



Grossesses non désirées

Quelles stratégies en terme de prévention ?

ACTES DU COLLOQUE DU 28 AVRIL 2003



FLCPF – CEDIF, novembre 2004

Grossesses non désirées

Quelles stratégies en terme de prévention ?

ACTES DU COLLOQUE DU 28 AVRIL 2003

UNE REALISATION DU CEDIF,
CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL
NOVEMBRE 2004

FLCPF – CEDIF
34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles
Tél. 02/502.68.00 – Fax 02/503.30.93 – cedif@planningfamilial.net

TABLE DES MATIERES

Caractéristiques des utilisatrices de contraception en France et raison des échecs de contraception Hélène GOULARD , épidémiologiste, INSERM	4
De la contraception à l'avortement : aspects sociologiques et psychologiques des grossesses non prévues Annie BACHELOT , psychosociologue, INSERM	17
L'expérience française d'accessibilité à la contraception dans les centres de planning familial Martine LENOIR , Mouvement français pour le Planning familial	30
L'expérience des Pays-Bas en matière d'éducation sexuelle et affective en milieu scolaire Maria FRANCES , infirmière, Bloemenhove Kliniek	35
Ligne politique et revendications de la FLCPF en matière d'accessibilité à la contraception Dr Pierre MOONENS , Collectif Contraception de Charleroi, Président de la FLCPF	40
Réflexions et propositions des mandataires politiques concernés en matière d'accessibilité à la contraception Thierry DETIENNE , Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la région wallonne	43
Ligne politique et revendications de la FLCPF en matière d'éducation sexuelle et affective en milieu scolaire Dr Dominique ROYNET , Centre de planning familial de Rochefort, administratrice de la FLCPF	47
Réflexions et propositions des mandataires politiques concernés en matière d'éducation sexuelle et affective en milieu scolaire Nicole MARECHAL , Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé en Communauté française	50

Caractéristiques des utilisatrices de contraception en France et raisons des échecs de contraception

*Hélène GOULARD, épidémiologiste,
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - France*

I. RAPPEL DU CONTEXTE LEGISLATIF ET CONTRACEPTIF EN FRANCE

I.1. Contexte législatif

En 1967, la loi Neuwirth, première loi sur la contraception, est votée (lois n°67-1176).

En 1975, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est légalisée (loi n°75-17).

En 2001, différents décrets sont adoptés concernant l'accès à la contraception d'urgence : il est désormais possible de l'obtenir sans prescription médicale et, pour les mineures, sans autorisation parentale. La contraception d'urgence est également accessible dans les lycées, auprès des infirmières scolaires, en cas d'urgence et de détresse des adolescentes. Par ailleurs, la délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie est gratuite pour les mineures.

Le délai légal de l'interruption volontaire de grossesse est allongé de dix à douze semaines de gestation ; l'autorisation parentale n'est plus obligatoire pour la pratique d'une IVG, la personne mineure doit cependant choisir une personne majeure de référence.

L'accès à la stérilisation (ligature des trompes) est facilité. Pratiquée auparavant uniquement pour des raisons médicales, elle peut désormais être effectuée pour des raisons de « confort ».

I.2. Prescription de la contraception en France

La pilule

Gratuite pour les mineures et les non assurées sociales dans les centres de planification. Les pilules de première génération coûtent entre 3 et 5 euros (remboursées à 65 % du prix de vente), celles de deuxième génération coûtent un peu plus de 14 euros (remboursées à 65 %) et les pilules de troisième génération coûtent 25 euros (non remboursées).

Le stérilet

Disponible à partir de 22 euros (remboursé à 65 %), stérilet au progestatif à 213 euros (non remboursé).

Le préservatif

Disponible de 15 cents à 1,5 euros (non remboursé).

L'implant

Environ 138 euros (remboursé à 65 %).

La stérilisation par ligature des trompes

Remboursée pour les femmes majeures.

La contraception orale d'urgence (pilule du lendemain)

De 4,10 à 9,15 euros (remboursée en pharmacie sur ordonnance médicale et gratuite en pharmacie pour les mineures).

II. ENQUETE COCON : LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES EN FRANCE ⁽¹⁾

II.1. Contexte de l'étude

Depuis la loi Neuwirth de 1967, il existe une diffusion massive de la contraception médicalisée, essentiellement de la pilule et du stérilet.

Parallèlement, on estime à 400 000 le nombre de grossesses non prévues chaque année en France et à 200 000 le nombre d'IVG par an. On sait que le nombre de grossesses survenues dans un contexte d'échec de contraception est important et que, par ailleurs, 15 % des femmes n'utilisent pas de contraception lors de leur premier rapport sexuel.

Les déterminants sociaux et médicaux du recours à la contraception sont peu étudiés.

II.2. Objectifs

L'objectif général de cette enquête est d'améliorer les connaissances sur les pratiques contraceptives et sur le recours à l'interruption volontaire de grossesse.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Analyser la pratique contraceptive et, plus précisément, les déterminants sociaux et médicaux des grossesses non prévues, en étudiant, d'une part, le recours aux différentes méthodes de contraception en fonction des caractéristiques sociales et démographiques des femmes, de leurs antécédents médicaux et chirurgicaux et des normes de prescription des différentes méthodes et, d'autre part, en étudiant les échecs de contraception (survenue d'une grossesse non prévue soit par absence de contraception, soit par défaut d'efficacité de la méthode, soit par mauvaise utilisation de la méthode) par l'estimation et l'évolution au cours du temps de leur fréquence et de leurs facteurs de risque.
- Etudier ces éléments à un moment précis, en 2000, mais aussi dans le temps.

II.3. Méthodologie

Il s'agit d'une enquête de cohorte socio-épidémiologique. La cohorte est un groupe de personnes tirées au sort à un moment donné et que l'on va suivre sur une longue période. L'enquête est qualifiée de socio-épidémiologique dans la mesure où elle est menée par des sociologues, des épidémiologistes, des démographes et des psychologues.

A partir de deux échantillons aléatoires représentatifs (ménages tirés au sort), est effectué un nouveau tirage au sort de 7000 femmes de 18-44 ans qui acceptent de participer à l'étude. Elles sont recrutées à 5 ans d'intervalle (premier échantillon de 3000 femmes recruté en 2000 et suivi jusqu'en 2005, second échantillon de 4000 femmes recruté en 2005 et suivi jusqu'en 2010). Ce système permettra d'étudier 10 années de pratique en France, ce qui peut être intéressant quand on assiste à l'arrivée de nouvelles méthodes contraceptives ou à des changements en matière de législation.

Le suivi est annuel et individuel pendant 5 ans.

L'enquête se fait sous la forme de questionnaires téléphoniques : le premier retrace toute la vie des femmes et dure 40 minutes, le suivi annuel dure 20 minutes.

⁽¹⁾ *Enquête COCON (COhorte CONtraception) : Etude de Cohorte sur les pratiques contraceptives en France, avril 2003.*

❖ Chapitres du questionnaire d'inclusion

Chaque femme est interrogée sur les points suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques : âge, niveau d'études, activité professionnelle, etc.
- Biographie génésique : vie reproductive
- Contraception au premier rapport sexuel (conditionne le futur de la pratique contraceptive): âge, âge du partenaire, acte planifié, contraception, etc.
- Biographie contraceptive passée
- Situation contraceptive actuelle : depuis quand, conseillée par qui, niveau de satisfaction, etc.
- Accès aux soins lors de la dernière IVG : parcours de la femme entre le moment où elle a appris sa grossesse et le moment où l'intervention a eu lieu, conditions de l'IVG, délai, etc.
- Santé : un autre objectif de COCON est de cerner les effets secondaires de la contraception, non pas à long terme comme le cancer ou la thrombose, mais à court terme comme la prise de poids, le gonflement des seins, etc.
- Opinion et connaissances sur la contraception.

