre un original et un générique n'est pas au niveau de la composition (les médicaments génériques ont la même composition en substance active, le même effet que les médicaments originaux et ils ont dû démontrer leur bioéquivalence), mais c'est surtout moins cher en général (dans les médicaments remboursés, ils ne le sont pas toujours, mais en non remboursés, c'est très clair, c'est vraiment moins cher). Voyons la pilule Jasmine et tous ses génériques.

éthinyloestradiol + drospirénone oral 0,03 mg + 5 mg ⚠ no switch: contraception orale

Génériques

spécialité	quantité	prix public
Dorintheramex	compr. pellic. 13 x 21	75,92 €
Drosibel	compr. pellic. 13 x 21	80,00 €
Drosana 30	compr. pellic. 13 x 21	82,01 €
Drosibel	compr. pellic. 6 x 21	40,08 €
Armunia 30	compr. pellic. 6 x 21	42,52 €
Margotviatris 30	compr. pellic. 13 x 21	92,75 €
Annais 30	compr. pellic. 13 x 21	92,75 €
Drosana 30	compr. pellic. 6 x 21	43,80 €
Margotviatris 30	compr. pellic. 6 x 21	46,83 €
Annais 30	compr. pellic. 6 x 21	46,83 €
Dorintheramex	compr. pellic. 3 x 21	23,86 €
Armunia 30	compr. pellic. 3 x 21	24,13 €
Drosibel	compr. pellic. 3 x 21	24,24 €
Yasmin (PI-Pharma)	compr. pellic. 13 x 21	116,04 €
Yasmin	compr. pellic. 13 x 21	116,04 €
Drosana 30	compr. pellic. 3 x 21	27,57 €
Margotviatris 30	compr. pellic. 3 x 21	28,21 €
Annais 30	compr. pellic. 3 x 21	28,21 €
Yasmin (PI-Pharma)	compr. pellic. 6 x 21	59,04 €
Yasmin	compr. pellic. 6 x 21	59,04 €
Yasmin (PI-Pharma)	compr. pellic. 3 x 21	34,22 €
Yasmin	compr. pellic. 3 x 21	34,22 €

Original

Tableau des prix de la pilule Jasmine et ses génériques.

Si on regarde le prix, on voit que pour la Jasmine, pour un an, on est à 116 € et que les génériques sont entre 75 € et 82 €. C'est le genre de différence de prix qu'on remarque souvent entre des génériques et des originaux quand il n'y a pas de remboursement.

LE REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS

Alors comment se passe le remboursement des médicaments ? Cela se passe au niveau de l'INAMI, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, qui est un parastatal de la sécurité sociale. Ensuite, une commission de remboursement des médicaments va formuler une proposition, regarder l'efficacité du médicament, les coûts des autres, faire une proposition basée sur sa valeur thérapeutique. Mais, très souvent, le médicament arrive juste après un essai clinique, donc c'est très théorique. En essai clinique, le patient ne prenait que ce médicament et on lui rappelait qu'il fallait le prendre. Il faut voir ensuite dans la réalité comment il va être pris. Le prix est essentiellement basé sur la capacité de négociation des uns et des autres. Objectivement, on peut parler de chantage : « Mon médicament anticancéreux, c'est 50 000 € le traitement. Si vous voulez plus bas que ça, vous ne l'aurez pas. » Ils appellent cela de la négociation, mais moi, je trouve que c'est du chantage.

Quand on a déterminé un prix, on détermine dans quelle catégorie le médicament va être remboursé. On va le rembourser de manière plus ou moins importante par rapport à la gravité. Les médicaments pour les maladies vraiment graves seront gratuits pour le patient (tous les traitements pour le cancer, les maladies orphelines...).

Les médicaments plus chroniques et plus répandus, c'est la catégorie B. Ils coûtent 15 € maximum par conditionnement. Parfois, il y a un conditionnement par mois et les montants peuvent alors être très importants. Certains patients prennent dix médicaments, ce qui entraîne des grosses sommes.

Pour tout ce qu'on a appelé les médicaments de confort, il y a les catégories dans les C. Les pilules arrivent ici en catégorie Cx, la plus basse, c'est-à-dire 20 % du prix. Donc 20 % d'un vieux médicament est remboursé. C'est symbolique, mais cela permettait de contrôler le prix et le solde est beaucoup moins cher que pour les plus récents.

Ce qui reste remboursé aujourd'hui par le système classique de l'INAMI en contraception, ce n'est vraiment pas grand-chose : c'est la pilule Tri-Minulet. Toutes les autres sont sorties (Microgynon n'est même plus remboursé pour l'ensemble des femmes, alors qu'elle l'a été pendant longtemps). Et puis il y a une particularité, la Daphné, générique qui est remboursé aussi à 20 %, mais ce n'est pas de la contraception : elle a un effet contraceptif et est beaucoup prise comme contraceptif, mais en réalité c'est un traitement de l'acné ou de l'hirsutisme (et elle ne se retrouvera donc pas dans la « contraception jeunes »).

2. LES DISPOSITIFS MEDICAUX

DEFINITION ET CONTROLE

Les dispositifs médicaux sont des objets qui n'agissent pas de manière pharmacologique ou immunologique. Il s'agit de tout ce qui est plus concret : les préservatifs, les stérilets, tous ces objets qu'on utilise pour la contraception. Depuis 2017, on a un cadre beaucoup plus strict de vérification de l'arrivée sur le marché de ces dispositifs médicaux. Ils ont été classés en fonction de la dangerosité (on ne va pas avoir les mêmes normes pour un pansement et pour une prothèse de hanche). Tout ce qui concerne la contraception est mis dans des risques assez importants. Les préservatifs et diaphragmes sont dans la classe IIb. En classe III, donc la classe de risque la plus élevée, on a les stérilets en cuivre. Les stérilets hormonaux sont des médicaments et ont un contrôle très strict. Les stérilets en cuivre ont le contrôle le plus strict pour les dispositifs médicaux, donc de très haute qualité, avec de très hauts standards.

Il y a un système de marquage CE, avec organismes notifiés, qui est en train de se mettre en place et va encore s'améliorer dans les prochaines années. Mais il y a déjà un vrai progrès en termes de sécurité pour ces dispositifs médicaux. On a aussi un suivi en vie réelle sur les effets secondaires qui s'appelle la matériovigilance dans ce cas-ci. C'est le même principe que la pharmacovigilance, mais comme c'est un univers plus complexe, les patient-es sont appelé-es à déclarer les effets secondaires non pas seul-es mais avec un prestataire de santé.

LE REMBOURSEMENT

En ce qui concerne les remboursements, le processus est identique à celui des médicaments : la demande vient de la firme, elle est étudiée dans une autre commission, et c'est selon les mêmes

critères. Aucun contraceptif n'est remboursé via le système classique de remboursement pour tout le monde. Ce qui existe, par contre, c'est le remboursement pour la « contraception jeunes » depuis 2004. L'idée était partie d'un rapport de la Commission sur l'avortement qui montrait le nombre d'avortements chez les jeunes filles. Il y avait une série de mesures d'encadrement très importantes, mais la seule pour laquelle le ministre des Affaires sociales avait une compétence, c'était le remboursement éventuel de la contraception. Avec le ministre Rudy Demotte, nous avons pris une mesure de remboursement de la contraception jusqu'à 21 ans, uniquement pour les jeunes filles. En 2020, la mesure a été élargie aux jeunes filles de moins de 25 ans et à tous les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) c'est-à-dire les personnes qui ont un statut d'invalidé, pensionné·e, handicapé·e, chômeur·euse complet longue durée. Le statut BIM prend aussi en compte un critère strictement lié aux revenus : il concerne toute personne qui a un revenu de moins de 27.000 € et donne des avantages comme un remboursement plus important pour des interventions de l'assurance maladie. Pour ces personnes-là, tous les contraceptifs sont remboursés à concurrence de 3 € par mois à peu près. La pilule du lendemain est gratuite pour toutes et tous, sans aucune condition ni d'âge, ni de statut. Il y a juste une exception : la NorLevo coûte encore 0,85 €. Elle doit sans doute dépasser un plafond et c'est la raison pour laquelle il y a cette petite intervention, mais pour toutes les autres, c'est gratuit.

Ce système est automatique au niveau de la pharmacie (il n'y a pas de demande spécifique à faire) et représente au total 17 millions pour l'INAMI. Quand j'étais au cabinet de Rudy Demotte, j'ai fait une simulation pour voir combien coûterait le remboursement de l'ensemble de la contraception à l'ensemble des femmes et, à l'époque, j'étais arrivée à un montant total de 50 millions. C'est un chiffre significatif quand même.

Il n'y a pas d'intervention sur les préservatifs. On n'arrive pas à faire un remboursement des préservatifs parce qu'ils sont vendus dans trop d'endroits. Limiter le remboursement des préservatifs en pharmacie, alors qu'ils y sont plus chers, n'a pas de sens et ne permet pas vraiment un accès. Dès le départ, les préservatifs n'ont donc pas été inclus dans la mesure et ils ne le sont toujours pas.

Alors qu'est-ce que cela coûte encore à la patiente ? Pour voir exactement ce qui est remboursé aujourd'hui, il y a deux sites intéressants : le site de l'INAMI et le site du CBIP (Centre belge d'information pharmacothérapeutique) que je préfère. Le CBIP dépend de la Santé Publique, est financé avec de l'argent public, est tout à fait indépendant et donne des très bonnes informations sur la valeur des médicaments. Là, vous pouvez trouver beaucoup plus facilement le prix public et le ticket modérateur.

Un autre élément intéressant à retenir pour la « contraception jeunes » : tous les stérilets sont gratuits et certaines pilules anciennes sont gratuites aussi (Microgynon, Lowette, Lavinia, Noranelle 20). Pour les pilules récentes, si on prend l'exemple sur treize mois, on était à 26 € avec la Lavinia et avec la Jasmine on est à 116 €. On n'est pas du tout dans les mêmes ordres de grandeur et les génériques sont vraiment moins chers. Dans le cadre de ce remboursement spécifique pour les jeunes, la Jasmine coûte encore 77 € pour un an alors que la Drosibel ou la Drosana coûte aux alentours de 40 € pour la patiente. Donc, il y a vraiment un intérêt à prescrire ces pilules en génériques.

Préparations monophasiques de deuxième génération

PAR MARQUE PAR GROUPE Positionnement tout réduire

éthinyloestradiol + lévonorgestrel oral 0,02 mg + 0,1 mg no switch: contraception orale

spécialité	quantité	prix public	ticket mod.
Lavinia	compr. pellic. 13 x 21	26,10 €	0,00 € J
Noranelle 20/100	compr. pellic. 13 x 21	38,96 €	0,00 € J
Noranelle 20/100	compr. pellic. 6 x 21	21,85 €	5,85 € J
Lavinia	compr. pellic. 3 x 21	12,83 €	3,61 € J
Eleonor 20	compr. enr. 3 x 21	13,00 €	4,00 € J
Noranelle 20/100	compr. pellic. 3 x 21	13,02 €	4,02 € J
Microgynon 20	compr. enr. 3 x 21	18,31 €	9,31 € J
Lowette	compr. pellic. 3 x 21	24,17 €	15,17 € J

éthinyloestradiol + lévonorgestrel oral 0,02 mg + 0,1 mg (f) + placebo oral (f) no DCI: contraception multiphasique

spécialité	quantité	prix public	ticket mod.
Levesialle Continu 20	compr. pellic. 13 x 28 21+7	35,19 €	0,00 € J
Levesialle Continu 20	compr. pellic. 6 x 28 21+7	19,31 €	1,31 € J
Levesialle Continu 20	compr. pellic. 3 x 28 21+7	11,00 €	4,00 € J

éthinyloestradiol + lévonorgestrel oral 0,03 mg + 0,15 mg no switch: contraception orale

Pilules gratuites dans les anciennes générations

spécialité	quantité	prix public	ticket mod.
Dorintheramex	compr. pellic. 13 x 21	75,92 €	36,92 € J
Drospilbel	compr. pellic. 13 x 21	80,00 €	41,00 € J
Drosana 30	compr. pellic. 13 x 21	82,01 €	43,01 € J
Drospilbel	compr. pellic. 6 x 21	40,08 €	22,08 € J
Armunia 30	compr. pellic. 6 x 21	42,52 €	24,52 € J
Margotviatrix 30	compr. pellic. 13 x 21	92,75 €	53,75 € J
Annais 30	compr. pellic. 13 x 21	92,75 €	53,75 € J
Drosana 30	compr. pellic. 6 x 21	43,80 €	25,80 € J
Margotviatrix 30	compr. pellic. 6 x 21	46,83 €	28,83 € J
Annais 30	compr. pellic. 6 x 21	46,83 €	28,83 € J
Dorintheramex	compr. pellic. 3 x 21	23,86 €	14,86 € J
Armunia 30	compr. pellic. 3 x 21	24,18 €	15,18 € J
Drospilbel	compr. pellic. 3 x 21	24,24 €	15,24 € J
Yasmin (PI-Pharma)	compr. pellic. 13 x 21	116,04 €	77,04 € J
Yasmin	compr. pellic. 13 x 21	116,04 €	77,04 € J
Drosana 30	compr. pellic. 3 x 21	27,37 €	18,37 € J
Margotviatrix 30	compr. pellic. 3 x 21	28,21 €	19,21 € J
Annais 30	compr. pellic. 3 x 21	28,21 €	19,21 € J
Yasmin (PI-Pharma)	compr. pellic. 6 x 21	59,04 €	41,04 € J
Yasmin	compr. pellic. 6 x 21	59,04 €	41,04 € J
Yasmin (PI-Pharma)	compr. pellic. 3 x 21	34,22 €	25,22 € J
Yasmin	compr. pellic. 3 x 21	34,22 €	25,22 € J

Prix des pilules de récentes générations génériques (vert) vs original (rouge)

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET CONTRACEPTION : UNE INFLUENCE DEMESUREE ?

Stephanie DUPIN

Présidente de l'association European Network for Shared Contraception et co-fondatrice de la société coopérative Entrelac.coop

L'industrie pharmaceutique et la contraception sont extrêmement liées et la question est de savoir pourquoi. Pour répondre, je vais prendre un cas concret qui est celui de la contraception dite masculine, ou la contraception thermique, notamment avec des exemples comme celui de l'anneau Andro-Switch qui a été suspendu de la vente en 2021 parce qu'il n'était pas officiellement à dispositif médical.

1. LE MONOPOLE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Il y a une évidence en ce qui concerne la contraception : les coûts d'accès créent le monopole sur les médicaments et sur les dispositifs médicaux. La règle 4 de la directive 93/42 de l'Union européenne place tout dispositif médical de contraception dans une classe IIb, quels que soient son usage et la façon dont il agit. Cela veut dire que l'on va se baser sur l'intention du fabricant quand il met sur le marché un dispositif médical. Un exemple très concret : une application de suivi du cycle menstruel qui suit le cycle mais ne parle pas de contraception, peut être classée en classe I et une application de suivi qui parle de contraception va être automatiquement en classe IIb. C'est ce qui est arrivé à l'Andro-Switch contrairement à une pince pénienne anti fuite urinaire « Stop-Uri » par exemple, qui est en classe I. Un anneau contraceptif, à partir du moment où il parle de contraception, va être en classe IIb.

Quelle est la différence ? Ce ne sont pas du tout les mêmes coûts. Dans la classe I, c'est un dispositif médical, il y a effectivement des normes, mais il y a surtout de l'auto-certification et une obligation de se conformer à des règles. Par contre, il n'y a pas d'organisme notifié nécessaire et les coûts liés à la certification. La contraception est en classe IIb, une classe extrêmement stricte, pour la raison évidente de sécurité du patient ou de la patiente. Cela crée des barrières à l'entrée particulièrement élevées pour assurer la sécurité des usager·ères. Les plus grandes firmes pharmaceutiques vont avoir la force financière et réglementaire pour franchir ces barrières. Les innovateur·rices, tel·les que ceux et celles qui inventent aujourd'hui des choses sur la contraception masculine, vont devoir passer par ces grandes firmes pour pouvoir accéder au marché. Problème : les firmes pharmaceutiques sont des sociétés privées. Elles ont un objectif individuel qui est la recherche de rentabilité.

On annonce l'arrivée de la pilule masculine, ou de n'importe quelle méthode masculine, tous les ans depuis les années 1970. Les méthodes de contraception thermique, dont j'espère entendre plus parler maintenant, existent depuis les années 1970. Il n'y a rien de nouveau mais elles n'étaient pas là au bon moment. Le monopole des industries pharmaceutiques, basé sur une logique de rentabilité et pas tellement d'innovation, a donc effectivement différentes conséquences. La même molécule va être

développée sous différentes formes et beaucoup de recherches hormonales vont être mises en place. C'était flagrant sur la contraception masculine. Il y a deux ou trois ans, j'ai assisté au Congrès international de contraception masculine (ICMC) à Paris, qui ne parlait que de contraception potentiellement hormonale d'ici trente à quarante ans. Alors que le Dr Mieusset qui a inventé le slip chauffant se trouvait dans la salle, cette question n'a pas été abordée.

Beaucoup de méthodes (telle que la contraception testiculaire) sont mises de côté. Elles ne font pas partie du paysage. La réponse est dans la recherche de rentabilité. Ce monopole basé sur la sécurité n'exclut pas les scandales et ne le pourra jamais. Je pars du principe que ce ne sont pas forcément les firmes pharmaceutiques qui sont toujours les mieux placées pour assurer la sécurité des patientes et des patients. Et, bien sûr, cela met un frein à l'innovation. Voici un exemple concret : le budget nécessaire à la mise sur le marché de l'anneau Andro-Switch (le premier dispositif sur lequel nous travaillons avec la société entrelac.coop) a été évalué à 1 million d'euros. C'est énorme. La personne qui a inventé l'anneau Andro-Switch dans son garage, un soir de septembre, n'a absolument pas 1 million d'euros à mettre sur la table pour accéder au marché. Pour l'industrie pharmaceutique, cette somme n'est qu'une goutte d'eau. La mise sur le marché du Viagra par Pfizer, c'était 500 millions de dollars. Le chiffre d'affaires de Bayer est de 41 milliards de dollars. Pour les petits laboratoires pharmaceutiques, on parle de chiffre d'affaires en millions d'euros. Dépenser 1 million d'euros pour venir poser un dispositif qui ne serait peut-être pas le plus rentable, mais qui apporterait une avancée sociologique intéressante, c'est possible. C'est une question de volonté. Mais la logique qui prévaut c'est malheureusement la rentabilité, pas forcément la santé publique.

Il ne s'agit pas d'un cas isolé. Par exemple, les négociations pour l'industrialisation du slip toulousain (l'ancêtre de la méthode thermique qui a posé les bases de toutes ces méthodes-là) ont échoué dans les années 1990 pour des questions de rentabilité. Bayer a refusé la proposition de développement du Bimek (un interrupteur qui vient se poser sur les canaux déférents). C'était peut-être un peu prématuré, mais cette invention existe et la recherche sur la question pourrait être développée. Au moment de la suspension des ventes de l'anneau Andro-Switch, les laboratoires ne se sont pas rués sur son fabricant pour lui proposer de le développer et de le faire accéder au marché.

Je ne suis pas là pour vous dire que la rentabilité n'est pas importante. Je reste une cheffe d'entreprise et il faut faire vivre l'entreprise en question. Par exemple, l'anneau Andro-Switch ne va pas venir engraisser des actionnaires pendant trente ans, mais il peut vivre et être un objet qui fonctionne. Selon toutes les études de marché que l'on a faites, il y a une demande. Par conséquent, il y a quelque chose à faire à ce sujet-là. La question est : que faire ?

2. QUE FAIRE FACE A CE MONOPOLE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ?

Une fois que l'on a posé les bases de ce monopole de l'industrie pharmaceutique qui est le résultat d'un système, que fait-on ? Différentes idées peuvent être proposées. En Allemagne, par exemple, il y a eu une vraie volonté politique qui semble naître. Un vote a eu lieu en décembre dernier afin de mettre sur la table 60 millions d'euros pour la recherche en santé individuelle. Dans cette recherche-là, il y a 10 millions pour la recherche en contraception (la vraie recherche, c'est-à-dire le fait d'aller chercher des choses nouvelles) et 5 millions pour la contraception masculine. C'est la première fois en Europe qu'un gouvernement met sur la table cette question-là. Et cette nouveauté ne vient pas de

nulle part. Une association qui s'appelle Better Birth Control a réalisé un gros travail de lobbying et fait circuler une pétition ayant atteint plus de 100.000 signatures. Ce travail va potentiellement permettre le développement de recherches sur la contraception masculine.

C'est un peu tôt pour en parler, mais il y a des inventions géniales en Allemagne sur la question des contraceptions testiculaires, notamment des pinces qui sont mises sur les testicules une fois par mois pendant cinq minutes. Je ne sais pas si ce produit pourra fonctionner. Il n'empêche qu'il faut bien chercher.

Je repars sur le Bimek qui a changé de nom et s'appelle le Sperm-Switch. C'est un interrupteur qui se place sur les canaux déférents et qui permet d'appuyer ou non, d'être ou non fertile. Les fabricants sont partis sur une tentative de *crowdfunding* avec l'idée d'aller chercher ce qui manque : l'argent et le soutien, les deux allant de pair. Il faut qu'il y ait une vraie demande et un vrai engouement.

Je vais vous présenter ce que nous faisons avec Entrelac.coop. C'est la réponse que nous avons souhaité apporter suite à la suspension des ventes de l'Andro-Switch et qui aujourd'hui s'ouvre à toutes les contraceptions dites thermiques. L'idée était la suivante : que fait-on si on pense autrement qu'en termes de rentabilité uniquement ? Est-ce qu'on peut penser la contraception comme ce qu'elle est, à savoir un objet social et une porte d'entrée importante dans tous les développements d'égalité femmes-hommes et de partage des charges en règle générale ? On s'est basé sur un format de société qui existe en France et s'appelle une société coopérative d'intérêt collectif. Ce format permet très concrètement de se dire « on est une société privée, certes, mais on fait le choix d'avoir le projet de l'entreprise qui aboutit avant de chercher la rentabilité ». Cela passe par des choses assez précises. Si des excédents arrivaient, ils ne seraient pas redistribués, ils seraient remis dans la mission de l'entreprise. C'est légal, c'est contrôlé. On a un prix de la part qui est bloqué. On ne peut pas spéculer sur notre société. Il y a une co-construction des contrats avec les porteur·euses de projets dans la contraception testiculaire. Ils et elles arrivent avec des idées un peu farfelues ou des choses un peu surprenantes qui ont besoin de beaucoup de travail avant de pouvoir payer un·e accompagnateur·rice. On commence par travailler avec le·la porteur·euse de projet et si on réussit, on envisage d'être payé·es plus tard. La rémunération est donc différée une fois que la mise sur le marché a été accordée. Cette solution n'est pas toujours bien accueillie par les autres investisseur·euses mais elle correspond à notre volonté. Elle nous permet de réunir aujourd'hui 310 sociétaires et des institutions entrent aussi dans la société.

Outre l'Andro-Switch, on accompagne le spermopause qui est un boxer chauffant avec une batterie (parce qu'il y a des recherches à faire sur la question de la contraception thermique exogène) et aussi un boxer de remontée testiculaire qui est la version 2.0 du slip toulousain. C'est un pari, on ne sait pas si on va y arriver. Le graal est la certification européenne. Si un dispositif médical de contraception masculine peut obtenir ce certificat européen, il y a des chances que la mécanique de prise de part de marché fonctionne et que les investissements commencent à arriver de la part des grands groupes industriels pharmaceutiques.

LA CONTRACEPTION : QUELLE DISPONIBILITE ? QUELS CHOIX ? A QUEL PRIX ?

Claudine CUEPPENS

Responsable du Centre de documentation et d'information de la **Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (CEDIF)**

L'accès concret et la délivrance de la contraception est une mission fondatrice des centres de planning familial. En effet, ils distribuent depuis toujours des pilules contraceptives (y compris avant le début des années 70 qui verront l'abrogation de la loi de 1923 interdisant toute « publicité » sur la contraception) et des pilules d'urgence.

La fédération et les centres ont toujours milité en faveur du meilleur accès possible et ont pour cela mené de nombreuses actions, soit directement en termes d'accessibilité des méthodes mais aussi d'une amélioration de l'information, tant du grand public que via la reconnaissance de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire. Citons à titre d'exemple, des actions en faveur de la mise en vente libre de la pilule du lendemain (2001), de campagne pour lutter contre la demande de firmes pharmaceutiques de sortir certaines pilules du système de remboursement (1999-2000), de participation à la révision du cours de biologie pour y inscrire la reproduction humaine et encore, jusqu'à ce jour pour légaliser la délivrance de pilules d'urgence en centre de planning familial et élargir le choix des méthodes à la contraception masculine.

L'objectif principal a toujours été de favoriser un réel échange d'information entre les bénéficiaires et les professionnel·les de la santé pour que le choix d'une contraception puisse se faire en toute connaissance de cause. La contraception est un marché en termes économiques et les professionnel·les des centres de planning sont parties prenantes de ce système. Les pouvoirs publics ont également un rôle à jouer que ce soit dans l'aide octroyée aux centres de planning familial ou dans le remboursement des méthodes contraceptives dans le cadre de l'assurance maladie invalidité (INAMI).

1. QUELQUES DATES CLES DES INTERVENTIONS DES POUVOIRS PUBLICS

Interventions INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité)

- 2004 : Un projet-pilote instaure un remboursement préférentiel des méthodes contraceptives, y compris d'urgence, pour les jeunes de moins de 21 ans.
- 2013 : La mesure devient structurelle et s'applique également aux personnes qui séjournent en institution (maison de soins psychiatriques, centre de soins de jour, habitation de soins pour des enfants, des jeunes ou des personnes handicapées, initiative d'habitation protégée ou centre de revalidation) ; le remboursement des pilules d'urgence est étendu quel que soit l'âge.
- 2020 : Le remboursement préférentiel pour les jeunes est élargi aux personnes de moins de 25 ans et aux bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM).

- 2022 : Le remboursement en matière de contraception s'adresse à toute personne, sans distinction de genre.

L'intervention spécifique s'élève à 3,00€ maximum par mois de protection. Pour les pilules d'urgence, l'intervention s'élève à 9,00€ maximum par boîte. Plusieurs mutuelles et assurances privées proposent une intervention supplémentaire en matière de contraception.

Ces interventions ne concernent évidemment que la population qui est couverte par une assurance maladie et invalidité, et qui peut ou veut s'en servir. Certaines personnes peuvent avoir des craintes qu'une consultation médicale soit dévoilée (dans le cas de jeunes, de conjointes, ...) et elles ne veulent pas alors faire intervenir leur mutuelle. On peut le constater avec les chiffres publiés sur la pilule d'urgence. Le delta entre l'intervention INAMI sur la pilule d'urgence (qui concerne toutes les femmes couvertes par une mutuelle) et le chiffre de vente est important. Cela signifie que beaucoup de personnes soit ne sont pas couvertes, soit ne veulent pas faire intervenir leur assurance, soit ne savent pas qu'elles ont droit à un remboursement et ne réclament pas cette intervention.

Mesures régionales

En plus de ces mesures d'intervention INAMI, des mesures régionales d'aide à la distribution gratuite de contraceptifs existent.

- Depuis 2003 : Les centres de planning familial bénéficient de subsides ponctuels pour favoriser l'accès à la pilule d'urgence.
- Depuis 2008 en Région bruxelloise et 2010 en Région wallonne : Une subvention est accordée aux fédérations pour l'achat de pilules d'urgence, de préservatifs et de moyens contraceptifs à distribuer gratuitement en centre de planning familial.
- Depuis 2015 : Ce subside spécifique existe toujours pour la Région bruxelloise et est géré par notre Fédération. En Région wallonne, il n'y a plus de subside accordé aux fédérations. Les centres de planning familial peuvent inclure l'achat de contraceptifs dans la justification de leur enveloppe de frais de fonctionnement.

2. LE MARCHE

Plus ou moins vingt firmes se partagent le marché des pilules contraceptives pour plus ou moins septante marques, toutes compositions confondues. Une firme a le monopole du patch et une autre celui de la piqure contraceptive, deux firmes se partagent le marché de l'implant, quatre firmes le marché des pilules d'urgence (dont une a le monopole de celle à l'acétate d'ulipristal), trois firmes se partagent les dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel (DIU-LNG) et sept les dispositifs intra-utérins au cuivre (DIU-CU).

On le voit, particulièrement pour la contraception orale, il s'agit d'un marché important qui n'est pas aisé à comprendre. Nous commencerons par un petit récapitulatif des différentes méthodes en fonction de leur composition.

ESTROPROGESTATIFS

- Oraux (pilules) : Monophasiques, Biphases, Triphasiques, Séquentielles
- Vaginaux (anneaux)
- A usage transdermique (patch)

PROGESTATIFS

- Oraux (« minipilules »)
- Piqûres (sous-cutanée, intramusculaire)

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

- DIU LNG (lévonorgestrel)
- DIU Cu

CONTRACEPTION D'URGENCE

- Lévonorgestrel
- Acétate d'ulipristal

Les pilules estroprogestatives (ou œstroprogestatives, les deux orthographes existent), appelées traditionnellement « pilules combinées », sont les plus courantes, et associent un œstrogène et un progestatif. Les estroprogestatifs composent également l'anneau et le patch. Les progestatifs concernent les pilules parfois appelées « minipilules » ainsi que les injections. A cela s'ajoute des dispositifs intra-utérins (avec ou sans hormones) et la contraception d'urgence (deux types de molécules : lévonorgestrel et acétate d'ulipristal). Pour les pilules estroprogestatives, nous avons des préparations monophasiques, biphasiques, triphasiques et séquentielles. Les monophasiques (la même dose durant toute la plaquette) sont les plus répandues, notamment en raison de leur facilité d'utilisation. Pour reprendre la recommandation du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP)¹, « lorsque le choix se porte sur une association œstroprogestative, les préparations monophasiques constituent une option adéquate chez la plupart des femmes, en raison de leur facilité d'utilisation ». Elles sont classées en différentes générations, de la 1^{ère} à la 4^e, dont le dosage et la composition diffèrent. Les pilules de 1^{ère} génération étaient plus fortement dosées et ne sont désormais plus commercialisées.

Pour pouvoir comparer ce qui est comparable en termes de prix, nous avons classé les méthodes contraceptives et particulièrement les pilules, par composition. En effet, la composition hormonale diffère d'une pilule à l'autre mais aussi d'une méthode à l'autre. Les tableaux ci-dessous reprennent un aperçu des méthodes en fonction de leur composition ainsi que les fourchettes de prix² de ces produits. Les prix vont du moins élevé (en vert) au plus élevé (en rouge). Les années mentionnées sont celles de la mise sur le marché des produits. Cela permet d'estimer la capacité de rentabilité pour les firmes pharmaceutiques par rapport à leur investissement dans la recherche pour ces produits.

¹ <https://www.cbip.be/fr/start>

² Il s'agit du prix commercial indépendamment d'une intervention éventuelle de l'INAMI ou d'une assurance privée. Les prix indiqués sont ceux des conditionnements qui couvrent 3 mois de protection pour les pilules, patch et anneau).

Contraception orale monophasique de 2^e génération

Pilules de 2 ^e génération	
Faibles doses d'estrogènes (0,020mg ou 0,030mg éthinyloestradiol) associées à un progestatif, soit le lévonorgestrel ou le norgestimate.	
Lévonorgestrel 0,10mg ou 0,15mg + éthinyloestradiol 0,020mg ou 0,030mg	Norgestimate 0,25mg + éthinyloestradiol 0,035mg
10 marques (6 + 4 en fonction du dosage) commercialisées par 7 firmes Différence de prix : <ul style="list-style-type: none">• Dosage + faible de 12,61€ (2013) à 24,17€ (2003)• Dosage + élevé de 4,54€ (1974) à 9,81€ (1974)	1 marque <ul style="list-style-type: none">• Prix : 25,68€
« Les préparations monophasiques de deuxième génération semblent présenter le meilleur rapport bénéfice/risque. » Source : CBIP	

Les pilules de 2^e génération ont une faible dose d'estrogènes associée à un progestatif, la plupart du temps le lévonorgestrel, mais aussi le norgestimate. Nous avons dix marques (en fonction du dosage plus faible ou plus élevé) commercialisées par sept firmes.

On voit d'importantes différences de prix, du simple au double, pour les pilules les plus courantes et les dix marques au lévonorgestrel. La seule au norgestimate est aussi la plus chère. Ce sont ces préparations monophasiques de 2^e génération qui semblent présenter le meilleur rapport bénéfice/risque. Certaines marques sont gratuites pour les jeunes et les bénéficiaires d'une intervention majorée (statut BIM). Il est à noter que la gratuité existe sur les dosages les plus élevés mais pas sur les dosages plus faibles (sauf pour les boîtes de 13). Pour toutes les pilules contraceptives, quelle que soit la marque, les boîtes de treize plaquettes sont toujours les moins chères. Leur prescription est donc indiquée pour une contraception installée. Mais au début d'une contraception, il n'est sans doute pas opportun de prescrire tout de suite un grand conditionnement.

Contraception orale monophasique de 3^e génération

Pilules de 3^e génération

Faibles doses d'estrogènes (0,015mg ou 0,030mg éthinylestradiol) associées à un progestatif, soit le désogestrel ou le gestodène.

Désogestrel 0,15mg + éthinylestradiol 0,020mg ou 0,030mg	Gestodène 0,075mg + éthinylestradiol 0,015mg à 0,030mg
8 marques (4 + 4 en fonction du dosage, certaines en 28 comprimés) commercialisées par 4 firmes	9 marques (5 + 4 en fonction du dosage, 1 en 28 comprimés moins dosée que toutes les autres mais à 24,91€) commercialisées par 4 firmes
Différence de prix : <ul style="list-style-type: none"> • Dosage + faible de 8,50€ (2018) à 13,88€ (1989) • Dosage + élevé de 8,50€ (2018) à 12,73€ (1981) 	Différence de prix : <ul style="list-style-type: none"> • Dosage + faible de 8,50€ (2017) à 13,88€ (1997) • Dosage + élevé de 8,50€ (2017) à 12,73€ (1988)
« Le risque de thrombose veineuse profonde est plus élevé avec les associations contenant un progestatif comme le désogestrel ou le gestodène. » Source : CBIP	

Les pilules de 3^e génération se caractérisent par l'inclusion de nouveaux progestatifs, le désogestrel ou le gestodène. D'après le CBIP, le risque de thrombose veineuse profonde est plus élevé avec ces progestatifs. La 3^e génération de pilules devrait logiquement apporter un bénéfice en termes de santé, ce qui ne semble pas être le cas. Le prix ne diminue pas non plus et on voit aussi d'importantes différences d'une marque à l'autre.

Contraception orale monophasique de 4^e génération

Autres préparation monophasiques (dites Pilules de 4^e génération)

Estrogènes : éthinylestradiol, estétrol ou estradiol.

Progestatifs : drospirénone, chlormadinone acétate, diénogest ou nomégestrol.

Drospirénone 3mg + éthinylestradiol 0,02mg à 0,03mg	Chlormadinone acétate 2mg + éthinylestradiol 0,03mg
24 marques (14 + 8 en fonction du dosage, certaines en 28 comprimés) commercialisées par 8 firmes	2 marques commercialisées par 2 firmes (2012 et 2013)
Différence de prix : <ul style="list-style-type: none"> • Dosage + faible de 23,86€ (2013) à 34,81€ (2008) • Dosage + élevé de 23,86€ (2013) à 34,81€ (2001) 	<ul style="list-style-type: none"> • Même gamme de prix autour de 25,00€

Diénogest 2mg + éthinyloestradiol 0,030mg	Drospirénone 2mg + estétrol 14,2mg	Nomégestrol acétate 2,5mg + estradiol 1,5mg
4 marques commercialisées par 4 firmes Différence de prix : • De 16,67€ (2014) à 25,05€ (2012)	2 marques commercialisées par 2 firmes (2021) • Même prix : 38,82€	1 marque (2021) • Prix : 34,05€
« Le risque de thrombose veineuse profonde est plus élevé avec les associations contenant un progestatif comme la drospirénone, la cyprotérone ou le diénogest. Certaines associations estroprogestatives plus récentes ne contiennent pas d'éthinylestradiol, mais de l'estradiol ou de l'estétrol; il n'est pas prouvé que ces estrogènes entraînent moins d'effets indésirables cardio-vasculaires ou métaboliques. » Source : CBIP		

Cette « dernière » génération associe de nouveaux estrogènes et progestatifs. On atteint là des prix très élevés, avec de grosses différences. Ce sont des associations de molécules moins développées, donc avec moins de marques et des prix élevés. Il n'est pas prouvé que les nouveaux estrogènes soient meilleurs que celui qu'on utilisait précédemment, et l'intérêt médical semble relativement limité. Comme pour la génération précédente, le risque de thrombose veineuse profonde est plus élevé avec les produits qui contiennent un progestatif comme la drospirénone ou le diénogest. Pourtant, il y a 24 marques à la drospirénone ! On voit bien qu'il y a un marché, sinon pourquoi sortir autant de marques ? Même si on peut questionner le bénéfice réel en termes de santé publique.

Contraception orale biphasique, triphasique, et séquentielle

Préparations biphasiques	Préparations triphasiques		Préparations séquentielles
Désogestrel 0,025mg- 0,125mg + éthinyloestradiol 0,04mg- 0,03mg	Gestodène 0,05mg- 0,7mg-0,1mg + éthinyloestradiol 0,03mg-0,04mg- 0,03mg	Gestodène 0,05mg- 0,7mg-0,1mg + éthinyloestradiol 0,03mg-0,04mg- 0,03mg	Estradiol valérate 3mg / diénogest 2mg et estradiol valérate 2mg / diénogest 3mg et estradiol valérate 2mg / estradiol valérate 1mg / placebo
1 marque (1995) • Prix : 24,78€	1 marque (1981) • Prix : 16,67€	1 marque (1981) • Prix : 16,67€	1 marque (2009) • Prix : 39,92€

Ces préparations existent depuis parfois très longtemps et ne sont pas toujours les plus chères, mais sont relativement plus compliquées à utiliser (notamment en cas d'oubli) et ne sont sans doute pas un premier choix de prescription.