Certaines femmes se sont déclarées heureuses d'être interrogées sur ces questions, c'était la première fois qu'on leur demandait leur avis en matière de contraception. Ceci a certainement participé au succès de l'enquête.

❖ Les déperditions dans COCON entre 2000 et 2002

Au fil du temps, un certain nombre de femmes ont quitté l'enquête pour différentes raisons.

Année	2000	2001	2002
Nombre de femmes interrogées	2863	2218	1912
<i>En référence à 2000</i>			
% de l'échantillon	100	77.5	66.8
% de déperdition		22.5	33.2
<i>En référence à 2001</i>			
% de l'échantillon		100	86.2
% de déperdition			13.8

Source : Les déperditions dans la cohorte COCON. Nicolas Razafindrastima et N'Goy Kishimba – INED

On a constaté que l'on perdait davantage les femmes étrangères, les femmes ayant un niveau d'études le plus bas et les célibataires (ces dernières étant plus difficilement joignables par téléphone !).

Il semble que l'on perd au niveau de l'information, bien entendu, mais uniquement en terme de précision. Quand on analyse la pratique contraceptive, même sur 1912 femmes, on ne perd pas le sens des relations, on ne perd pas les tendances que l'on met en évidence.

L'objectif est de diminuer le nombre de perdues de vue des cohortes en les fidélisant, par exemple, en leur envoyant les résultats de l'étude tous les ans, en leur envoyant à mi-parcours, six mois avant de les interroger à nouveau, un mini bulletin qui fait le point sur l'étude. Cette pratique est très appréciée.

II.4. Les pratiques contraceptives en France ⁽¹⁾

❖ Evolution de la pratique contraceptive dans COCON

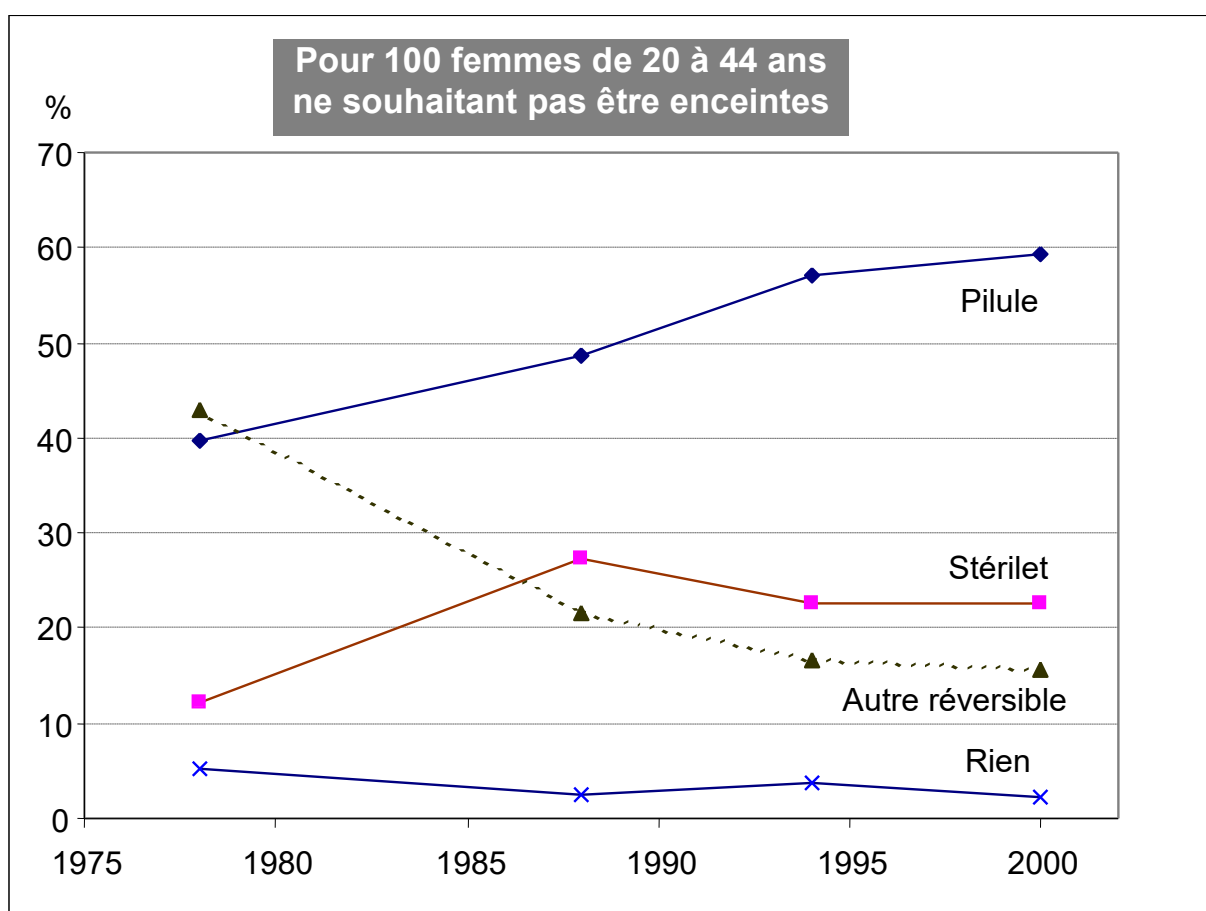
En France, la couverture contraceptive est une des meilleures. Elle atteint 74 % des femmes de 18 à 44 ans issues de notre échantillon.

La méthode la plus utilisée est la pilule avec 46 % d'utilisatrices tous âges confondus.

Au second rang, se trouve le stérilet avec 16 % d'utilisatrices, prescrit pour les femmes ayant déjà procréé.

Les femmes ayant une activité sexuelle et n'utilisant aucun moyen de contraception sont très peu nombreuses : 2.7 %

Evolution de la pratique de la contraception 1978-2000



Source : Population & Sociétés (INED)

Ces résultats émanent d'enquêtes réalisées au préalable sur la pratique contraceptive en France, par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) : photographies de la pratique en France, en 1978, en 1988 et en 1994. Les résultats de l'an 2000 sont ceux de COCON.

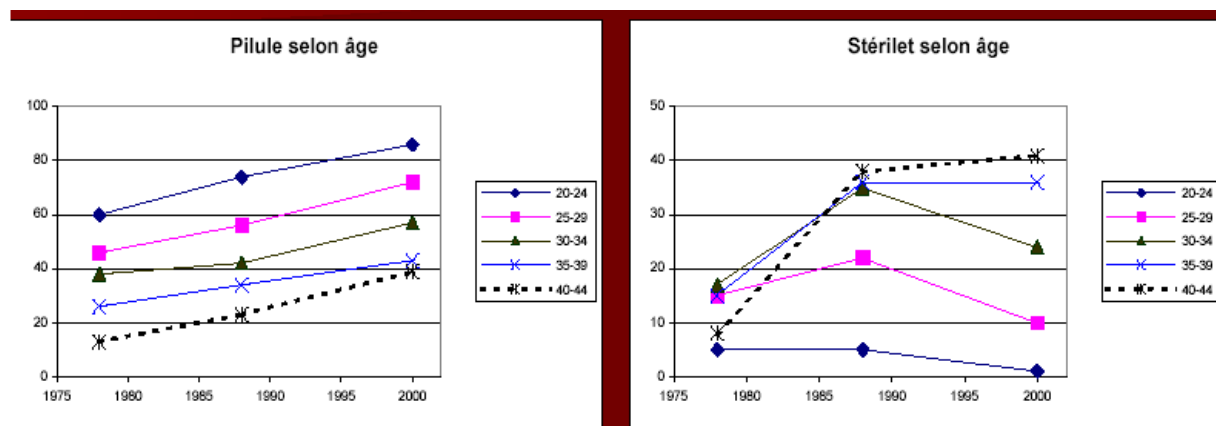
(1) Résultats de l'enquête COCON : la médicalisation croissante de la contraception en France / H. Léridon, P. Oustry, N. Bajos et l'équipe COCON, (Population et Sociétés 2002).

Depuis une vingtaine d'années, il y a une augmentation de l'utilisation de la pilule. Pour le stérilet, on assiste à une augmentation jusqu'en 1988 suivi d'une tendance à la diminution puis à une stabilisation du pourcentage d'utilisatrices de stérilet depuis l'enquête de 1994. Concernant les autres méthodes réversibles (les méthodes naturelles : le retrait, la méthode des dates, et les préservatifs qui représentent en 2000 les 2/3 de cette catégorie), on observe une diminution de ce pourcentage. Enfin, très peu de femmes n'utilisent aucun moyen de contraception.

La stérilisation par ligature des trompes n'apparaît pas sur ce graphique, elle représente environ 5 % en fréquence d'utilisation.

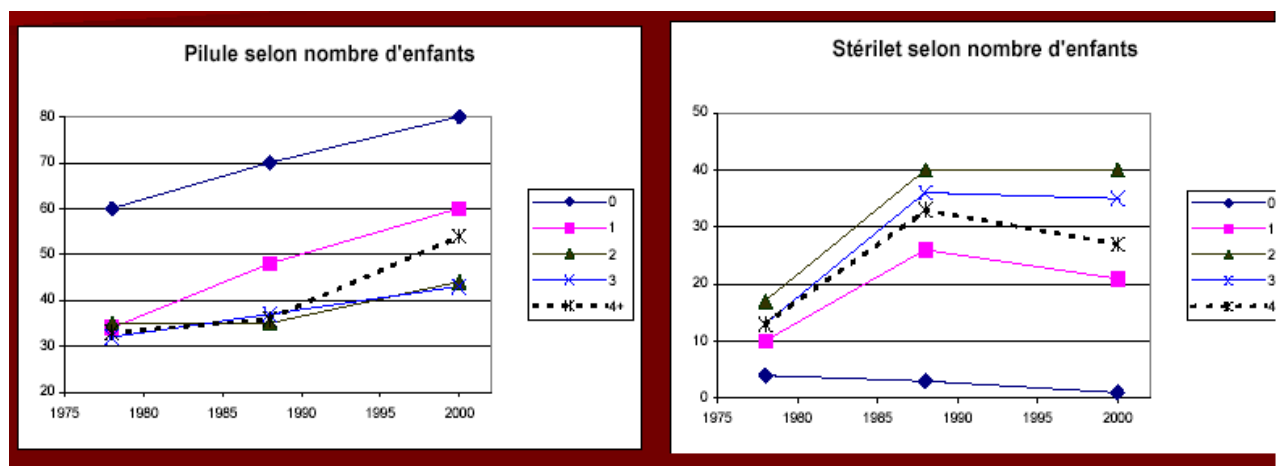
On peut donc constater, en France, une médicalisation croissante de la contraception depuis une trentaine d'années.

Evolution de la pratique de l'utilisation de la pilule et du stérilet selon l'âge



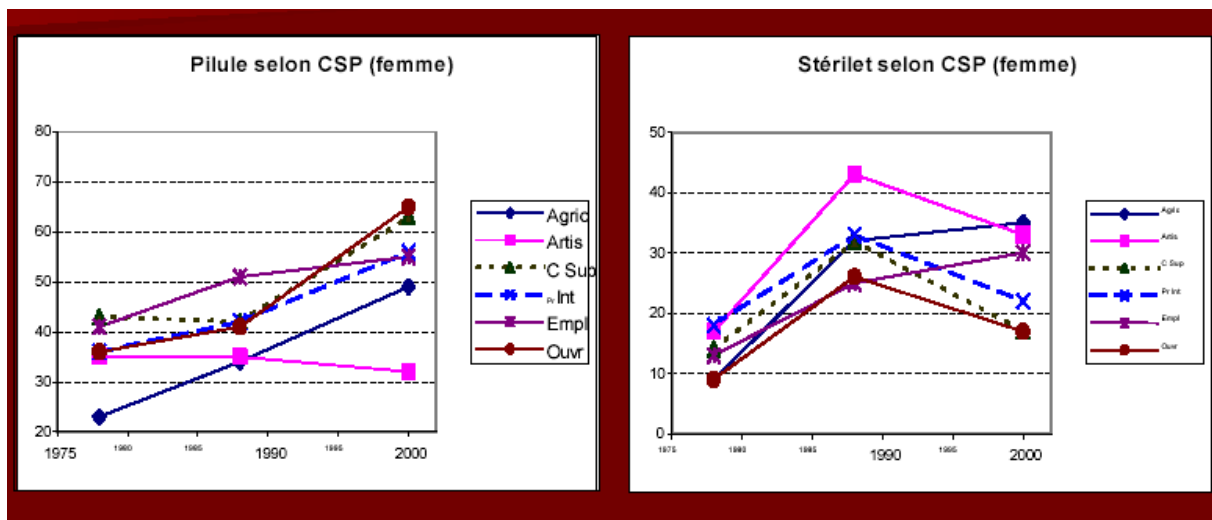
- Pilule : les fréquences les plus élevées se retrouvent chez les 20-24 ans mais on observe une augmentation dans tous les groupes d'âge.
- Stérilet : diminution au niveau de l'utilisation dans la classe de 25-29 ans et 30-34 ans, légère augmentation chez les femmes les plus âgées et stabilité chez les autres. On constate encore une fois que le stérilet n'est pas du tout utilisé chez les jeunes.