Contraception estroprogestative non-orale

Estroprogestatifs vaginaux (Anneaux)	Estroprogestatifs transdermiques (patch)
Etonogestrel 0,120mg + éthinyloestradiol 0,015mg	Norelgestromine 0,203mg / éthinyloestradiol 0,034mg
5 marques commercialisées par 4 firmes (2002 à 2017) <ul style="list-style-type: none"> Prix : de 30,86€ à 41,08€ 	1 marque (2003) <ul style="list-style-type: none"> Prix : 36,43€

Il existe cinq marques d'anneaux de même composition et dosage, commercialisées par quatre firmes. La différence de prix est de 10 € d'une marque à l'autre. Il n'y a qu'une seule marque de patch sur le marché belge.

Contraception orale progestative

Progestatifs oraux (« minipilules »)		Progestatifs piqûres (sous-cutanée, intramusculaire)	Progestatifs implant (3 ans)
Désogestrel 75mg	Drospirénone 4mg	Médroxyprogestérone 150mg	Etonogestrel 68mg
7 marques commercialisées par 6 firmes (2002 à 2017) <ul style="list-style-type: none"> Prix : de 17,68€ (2013) à 29,58€ (1999) 	1 marque (2020) <ul style="list-style-type: none"> Prix : 33,94€ (1999) 	Injection intramusculaire - 1 marque (1966) <ul style="list-style-type: none"> Prix : 10,14€ Injection sous-cutanée - 1 marque (2013) <ul style="list-style-type: none"> Prix : 22,98€ 	1 marque (1999) <ul style="list-style-type: none"> Prix : 143,59€

Le constat est similaire pour les pilules progestatives que pour les estroprogestatives ; la différence de prix peut être importante à dosage égal.

Les piqûres peuvent être des injections intramusculaires ou sous-cutanées. La deuxième formule peut être faite sans intervention médicale mais c'est un confort qui se paye et doit sans doute être comparé avec le coût d'une consultation.

Il n'y a qu'une seule marque d'implant qui semble être commercialisée par différentes firmes, mais sous le même nom.

Dispositifs intra-utérins

DIU LNG (lévonorgestrel)			DIU Cuivre
Lévonorgestrel 13,5mg – 3 ans	Lévonorgestrel 19,5mg – 5 ans	Lévonorgestrel 52mg – 5 ans	Cu 200 à 380 – 5 ans
1 marque (2013) • Prix : 147,50€	1 marque (2017) • Prix : 147,50€	3 marques commercialisées par 5 firmes • Prix : 2 marques à 118,06€ (2014) et 1 marque à 147,50€ (1995)	11 marques commercialisées par 7 firmes • Prix : de 45,50€ à 159,00€ - durée de 5 ans 1 marque dont la durée est de 3 ans • Prix : 159,00€ 2 marques dont la durée est de 10 ans • Prix : 57,00€ et 269,00€

Les prix du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel sont les mêmes pour la majorité des marques, sauf deux marques moins chères, au même dosage (52 MG) et la même durée de validité (5 ans). Le dispositif intra-utérin au cuivre (surface active de 200 à 380 mm²) a aussi une validité de 5 ans, sauf une marque, mais les prix peuvent être assez différents.

Contraception orale d'urgence

Contraceptions orales d'urgences	
Lévonorgestrel (3 jours après RSNP)	Acétate d'ulipristal (5 jours après RSNP)
4 marques différentes commercialisées par 4 firmes • Prix de 7,81€ à 9,85 €	1 marque • Prix : 24,98€

La contraception d'urgence au lévonorgestrel peut être gratuite, sauf une marque qui dépasse 9 €, pour les personnes bénéficiant d'une mutuelle quel que soit leur âge. Il n'y a qu'une marque de pilule d'urgence à l'acétate d'ulipristal et qui dit monopole, dit prix élevé. Avec un remboursement de 9 €, cela reste un coût important pour une pilule d'urgence.

3. ENJEUX ET LEVIERS D'ACTION

Quelles éléments peut-on tirer de cette analyse succincte du marché de la contraception en Belgique, en termes de disponibilité, de choix et de prix ?

Beaucoup de méthodes contraceptives sont disponibles et le choix est large surtout en matière de contraception orale. Mais à composition égale, on note d'importants écarts de prix dans les différentes marques de pilules, ce que l'on peine à expliquer. Beaucoup de nouvelles molécules ont été testées

depuis une dizaine d'années, avec un bénéfice incertain en termes de santé pour les personnes qui les utilisent. Ce qui est certain par contre, c'est leur prix plus élevé. L'intervention spécifique « jeunes et BIM » ne permet pas la gratuité des derniers produits mis sur le marché.

On le voit, il s'agit d'un marché qui reste complexe, même pour les professionnel.les, mais encore plus pour la population. Il y donc a un réel enjeu d'information pour toutes les parties prenantes. Evidemment, l'examen des coûts ne doit pas se substituer aux principes de base que sont la liberté de choix de la personne dûment informée et la liberté de prescription du prestataire qui engage sa responsabilité.

Quels sont les leviers d'action ? Ce sont les leviers d'action de vos professions respectives dans le secteur du planning familial, notamment la sensibilisation et la formation du personnel, mais aussi du public.

Le plaidoyer reste lui aussi essentiel pour une action sur plusieurs axes. Il y aura de moins en moins de remboursements efficaces et de méthodes gratuites, essentiellement pour la contraception orale, si on enlève du marché des pilules de 2^e génération pour les remplacer par de nouveaux produits au bénéfice discutable.

Cela ne vous aura pas échappé, la recherche s'est axée essentiellement sur de nouveaux estrogènes et progestatifs mais toujours pour une contraception hormonale destinée aux femmes. On parle d'industries et donc évidemment de bénéfices financiers. Il semble que le facteur de rentabilité n'incite pas à de nouvelles recherches, y compris pour une nouvelle offre de contraception masculine. Bien entendu, ce sont les personnes susceptibles de vouloir éviter une grossesse qui sont les premières concernées mais elles ne devraient pas être les seules à se préoccuper et à prendre en charge la maîtrise de leur fertilité.

Enfin, la distribution gratuite de contraceptifs en centre de planning familial repose sur des subsides et donc de l'argent public. Le secteur joue aussi un rôle dans ce marché, notamment en s'adressant aux jeunes qui débute une contraception. Quand une personne entame une contraception, si celle-ci lui convient, elle aura tendance à continuer avec la même. Il est donc essentiel d'aussi tenir compte du coût sur le long terme quand plus aucun remboursement préférentiel lié à l'âge ne sera possible.

DES CHOIX CONTRACEPTIFS MOINS CONVENTIONNELS : LE COÏT INTERROMPU

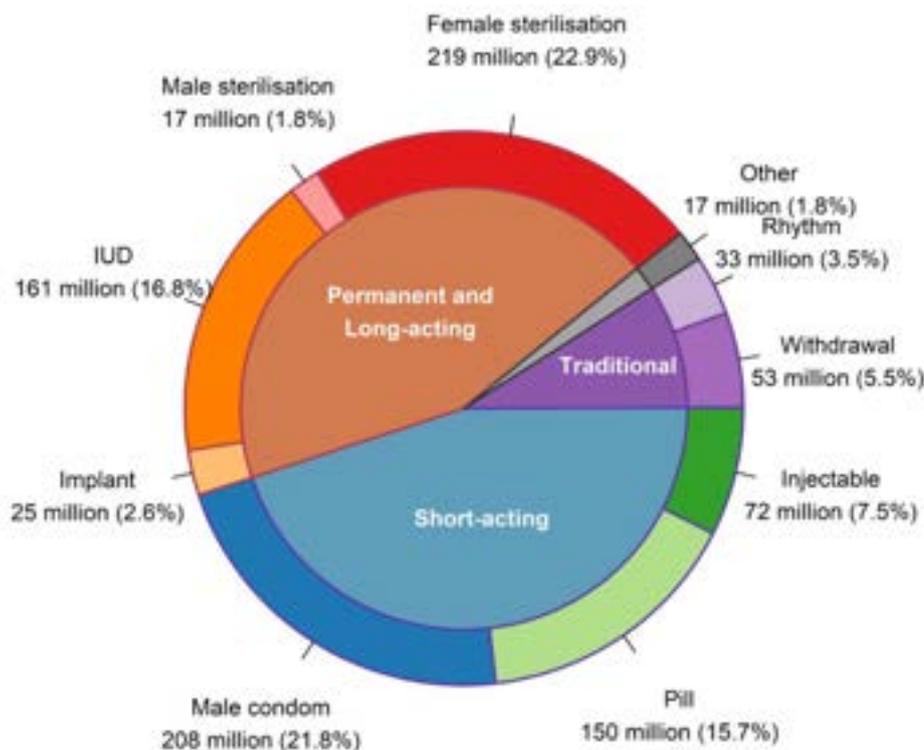
Elsa HUART

Gynécologue à l'hôpital d'Ixelles

Je vais vous parler du coït interrompu. Commençons par une devinette : comment appelle-t-on un couple qui pratique le coït interrompu ? De futurs parents. C'est un raccourci un peu facile. Certaines personnes considèrent la méthode du retrait comme très peu fiable, voire ne la considèrent même pas comme une méthode de contraception. J'espère pouvoir vous faire prendre un peu de recul par rapport à cette méthode.

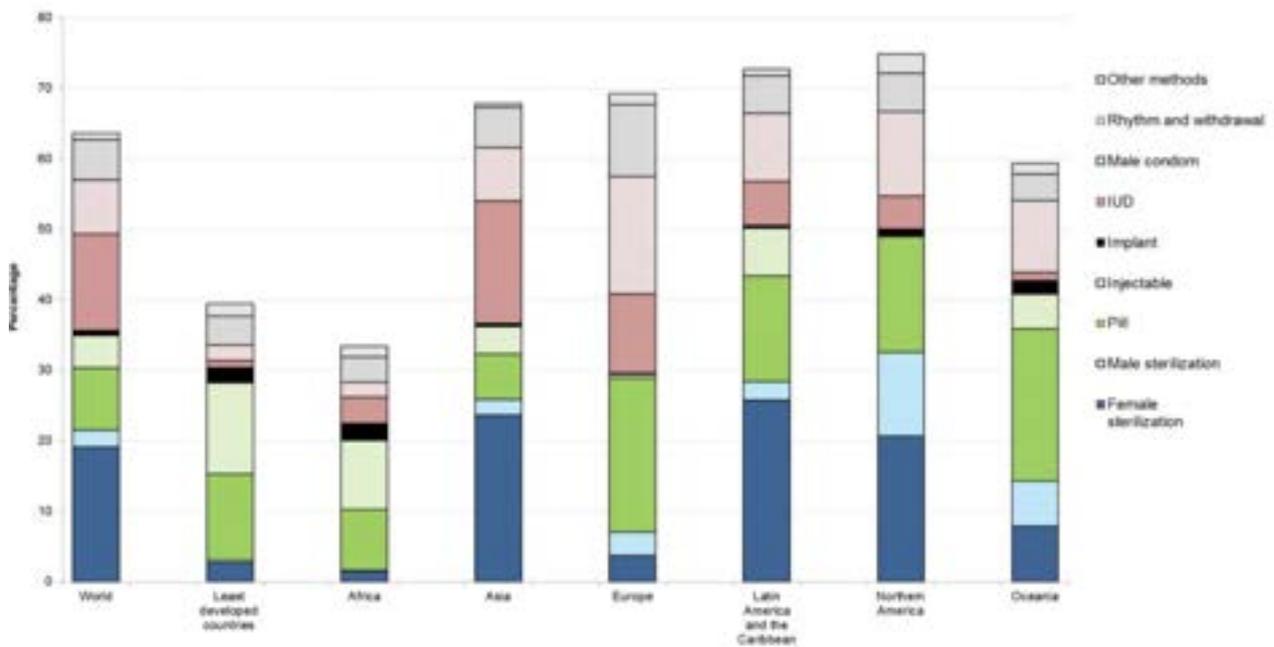
1. LA CONTRACEPTION DANS LE MONDE

La contraception dans le monde est divisée en général en deux catégories : les méthodes modernes (la pilule, le stérilet, les méthodes injectables, etc.) et les méthodes plus traditionnelles, entre autres le retrait, l'étude du cycle, la méthode de l'aménorrhée par la lactation.

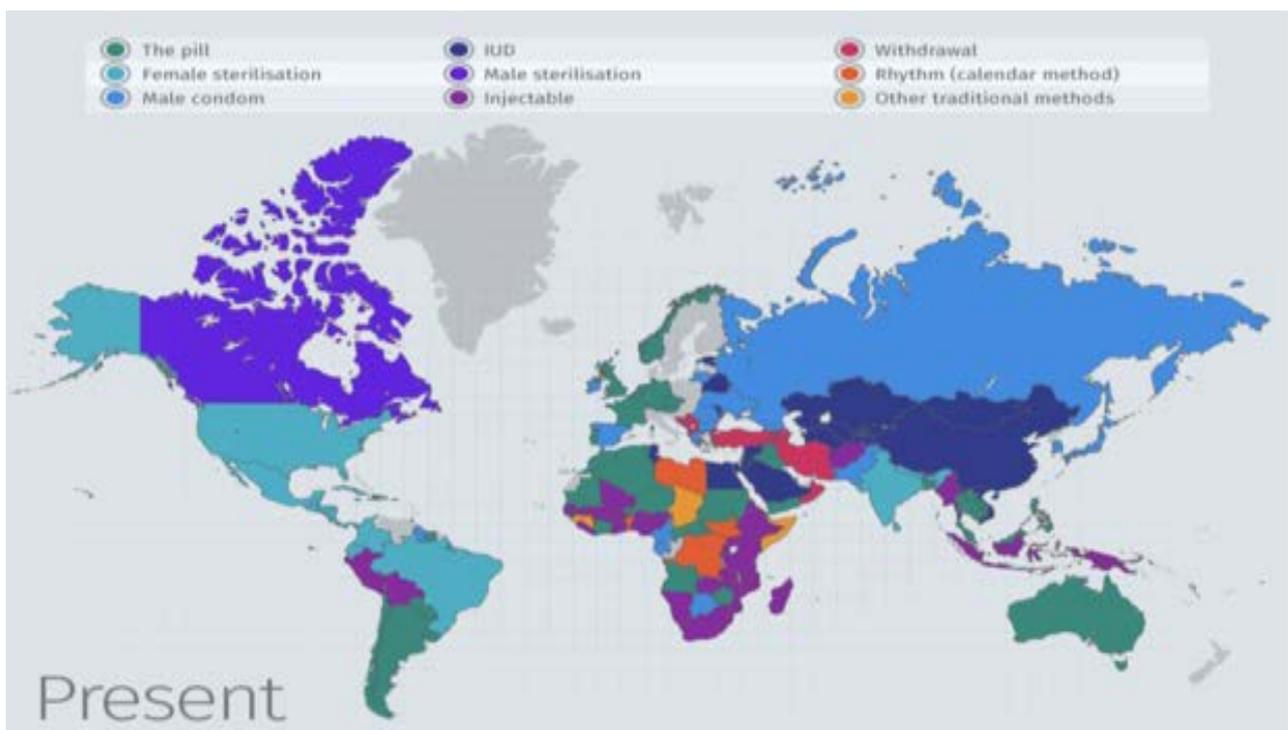


Nombre de femmes (15-49 ans) utilisant une contraception dans le monde (UN, 2020)

Si on regarde dans le monde, on voit les méthodes à courte durée d'action, les méthodes à longue durée d'action et les méthodes traditionnelles. Neuf utilisatrices de contraception sur dix se tournent vers les méthodes modernes et parmi celles-ci deux ressortent en grande majorité : la stérilisation et le stérilet.



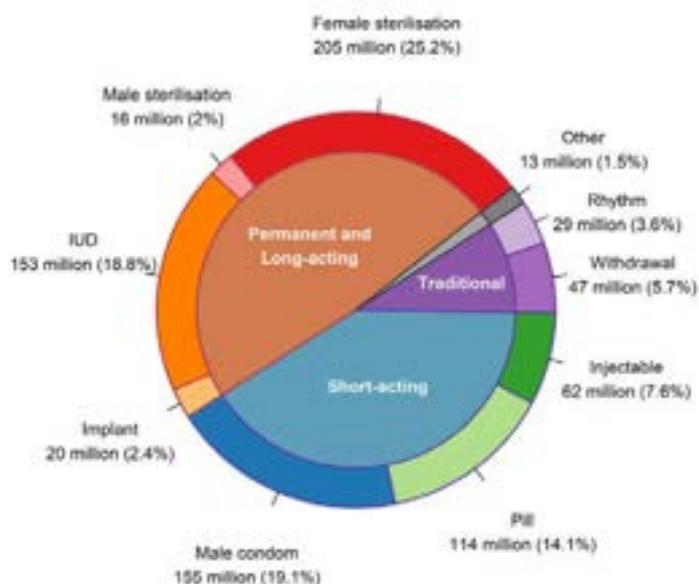
Taux d'utilisation de contraceptifs par les femmes (15-49 ans) par région du monde (UN, 2015)



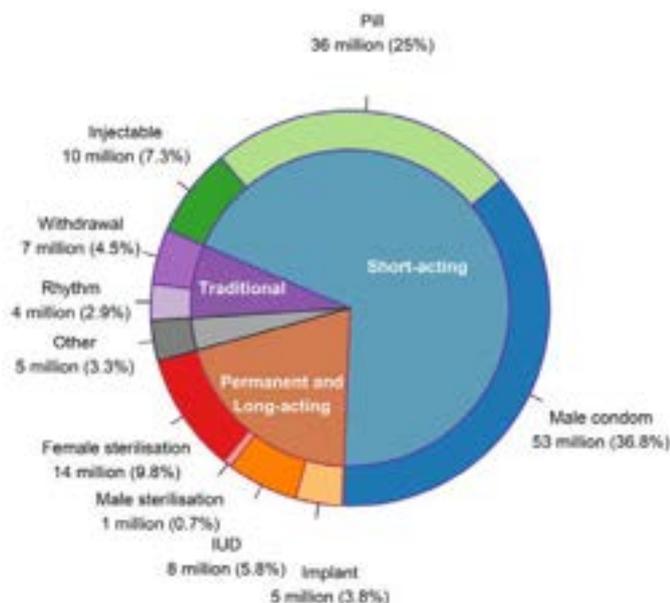
Usage de la contraception dans le monde (UN, 2015)

Si on regarde la prévalence par pays ou par continent, on se rend compte qu'il y a des grandes différences de tendance. Par exemple, en Chine, le stérilet est très utilisé. La stérilisation est en tête des contraceptions parce qu'elle est très utilisée en Amérique latine et dans les Caraïbes. En Amérique du Nord, il y a une grande prévalence de la vasectomie. Les méthodes injectables, qui sont un peu moins fréquentes chez nous, sont très utilisées en Afrique du Sud et en Afrique de l'Est.