Evolution de la pratique de l'utilisation de la pilule et du stérilet selon le nombre d'enfants



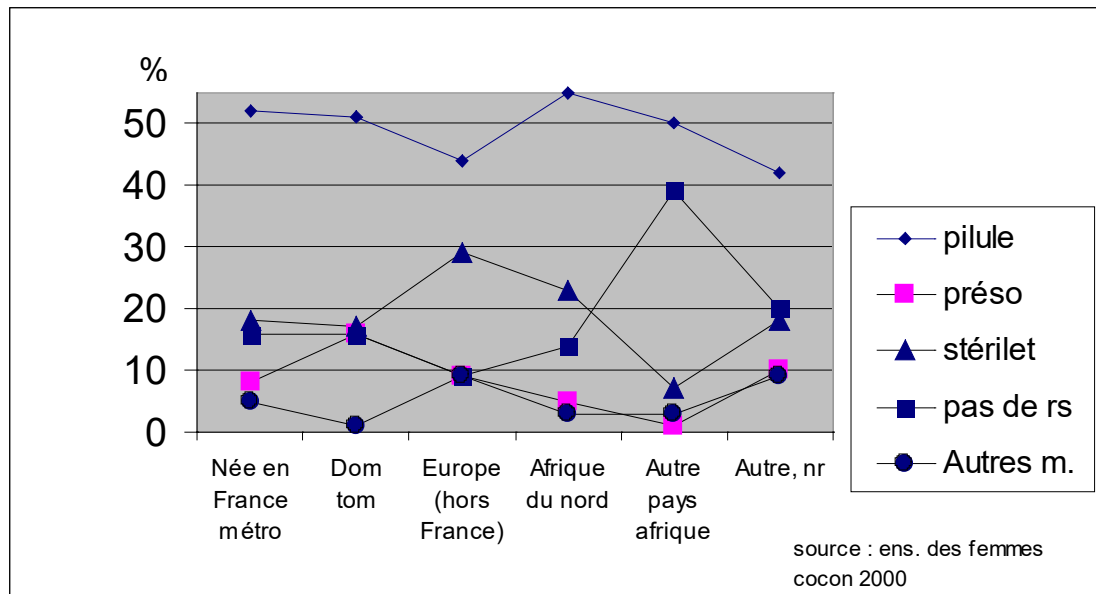
- Pilule : fréquence plus élevée chez les femmes n'ayant pas d'enfant mais également augmentation de la pilule chez les femmes qui ont quatre enfants et plus, phénomène probablement dû à l'arrivée sur le marché d'un certain nombre de nouvelles pilules.
- Stérilet : jusqu'en 1988, on assiste à une augmentation de la fréquence d'utilisation du stérilet quel que soit le nombre d'enfants. Puis une stagnation chez les femmes qui ont deux ou trois enfants. Une diminution chez les femmes qui ont un enfant et chez celles qui en ont quatre et plus. On peut considérer que le stérilet n'est pas une méthode d'espacement des naissances, mais plutôt une méthode d'arrêt au niveau de la reproduction, que l'on utilise lorsqu'on ne veut plus d'enfants.

*Evolution de la pratique de l'utilisation de la pilule et du stérilet
selon les catégories socioprofessionnelles (CSP)*



- Pilule : depuis 1988, il y a eu une diffusion de l'utilisation de la pilule parmi les ouvrières, les cadres supérieurs et les professions intermédiaires. La pilule a démarré en France principalement dans les classes supérieures, s'est ensuite diffusée dans les classes dites inférieures, ouvrières tout en continuant à augmenter dans les classes supérieures. Cette augmentation est probablement due aux nouvelles générations de pilules, effectivement aussi utilisées parmi les cadres.
- Stérilet : diminution de l'utilisation du stérilet par les ouvrières, les cadres supérieurs, les professions intermédiaires. Augmentation dans les autres catégories chez les employées et les agricultrices.

Evolution de la pratique de l'utilisation de la pilule et du stérilet selon l'origine des femmes



La pilule est au premier rang. L'origine des femmes n'entraîne pas de disparité particulière, la pilule reste prédominante.

En Afrique noire, on utilise très peu le stérilet et nombreuses sont les femmes qui déclarent ne pas avoir de relations sexuelles.

Conclusion

On assiste à une médicalisation croissante de la contraception depuis une trentaine d'années.

Le stérilet est utilisé comme méthode d'arrêt.

Il y a un recul de l'âge de la maternité, ce n'est plus la même génération qui utilise le stérilet, il y a un décalage dans le temps. Celui-ci entraîne par conséquent également un recul de la sortie de la période de maternité.

La contraception est bien diffusée dans les différentes catégories sociales.

En France, on peut dire que l'accès à la contraception est au point à l'heure actuelle même s'il reste visiblement des problèmes.

❖ **Les opinions et connaissances qu'ont les femmes en matière de contraception et de risques de grossesse en France**

Niveaux de connaissance en matière de contraception et de risques de grossesse selon l'âge, parmi les femmes ayant une activité sexuelle

	18 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 45 ans	
spontanément pour éviter d'être enceinte						
pour éviter d'être enceinte						
”						
pilule du lendemain						
maximum exact de prise						
grossesse du cycle						

* : $p < 0,01$ ** : $p < 0,001$ *** : $p < 0,0001$

Il était demandé aux femmes, en début de questionnaire, de citer spontanément les méthodes de contraception qu'elles utilisaient. Certaines, plus nombreuses parmi les 18-24 ans que parmi les 40-45 ans, ont cité la pilule du lendemain comme méthode de contraception classique (7%).

Que peut faire une femme pour éviter d'être enceinte ?

60 % dans la catégorie la plus âgée et 84 % chez les jeunes ont cité la pilule du lendemain. C'est une relation significative. C'est significativement différent selon les classes d'âge.

Avez-vous entendu parler de la pilule du lendemain ?

96 % de l'ensemble répondent positivement.

Il faut savoir que l'enquête COCON a été lancée en fin de l'année 2000, au moment où un débat se tenait dans la presse sur la diffusion de la pilule du lendemain dans les lycées, sur la question de sa gratuité dans les pharmacies, etc.

Quel est le délai maximum d'utilisation de la pilule du lendemain ?

Le niveau de connaissance est déjà plus bas avec une différence significative selon l'âge. Plus elles sont jeunes, mieux elles connaissent la pilule du lendemain.

Connaissance des risques auxquels elles s'exposent aux différents moments du cycle ?

Les différences ne sont pas énormes selon les différentes classes d'âge. Les jeunes restent toutefois plus informées que les femmes un peu plus âgées.

Niveaux de connaissance selon le niveau d'étude

	Niveau inférieur au bac en cours	Niveau supérieur au bac en cours	Niveau inférieur au bac	Bac à bac+2 ans	> bac+2 ans	
spontanément pour éviter ...						
terme pour éviter d'être enceinte après un						
pilule du lendemain entendu						
maximum exact de prise						
grossesse du cycle						

* : $p < 0,01$ ** : $p < 0,001$ *** : $p < 0,0001$

Relation significative : Les femmes ayant un niveau d'étude plus bas ont entendu parler de la pilule du lendemain mais ne connaissent pas le délai et connaissent moins les risques de grossesse auxquels elles s'exposent pendant le cycle. Les femmes ayant un niveau d'études plus élevé ont une meilleure connaissance de la pilule du lendemain.

Opinions sur la diffusion de la pilule du lendemain par les infirmières dans les lycées, et en pharmacie sans ordonnance, selon l'âge

	a 24 ans					
pilule du lendemain soit disponible en pharmacie sans ordonnance						
bonne chose que les jeunes puissent avoir accès à la pilule du lendemain dans les lycées						

* : $p < 0,01$ ** : $p < 0,001$ *** : $p < 0,0001$

La population est très favorable globalement, pas de grandes différences selon l'âge.

Education sur la sexualité et sur la contraception selon l'âge
Notion de risque de grossesse selon l'âge

	a 24 ans					
sexualité quand vous étiez jeune ?						
contraception quand vous étiez jeune ?						

Vous parlait-on de sexualité lorsque vous étiez jeune (sans dissocier l'école du milieu familial) ?

La relation est significative selon l'âge : 60 % des jeunes répondent positivement alors que parmi la tranche 40-45 ans, elles ne sont que 8 %.