Married women
(820 million users)



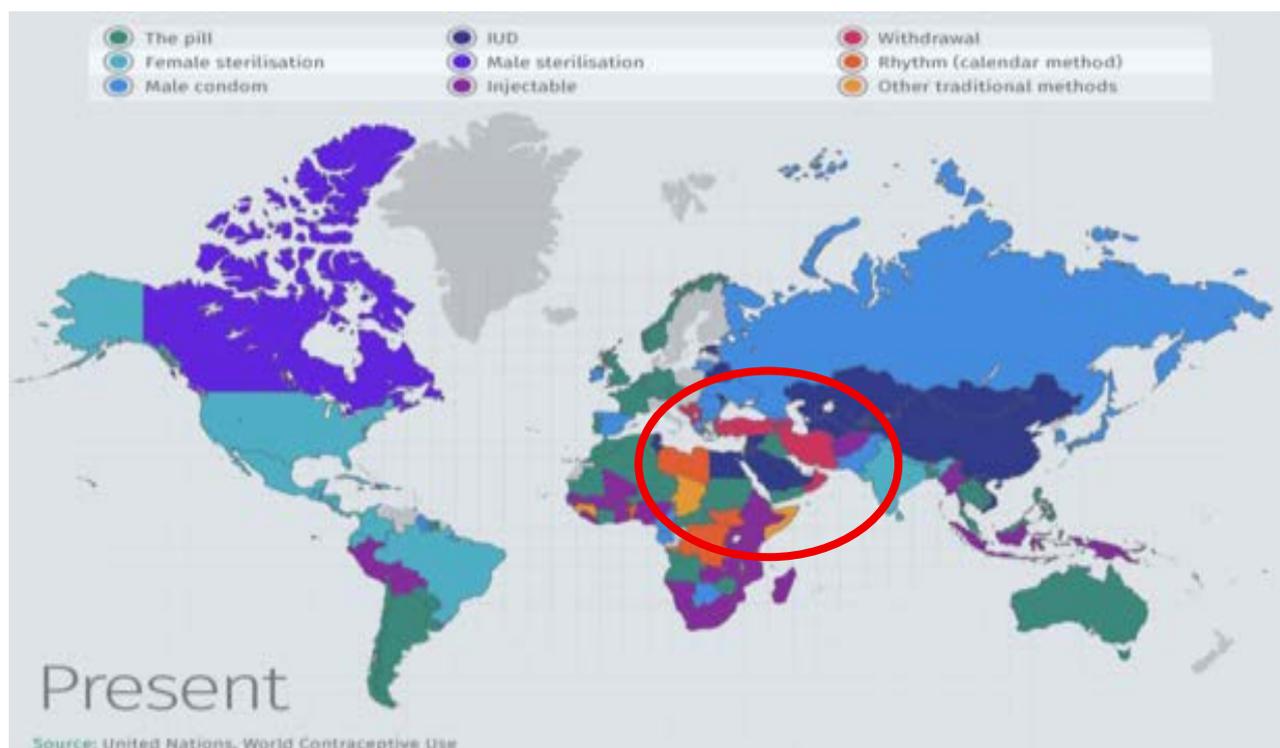
Unmarried women
(146 million users)



*Nombre de femmes (15-49 ans) utilisant des contraceptifs par statut marital dans le monde
(UN, 2020)*

Autre chose que l'on remarque dans le monde : si on étudie le statut marital, on se rend compte que les femmes mariées ont tendance à beaucoup plus utiliser des contraceptions à longue durée d'action, par rapport aux femmes non mariées, qui se tournent plutôt vers les contraceptions à courte durée d'action.

2. LE COÏT INTERROMPU DANS LE MONDE



Usage de la contraception dans le monde (UN, 2015)

Le coït interrompu a deux autres noms : la méthode du retrait ou le *coitus interruptus*. Cela consiste à retirer son pénis du vagin de sa partenaire avant d'éjaculer et l'éjaculation doit avoir lieu assez loin de la vulve. Dans le monde, sa prévalence est de 5,5 %. Sachant que nous sommes 7 milliards et probablement plus maintenant, cela représente quand même énormément de monde. C'est surtout prévalent en Europe de l'Est, dont la Turquie, et en Asie centrale et de l'Ouest, dont l'Iran. La méthode du retrait est utilisée en grande majorité en République tchèque, en Turquie, en Iran et à Oman.

Reasons for not using any modern methods instead of withdrawal:

Side effects of modern methods	69.6
Reduction of sexual pleasure	30.4
Fear of side effects of modern methods	24.1
Unable to use the method properly/modern methods are difficult to use	15.2
We are conformable with Withdrawal method/it is a reliable method	15.2
Because of my health situation	12.7
Don't trust modern methods (get pregnant)	7.6
Difficult to access modern methods	6.3
Recent delivery	6.3
Cost of modern methods	3.8

Reasons for not using condoms instead of withdrawal:

Condoms reduce my husband's sexual pleasure	59.5
Health concerns (skin allergic to condoms and vaginal dryness)	16.5
Condoms reduce our sexual pleasure (husband & wife)	15.2
Socioeconomic difficulties in accessing condoms	7.6
Confidence in Withdrawal effectiveness vs. condoms	7.6
Husband's lack of competence in using condoms properly	6.3
Wife does not like condoms	5.3

Raisons (en %) pour la haute prévalence de l'usage du retrait en Iran (Sci. Rep., 2023)

En Iran, on a 16 % de coït interrompu, donc trois fois plus que la prévalence dans le monde. Des études ont essayé de trouver les raisons en interrogeant les gens. Ce qui revient souvent, c'est la peur des effets secondaires des méthodes modernes, le fait d'avoir des effets secondaires avec des méthodes modernes (donc des patientes qui ont essayé la pilule ou autre, et qui se tournent ensuite vers la méthode du retrait à cause d'effets secondaires), la sensation que les méthodes modernes réduisent le plaisir sexuel (l'aspect marital avec l'impression qu'utiliser des préservatifs réduit le plaisir du mari ou du couple) et puis il y avait 16 % d'allergie au préservatif.

Par rapport à l'islam et la contraception, on peut se demander ce qui est autorisé puisqu'en Turquie et en Iran, deux pays où il y a un grand pourcentage de personnes musulmanes, le coït interrompu est autorisé. Il est autorisé si la patiente a des problèmes de santé qui font qu'elle ne peut pas prendre telle ou telle contraception, mais globalement, il est autorisé. Et c'est le cas pour toutes les méthodes qui empêchent la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule. Est interdit tout ce qui est définitif, que ce soit la stérilisation de l'homme ou de la femme. Dans la zone grise, on a ce qui est entre les deux, la pilule, l'anneau, etc.

En Iran, on a 16 % de coït interrompu. En Turquie, on a même 26 %. Le problème de cette méthode est qu'elle n'est pas infaillible, et donc on se retrouve avec des grossesses non désirées et potentiellement une demande d'IVG. Selon une étude portant sur l'Iran et la Turquie, il y a 70 % des IVG qui se font suite à un échec contraceptif (ce n'est pas suite à une absence de contraception, mais suite à une contraception qui n'a pas fonctionné). Et dans ces 70 %, il y a 50 % qui sont dus à un échec de la méthode du retrait. C'est problématique quand on voit dans quels pays cette méthode est répandue, puisqu'en Iran, l'IVG est interdite. Des patientes ont une contraception qui n'est pas la plus efficace, et, une fois qu'arrive une grossesse non désirée, elles n'ont pas l'option de pouvoir pratiquer l'avortement, en tout cas légalement. En Turquie, c'est un peu mieux, on peut faire l'IVG jusqu'à dix semaines. D'où l'importance pour ces patientes d'être informées par rapport à d'autres techniques en cas d'échec de la méthode du retrait, notamment par rapport à la contraception d'urgence (or, elles ne sont pas bien informées).

Une étude en Turquie a étudié pourquoi les patientes utilisaient la méthode du retrait et a interrogé les hommes et les femmes. Pour les hommes, c'était par peur des effets secondaires que pourrait avoir la contraception sur leur compagne. Et l'autre argument était de dire : « la contraception, c'est le rôle de la femme, ce n'est pas mon problème, donc ce n'est pas à moi de m'informer ». Voilà pour les deux raisons prévalentes chez les hommes. Chez les femmes, c'était la peur des effets secondaires d'autres contraceptions. Elles reconnaissaient aussi qu'en réalité, elles ne savaient pas ce qu'il y avait d'autre et, quand bien même elles le savaient, elles ignoraient où se le procurer et comment l'utiliser. Donc, le retrait devenait la méthode par facilité.

Une étude très intéressante a examiné l'effet du *counselling* ou d'informer les patientes. Réalisée en Turquie, elle concernait 1000 femmes sexuellement actives dont 42 % utilisaient le coït interrompu et elle a observé l'effet d'une consultation d'information à ces patientes (la consultation basique, vingt minutes, où on explique juste aux patientes les autres options en termes de contraception). Il y a 78 % des qui ont décidé de changer de contraception. On peut se demander si elles n'ont pas répondu femmes « oui, je vais prendre la pilule » pour faire plaisir alors qu'ensuite, elles ont continué à utiliser la méthode du retrait. L'étude va un peu plus loin : les patientes ont été rappelées trois mois après la

consultation pour leur demander si elles avaient vraiment commencé une autre méthode de contraception. Après trois mois, 73 % des femmes avaient bel et bien changé de contraception. On ne le dira jamais assez : on a ce devoir d'informer nos patientes car l'impact est réel.

3. AVANTAGES ET DESAVANTAGES DE LA METHODE DU RETRAIT

Les avantages de la méthode du retrait : c'est toujours disponible, c'est gratuit, il ne faut pas le prescrire. C'est non hormonal, il n'y a pas d'effets secondaires, pas d'interactions médicamenteuses et cela peut être surajouté à d'autres méthodes.

Les désavantages : il faut une certaine maîtrise, pouvoir se retirer au bon moment. Il faut une confiance entre les deux personnes pour pouvoir se dire « il va vraiment se retirer comme il a dit qu'il le ferait ». L'alcool et les drogues peuvent réduire l'efficacité de cette méthode. En cas d'éjaculation précoce, c'est plus compliqué d'estimer et de se retirer à temps. Cela peut altérer le plaisir de devoir interrompre au moment du climax, juste avant l'éjaculation. Cela ne protège pas des IST (il n'y a aucune contraception qui protège des IST à part le préservatif). Ce n'est pas la méthode la plus efficace.

Indice de Pearl

Nombre de grossesses pour 100 femmes utilisant la contraception sur 1 an

Classification d'efficacité des méthodes :

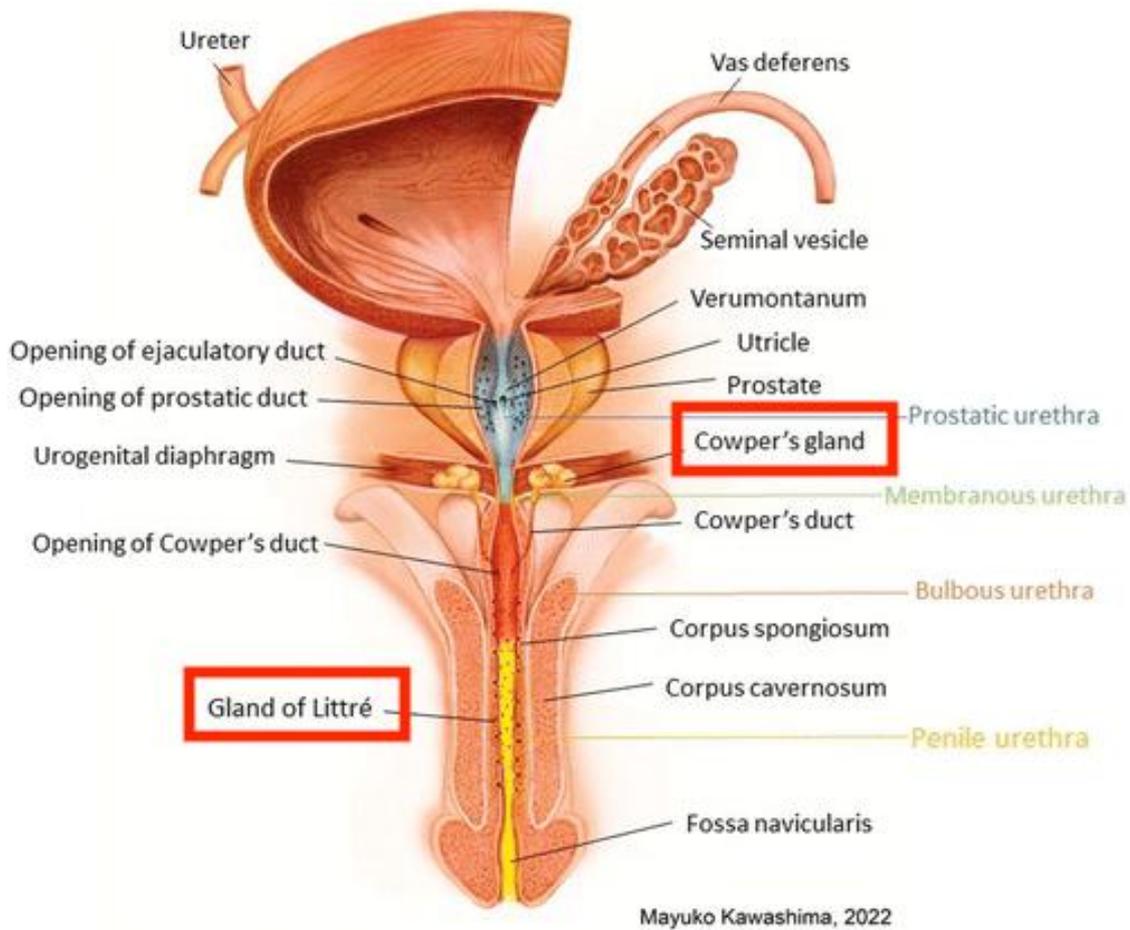
- Très efficace (0-0.9 grossesse/100 femmes)
- Efficace (1-9 grossesses/100 femmes)
- Moyennement efficace (10-19 grossesses/100 femmes)
- Moins efficace (20+ grossesses/100 femmes)

Explication de l'indice de Pearl

Method	How it works	Effectiveness: pregnancies per 100 women per year with consistent and correct use	Effectiveness: pregnancies per 100 women per year as commonly used
Combined oral contraceptives (COCs) or "the pill"	Prevents the release of eggs from the ovaries (ovulation)	0.3	7
Progestogen-only pills (POPs) or "the minipill"	Thickens cervical mucous to block sperm and egg from meeting and prevents ovulation	0.3	7
Implants	Thickens cervical mucous to blocks sperm and egg from meeting and prevents ovulation	0.1	0.1
Progestogen only injectables	Thickens cervical mucous to block sperm and egg from meeting and prevents ovulation	0.2	4
Monthly injectables or combined injectable contraceptives (CIC)	Prevents the release of eggs from the ovaries (ovulation)	0.05	3
Combined contraceptive patch and combined contraceptive vaginal ring (CVR)	Prevents the release of eggs from the ovaries (ovulation)	0.3 (for patch) 0.3 (for vaginal ring)	7 (for patch) 7 (for contraceptive vaginal ring)
Intrauterine device (IUD): copper containing	Copper component damages sperm and prevents it from meeting the egg	0.6	0.8
Intrauterine device (IUD) levonorgestrel	Thickens cervical mucous to block sperm and egg from meeting	0.5	0.7
Male condoms	Forms a barrier to prevent sperm and egg from meeting	2	13
Female condoms	Forms a barrier to prevent sperm and egg from meeting	5	21
Male sterilization (Vasectomy)	Keeps sperm out of ejaculated semen	0.1	0.15
Female sterilization (tubal ligation)	Eggs are blocked from meeting sperm	0.5	0.5
Lactational amenorrhea method (LAM)	Prevents the release of eggs from the ovaries (ovulation)	0.9 (in six months)	2 (in six months)
Standard Days Method or SDM	Prevents pregnancy by avoiding unprotected vaginal sex during most fertile days.	5	12
Basal Body Temperature (BBT) Method	Prevents pregnancy by avoiding unprotected vaginal sex during fertile days	Reliable effectiveness rates are not available	

Mécanismes d'action et efficacité du contraceptif

Rappelons ce qu'est l'indice de Pearl : sur une période d'un an, on suit 100 femmes qui utilisent une contraception et on voit combien de grossesses non désirées arrivent. Avec la méthode du retrait, l'indice de Pearl est à 20, ce qui signifie que sur 100 femmes, il y en a 20 qui potentiellement tomberaient enceintes sans le vouloir. Avec la pilule, l'indice de Pearl est aux alentours de 5-6, donc quatre fois moins.



Provenance du liquide pré-éjaculatoire

La grande question dans tous les articles sur la méthode du retrait est celle du liquide pré-éjaculatoire. C'est un liquide qui est sécrété par deux glandes, les glandes de Cowper et les glandes de Littre. Ce liquide a deux fonctions. Il va servir à lubrifier (c'est pourquoi il est sécrété pendant la masturbation, pendant l'érection, afin de faciliter la pénétration qui suit ou qui a lieu) et il protège également les spermatozoïdes de l'acidité du vagin.

Ce liquide devient problématique s'il contient des spermatozoïdes parce que, dans ce cas, s'il est sécrété pendant le rapport, cela ne sert à rien de se retirer au dernier moment. Des études ont été faites et je vais vous parler de l'une d'elles.

En Californie, une étude a porté sur vingt-quatre individus. Ce n'est pas énorme. Ils ont exclu les hommes potentiellement infertiles ou infertiles connus, les individus qui avaient eu une vasectomie et ceux qui avaient une éjaculation précoce. Ils devaient se masturber et récolter dans un petit pot le liquide qui était sécrété pendant l'érection, donc le liquide pré-éjaculatoire. Et puis, au moment de l'éjaculation, recueillir l'autre liquide dans un autre petit pot. On se retrouvait avec des échantillons de liquide pré-éjaculatoire et des échantillons d'éjaculat. Le tout se déroulait à 72 heures de toute éjaculation, pour éviter que potentiellement, il reste des spermatozoïdes dans l'urètre. Ils ont regardé la concentration des spermatozoïdes et ils ont décrété qu'une concentration supérieure à 1 million par millilitre entraînait un risque potentiel de grossesse. C'est la même concentration qui est utilisée dans les contraceptions masculines pour voir si la contraception est efficace.

Dans 87 % des échantillons, il n'y avait pas de spermatozoïdes. Dans 3 % il y avait des spermatozoïdes, mais pas à la concentration pouvant entraîner un risque de grossesse. Ce qui laisse quand même 10 % des échantillons de liquide pré-éjaculatoire avec une concentration de spermatozoïdes supérieure au seuil pour la grossesse.

Ils ont aussi regardé la morphologie et la mobilité des spermatozoïdes. La mobilité n'était pas optimale chez ces spermatozoïdes. Il faut se dire que cela reste des petits échantillons de personnes, le liquide pré-éjaculatoire étant aussi un petit échantillon. Il est donc difficile de tirer des conclusions. Cela nécessite des études à plus grande échelle.

Une autre chose qui joue sur les taux d'échec avec la méthode du retrait est l'âge. Avec l'âge, la fertilité diminue. Un échec de méthode du retrait à 45 ans a probablement moins d'impact qu'un échec de méthode du retrait à 25 ans. Le nombre de rapports sexuels diminue. Et puis, l'expérience augmente. A priori, on connaît mieux son corps à 40 ans qu'à 18 ans. Probablement que la méthode du retrait est mieux effectuée quand l'âge et l'expérience sexuelle augmentent.

4. EST-CE UNE BONNE METHODE ?

Concrètement, si une patiente en consultation me demande : « J'utilise le retrait, est-ce une bonne méthode ? », je n'ai pas de réponse. Je pense qu'il est important de rappeler que cela ne protège pas des IST, de donner des consignes claires sur les façons d'optimiser cette méthode du retrait comme éjaculer à distance de la vulve et uriner avant le rapport (s'il y a eu une éjaculation peu de temps avant, potentiellement, des spermatozoïdes se trouvent encore dans l'urètre et pourraient sortir en même temps que le liquide pré-éjaculatoire). Cela nécessite de la confiance dans le couple, ou en tout cas entre les deux individus. Cela peut s'ajouter à une autre méthode.

Dans les études, beaucoup de patientes expliquent qu'elles font la méthode du retrait plus leur suivi de cycle. Si on combine le fait d'avoir des rapports en dehors de la période à risque plus la méthode du retrait, pourquoi pas ? D'autant plus chez des patientes qui ont des contre-indications pour les méthodes modernes.

Il faut que les patientes soient informées sur le risque d'échec et sur que faire en cas d'échec : qu'elles aient des informations claires sur la contraception d'urgence et sur l'accès à l'IVG, qu'elles sachent comment cela se passe et voient si elles sont en paix avec cela. Si, avec toutes les informations, elles décident d'utiliser la méthode du retrait comme contraception, je pense que c'est la bonne décision parce que, tout simplement, c'est la leur.

Cendrine VANDERHOEVEN

Sage-femme et sexologue à CeMAVIE et au City planning, CHU Saint-Pierre

Notre travail en planning familial est très pragmatique et à visée contraceptive. Et qu'est-ce que la sexualité contraceptive ? C'est tout le panel de l'expression de la sexualité humaine dans lequel on doit ôter deux pratiques : l'éjaculation à la vulve et la pénétration vaginale. Mon exposé va se centrer sur cette question : peut-on enlever la pénétration au niveau des rapports sexuels ?

1. APPARITION DE L'ACTIVITE SEXUELLE NON REPRODUCTIVE



La sexualité contraceptive, c'est quoi ?

Est-on fabriqué-e pour avoir une relation sexuelle où il y a d'office une pénétration ? Chez nos cousins mammifères qui ne sont pas primates, on voit qu'au moment de l'œstrus, il y a un espace au niveau de la production des phéromones qui fait qu'automatiquement le mâle et la femelle vont s'attirer. Il va y avoir alors une réponse réflexe : l'érection du pénis et la lubrification vaginale.

Dès que surviendra un contact entre le mâle et la femelle, il y aura à nouveau des réponses réflexes. Chez la femelle, il y aura une lordose au niveau du dos pour mieux présenter son vagin. Et chez le mâle, il y aura l'érection qui va faciliter l'accès au niveau du vagin. Dès qu'il y a sensation du pénis au niveau du vagin, se produisent automatiquement des mouvements de piston extrêmement rapides qui vont arriver à l'éjaculation. Un système de récompense va se mettre en place, pour optimiser la copulation.

Qu'en est-il chez nous, les hominidés (les humain·es et les primates) ? Il va se produire une telle transformation au niveau du cerveau, que cela va entraîner des modifications au niveau de la réponse neurobiologique, de la réponse sexuelle chez les humain·es. On va voir un écrasement pratiquement complet du rôle des phéromones. Toutes les réponses réflexes (et notamment la lordose chez la

femelle) vont disparaître. Quand il y aura pénétration, on pourra avoir autre chose qu'une levrette et il y aura une distance par rapport à l'influence de ce qui est hormonal. On peut donc faire l'amour 365 jours par an, 24 heures sur 24, si on le souhaite.

Qu'est-ce qui fait qu'on va quand même avoir des relations sexuelles ? Chez les humain-es, les relations sexuelles vont surtout être alimentées par le système de récompense, de plaisir et de consentement. Notre cortex s'est tellement développé qu'on va pouvoir déployer tout un imaginaire qui peut rester au niveau des pensées, au niveau du fantasme, mais qui va aussi pouvoir être mis en pratique. C'est le côté très positif : cela s'ouvre dans beaucoup d'univers différents, variables d'une personne à l'autre, selon les désirs et les envies de chacun-e. C'est ainsi qu'apparaît l'activité sexuelle non reproductive chez les êtres humains.

2. LA SEXUALITE SANS PENETRATION ET LES MŒURS

Est-ce qu'une sexualité sans pénétration, sans coït, est acceptée culturellement ? Est-ce dans les mœurs ? Je crois que c'est là le plus gros problème. On a beau avoir un fort développement du cortex, on pratique dans notre sexualité ce qu'on apprend, ce qui se transmet de manière implicite et de manière explicite. On voit ici à quel point le poids culturel, le poids de société va nous dire ce qu'on doit ou pas faire dans notre vie sexuelle.

Quand je demande aux patientes ce qui se passe pendant les rapports sexuels, une partie va juste me décrire la pénétration. Et pour celles qui ne décrivent pas que cela, cette pénétration va toujours apparaître à un moment donné. On voit aussi la force des mots : la force des mots va donner un poids au niveau de la réalité de ce qui se passe dans la vie sexuelle. Le mot « préliminaires » : ce préfixe « pré- » nous dit que c'est en préparation de quelque chose, c'est en attente de ce qui est attendu dans la sexualité. Je me bats beaucoup pour qu'il n'y ait plus ce mot « préliminaires ». J'en discute avec les patientes, j'explique que je n'aime pas ce mot parce qu'il signifie que ce n'est pas vraiment la relation sexuelle.

On peut aussi prendre le côté du contre-exemple : qu'est-ce qu'on attend dans beaucoup de communautés, dans des cultures ou par choix personnel ? On parle de « virginité ». C'est quoi la « virginité » ? C'est concentrer la relation sexuelle uniquement au niveau du vagin. Je dirais que, pire encore, dans la mutilation sexuelle de type 3 avec l'infibulation, on ferme complètement l'accès du vagin des femmes pour empêcher la pénétration du pénis. On voit à quel point il y a une centralisation de la sexualité qui s'est faite au niveau pénis-vagin.

Et puis, il y a cette relation de pouvoir au niveau du patriarcat qui fait que, dans nos sexualités, est attendue une reproduction de la place de l'homme et de la femme dans la société. Cela va jusqu'à définir nos identités de femmes : une femme doit être pénétrée, un homme doit pénétrer. Pourtant, il est intéressant de se demander : mais n'est-elle pas déjà pratiquée cette sexualité sans pénétration ? Nathalie Bajos et Michel Bozon ont fait des grandes enquêtes concernant la sexualité. Il y en a eu plusieurs et je prends celle de 2006. Ces enquêtes sont extrêmement intéressantes parce qu'elles ont lieu en France, donc très proche de chez nous. L'échantillon est énorme. Il y a pratiquement autant d'hommes que de femmes, avec un large panel au niveau de l'âge. Mais surtout, la question de la sexualité non pénétrative a été questionnée.

Quand on demandait aux personnes « est-ce que votre dernier rapport sexuel était sans pénétration vaginale ? », on voit certes qu'il y a un tout petit nombre (1,7 % des femmes et 2,2 % des hommes), mais néanmoins présent, qui a pratiqué une sexualité sans pénétration. Si on élargit la question à « est-ce que vous avez déjà eu des expériences sexuelles où il n'y a pas eu de pénétration et pas dû à une panne sexuelle ? », on voit qu'un tiers des hommes et un tiers des femmes ont déjà pratiqué cette sexualité, et qu'en plus, cette sexualité non pénétrative était extrêmement satisfaisante. On peut aussi observer qu'elle est plus fréquente chez les jeunes et chez les personnes plus diplômées ainsi que dans les relations non conjugales. La majorité de cette sexualité hors cadre pénétratif ne l'est pas par défaut, mais par choix. Cela signifie qu'elle existe déjà, mais qu'on ne la voit pas, on n'en entend pas assez parler dans des conférences, des congrès. Je pense qu'il faut augmenter sa visibilité. Ce manque de visibilité tient au fait qu'il y a toujours, culturellement et socialement, une prégnance de la sexualité pénétrative.

<i>La sexualité sans pénétration vaginale : une réalité présente mais non visible ?</i>	
Mesure	Résultats
Dernier RS sans pénétration vaginal	1.7% des Femmes et 2.2% des Hommes
Expérience passée sans « panne sexuelle »	30% des Femmes et 33% des Hommes
Satisfaction sexuelle d'une sexualité non pénétrative	90% des Femmes et Hommes
Observations	
Plus fréquente chez les jeunes et les personnes plus diplômées	
Plus présente dans relations non conjugales, sexualité hors cadre procréatif	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Majorité, sexualité non pénétrative n'est pas par défaut mais par choix. ➤ L'absence de visibilité de la sexualité non pénétrative ne signale donc pas son caractère secondaire mais plutôt la prégnance de la norme pénétrative 	

Résumé des résultats des travaux de Andro & Bajos (2006)

L'enquête posait aussi cette question : est-ce frustrant qu'il n'y ait pas de pénétration ? Et là, plus de femmes que d'hommes estiment qu'une sexualité où il n'y a pas de pénétration est plus frustrante pour les hommes. Cela montre que les femmes portent plus cette croyance et ont plus intégré cette norme sociale de la pénétration. Alors que, quand on demande aux femmes, « dans la sexualité, qu'est-ce qui vous donne le plus de plaisir ? », elles répondent que ce sont les caresses mutuelles.

3. DES OUTILS ET DES INSPIRATIONS

Mon expérience clinique m'a appris qu'il est intéressant de discuter avec des personnes pour lesquelles cela ne se passe pas comme dans la norme, afin d'apprendre des outils qu'on peut transmettre à tout le monde. Je vais vous présenter deux expériences où les personnes ont appris à développer une sexualité en dehors de la pénétration.

Il y a les personnes qui sont porteuses d'un handicap avec atteinte médullaire et les personnes avec une sexualité pénétrative douloureuse. Chez les personnes qui ont eu un accident et qui ont une atteinte au niveau médullaire, toute la moitié inférieure de leur corps, dont la partie génitale, est coupée au niveau de leur sensibilité. Pour pouvoir redonner une sexualité jouissive à ces personnes, on va tout miser sur le cerveau, parce que le cerveau humain a une plasticité énorme tout au cours de la vie. On va travailler à deux niveaux. Il y a d'une part le cerveau, le côté imaginaire : on va essayer de travailler d'autres représentations mentales au niveau fantasmatique. On sait à quel point la pornographie se focalise sur le côté pénétratif, donc on va essayer d'ouvrir la possibilité de fantasmes dans d'autres univers que ceux de la pénétration. D'autre part, on va créer des nouvelles zones érogènes. On se rend compte que plus on touche des zones du corps qui ne sont pas érogènes au départ, plus on les stimule avec une intention érotique, sensuelle et sexuelle, plus elles deviendront des zones de plaisir et d'excitation, pour arriver à la jouissance.

Une grande partie de ma patientèle au City Planning sont des femmes qui souffrent de dyspareunie pouvant aller jusqu'au vaginisme. Quand la pénétration est douloureuse, les femmes vont éviter complètement la sexualité. Les hommes, quand ils ont des pannes au niveau érectile, vont quand même continuer à essayer d'aller vers une sexualité, tandis que les femmes vont complètement s'en éloigner. Le travail que je fais avec elles consiste dans un premier temps à pouvoir retrouver une forme de complicité, ne fût-ce que relationnelle avec leur partenaire. Et puis, je propose de ne plus essayer la pénétration pendant un moment, de la mettre de côté. Et là, comme pour les personnes qui ont des atteintes au niveau médullaire, on apprend à développer le contexte sensuel, érotique sur l'ensemble du corps et on élimine de leur carte géographique corporelle les zones génitales qui sont extrêmement douloureuses. Je transmets aussi des lectures érotiques, des textes érotiques, des liens avec des podcasts qui sont sensuels. Pas parce qu'il y a un outil qui marche avec tout le monde, mais plutôt pour aider ces couples à remettre le moteur de la sensualité en marche. Il y a eu une telle cassure, une telle déception, une telle frustration, que c'est comme si la sphère sexuelle n'existait plus du tout. Il s'agit de donner des inspirations pour remettre la dynamique sexuelle en place, avec une sexualité au départ non pénétrative et avec le plus de légèreté possible.

Comme sources d'inspiration pour cette sexualité non pénétrative, j'invite à lire certains livres. Il y a le livre d'Alexandre Lacroix *Apprendre à faire l'amour*, que je trouve d'autant plus intéressant que l'écrivain est un homme cis hétéro blanc, donc l'homme qui a le plus de pouvoir et à propos duquel on se demande s'il est prêt à en lâcher un peu. C'est rarement le cas. Parmi ceux qui ont eu l'intelligence de faire une forme d'analyse critique de la sexualité pénétrative, il y a notamment lui, qui s'interroge sur l'ordre de la chronologie et sur le fait que c'est toujours la même chose qui se présente dans la sexualité. Il a envie de tout mettre dans un énorme shaker qui tire au hasard tout ce qu'on peut mettre comme actes sexuels dans nos différents scripts. Rien ne dit qu'il faut toujours faire

la même chose. Il nous rappelle que notre corps, notre enveloppe corporelle, est une énorme carte au trésor. Il faut aller chercher, stimuler. Notre système nerveux et notre enveloppe corporelle sont les mêmes tissus primaires au moment de l'embryogenèse, donc ce capital sensible de la peau est énorme. Il dit aussi que lorsque les couples se connaissent bien, que les partenaires ont confiance l'un-e dans l'autre, c'est le moment idéal pour introduire des choses différentes dans la sexualité.

L'autre livre que j'ai trouvé très intéressant est *Au-delà de la pénétration* de Martin Page, qui lui aussi est un homme cis blanc hétéro et qui, dès les premières pages, dit « moi, j'adore la pénétration vaginale ! ». Il pose le décor mais il va le déconstruire parce qu'il trouve que ce système est un piège pour les hommes eux-mêmes. Sortir de ce système soulage les hommes, les débarrasse de la pression de devoir toujours être forts et d'une identité masculine définie par « ton érection doit être parfaite, un vrai mâle a une vraie érection, est capable de pénétrer avec force, etc. ». Il propose que cette sexualité non pénétrative soit plus visible.

Au niveau des plannings de la Fédération, ce serait un travail de réflexion intéressant à faire dans le domaine de la communication : comment pourrait-on mettre en avant une sexualité moins pénétrative ? Très sincèrement, même dans les séries et les films très actuels, très branchés, quand il y a un acte sexuel, je vois toujours la même chose : trois petits bisous, une petite caresse éventuellement sur un sein, une pénétration et tout le monde jouit. Il est nécessaire de donner de la visibilité à d'autres choses, pour augmenter l'offre et la création de ce qui se passe dans la sexualité.

4. LA SEXUALITE NON PENETRATIVE ET L'EROTISME

Quand on parle de sexualité non pénétrative (et donc contraceptive), le mot « érotisme » revient tout le temps. Il y a des choses incontournables concernant cet érotisme. Je parlais de toucher, de caresses avec intention, mais il faut pour cela aussi que l'autre personne soit capable de recevoir et d'être à l'écoute de cette sensibilité, cette sensualité, afin de pouvoir la développer. On peut voir à nouveau que, plus on développe ce toucher sur l'ensemble du corps, plus il y aura une multiplication de synapses au niveau des zones du plaisir dans le cerveau. La neurobiologie répond à des stimulations au niveau du corps.

Il y a très clairement un facteur temps. Il n'est pas question de parler ici d'une sexualité « quickly ». Une pénétration vaginale peut être très vite réglée. Par contre, si on a envie de développer quelque chose d'autre, de l'ordre de l'érotisme, c'est du temps à soi, du temps à l'autre, du temps de discussion sur la sexualité, du temps pour découvrir le corps de l'autre. Ce sont aussi des moments sexuels où il n'y a pas d'activité sexuelle en tant que telle : on peut s'échanger des bouquins, parler de bouquins, écouter des podcasts ensemble ou de manière alternée, en discuter. Tout cela peut nourrir notre capacité à imaginer notre sexualité autrement qu'avec la pénétration.

Souvent, les oubliés sont les cinq sens. On parle beaucoup du toucher, n'oublions pas le reste. Il y a la vue : cela peut être la vue d'une silhouette, mais aussi d'une partie de corps. Le goût : on n'utilise pas assez nos langues. L'ouïe : cela peut être la voix, des mots, de la musique. Et puis, l'odorat : l'odeur naturelle, mais aussi l'odeur qui est créée par des fragrances, le pouvoir que peut avoir le parfum au niveau de l'attraction. Ces cinq sens vont terriblement valoriser ce monde fantasmagorique.

Pas de pénétration vaginale, mais pourquoi ne pourrait-on pas réfléchir à d'autres pénétrations ? La fellation est une pénétration. On n'a jamais dit que le vagin devait être pénétré par un pénis. Il y a d'autres choses avec lesquelles on peut pénétrer un vagin. Qu'en est-il de la pénétration masculine ? On voit que la pénétration masculine fait son chemin, quelle que soit l'orientation sexuelle de l'homme, mais étonnamment pas dans les populations qui sont les plus diplômées (celles-ci sont prêtes à s'ouvrir à une sexualité qui n'est pas la pénétration vaginale mais la pénétration anale est encore un peu compliquée). Au niveau de la pénétration anale, tant chez les hommes que chez les femmes, on voit que cela avance tout doucement.

Néanmoins, je mets un bémol parce que j'ai de plus en plus de jeunes patientes qui viennent me voir et me disent qu'au nom de l'ouverture des pratiques sexuelles, leurs partenaires commencent à insister de manière très lourde pour pratiquer une pénétration anale sans qu'elles en aient envie. Alors, je suggère ceci : « Dites à votre partenaire que vous allez y réfléchir à partir du moment où vous allez le pénétrer soit avec vos doigts, soit avec un *sex toy*. » Et en général, quand je les revois, elles me disent : « Ils ne comprennent pas parce que ce n'est pas à eux d'être pénétrés. » On se retrouve dans les dictats de société et cela les refroidit fortement. C'est l'idée selon laquelle la femme doit être pénétrée, donc c'est à la femme qu'on va proposer, voire imposer une pénétration vaginale ou anale. Je suis très prudente quand on parle de pénétration anale, surtout quand des femmes vous disent qu'elles n'en ont pas toujours envie.

5. LA SEXUALITE NON PENETRATIVE EN PRATIQUE

En pratique, cette sexualité non pénétrative (que j'ai appelée contraceptive) aura besoin d'un moteur féminin. D'abord, par rapport à nos propres croyances, puisque les femmes portent plus que les hommes la croyance qu'il faut absolument une pénétration dans la sexualité et que, quand la pénétration n'est pas possible parce qu'on a des douleurs ou qu'on souffre de vaginisme, on se coupe complètement de la sexualité. On a un travail à faire vis-à-vis de nous-mêmes. Il y a aussi un travail lié au fait que la responsabilité de la contraception est toujours sur les épaules des femmes. Si certaines personnes vont pouvoir bouger, ce seront donc surtout des femmes. J'ai eu la chance de suivre la consultation de contraception masculine du Dr Murillo au City Planning et, dans le cadre d'un travail d'anthropologie, j'ai interviewé une dizaine de patients qui étaient venus de manière volontaire et engagée pour suivre cette contraception masculine. Tous m'ont dit qu'au départ, le sujet avait été amené par leurs compagnes qui estimaient que la responsabilité de la contraception devait être partagée.

6. CONCLUSION

En conclusion, la pénétration vaginale est clairement un diktat culturel. La sexualité non pénétrative existe déjà, choisie et pas forcément par défaut. Pour pouvoir la mettre en pratique et la développer, il me paraît extrêmement important d'aller s'inspirer chez les personnes qui sont en incapacité ou en difficulté de pénétration.