Conclusion

Globalement, les femmes connaissent bien la contraception même si l'on constate une imprécision persistante au niveau de l'information concrète.

La poursuite de la diffusion de l'information au niveau de la contraception et de la sexualité est donc nécessaire.

II.5. Les grossesses non prévues et les raisons des échecs ⁽¹⁾

❖ Les grossesses non prévues : rappel du contexte en France

Malgré une très bonne couverture contraceptive, il y a 200 000 interruptions volontaires de grossesse par an (chiffres de Dress).

Quelle part de ces IVG serait attribuable aux échecs de contraception ?

Données de 2000 :

« Aviez-vous alors prévu d'être enceinte ? » (items lus)

- 3% des femmes ne se posaient pas la question (insouciance ou situation de trop grande misère sociale pour prendre cette question en considération)
- 20 % ne l'avaient pas du tout prévu
- 6 % préoyaient la grossesse plus tard (arrêt de pilule suivi d'une grossesse immédiate)
- 12 % la préoyaient plus tôt
- 59 % la préoyaient à ce moment-là

⁽¹⁾ Résultats de l'enquête COCON : Contraception : from Accessibility to Efficiency / N. Bajos, H. Léridon, H. Goulard, P. Oustry, N. Job-Spira and COCON's group. (sous presse – Human reproduction 2003).

Il s'avère donc que 77 % des grossesses sont prévues par les femmes et 23 % sont déclarées non prévues. Parmi ces dernières, 65 % se révèlent sous contraception et une grossesse non prévue sur trois aboutit à une IVG.

❖ **Les raisons des grossesses non prévues sous contraception**

Pilule	N = 176
Pilule prise trop tard / oubli de pilule	60.3
Maladie, médicaments	10.6
Vomissement	7.7
Pas d'explication / ne sait pas	21.4
Total	100 %

Préservatif	N = 116
Préservatif déchiré ou retiré	52.9
Pas de contraception pour ce rapport	28.1
Pas d'explication / ne sait pas	19.0
Total	100 %

Stérilet	N = 62
Mauvaise position ou retiré	31.1
Maladie, médicaments	11.3
Pas d'explication / ne sait pas	57.6
Total	100 %

Méthodes naturelles	N = 48
Mauvaises dates	26.2
Retrait trop tardif du partenaire	67.1
Pas d'explication / ne sait pas	6.7
Total	100 %

Méthodes locales	N = 21
Mauvaise utilisation	32.0
Pas de contraception pour ce rapport	51.9
Pas d'explication / ne sait pas	16.1
Total	100 %

Dans le cas des grossesses non prévues survenant sous contraception, c'est la mauvaise utilisation du moyen contraceptif utilisé qui est la principale cause de l'échec de contraception. C'est, en effet, la raison d'échec prédominante chez les femmes prenant la pilule et chez celles qui favorisent le préservatif masculin. Les femmes ayant recours au stérilet n'ont, pour la plupart, pas d'explication et expriment un sentiment de manque de contrôle sur ce moyen de contraception. La majorité de celles qui utilisent les méthodes naturelles doivent leur grossesse au retrait trop tardif de leur partenaire. Pour les autres

méthodes locales (spermicides, diaphragme,...), c'est principalement l'oubli d'utiliser la contraception à ce moment-là qui est en cause.

❖ Les raisons de grossesses non prévues sans contraception

Possibilité de répondre plusieurs items : le pourcentage total dépasse donc 100 %.

Raisons invoquées pour l'absence de contraception	> 100 %
Pensait qu'il n'y avait pas de risque de tomber enceinte	63.6
Ne se souciait pas de contraception	58.6
Pensait « on verra bien »	38.9
Rapport non planifié / non désiré	34.5
Interrompu méthode parce que non adaptée	33.0
Pas de contraception disponible	29.7
Trop de problèmes pour penser à la contraception	28.0
Pensait au sida mais pas à la grossesse	16.8
« Faisait attention » de ne pas tomber enceinte	15.8
Ne savait pas vraiment où aller	12.5
	253

La première raison invoquée pour l'absence de contraception : ces femmes ne pensaient pas pouvoir être enceintes à ce moment-là.

Certaines pensaient au sida mais pas à la grossesse : ce comportement touche plutôt les jeunes informées à profusion sur les risques de sida, qui pensent donc à ce risque mais en oublient le risque de grossesse.

D'autres femmes ne sont pas très claires avec leur désir d'enfant ou verront bien ce qui se passera, ne s'inquiètent pas de la contraception, « on faisait attention », ...

Le rapport sexuel non prévu est très présent, notamment chez les jeunes qui n'ont pas une sexualité régulière.

Groupe du problème d'accès à la contraception : pas de contraception disponible, ne savaient pas vraiment où aller pour se procurer une contraception.

❖ Conclusion

Il existe en France une très bonne couverture contraceptive.

La majorité des grossesses non prévues apparaissent sous contraception : 65 % (USA : 50 %), on observe donc des difficultés au niveau d'une bonne pratique de cette contraception (principalement l'oubli de pilule).

On peut se poser la question suivante :

La pilule chez les jeunes est-elle la bonne méthode ? Elles ont souvent une vie sexuelle irrégulière, non stable avec plusieurs partenaires et l'oubli de pilule y est le plus fréquent.

Le stérilet, longtemps non prescrit chez les jeunes femmes, parce qu'on craignait un risque d'infection, pourrait pallier cet oubli fréquent de pilule chez les jeunes vivant en couple stable, ne présentant pas de risques de maladies sexuellement transmissibles.

Les grossesses non prévues liées au retrait et au préservatif sont nombreuses. Ces choix de contraception sont associés au choix de l'homme : il faudrait donc favoriser la discussion, la négociation au sein du couple à propos du choix de la contraception.

Le problème d'accès à la contraception et le problème d'information persistent : les grossesses non prévues sans contraception touchent une population particulière, des efforts sont encore nécessaires.

Certaines femmes n'ont pas choisi leur méthode de contraception : il est important qu'il y ait accord et motivation pour le choix de la contraception de la part de la femme et du couple, adéquation du mode de vie et du choix de la méthode de contraception. Les femmes doivent s'approprier le choix de leur méthode contraceptive en concertation avec le partenaire et le médecin.

II.6. Enjeux et perspectives en terme de prévention

- Enjeu de la distribution de la pilule du lendemain sans ordonnance dans les pharmacies depuis juin 1999 : entre 2000 et 2002, on a pu observer une légère augmentation de cette méthode chez les femmes les plus jeunes qui ont une vie sexuelle non stable, avec plusieurs partenaires. Il est très important de suivre cette évolution qui devrait réduire les grossesses non prévues.
- Observer les changements que la légalisation récente de la stérilisation « de confort » va apporter : les femmes sont demandeuses, ne pouvaient la pratiquer jusqu'à présent que pour des raisons médicales.
- Observer les évolutions liées aux nouvelles méthodes : préservatif féminin et implant (données COCON 2002 : 10 femmes utilisent un implant, c'est encore trop peu pour pouvoir faire des observations).
- Etudier l'impact de la favorisation aux mineurs de l'accès à la contraception.

Références COCON

- H. Léridon, P. Oustry, N. Bajos et l'équipe Cocon : « La médicalisation croissante de la contraception en France ». (Population et Sociétés, 2002)
- H. Goulard, N. Bajos, N. Job-Spira et l'équipe Cocon : « Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain en France ». (Sous presse – Gyn Obst Fert, 2003)
- N. Bajos, H. Léridon, H. Goulard, P. Oustry, N. Job-Spira and Cocon Group : "Contraception : from Accessibility to Efficiency". (Human Reproduction, 2003)
- N. Bajos, H. Goulard, N. Job-Spira and Cocon Group : "Emergency Contraception : from Accessibility to Counseling". (Contraception, 2002)
- S. Sihvo, N. Bajos, B. Ducot, M. Kaminski and Cocon Group : "Woman's Life Cycle and Abortion Decision in unintended Pregnancies". (Sous presse – Journal of Epidemiology and Community Health)

De la contraception à l'avortement : aspects sociologiques et psychologiques des grossesses non prévues

*Annie BACHELOT, psychosociologue,
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - France*

Préambule

Une équipe de sociologues, psychosociologues et gynécologues a recueilli le témoignage de femmes confrontées à une grossesse non prévue, comme le sont chaque année en France des dizaines de milliers de femmes, qu'elles décident ou non de recourir à l'IVG.

En tentant de rendre compte de la pratique quotidienne de la contraception, dans ses aléas et ses limites, en mettant en évidence les normes en matière de désir d'enfant, de vie de couple, de parentalité, mais aussi de sexualité, l'ouvrage issu de cette enquête pose trois questions, qui, après 35 ans de légalisation de la contraception, plus de 25 ans après la loi Veil, restent encore d'actualité.

Pourquoi autant d'échecs de contraception ? Qu'est-ce qui se joue, d'un point de vue matériel mais aussi relationnel, dans le choix d'une méthode et de son observance ?

Pourquoi certaines femmes, confrontées à une grossesse non prévue, choisissent-elles de la mener à terme tandis que d'autres l'interrompent ? Quel sens prend cette alternative dans la société française d'aujourd'hui ? Comment les femmes la vivent-elle ?

De quelle manière le système de santé prend-il en charge la demande d'IVG ? Faut-il encore envisager aujourd'hui, comme aux premiers jours de la dépénalisation de l'avortement, de parler de « véritable parcours de combattant » pour rendre compte des démarches exigées des femmes ?

L'analyse s'appuie sur des entretiens effectués auprès de 73 femmes vivant en France, de tout âge, et se trouvant dans des situations sociales et familiales volontairement diversifiées.

Une attention particulière est portée aux mineures, aux femmes issues de l'immigration maghrébine, ainsi qu'à la situation de celles qui ont dépassé les délais légaux de recours à l'IVG.

L'ouvrage s'adresse à tous les chercheurs en sciences sociales et en santé publique qui travaillent sur les questions de sexualité, de contrôle de la fécondité et de constitution de la famille, des rapports entre les hommes et les femmes, ainsi qu'aux professionnels de la santé qui interviennent dans le champ de la contraception et de l'avortement et aux responsables de l'action publique dans ce domaine.

I. ENQUETE GINE : GROSSESSES INTERROMPUES, NON PREVUES, EVITEES

Il s'agit d'une enquête ponctuelle réalisée en équipe pluridisciplinaire entre 1998 et 2001. Elle a précédé l'enquête COCON et ces deux enquêtes ont été bâties pour être complémentaires. GINE a permis, en explorant des pistes de recherche, d'orienter ensuite le questionnaire utilisé dans COCON. Cette enquête GINE terminée a donné lieu à une publication récente aux éditions de l'INSERM en 2002.

I.1. Contexte de l'enquête

- Plus de 200 000 IVG par an, taux de 15/1000, moyen en Europe malgré l'efficacité des méthodes contraceptives employées.
- Nouveaux rapports hommes / femmes dans la société française, dus à l'extension de la scolarité des filles, à la grande diffusion du salariat féminin, à l'évolution du droit de la famille avec de nouveaux droits de filiation, d'autorité parentale, de régimes matrimoniaux et une contraception de plus en plus dévolue aux femmes puisque les méthodes traditionnelles masculines, retrait et préservatif, étaient nettement en régression.

En mai 2001, à la fin du déroulement de GINE, un nouveau texte législatif est voté.

Quelle était la pratique contraceptive ? Dépendant de la loi Neuwirth de 1967, la France est le pays qui a un recours à une contraception à la fois réversible et médicalisée le plus important. Cependant, l'enquête INED de 1994, avait montré que sur 100 grossesses non prévues, 50 arrivaient sans contraception, 15 à la suite d'un oubli, 35 à la suite d'un échec. Entre temps, la contraception d'urgence est disponible sans ordonnance depuis juin 1999 et accessible en milieu scolaire depuis 2000.

En ce qui concerne l'IVG, elle a pu être considérée comme une étape dans le parcours contraceptif. Deux lois ont été votées fin 1974, presque simultanément en France, la 2^{ème} loi Neuwirth qui améliorait l'accès à la contraception et en particulier son mode de remboursement mais aussi la loi Veil qui a été ensuite promulguée en 1975. Celle-ci légalisait le recours à l'IVG en France, à des conditions bien précises – avant la fin de la 12^{ème} semaine d'aménorrhée, par un médecin et dans un centre agréé, avec un entretien obligatoire et un délai d'une semaine de réflexion, pour les mineures avec autorisation parentale et pour les étrangères avec justification de résidence de trois mois au moins (cette réglementation a été modifiée en juin 2000). Cependant, le nombre d'IVG par femme est resté stable depuis les années 1976-1980 après avoir légèrement diminué entre 1981 et 1985. En ce qui concerne les jeunes, on a observé une baisse de la natalité depuis 1980 et une légère augmentation des taux d'IVG entre 1990 et 1997. Pour les 20-24 ans, le taux est passé de 21 à 24/1000. Pour les 15-18 ans de 6 à 7/1000

Donc, on n'a pas observé de banalisation ni de dérapage, la majorité des IVG sont des premières IVG, il y a peu de récurrence mais pas non plus de chute comme l'avait espéré le législateur à l'époque. On observe également des difficultés pour les délais dépassés (le Mouvement français pour le Planning familial les estimait de 5000 à 6000), pour les mineures concernant l'autorisation parentale et des disparités assez fortes concernant l'offre de soins (pas assez de lits, absence de statut pour le personnel et dévalorisation progressive de l'acte puisqu'au départ, celui-ci était pratiqué par des médecins militants très engagés).

I.2. Objectifs

L'objectif était tout de même de traiter davantage l'IVG sur le plan sanitaire que sur le plan judiciaire, comme cela avait été le cas dans le passé.

Les objectifs de notre recherche étaient d'abord de comprendre les circonstances de survenue d'une grossesse non prévue, d'en faire une analyse à la fois sociologique et psychologique, de comprendre aussi ce qui conduit les femmes à interrompre ou poursuivre leur grossesse, d'analyser les conditions d'accès aux systèmes de soins et de prendre en compte les groupes minoritaires comme les mineures, les demandes d'IVG hors délai ou les femmes issues de l'immigration. Nous voulions à la fois élargir le champ des connaissances et en particulier mieux appréhender la gestion de normes sociales et individuelles parfois contradictoires, mais aussi contribuer à mieux définir les mesures publiques, tout ce qui touche à la prévention, à l'accès aux soins et à l'encadrement législatif.