Il pourrait être intéressant d'avoir toujours à portée de main une méthode barrière et que cela devienne une contraception partagée, c'est-à-dire avoir une discussion avant sur les risques d'une éventuelle

grossesse et sur le choix à faire si cela arrive (avoir un enfant ou s'orienter vers une interruption volontaire de grossesse).

Et puis, il serait nécessaire de plus questionner cette sexualité, de faire des études sur ce sujet afin de pouvoir ajouter aux autres icônes de présentation des contraceptions un petit icône signifiant que l'on peut jouer beaucoup plus dans la sexualité.

ECHANGES AVEC LA SALLE

CONCERNANT LES CONTEXTES CULTURELS

Question de la salle : Je suis régulièrement des jeunes femmes ou des femmes plus âgées qui ont subi des mutilations génitales. Il y a des difficultés avec la pénétration. Est-ce que vous utilisez les mêmes « trucs et astuces » que vous avez donnés ou est-ce qu'il y a d'autres « trucs » qui prennent en compte l'aspect culturel ?

Cendrine Vanderhoeven : Pour cette difficulté-là, le but n'est pas d'aller vers une sexualité contraceptive. Dans ce cas, il s'agit plus de soulager la dyspareunie et de développer du plaisir dans la sexualité. J'utilise alors beaucoup plus le clitoris interne. J'accompagne ces femmes depuis plus de dix ans maintenant, et au début, je ne savais pas du tout comment faire puisqu'il n'y avait pratiquement pas d'études. Je me suis dit que je devais d'abord les écouter. J'ai écouté au niveau de leur culture et beaucoup disaient « en Afrique, chez nous », comme si, pour elles, la culture était complètement différente. Alors oui, il y a une forme de culture qui est différente, mais la culture du patriarcat n'est pas si différente. Je reconnais évidemment le fait que l'excision veut, par le marquage du corps, encore plus enfermer ces femmes dans une réalité où « ton corps ne t'appartient pas, tu n'as pas le droit au plaisir, ton sexe appartient aux hommes et à l'enfantement ». Mais je vais assez vite leur expliquer que le patriarcat est ici aussi, que les femmes ne connaissent pas non plus leur corps ici, que le corps sexuel des femmes est au service du plaisir des hommes, que c'est une réalité culturelle ici aussi, que je soigne des femmes qui n'ont pas d'excision mais qui sont aussi en souffrance, comme elles : pas de désir, pas de plaisir, des douleurs, etc. Et là, elles ouvrent grand les yeux. Donc, à un moment donné, je vais les amener dans la communauté du féminin universel, de la femme universelle, et j'utilise les mêmes outils avec elles. C'est ce qui fait, je pense, qu'elles se retrouvent à nouveau comme femmes. Ce n'est pas « vous êtes une excisée, vous avez un traitement différent », mais « vous êtes une femme qui a eu dans son parcours une excision, je vais en tenir compte, mais vous êtes une femme ».

Yannick Manigart : Nous, au quotidien, quand on interroge la vie sexuelle de nos patientes, ou quand elles viennent nous en faire part (ce qui est le plus souvent le cas), j'ai été effaré par ce qui se passe. Particulièrement, dans des cultures où le patriarcat est encore très présent, où cette sexualité se limite à la pénétration, avec souvent une absence complète de plaisir pour la femme. Toutes ces croyances qu'ont ces femmes, comme le fait que c'est nécessaire pour leur bien-être physique et pour leur santé. Dans de nombreuses cultures, quand je leur dis « mais vous savez, avoir une pénétration, ce n'est pas du tout indispensable, vous n'êtes pas obligée si vous n'avez plus envie », elles sont très surprises. Pour elles, c'est quelque chose qui est synonyme de mauvaise santé. On leur fait croire

depuis des années et des années, que si elles ne font pas l'amour, si elles ne se font pas pénétrer, leur santé va être en péril. C'est une théorie que j'ai découverte ces dernières années, en discutant avec ces patientes. Je vous encourage à leur poser la question et à leur ôter ces idées qu'on leur a inculquées.

Cendrine Vanderhoeven : Il y a « je ne peux pas échapper à la pénétration parce que c'est ce que veut mon partenaire et c'est ce que la religion dit que je dois faire ». C'est aussi un travail avec elles, tout en ne critiquant pas leur religion, sur la façon de développer leur esprit de réflexion et critique vis-à-vis de leur religion, afin de mettre leur santé et leur-bien être en avant. Dans chaque religion, il est indiqué que la santé des individus est primordiale. Je vais amener cet argument de santé et de bien-être à l'avant-plan. A un moment, on va mettre cette individualité en lumière : vous n'êtes pas juste quelqu'un qui fait partie d'une communauté ou un numéro, vous êtes aussi un individu avec des droits. Si la personne arrive chez moi, c'est qu'elle a déjà fait un certain travail en amont dont je ne suis pas responsable. Ce sont des personnes qui ont envie d'enclencher autre chose que ce que leur communauté, culture, religion leur a dit ou prescrit.

Yannick MANIGART

Gynécologue au City planning, CHU Saint-Pierre

Je vais parler des nouveautés en contraception. Ce sera un peu médical puisqu'on va parler de méthodes contraceptives qui, souvent, sont hormonales. Il n'y a quasiment pas de nouveautés sur le marché belge. Je vais donc présenter aussi des méthodes qui existent ailleurs, qui ne sont peut-être pas toutes neuves mais que nous n'avons pas chez nous. Et je vais évoquer le futur (parfois, un futur qui paraît de la science-fiction).

1. L'ANNEAU VAGINAL

C'est au niveau de l'anneau vaginal qu'il se passe le plus de choses. Chez nous, il y en a un seul sur le marché, le Nuvaring. Normalement, le rythme est de trois semaines puis un arrêt d'une semaine. Mais il a été démontré qu'il y a un taux d'hormones stables et que l'ovulation est inhibée pendant cinq semaines. C'est sans doute plus compliqué pour comptabiliser les semaines mais ce sont des choses réelles si les patientes veulent faire des économies et qu'elles n'ont pas d'alternative (parce que cela reste une méthode chère).

L'Annovera existe aux États-Unis mais pas encore chez nous. Il s'agit d'un anneau vaginal pour treize cycles consécutifs, plutôt que notre NuvaRing qu'il faut changer chaque mois. Il contient de l'éthinylestradiol (l'œstrogène très puissant qu'on utilise dans la plupart des pilules) avec de la nestorone, un nouveau progestatif non androgénique dont on va beaucoup parler dans cette présentation puisqu'il est développé dans beaucoup de produits différents. On le met dans le vagin pour un an et on le retire chaque semaine si on veut être réglée.

Il y a le Progering, un anneau vaginal à la progestérone qui est déjà commercialisé. Ce qui est étonnant, c'est qu'il n'est pas au progestatif mais à la progestérone. La progestérone n'a pas un rôle contraceptif pour toutes les patientes, mais seulement pour celles qui allaitent de manière exclusive et chez qui le bébé tète au moins quatre fois par jour. Cet anneau est déjà utilisé dans six pays d'Amérique du Sud, va l'être en Inde (où la dernière grosse étude a eu lieu) et en Afrique du Sud. Il dure nonante jours et libère de la progestérone micronisée, c'est-à-dire la progestérone que sécrète l'ovaire en deuxième partie de cycle. Il arrive à être contraceptif chez les femmes qui allaitent parce qu'il va stimuler et augmenter la prolactine sécrétée en réponse aux tétées. Ce premier mode d'action va faire en sorte de garder ce qu'on appelle l'aménorrhée (l'absence de règles) beaucoup plus longtemps. Il a aussi un effet sur la glaire cervicale qui est l'effet classique de la progestérone.

Pour le futur, il y a un anneau identique à l'Annovera mais avec du 17B-ŒSTRADIOL, œstradiol que L'ON trouve dans les pilules, notamment la ZOELY ou la QLIRA. Il est normalement un peu moins impactant au niveau des risques thromboemboliques et cardiovasculaires. Rien n'est encore démontré mais c'est un argument utilisé par les firmes pharmaceutiques pour faire vendre ces pilules.

Un autre anneau est déjà en phase 2 (c'est-à-dire déjà testé chez une centaine d'individus), c'est un anneau avec un progestatif qui est de nouveau la nestorone, pour les patientes qui auraient une contre-indication aux œstrogènes. Comme il n'y a qu'un progestatif, il n'y a pas d'augmentation du risque thromboembolique. Il inhibe l'ovulation et c'est un anneau de six mois.

Il y a de nouvelles technologies au niveau des anneaux, c'est-à-dire des anneaux qui ont des multiples canaux dans un support matriciel de silicone ou d'élastomère, et chaque canal va libérer une substance active (jusqu'à dix molécules différentes). L'avantage, c'est de libérer ces différentes molécules sans qu'il y ait d'interactions chimiques entre elles puisqu'elles sont séparées dès le départ. Le but est d'associer notamment des antirétroviraux et des contraceptifs. C'est très important dans des pays où la prévalence du HIV est extrêmement élevée. En général, c'est étudié en Afrique du Sud. On peut voir, par exemple, une association d'éthinylestradiol avec de l'étonogestrel (qui est donc le progestatif) et la Griffithsin-Q, qui est une lectine dotée d'une puissante activité anti-VIH et antibactérienne. Ces études sont en phase préclinique et sont donc réalisées en laboratoire sur les animaux pour le moment.

Il y a aussi de la dapivirine, un anti-HIV avec du lévonorgestrel dans un anneau (de nouveau un progestatif seul). Il s'agit d'une étude de phase 1b. Ce seront des anneaux de trois mois.

Certains projets consistent à associer plusieurs substances, notamment le TAF qui est employé dans la prophylaxie pré-exposition au HIV, de l'aciclovir pour éviter les infections herpétiques, l'éthinylestradiol et l'étonogestrel.

2. LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN

Puisqu'on est dans le militantisme et dans l'économie des gens qui n'ont pas toujours les moyens de se payer tous ces contraceptifs, je rappelle qu'un dispositif intra-utérin (DIU) dosé à 380 mm² de cuivre est valable minimum dix à douze ans. On dit même que pour les patientes âgées de plus de 30 ans au moment de l'insertion du DIU, une utilisation prolongée au-delà de douze à vingt ans ou jusqu'à la ménopause peut être proposée. C'est une recommandation de grade 1c. Dans ce cas, on est hors de l'autorisation de mise sur le marché mais c'est à nous de lancer ces pratiques, parce que si nous ne le faisons pas, personne ne le fera.

Pour le DIU hormonal (on parle ici du Mirena et de ses génériques), une étude de phase 3 randomisée a été lancée qui montre l'efficacité jusqu'à huit ans (c'est maintenant approuvé en Belgique) mais probablement que cela ira jusqu'à dix ans. L'étude est finie, mais les résultats ne sont pas encore sortis. Dans notre centre de planning, la plupart des gynécologues et médecins généralistes qui mettent le DIU hormonal après 40 ans le laissent jusqu'à la ménopause (sauf si les patientes ont des plaintes). Rappelons-nous que les premiers stérilets qui arrivent aux États-Unis dans les années 1960 étaient en plastique et fonctionnaient déjà. Puis, on a ajouté le cuivre et ensuite, des hormones.

Des nouveaux matériaux arrivent dans les DIU, notamment le nitinol. Ma première expérience avec le nitinol n'a pas été bonne, puisque c'est le fameux *Intrauterine Ball*, le stérilet avec les petites boules, qui a été retiré du marché puis remis maintenant sous le nom du *Ballerine*. Je trouve qu'il n'y a pas d'études suffisantes. Ce sont des stérilets mis sur le marché avant la loi de 2017, sans aucune étude nécessaire. Dans la littérature, il n'y avait que des études sur quarante cas, faites par celui qui l'a

inventé. Et ces stérilets ont été mis chez des femmes, dans nos pays. C'est interpellant. Le nitinol garde une mémoire de forme. Par exemple, le VeraCept sera mis dans l'inserteur, et quand il sera retiré de l'inserteur, il va prendre sa forme.

Outre des nouveaux matériaux, on va aussi réduire la surface du cuivre. On peut en mettre moins si on positionne le cuivre près du col et au niveau des ostia tubaires. Il est spermicide et il agit contre l'ovocyte. On a remarqué que si on le mettait là, on pouvait diminuer la surface du cuivre, et donc on pouvait réduire aussi les saignements (ce cuivre est responsable de l'augmentation des saignements). C'est une manière d'essayer de diminuer les saignements inattendus, mais aussi les règles plus abondantes (qui est l'effet secondaire principal des DIU au cuivre).

Il y a des nouveaux inserteurs qui facilitent la mise en place, ou qui diminuent la douleur, ou qui sont plus adaptés. Il y a par exemple, pour le postpartum immédiat, le Pregna qui est simplement beaucoup plus long, ce qui est plus facile à mettre chez une patiente qui vient d'accoucher. Il permet d'aller toucher le fond de l'utérus sans devoir faire des manœuvres moins précises avec d'autres instruments. Et puis il y a l'inserteur CrossGlide. Il est commercialisé en France et il vient de trouver quelqu'un pour le commercialiser en Belgique. Il s'agit d'une membrane pneumatique qui rentre d'abord, qui trouve le trajet du col et ensuite, le DIU se glisse dedans. C'est assez ingénieux. Il semblerait que cela fonctionne mieux, donc on verra à l'usage. C'est peut-être un DIU à réserver aux cas difficiles. Il serait au même prix que les autres. On attend de voir.

Pour améliorer le profil de saignement ou l'efficacité, on avait associé du cuivre à l'indométacine. Ce sont des études de la fin des années 1990. Cela n'a pas été plus loin, mais cela diminuait les saignements. Et puis, on a associé le DIU au cuivre à l'acétate d'ulipristal pour augmenter son efficacité et pour réduire les saignements.

3. LA VOIE ORALE

Il y a un retour (on dit que c'est une nouveauté, mais c'est un retour) de la Cibel qui est de l'éthinylestradiol classique, avec un progestatif qu'on présente comme révolutionnaire (mais qui, pour moi, existe depuis mes débuts de gynécologue). Tout à coup, la pilule qui s'appelait la Cilest a disparu du marché pour des raisons économiques. Après la polémique sur les risques thromboemboliques, ils font une tentative de revenir avec cette pilule très chère parce que présentée comme nouvelle, mais qui en fait ne l'est pas du tout. Cette pilule est un progestatif anti-androgénique avec des effets thromboemboliques qui seraient identiques à ceux des pilules de la 2^e génération (ce qui est dur à prouver quand c'est associé à de l'œstrogène). Je pense que ce n'est pas facile à placer. Peut-être pour l'acné parce qu'il y a beaucoup d'éthinylestradiol. Cela pourrait être une petite niche, mais vu le prix...

La Slinda est sortie il y a quelques mois, voire un an ou deux. J'en parle parce que des pilules progestatives seules, on n'en a pas beaucoup. On a la Cerazette (donc le désogestrel) et tous ses génériques. Cela a le mérite au moins d'être quelque chose de nouveau pour celles avec qui on est dans une impasse contraceptive et à qui on doit donner des progestatifs pour des raisons de contre-indication (du type migraine avec aura ou risque thromboembolique parce que ces patientes ont eu des thromboses). C'est un autre progestatif, qu'on appelle de 4^e génération, qui est anti-androgénique et pour lequel on n'a décrit aucun effet thromboembolique.

Pour le futur, j'ai vu une communication à la FIAPAC et j'ai regardé la littérature mais je n'ai vu aucun article récent, même si je sais qu'il y a eu des études anciennes sur le rôle de la mifépristone comme contraceptif, soit qu'on donnerait par jour, soit par semaine, soit par mois. Il y aurait cinq études en cours. Aucune grossesse.

Et puis, des études menées en Afrique du Sud associent une prophylaxie pré-exposition au HIV et une contraception. Ils font un test de bioéquivalence pour voir si prendre ces trois molécules ensemble, voire ces quatre-là ensemble dans une gélule, est équivalent à prendre deux comprimés. C'est très intéressant pour les pays où la prévalence du HIV est importante et où on n'arrive pas à limiter cette épidémie.

4. L'IMPLANT

A nouveau, on est dans le domaine de l'économie et dans le fait de prendre les devants, parce que parfois, il faut attendre pendant dix ans la reconnaissance d'une prolongation de l'efficacité. Il est écrit trois ans sur la notice de l'implanon mais plusieurs études ont montré qu'il est valable cinq ans. Recommandation de grade 1a. le planning américain indique que c'est notre rôle de laisser ces implants jusqu'à cinq ans.

5. METHODES NON HORMONALES

Il y a d'autres pistes en cours, mais voici celles que j'ai trouvées.

Il y a le principe du *fat dissolving insert*. Ce sont des nanofibres. Cela ne paraît pas révolutionnaire quand on voit ce petit suppositoire solide qu'on va mettre au niveau du vagin, qui va se dissoudre et se coller. C'est un gel visqueux qui a l'avantage de ne pas couler. Il est nouveau, très discret et il contient des acides organiques spermicides ainsi que cette fameuse lectine q-griffithsin qui va protéger contre les IST. C'est assez intéressant, voire un peu révolutionnaire, même si les études ont testé beaucoup de spermicides et n'ont jamais été favorables. Elles ont souvent été abandonnées, et même, elles ont constaté une augmentation du risque de transmission des maladies sexuellement transmises, comme les études qui ont été faites avec le hiv. Les études ont déjà commencé in vitro et in vivo, ce qu'on appelle une phase 1 pour la tolérance et la sécurité.

Il y a une association entre la spin-up dare bioscience et bayer. On l'appelle l'ovaprene. C'est un anneau vaginal mensuel. Il consiste en une barrière en mailles polymère semi-perméables qui empêche physiquement des spermatozoïdes de pénétrer dans le canal cervical. En plus, on a une libération de gluconate ferreux ayant un effet spermicide qui agit pour entraver la mobilité des spermatozoïdes. Il est plus petit qu'un diaphragme et se met sur le col par la patiente. On a une étude de phase 3 (la dernière phase avant la commercialisation) qui a déjà débuté. Il y a des firmes pharmaceutiques qui sont intéressées, donc cela va sans doute fonctionner. On espère avoir des résultats, voire une commercialisation prochainement.

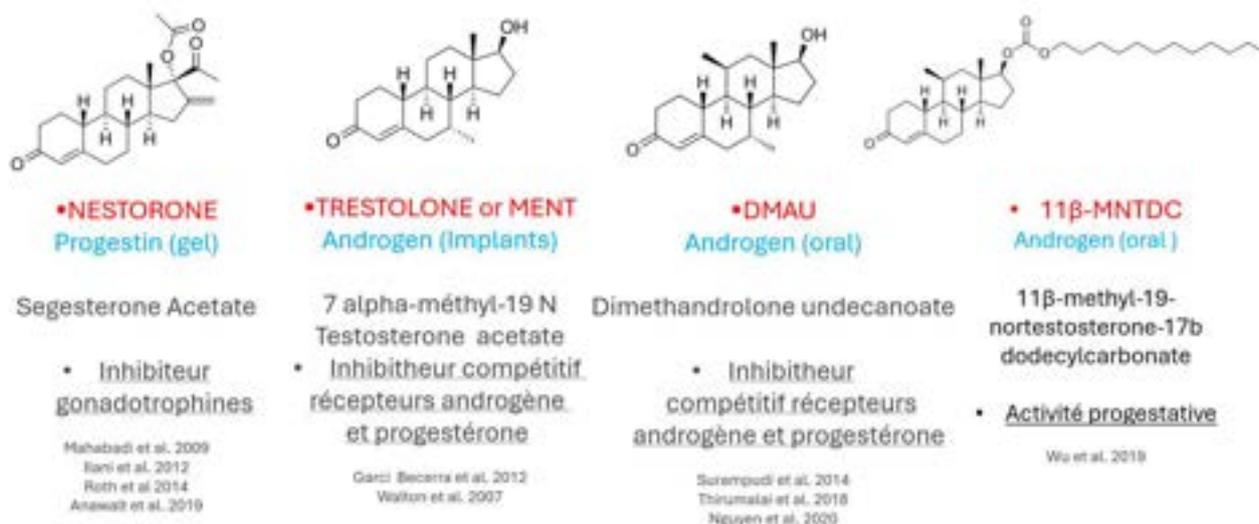
6. NOUVELLES TECHNOLOGIES

La technique bepo de medincell : ce sont des injections a durée prolongée. Des petits dépôts de polymères de 3 mm vont se faire sous la peau et vont progressivement libérer la substance. Il peut y avoir des actions systémiques, comme pour la contraception, mais cela peut être beaucoup plus ciblée. C'est une nouvelle technologie avec la libération régulière et stable d'un progestatif dont ils ne divulguent pas encore le nom. Pour la contraception, on est dans la phase préclinique, mais il y a déjà des études de phase 3 pour des traitements, par exemple de douleurs post-opératoires ou de schizophrénie. C'est financé par la fondation Bill et Melinda Gates.

Il y a aussi les patchs à micro-aiguilles. Ce sont des micro-aiguilles sur un patch mais on ne doit pas garder ce patch. On le met, on le laisse cinq minutes, on le retire, puis les micro-aiguilles vont agir. Soit elles libèrent le médicament à travers le derme par dissolution, soit elles sont creuses et libèrent le médicament à partir d'un réservoir. Il y aurait des patchs à la demande pour des protections courtes de cinq à sept jours et des patchs offrant des protections pour plusieurs mois.

D'autre part, il y a la micro-puce que l'on pourrait activer, dont on parle depuis plusieurs années dans le pipeline de la fondation Gates. Ce sera à base de lévonorgestrel. On la met, et si on a envie d'avoir une contraception, on clique. Si on a envie d'avoir une grossesse, on déclique.

7. LA CONTRACEPTION MASCULINE



Nouveaux dérivés stéroïdiens pour la contraception masculine

La contraception masculine, ce n'est pas mon domaine, mais je voulais en parler par principe, parce que je pense que c'est important. On étudie beaucoup de nouveaux dérivés stéroïdiens qui suppriment la sécrétion des gonadotrophines ou la spermatogénèse. Il y a la nestorone, ce nouveau progestatif dont on a déjà parlé. Il y a le MENT, le DMAU, et puis le 11B-MNTDC.

Ce sont des études qui datent d'il y a longtemps. On en revient toujours au même problème : on en parle, on en parle... C'est un peu comme la loi IVG en Belgique : on dit que ça va arriver, puis ça n'arrive jamais. Mais récemment, on a terminé une phase 2 d'un gel contraceptif qui associe cette fameuse nestorone avec la testostérone. C'est un gel transdermique et les résultats sont en attente. Il faut encore trouver un partenaire commercial pour la phase 3.

Il y a aussi des études en cours, des phases précliniques, sur un implant contraceptif : le MENT. Ce sont quatre implants qui agissent pendant un an. Pour l'ancêtre de l'Implanon, c'était six implants et on est en train d'essayer de les réduire. Réversibilité totale en deux mois à un an. Le Population Council participe à tous ces projets, parce qu'autrement, il n'y a pas d'argent.

Le Vasalgel serait une alternative extraordinaire. C'est une vasectomie temporaire. Ce gel qu'on injecte dans les canaux déférents, on en on parle aussi depuis longtemps et il n'arrive jamais. C'est un gel qui serait valable à peu près dix ans. On injecterait un antidote pour le dissoudre, si les personnes changent d'avis ou simplement désirent à un moment avoir un enfant. Le projet Plan A ou Vasalgel a été repris aux Etats-Unis. Une étude en cours en Australie travaille sur le gel ADAM qui se dissout après deux ans.

Alexandra ROUX

Sociologue, chercheuse associée au Cermes3 et membre co-fondatrice du laboratoire junior Contraception&Genre

Céline Tixier-Thomas aurait aimé inviter Cécile Ventola à venir présenter son travail sur les professionnel·les prescripteur·rices. Mais Cécile Ventola ne travaille plus sur ce domaine. Comme nous avons coécrit un article sur ce sujet, j'ai proposé de faire cette présentation.

Je pense que s'intéresser au rôle des professionnel·les dans le façonnement de l'offre contraceptive permet de nuancer la notion de choix contraceptif et permet de voir la manière dont des rapports de pouvoir prescripteur·rices-patient·e peuvent prédéterminer ces choix.

1. ELEMENTS DU TRAVAIL MENE PAR CECILE VENTOLA, NATHALIE BAJOS ET ALEXANDRA ROUX

Le travail mené avec Cécile Ventola et Nathalie Bajos a donné lieu à un article intitulé *Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France*. Quelques éléments étaient mis en lumière par l'article.

Premièrement, les prescripteur·rices en France sont mal ou peu formé·es à la prescription contraceptive dans leur formation initiale, et pour la plupart, s'y forment très peu par manque d'intérêt dans leur formation continue. Il n'y a pas d'exigence de formation continue ou de mettre à jour les connaissances en matière contraceptive en France. Pour la majorité des prescripteur·rices, si le sujet ne les intéresse pas, ils ne vont pas aller chercher des informations.

La deuxième chose mise en lumière est que le contenu de cette formation donne une place extrêmement centrale à la pilule, dans une moindre mesure au dispositif intra-utérin, et disqualifie complètement les autres méthodes, a fortiori les méthodes définitives. Et ce, alors même que les recommandations de santé publique à l'échelle nationale (les instituts de veille sanitaire, la Haute autorité de santé), mais aussi à l'échelle internationale (toutes les recommandations publiées par l'OMS en matière contraceptive), suggèrent que pour optimiser l'efficacité contraceptive, il faut que les professionnel·les recommandent une diversité de méthodes, présentent de manière exhaustive leurs avantages et leurs inconvénients. Faire cela prend du temps et ce n'est pas toujours facile. Mais idéalement, une consultation en contraception doit être longue et exhaustive, afin de présenter toutes les méthodes, pour mieux aider les personnes à choisir la contraception ou les contraceptions qui correspondent à leur mode de vie et à leurs préférences. C'est l'objet en France des slogans de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Dans les faits, c'est vrai aussi en termes d'efficacité contraceptive, c'est-à-dire qu'une méthode est d'autant plus efficace qu'elle correspond au mode de vie et aux préférences

des personnes qui la mettent en œuvre. Ces vingt dernières années, toutes les recommandations sanitaires insistent sur l'importance d'offrir un véritable choix contraceptif.

En Angleterre par exemple (je reprends ici les travaux de Cécile Ventola sur la question), la possibilité pour les professionnel·les de prescrire est conditionnée au fait qu'ils et elles valident et renouvellent une formation spécifique sur la contraception tous les cinq ans. Cela signifie que tous les professionnel·les n'ont pas le droit de prescrire, seul·es ceux et celles qui sont formé·es pour le faire en ont le droit, et tous les cinq ans, ils et elles doivent renouveler cette formation. Ces formations sont très calées sur les recommandations de santé publique et leurs évolutions. Du coup, les professionnel·les en Angleterre recommandent lors des consultations contraceptives l'ensemble des méthodes disponibles, et prennent le temps de présenter les avantages et les inconvénients.

L'article que j'ai mentionné est basé sur une petite étude quantitative qui avait été réalisée en France en 2010 dans le cadre d'une des enquêtes sur la fécondité. Un volet de cette enquête nationale sur la fécondité-contraception avait été réalisé auprès de gynécologues et de généralistes. Les résultats ont montré qu'en France, plus les professionnel·les sont formé·es à la contraception (notamment en ayant suivi des formations médicales continues récentes et dédiées à la contraception), plus ils et elles recommandent une diversité de méthodes à leur patientèle. Donc, plus ils et elles sont formé·es récemment, plus leur manière de recommander des méthodes sont alignées avec les recommandations de santé publique. A l'inverse, moins les professionnel·les sont formé·es récemment, plus leurs recommandations sont centrées sur la pilule, et dans une moindre mesure, sur le dispositif intra-utérin.

Autre résultat important : quel que soit leur niveau de formation, ils et elles recommandent d'autant plus une méthode contraceptive qu'ils ou elles en ont eu déjà une expérience personnelle avec un ou une partenaire, et ce, quelle que soit la méthode (pilule, dispositif intra-utérin, préservatif ou même coït interrompu). Le fait d'en avoir une expérience personnelle augmente les chances de le recommander. Cela laisse entrevoir qu'en l'absence de formation dédiée, les prescriptions contraceptives sont davantage susceptibles d'être guidées par des logiques profanes que par des savoirs issus d'une expertise professionnelle.

2. LES RESULTATS D'AUTRES TRAVAUX

De nombreux travaux ont également montré que les professionnel·les de santé opéraient des catégorisations des patient·es et que cela pouvait impacter l'offre effectivement proposée aux personnes en demande de contraception. Ces travaux ont notamment montré dans quelle mesure le déroulé de la consultation médicale pouvait varier selon les caractéristiques des patient·es. La sociologue Lucile Ruault a enquêté dans les cabinets de gynécologie médicale et elle met en évidence que les gynécologues dispensent l'information sur les méthodes contraceptives de manière très variable, notamment selon l'âge et le nombre d'enfants des femmes qui consultent, présentant par exemple une même méthode de manière complètement différente à deux catégories de femmes. D'après ses observations, le dispositif intra-utérin, par exemple, est le plus souvent présenté à des femmes jeunes et sans enfants comme une méthode douloureuse, avec de nombreux effets secondaires indésirables, mal tolérée et d'une efficacité discutable, alors que les mêmes gynécologues présentent le dispositif intra-utérin comme une méthode parfaitement simple, efficace, sans inconvénients et peu douloureuse aux femmes au-delà de 35 ans, opérant ainsi une présélection a

priori du choix contraceptif proposé. Pour cette catégorie d'âge, donc au-delà de 35 ans, le préservatif est systématiquement disqualifié en consultation, étant associé par les médecins à des jugements de valeur renvoyant à la jeunesse et à l'immaturation.

Une autre étude intéressante est celle d'Hélène Bretin sur les contraceptifs injectables. Elle a fait une première étude dans les années 1990, puis elle l'a prolongée dans les années 2000, où elle a étudié à la fois les personnes qui utilisent ces méthodes contraceptives et les médecins qui les recommandent. Elle montre que les médecins, la plupart du temps, recommandent ces méthodes uniquement aux femmes qu'ils et elles jugent incapables de prendre la pilule, sur la base de critères et de préjugés de classe ou de race. Le contraceptif injectable, mis au point dans les années 1970 et commercialisé à partir des années 1980, est une méthode qui a toujours été et reste encore aujourd'hui très marginalement utilisée en France. Elle est pensée par la plupart des médecins français comme une mauvaise méthode, une méthode de dernier recours et parfois même valorisée pour son caractère contraignant (notamment chez les femmes multi-avortantes). Elle est pensée aussi comme un outil de rappel à l'ordre des femmes déviant de la norme contraceptive. Donc, elle n'est pratiquement pas recommandée dans la plupart des consultations. Hélène Bretin observe qu'elle l'est de manière beaucoup plus fréquente lorsque les consultantes sont des femmes étrangères nées dans des pays du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne que lorsque ce sont des femmes françaises ou étrangères nées dans d'autres zones géographiques. Les logiques de prescription de nombreux professionnel·les s'orientent vers l'assignation de méthodes jugées marginales à des femmes catégorisées comme déviantes du point de vue de la norme contraceptive.

À l'inverse de ces situations de marginalité contraceptive décrites par Hélène Bretin, Nathalie Bajos et ses collègues ont montré que les prescripteur·rices pouvaient également orienter leurs recommandations selon la classe sociale des consultant·es, nourrissant parfois des inégalités dans l'accès aux innovations médicales. Cela paraît un peu daté puisque depuis, il y a eu le débat sur les pilules de 3^e génération, mais les auteur·rices ont montré qu'au milieu des années 2000, les pilules dites de 3^e génération, qui à l'époque étaient perçues par les professionnel·les comme meilleures que les pilules de 2^e génération car supposées être mieux tolérées, étaient plus facilement accessibles aux femmes des classes supérieures qu'aux femmes des classes moyenne et populaire. Si la question du coût de ces méthodes non remboursées par la sécurité sociale peut jouer, le travail de Nathalie Bajos et ses collègues montre que les prescripteur·rices ont des logiques de prescription différenciées selon la classe sociale des patient·es et qu'ils et elles proposent plus systématiquement des pilules de 3^e génération aux femmes des classes supérieures qu'aux autres catégories de femmes, ce qui vient redoubler une inégalité déjà existante dans l'accès à ces spécialistes. Les généralistes apparaissent comme moins discriminant·es selon la classe dans les méthodes qu'ils et elles proposent.

Ces différents exemples témoignent de rapports de pouvoir qui peuvent prévaloir aux logiques de prescription lors des consultations médicales, et a fortiori des consultations contraceptives. En l'absence de formation dédiée et de réflexion sur les pratiques, le choix contraceptif proposé aux femmes risque donc d'être restreint et assujéti aux préjugés des prescripteur·rices, voire davantage à leur logique profane qu'à leur expertise professionnelle.

Cela pose la question de la façon dont l'offre contraceptive proposée par les professionnel·les est susceptible d'évoluer lorsqu'on a affaire à d'autres catégories de prescripteur·rices que les médecins, comme les sage-femmes. Dans ce cas, les rapports de pouvoir avec les patient·es sont peut-être moins

prononcés et les sage-femmes peuvent être davantage formées aux spécificités de la prescription contraceptive que, par exemple, des généralistes ou des gynécologues qui n'ont pas renouvelé leur formation depuis les années 1980.

Enfin, la dernière réflexion qui m'a paru intéressante, est que l'offre contraceptive à l'échelle nationale est conditionnée par les catégories de professionnel·les aptes et chargé·es de prescrire des contraceptifs, et à qui ces professionnel·les s'adressent. En France, la très forte féminisation de la contraception et de la responsabilité contraceptive (on pense que la responsabilité contraceptive incomberait « naturellement » aux femmes) résulte en partie du fait que pendant plusieurs décennies, la principale catégorie de médecins chargé·es de prescrire la contraception était une spécialité dédiée à la prise en charge médicale des femmes, donc les gynécologues. Par conséquent, l'information contraceptive ne s'adresse qu'aux femmes pendant des décennies en France. En Angleterre, par exemple, ce sont les infirmières et les médecins généralistes qui sont chargé·es de prescrire, ayant donc un public beaucoup plus mixte hommes-femmes. Dans ce pays, les couples déclarent pour plus de la moitié recourir à des méthodes contraceptives que l'on peut considérer, en comptant large, comme masculines ou, en tout cas, nécessitant la coopération du partenaire (préservatif, vasectomie, retrait). Historiquement, la responsabilité contraceptive y est beaucoup moins pensée comme une « affaire de femmes ». Donc, les caractéristiques des professionnel·les en charge de la contraception ont un impact fort sur le façonnement de l'offre contraceptive.

BIBLIOGRAPHIE

- BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H., BOUYER J., JOB-SPIRA N., HASSOUN D., COCON L'ÉQUIPE, 2004, « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France », *Population*, 59, p. 479-502.
- BRETIN H., 1992, *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*, Paris, Inserm.
- BRETIN H., 2004, « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », *Sciences sociales et santé*, 22, 3, p. 87-110.
- FONQUERNE L., 2020, « À qui faire avaler la pilule ? Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception », *Émulations - Revue de sciences sociales*, 35-36, p. 65-79.
- GELLY M., 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Paris, L'Harmattan.
- INPES, 2007, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (dir.), 2013, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives: guide essentiel OMS de planification familiale*, Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 141 p.
- ROUX A., VENTOLA C., BAJOS N., 2017, « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé*, 35, 3, p. 41-70.
- RUAAULT L., 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Féministes*, 34, 1, p. 35-50.
- VENTOLA C., 2017, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, Thèse de doctorat, Paris Saclay.

Alexandra ROUX

Sociologue, chercheuse associée au Cermes3 et membre co-fondatrice du laboratoire junior
Contraception&Genre

Murielle CONRADT

Sage-femme et présidente de l'Union Professionnelle des Sage-femmes belges

Hanna BALLOUT

Médecin généraliste et secrétaire générale de la Société Scientifique de Médecine Générale

Yannick MANIGART

Gynécologue au City planning, CHU Saint-Pierre

Yannick Manigart : Murielle Conradt et Hanna Ballout, avez-vous des brèves réactions sur la présentation d'Alexandra Roux ?

Murielle Conradt : En Belgique, la formation des sage-femmes est extrêmement faible pour tout ce qui est contraception ou même formation continue après les études. Dans les écoles, elles ont au maximum quatre heures de formation sur les contraceptions (et encore, contraception DIU et pilule très classique) sur leurs quatre ans de formation. En termes de prescription, on est extrêmement limitées. Les sage-femmes françaises sont beaucoup plus élargies en termes de propositions de prescription, notamment dans les DIU, etc. Nous n'avons pas ces droits-là, mais c'est en train d'évoluer.

Hanna Ballout : En écoutant la présentation, je me suis projetée en tant que prescriptrice de contraceptifs et c'est un énorme exercice d'humilité de se dire que parfois, en tant que médecin, on a une injonction à être efficace. C'est très dur de se détacher de cela. La formation des médecins généralistes n'est pas très bonne. Je pense que j'ai eu deux heures sur cette matière. Cela prend du temps de faire du *counselling* et parfois, même les bénéficiaires demandent qu'on aille très vite et qu'on prescrive juste la pilule de la dernière fois. Donc, ce n'est pas évident de faire un moment de *counselling* où on parle de toutes les méthodes.

Alexandra Roux : Penser la responsabilité des prescripteur·rices sans penser le système dans lequel ils et elles s'inscrivent, c'est vain. Parce que, évidemment, on a des consultations qui sont courtes. C'est un principe de paiement à l'acte en Belgique aussi, j'imagine.

Murielle Conradt : Pas chez les sage-femmes.

Alexandra Roux : Ce que je veux dire, c'est que si la consultation fait 45 minutes au lieu de 20 minutes, elle n'est pas plus payée. Pour reprendre l'exemple de l'Angleterre, la consultation contraceptive fait l'objet d'une rémunération plus élevée et elle doit être longue. En tout cas, la

consultation pour la prescription d'une première contraception est mieux rémunérée qu'une consultation médicale classique et elle est censée durer 45 minutes. Il y a un cadre qui permet de prendre ce temps-là et de considérer que les professionnel·les ont un rôle à jouer dans l'information du public sur la contraception. Et quand on n'a pas ce cadre-là, c'est très dur pour les professionnel·les d'arriver à bien faire leur travail.

Murielle Conradt : Et donc il faudrait une reconnaissance budgétaire et une reconnaissance politique, ce que nous n'avons absolument pas.