I.3. Méthodologie

Il a fallu faire un choix méthodologique pour cette enquête car nous avions à traiter des dimensions complexes et très subjectives comme le désir d'enfant, le vécu d'une pratique, le rapport à la maternité. Nous avons donc choisi une approche qualitative, c'est-à-dire s'attacher au sens donné par les femmes elles-mêmes à leur pratique et aux événements vécus, décrire leurs valeurs, les normes, les expériences en cours.

Il a fallu constituer un corpus d'entretiens qui avait pour objectif, non pas une représentativité d'un échantillon, là n'était pas la question, mais un objectif de saturation, c'est-à-dire, réunir tous les cas de figure qui pouvaient être significatifs, de la façon la plus exhaustive possible. On s'est attaché donc à décrire des logiques structurantes plutôt que des interactions statistiques comme dans une enquête sur un large échantillon.

L'originalité de GINE est que toutes les femmes ont été confrontées à la situation de la grossesse non prévue, qu'elle ait été poursuivie ou non. Il y avait déjà eu des travaux qualitatifs essentiellement centrés sur les femmes en demande d'IVG et on étudiait chez elles pourquoi elles s'étaient trouvées en situation de demande d'IVG, quel était leur profil, etc. Mais notre étude prend également en compte les femmes qui décidaient ensuite de poursuivre leur grossesse. Nous avons donc retenu des cas qui sont statistiquement minoritaires qui nous semblaient intéressants sociologiquement parce que ce sont des groupes sujets à des tensions normatives très fortes comme les mineures, les délais dépassés ou les femmes issues de l'immigration. L'échantillon donc n'est pas représentatif mais on l'a diversifié le mieux possible en fonction de l'âge, du niveau socioprofessionnel, du niveau d'études, de la situation de couple, de la biographie procréative, du lieu de résidence. La grossesse non prévue avait été vécue dans les cinq dernières années et les femmes étaient toutes volontaires. Bien sûr, il s'agit d'un biais difficile à évaluer parce qu'on peut se dire que lorsque tout s'est bien passé, les femmes ne ressentent pas le besoin de témoigner même si l'on peut également penser que lorsque tout s'est très mal passé, elles n'ont pas envie de revenir en parler. Donc, un échantillon spécialement diversifié avec sur 72 entretiens, 52 qui se terminent par une IVG et 20 par une grossesse poursuivie, et divers critères en fonction de l'âge, de l'habitat, du niveau d'études, etc.

Comment avons-nous recruté ces femmes ? A la fois par des annonces parues dans des cabinets de gynécologie, des centres de Planning, des centres IVG en particulier de la région parisienne et Lyon, mais aussi des annonces parues dans la presse féminine, 'Cosmopolitan', qui est lu par un assez large public et deux journaux qui ont un public jeune, 'Girls' et 'Jeune & Jolie'. Nous avons aussi profité de la méthode boule de neige, une femme rencontrée nous présente à une autre femme de sa connaissance dans la même situation. Nous avons ensuite fait appel à des associations d'aide aux travailleurs étrangers pour les femmes issues de l'immigration.

Les entretiens étaient de type semi-directif, assez longs (souvent deux heures). Nous avons respecté la chronologie présentée par la femme elle-même mais à l'aide de relance, nous avons veillé à ce que toutes les dimensions soient bien explorées : les relations affectives de la femme, son univers familial, son investissement professionnel, sa biographie sexuelle, procréative et contraceptive, mais aussi les réactions de son entourage proche et les conditions d'accès aux soins pour l'IVG.

I.4. L'approche strictement sociologique de la survenue d'une grossesse non prévue

Nous avons posé que la pratique contraceptive est une pratique éminemment sociale parce qu'elle se situe au carrefour de trois champs normatifs importants : la norme contraceptive, les rapports sociaux de sexe et la gestion médicalisée de la contraception.

Notre hypothèse était que l'échec de contraception peut traduire pour la femme la difficulté à tenir compte simultanément de normes éventuellement contradictoires.

❖ La norme contraceptive

Actuellement, les femmes ressentent un devoir de se « contraceptiser », elles sont considérées comme marginales socialement lorsqu'elles ne pratiquent pas de contraception. Mais cette contraception suit les temporalités de la sexualité et de la grossesse. Il est admis socialement qu'il y a un bon âge et pas avant pour entrer dans la vie sexuelle, un bon âge pour procréer, grosso modo entre 25 et 40 ans, ni avant, ni après. De même l'usage des contraceptifs évolue dans le temps, on commence par les préservatifs lorsqu'on est jeune et au début d'une relation, on poursuit par la pilule quand le couple devient stable, on termine avec le stérilet quand on a eu ses enfants. Enfin, le sida, bien sûr, a beaucoup joué sur la pratique contraceptive, en imposant littéralement l'usage du préservatif. Donc les femmes se trouvent parfois prises entre un déficit d'information et de reconnaissance sociale de leur sexualité, c'est le cas en particulier pour les jeunes ou pour les femmes appartenant à des groupes où la sexualité hors mariage n'est pas reconnue. C'est aussi le cas pour tout ce qui touche à l'infertilité supposée, par exemple des femmes en pré-ménopause.

(Exemple d'une femme de 44 ans ayant des enfants déjà adolescents qui consulte sa gynécologue pour un problème de cycle. Celle-ci lui signale qu'elle n'a pratiquement plus d'ovulation et la femme arrête toute contraception. Elle se retrouve enceinte, ne s'inquiète pas de ne pas voir venir ses règles pensant être en ménopause et se retrouve finalement dans une situation d'IVG en délai dépassé).

Nous retrouvons aussi : les craintes pour la santé avec tout ce qui touche aux craintes écologiques actuelles et les effets secondaires de la contraception, l'échec au service de l'ambivalence par rapport au désir d'enfant, la situation de grande détresse de femmes en situation de galère pour lesquelles la vie est si difficile que la question de la contraception passe au second plan.

❖ Les rapports sociaux de sexe

De plus en plus, la sexualité est dissociée de la reproduction. Il émerge une notion de bien-être sexuel pour la femme mais malgré tout, nos résultats montrent que dans le couple, continue à primer le plaisir masculin. Il y a un enjeu relationnel qui fait que le partenaire accepte ou non la contraception et que la femme accepte le choix du partenaire au bénéfice supposé de la relation. L'échec est donc parfois bien vécu comme une conséquence de la domination masculine.

(Exemple d'une jeune fille très isolée affectivement, ayant quitté sa famille et se retrouvant seule à Paris. Elle entame une liaison avec un homme marié beaucoup plus âgé qu'elle et qui la méprise énormément. Elle oublie de prendre sa pilule et demande au partenaire d'utiliser un préservatif. Il refuse et la dépendance affective de la jeune fille vis-à-vis de cet homme est telle qu'elle accepte ce choix et se retrouve enceinte.)

❖ Gestion médicalisée de la contraception

Les femmes perçoivent très souvent le corps médical comme relais d'un contrôle social, les femmes sont maintenant tenues pour responsables des échecs de contraception. De même, la contraception médicale jouit d'une telle prééminence que les femmes qui utilisent des méthodes plus traditionnelles sont considérées comme déviantes. La prescription médicale elle-même se trouve au centre de logiques contradictoires : les médecins prescrivent très facilement la pilule parce qu'ils recherchent l'efficacité à tout prix, ce qui ne correspond pas toujours au contexte de vie de la femme, en particulier quand sa vie sexuelle est très espacée.