Hanna Ballout : En Belgique, on avait avant un code de nomenclature. On pouvait facturer l'acte qui s'appelait « implantation hormonale » parce que, sans surprise, mettre un implant ou mettre un dispositif intra-utérin prend plus de temps que rédiger une ordonnance. Et ce code a été supprimé en 2022 sous prétexte d'être réévalué.

Alexandra Roux : Il y a aussi des résistances au sein de l'ensemble vaste que sont les prescripteur·rices de contraception à ce que la prescription soit élargie à d'autres professionnel·les. Dans l'article que je citais, celui coécrit avec Cécile Ventola et Nathalie Bajos, il y a un moment où l'on pose la question aux médecins : est-ce qu'ils et elles seraient d'accord d'élargir la prescription aux sage-femmes et aux infirmières ? Et sans surprise, la réponse a été : bof. Ils et elles étaient plus d'accord d'élargir aux sage-femmes qu'aux infirmières mais il y avait une nette différence entre les gynécologues et les généralistes dans l'acceptation de cet élargissement. Les gynécologues étaient beaucoup plus réticent·es à ce que la prescription soit élargie aux sage-femmes. On voit des enjeux de concurrence professionnelle très forts qui, encore une fois, ne sont pas forcément guidés par des logiques de santé publique.

Yannick Manigart : Justement Murielle, quel rôle penses-tu que les sage-femmes peuvent jouer aujourd'hui dans l'accès à la contraception en Belgique ?

Murielle Conradt : La sage-femme fait partie de la première ligne de soins, comme les médecins généralistes. On a des contacts, on a des privilèges, dans les consultations qu'on a avec des femmes (dans une période de leur vie assez limitée). Nous avons une obligation de timing dans les consultations, c'est-à-dire que la première consultation doit au minimum durer 60 minutes et les suivantes 30 minutes. Alors c'est très peu, mais on a un peu plus de temps pour cela. On peut déjà l'aborder en prénatal quand elles sont enceintes, quand on aborde tout ce qui est post-partum, retour à la maison, etc. Il faut savoir aussi que depuis plusieurs années, Maggie De Block nous a obligées à faire rentrer les patientes assez rapidement dans ce qu'on appelle « le retour précoce », qui est à deux jours d'accouchement pour une voie basse, trois ou quatre en fonction d'une césarienne. On les retrouve très rapidement à domicile et on est souvent très vite confrontées à la problématique de la prescription qu'elles ont sur leur carte d'identité, où elles ont déjà du Diclofenac, l'anti-inflammatoire Dafalgan, etc. Elles ont déjà été chercher leurs mini-pilules (donc leurs pilules progestatives) et commencé le traitement. Elles n'ont pas assez d'explications et on arrive assez vite à devoir discuter du choix de la contraception : est-ce que c'était vraiment ce que tu voulais ? Je pense qu'on a une place assez rapide dans la discussion et dans le choix éclairé, donc dans le *counseling*, par rapport à la contraception. Parfois même, on se retrouve avec des patientes qui ont été césarisées, ligaturées, et qui ont une prescription de progestatifs qu'elles prennent. Ce sont souvent des mamans qui ne parlent pas forcément français. On est déjà là à la base, puis on fait souvent une séance post-partum sur les

différents choix de contraception qui ne sont pas forcément une contraception hormonale, DIU... On aborde aussi la symptothermie et toutes les autres contraceptions naturelles. Notre suivi va à l'heure actuelle jusqu'à ce que l'enfant ait 1 an et il va petit à petit aller vers les 1000 premiers jours. On sera présentes dans différents moments de la vie. Je pense que la sage-femme a une belle place et a du temps pour discuter des différentes opportunités qui existent pour le couple dans la contraception.

Yannick Manigart : Hanna, on connaît l'importance de la formation des médecins, qu'elle soit initiale, continue, etc. Mais on est aussi dans un contexte de pénurie de médecins. Comment faire en tant que secteur pour garantir la qualité des prescriptions et le libre choix des patientes ?

Hanna Ballout : Par rapport à cela, je n'ai pas de très bonnes nouvelles à annoncer. Les médecins généralistes, comme tous les médecins, ont une obligation de formation continue pour que les bénéficiaires soient mieux remboursés. On doit accumuler 20 unités de formation. En tant que médecin généraliste, je pourrais aller me former chez les neurochirurgiens et ce serait OK. Ce n'est pas très logique. En tant que société scientifique, nous plaidons pour que les médecins généralistes aient un portfolio à compléter sur trois ans, de manière à ce qu'on puisse passer par toutes les compétences de la médecine générale. [Suite inaudible]

Yannick Manigart : Et Murielle, dans un contexte de pénurie de médecins justement, comment les sage-femmes pourraient venir en renfort de façon générale, et plus particulièrement dans les plannings ?

Murielle Conradt : Frank Vandembroucke a demandé au Conseil Fédéral des Sage-femmes d'émettre un avis sur la place des sage-femmes dans les plannings. Historiquement, jusqu'avant 2018, le diplôme de sage-femme était assimilé au diplôme d'infirmière et on avait une possibilité d'aller dans les plannings. Sauf qu'on a divorcé des infirmières, sans négocier la garde de l'enfant, donc on a perdu beaucoup de possibilités jusqu'à cette année, le 30 mai 2024. On vient de revoir le décret des plannings et les sage-femmes diplômées après 2018 ont le droit maintenant de revenir dans les plannings, ce qui, pour Vandembroucke, va solutionner le manque de médecins dans la pratique des IVG. Je ne le crois pas parce que la formation n'est pas du tout adaptée, en tout cas à l'heure actuelle. Les sage-femmes dans les plannings peuvent avoir une place complémentaire avec nos collègues, qu'ils et elles soient médecins, accueillant·es, etc. L'Union professionnelle a la chance d'avoir ses bureaux dans un planning à Herstal où on commence à avoir une discussion sur des choses à mettre en place, comme des consultations post-IVG médicamenteuses, qui se font de plus en plus à la maison. Pourquoi ne pas passer en post-IVG comme on passe en post-partum après un retour à la maison pour voir s'il n'y a pas d'hémorragie, pour voir comment s'est passé physiquement et mentalement l'accouchement ? On a les codes pour le faire. On a un code « fausse couche ». Rien ne nous dit que « fausse couche » n'est pas une IVG. Je pense qu'on a les compétences. Un autre aspect peut être d'accompagner les femmes dans les IVG médicamenteuses, ou être en complémentarité avec les médecins dans les consultations prénatales. On a plein d'idées et je pense que la sage-femme peut avoir une place en complémentarité en travaillant en pluridisciplinarité avec le planning. Mais il faut revoir la formation car on n'est pas formées pour cela.

Yannick Manigart : Je pense que c'est fondamental que les sage-femmes puissent prescrire des contraceptions, aller de plus en plus loin dans ce qu'elles peuvent faire mais c'est vrai que la formation est fondamentale et qu'elle n'est pas du tout suffisante. J'ai été professeur dans une école de sage-

femmes et quand je vois la qualité des examens sur des problèmes de contraception ou le cours de contraception, ce n'est pas suffisant.

Murielle Conradt : Si tu veux mon avis, c'est pathétique. Il y a aussi le fait qu'en Belgique, assez bizarrement, les formations néerlandophone et francophone de sage-femmes ne sont pas les mêmes. En Flandre, elles sont en trois ans, chez nous en quatre ans. Comment voulez-vous défendre quelque chose de général au fédéral ? Ce n'est pas possible, la réalité n'est pas la même. En France, la formation des sage-femmes est passée à six ans. Dans le nord de l'Europe, tout le monde passe en masterisation. D'ailleurs le week-end prochain à l'EMA (association européenne de sage-femmes), c'est-à-dire au niveau européen, on va discuter la possibilité du passage en master au niveau belge, pour pouvoir enfin être bien ancrées dans les compétences qu'on défend. Pour le moment, on n'a pas la formation pour les compétences qu'on a envie d'ouvrir. Et ce, y compris dans la prescription des médicaments où on a une liste très restreinte : on a le droit de prescrire du Dafalgan (et attention, du 500 mg, parce que 1 g, c'est un peu trop) et deux-trois autres choses. On travaille sur ce sujet à l'heure actuelle et l'élargissement va être débattu au sein du Conseil fédéral le 7 octobre, notamment à propos des possibilités de prescription de contraception. Mais cela ne pourra pas être accepté si on n'augmente pas nos compétences en termes de formation.

Yannick Manigart : La Fédération laïque et les autres fédérations de plannings plaident depuis de nombreuses années pour une amélioration de la formation des médecins généralistes. Nous avons aussi soutenu le plaidoyer porté par l'Union Professionnelle des Sage-femmes belges pour l'élargissement des compétences des sage-femmes. Hanna et Murielle, quelles autres actions devraient être entreprises par le secteur des fédérations ?

Hanna Ballout : Par rapport aux priorités que j'ai identifiées, la première est la formation, mais il y a aussi les outils mis à disposition des médecins. On peut dégager du temps et puis, face à une patiente, on a parfois un manque d'infos. Dans le passé, on a déjà collaboré en tant que SSMG à l'élaboration d'un outil d'aide à la décision. C'est une appli que j'ai toujours sur mon téléphone et qui permet d'exclure des grosses contre-indications. Elle montre le listing de tous les choix contraceptifs et les prix. C'est disponible sur une seule plateforme de téléphone actuellement mais c'est un outil très concret qui aide au quotidien les médecins généralistes. La deuxième chose : des formations, par exemple IVG, quand on n'est plus en formation de médecine générale, prennent du temps professionnel. Si elles étaient mieux valorisées au niveau financier, ce serait bien. Je ne sais pas si des gens seraient contre le fait de se faire payer pour passer une demi-journée en planning, mais peut-être qu'il faut interpeller les syndicats à ce niveau-là. Et sinon, il faudrait valoriser le temps qu'on passe à faire des actes pouvant donner l'impression qu'on prend plus de risques. Mettre un implant ou un DIU demande une certaine formation qui va avoir un coût. Et puis, pouvoir exercer : on ne va pas s'améliorer si on ne pratique pas. Ce sont des recommandations très simples. Une thématique qu'on développe beaucoup à la SSMG est la question de l'impact environnemental. Peut-être qu'un jour on verra Yannick parler de l'impact environnemental des prescriptions en matière de contraception parce que c'est un enjeu émergent aussi.

Murielle Conradt : Pour notre part, il est essentiel d'ouvrir le champ aux sage-femmes et que dans les différents plannings, vous puissiez accueillir des sage-femmes, des étudiantes sage-femmes, etc. Pour qu'elles aient une vision de ce travail en planning et leur donner envie de parler de contraception, prescrire la contraception ou travailler en planning. On apprend au contact des autres. Et que la

Faculté de médecine accepte d'augmenter nos compétences en prescription. Permettre aussi que les sage-femmes puissent assister à vos formations ou qu'il y ait plus de sage-femmes qui viennent à ce genre de conférences. Ouvrir tout cela aux sage-femmes. Et surtout, l'UPSFB prône le travail en réseau, le travail en pluridisciplinarité. Je pense qu'on est tous et toutes compétent·es dans ce qu'on fait. Le problème, c'est qu'on ne connaît pas les limites de chacun·e. Se connaître, se rencontrer pour permettre un travail en pluridisciplinarité, c'est vraiment important pour nous.

Yannick Manigart : Alexandra, est-ce que tu as des remarques ou des éléments par rapport à ce que Hanna et Murielle viennent de répondre ?

Alexandra Roux : Je suis complètement d'accord avec ce qui a été dit. Encore une fois, je pense qu'il ne faut pas voir la prescription indépendamment de toutes les autres sphères sociales dans lesquelles elle s'inscrit. Du coup, aller voir concrètement par quoi ces conditions de travail sont conditionnées en amont et faciliter une reconnaissance du travail de prévention. Au sein des consultations médicales, quel statut on donne à la prévention ? Souvent, les décisions de politique de santé publique (pour décider que tel acte est remboursé ou pas, etc.) vont être des décisions économiques. Ce n'est pas difficile de démontrer qu'il est moins cher de faire de la prévention que de devoir réparer après coup. Moi, je soutiens totalement la prévention. Les centres de planning familial ont joué un rôle historique dans la formation de l'ensemble des professionnel·les de santé. Et c'est bien que cela continue.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

SUR LE RÔLE DES PÉDIATRES DANS LA PRESCRIPTION

Question de la salle : Je viens du Canada et je voulais vous donner un autre aperçu. Les sage-femmes chez nous n'exercent pas vraiment, c'est une profession qui n'existe pas comme en Europe. Les pédiatres, par contre, prennent une grande part au niveau de la prescription contraceptive parce qu'ils et elles sont souvent amené·es à suivre leurs patient·es jusqu'à dix-huit ans en raison de la pénurie de médecins et la pénurie d'éducation sexuelle dans les classes. Est-ce que les pédiatres en France ou en Belgique sont amené·es à prescrire des contraceptifs aux adolescent·es ?

Hanna Ballout : Personnellement, en Wallonie, je n'en connais pas. Il n'y a pas de pénurie de gynécologues. Les patient·es vont essentiellement chez les gynécologues ou les médecins traitants. On a aussi la chance d'avoir des plannings, ce genre de structures qui permettent d'aller chercher des prescriptions sans l'accord des parents. Tandis que si tu vas chez le ou la pédiatre, tu es généralement accompagné·e du parent.

Alexandra Roux : Je peux répondre pour la France. Le rôle de la gynécologie est très fort. De nombreux travaux montrent la socialisation intrafamiliale entre mère et fille à la consultation de gynécologie. Cette espèce de rituel d'emmener sa fille à 12, 13, 14 ans chez la gynécologue. Ce rôle de la prescription, à ma connaissance, n'est pas du tout rempli par les pédiatres, mais est assuré par les gynécologues.

Yannick Manigart : Pour ce que j'en sais, ce n'est pas du tout la pratique chez nous non plus. Je n'ai

jamais entendu ça. Les pédiatres ne sont pas du tout à l'aise avec les contraceptifs, c'est quelque chose dont ils et elles ne parlent pas à leurs patient·es.

SUR LA FORMATION ET LES COMPÉTENCES DES SAGE-FEMMES

Question de la salle : En France, les sage-femmes peuvent prendre en charge toute la contraception féminine au cours de la vie de la femme adulte. Tandis qu'en Belgique, c'est toujours à partir de la grossesse (quand, par principe, on n'a pas besoin de contraception) jusqu'à 1 an. Comme un des rôles des sage-femmes est la santé reproductive et génésique des femmes, pourquoi ne pas avoir le droit, comme en France, de balayer toute la vie de la reproduction des femmes ?

Murielle Conradt : On n'a pas du tout la même formation. Elles ont une formation de six ans et font une année de préparatoire en médecine. On est beaucoup plus formées en post-partum qu'elles ne le sont. Bien sûr, on aimerait ouvrir les compétences plus larges, ce qui est bloqué par les facs de médecine, parce que c'est très territorial. Peut-être qu'à cause du manque de médecins, et de médecins spécialistes, il va falloir ouvrir les compétences aux sage-femmes à un moment. On est au combat pour beaucoup de choses (par rapport à la formation, la limitation de prescription...) et cela bouge beaucoup. En quelques années, la sage-femme commence à être bien reconnue dans sa profession et on commence à élargir ses compétences.

Alexandra Roux : Je complète sur la France. Il y a eu une volonté politique de déléguer une partie du travail gynécologique aux sage-femmes, ce qui a été organisé en plusieurs étapes. Je renvoie, si cela vous intéresse, au très beau travail d'Aurore Koechlin sur la gynécologie médicale, publié il y a deux ans, et qui retrace toute cette histoire. C'est passé pendant plusieurs décennies par la suppression de la spécialité de gynécologie médicale, ce qui a créé une pénurie médicale en la matière, et par les lois qui ont été prises pour élargir le champ de compétences et de prescription des sage-femmes.

Murielle Conradt : En Belgique, on est trop peu représentées. Contrairement à la France, les sage-femmes sont peu nombreuses et elles sont négligeables pour les politiques. Peut-être parce qu'on n'est pas assez connues ou pas assez revendicatrices comme en France.

Yannick Manigart : Je pense que dans les plannings qui ont un subside, il y a une place évidente pour les sage-femmes. Comme au **City planning** c'est à l'acte, c'est plus compliqué, ce n'est pas adapté. Pour les infirmières, c'est la même chose : les actes infirmiers ne sont pas remboursés. Une sage-femme travaille maintenant dans notre planning. Il y a mille choses à faire pour des sage-femmes dans un planning : elles peuvent s'occuper des IVG médicamenteuses, des consultations sur la contraception... Former quelqu'un à cela ne met pas tellement de temps.

Intervention de la salle : Je pense qu'on pourrait envisager d'autres solutions intermédiaires avant de revoir toute la formation de sage-femmes. En France, par exemple, les sage-femmes qui pratiquent la gynécologie médicale de prévention et l'accompagnement des IVG se sont formées pour cela en plus de leurs études. Ce sont par exemple des diplômés universitaires sur un an. Celles qui sont autorisées à pratiquer les IVG doivent avoir fait ces formations. Ce sont des choses qui seraient tout à fait adaptables à la Belgique sans revoir toute la formation. Un peu comme une spécialisation, comme certaines sage-femmes se spécialisent en allaitement, par exemple.

Murielle Conradt : Je suis tout à fait d'accord. Beaucoup de Belges vont faire cette formation en France. Le problème, c'est qu'on n'a pas de code INAMI pour cela, donc on n'est pas payées. On ne va pas pouvoir tarifier une consultation à une patiente ou alors, on va la tarifier au prix plein. Il n'y a pas de code puisque la sage-femme chez nous en Belgique est présente seulement du moment de la conception jusqu'au moment de l'enfant. Pour tout ce qui est antérieur à la conception, on n'est pas payées. En changeant la formation, on va changer aussi les politiques et donc créer des codes INAMI. Mais je suis entièrement d'accord de faire les formations continues. Il y a d'ailleurs une obligation de formation continue pour les sage-femmes belges et elles vont se former sur les DIU en France, sans être payées.

SUR LES PLANNINGS ET L'INFORMATION

Intervention de la salle : Je reviens avec une réflexion autour des plannings. C'est clair que les médecins prescrivent chez nous et qu'il faut du temps pour pouvoir parler de toutes ces contraceptions sans rester focalisé·es sur la pilule. C'est ce qu'on fait en tant que planning et dans l'EVRAS, quand on parle aux jeunes de la contraception. On déconstruit aussi la pénétration. Quand on est dans ces animations-là ou quand on a un accueil, c'est notre temps d'accueil. Une consultation ne va pas prendre quarante minutes parce qu'avant, il y a eu l'accueillant·e qui a pris soin de cela. C'est le temps qu'on prend pour écouter les personnes, savoir quels sont leurs besoins et avoir le meilleur consentement éclairé. On a besoin aujourd'hui de ne pas miser seulement sur le médecin ou la sage-femme qui va prescrire. En fait, on est tous et toutes ces acteur·rices qui contribuent à la possibilité d'avoir une meilleure santé sexuelle.

Edité par la FLCPF/CEDIF, juin 2025.

Retranscription : Laurence KAHN

Relecture : Thurel ALDUY

© Tous droits de reproduction réservés.

D/2025/12.700/4

Avec le soutien de :



Editeur responsable : LECLERCQ David – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles.



FLCPF-CEDIF

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

cedif@planningfamilial.net