(Exemple d'une femme qui avait une liaison très secrète avec un homme marié. Elle ne voulait pas d'une pilule sur sa table de nuit alors qu'elle n'avait pas un homme tous les soirs dans son lit.)

On observe également une large diffusion des contraceptifs, un remboursement relatif, un refus de la stérilisation jusqu'à la loi votée en 2001 et une vigilance médicale moindre aux périodes où la grossesse n'est plus envisagée en particulier après un accouchement et en préménopause. L'échec peut être également vécu comme un refus de cette médicalisation et d'une méthode qui peut sembler inadéquate à la femme.

La prévention rencontre des limites car le bon usage de la contraception n'est pas toujours déterminant. En généralisant, on observe trois cas de figure concernant la pratique contraceptive : des femmes qui en respectent l'esprit et la règle (ces femmes se retrouvent enceinte par accident ou par défaut d'accès à la contraception), des femmes qui respectent l'esprit sans la règle (femmes en situation d'ambivalence, de domination, celles qui rencontrent des difficultés quotidiennes comme des enfants en bas âge et les horaires décalés qui peuvent en découler, oubli de pilule, celles qui se croient protégées 'cette fois-ci ça ne m'arrivera pas' 'pensée magique') et celles qui ne respectent ni l'esprit, ni la règle et qu'on appelle sociologiquement les insouciantes. On verra en réalité qu'il peut y avoir psychologiquement beaucoup de choses derrière cette insouciance.

(Exemple d'une femme qui refait l'amour avec son ex-mari et ne pense absolument pas à se protéger puisque dans leur ancienne relation elle prenait la pilule, ou encore les femmes en situation de grande galère).

L'ambivalence n'expliquerait pas toutes les grossesses non prévues, ce serait plutôt le caractère contradictoire des normes qui favoriserait la survenue de l'échec qui prend sens dans toute une trajectoire. C'est plutôt un moment de vulnérabilité des femmes (plutôt que de parler de femmes à risques), dans un certain contexte social et relationnel.

I.5. L'APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DE LA SURVENUE D'UNE GROSSESSE NON PREVUE

La grossesse non prévue ne correspond pas uniquement à une lacune contraceptive. On peut donc se demander quel facteur proprement psychologique peut diminuer ce niveau de vigilance, sachant que l'on analyse un discours qui a été construit par les femmes après leur décision. Sachant également que la grossesse est un événement majeur dans la vie d'une femme, qui réactive beaucoup de fantasmes, de sentiments, etc. Et sachant enfin qu'elles vivent une situation de crise.

Soulignons que cette approche est complémentaire des autres approches, qu'elle ne se substitue pas aux approches sociologiques, médicales ou autres.

Quels sont les obstacles psychologiques à l'observance régulière de la contraception? On sait qu'il y a une crainte de la stérilité, même provisoirement, et cela peut signifier pour la femme une perte d'identité féminine. La femme grandit dans l'optique d'être mère un jour et tout ce qui peut fantasmatiquement lui faire craindre cette stérilité est très mal vécu. Elle peut vouloir également échapper à un sentiment de contrainte, la contraception a longtemps été vécue comme une libéralisation, actuellement se greffe sur cette pratique un nouveau sentiment de contrainte. Il y a également des conduites autopunitives, en particulier pour celles qui vivent une sexualité taboue, qui appartiennent à des groupes où il est hors de question de vivre une sexualité hors mariage. Enfin, beaucoup de femmes évidemment voient là une référence à l'acte manqué.

Un bon exemple de cet obstacle à l'observance est le non-recours à la pilule du lendemain pour des femmes qui reconnaissent que c'est un acte manqué, un oubli de pilule; mais qui tout en connaissant l'existence de la pilule du lendemain ne la prennent tout de même pas.

Nous nous sommes donc focalisés sur le comportement contraceptif des femmes non pas dans sa pratique régulière mais au moment même du rapport. Et nous avons pu distinguer trois cas de figure :

- peu nombreuses mais présentes, des femmes qui avaient voulu témoigner dans le cadre de grossesse non prévue, mais qui reconnaissent au cours de l'entretien qu'elles avaient essayé d'être enceintes. Celles-là évidemment n'avaient utilisé aucune contraception.
- Le groupe, le plus nombreux, qui n'avait pas utilisé de contraception au moment de ses rapports mais qui se disait plus ou moins conscient du risque de grossesse.
- Groupe sous contraception au moment du rapport (toutes méthodes contraceptives confondues, sans hiérarchisation, y compris les méthodes dites non fiables telles que le calcul des jours), la femme se sentant protégée par une méthode contraceptive.

Il y a donc un continuum, une échelle de permissivité, qui va de la prise de risque maximale à la prise de risque minimale. Soulignons qu'il ne s'agit absolument pas de faire une typologie des femmes, ce ne sont pas des femmes à risque, ce sont des situations qui sont susceptibles d'évoluer par la suite.

Derrière tout ceci se profile, bien sûr, le rapport à la maternité. Nous nous sommes référés aux travaux de Claude Revault d'Allones ⁽¹⁾, en nous focalisant sur les deux premiers axes de ce travail et en postulant que la femme vit une situation conflictuelle par rapport à la maternité car elle se trouve placée entre deux générations, elle doit s'identifier à la fois à la mère qu'elle a eue et à celle qu'elle devient, à l'enfant qu'elle reste et à celui qu'elle porte. Nous avons gardé ces deux axes pour cette recherche.

❖ Premier axe : être un enfant en devenant parent

Nous avons étudié tout ce qui touche au rapport à la mère, plus symboliquement à l'imaginaire maternel, à tout ce qui était de l'ordre de l'annonce de la grossesse à la mère, l'annonce immédiate plus fréquente que l'annonce au partenaire, le dialogue ou le non-dialogue avec elle sur la sexualité et les éventuelles difficultés de l'identification féminine. Tout ce qui touche au père est aussi très intéressant, avec tous les cas de relations oedipiennes non dépassées, parfois de relation directe (cas du père d'une jeune fille qui insistait pour dormir avec la jeune fille à la clinique la veille d'une IVG), mais aussi la notion de pudeur entre père et fille qui vient contrebalancer cette relation. Ces relations peuvent être bien sûr décalées sur un substitut, des jeunes femmes qui ont un partenaire beaucoup plus âgé qu'elles, qui a parfois la même profession ou ami du père. La grossesse qui survient est alors insupportable, il faut absolument se débarrasser de cet enfant interdit, l'idée même de cette grossesse leur fait horreur. La grossesse réactive la relation triangulaire de la femme face au couple parental. Cette relation, conflictuelle mais aussi fusionnelle, renvoie à une référence familiale plutôt qu'à une référence de couple. A l'extrême, on voit des femmes qui appartenaient au groupe « n'utilisant pas de contraception », qui vivent une relation absolument fusionnelle avec les parents, et qui viennent souvent leur amener l'enfant à élever comme une espèce de cadeau qu'elles donnent en particulier à leur mère. Contrairement à cela, les femmes qui ont une référence de couple, qui se détachent nettement du couple parental, qui investissent leur couple et leurs enfants se retrouvent plutôt chez les femmes qui « utilisaient une contraception ».

❖ Second axe : faire ou ne pas faire un enfant

La grossesse non prévue vient signer le plaisir d'être enceinte et ce plaisir d'être enceinte est absolument indépendant du projet d'enfant. Il y a, y compris chez les femmes qui demandent fermement une IVG, une glorification de l'état de femme enceinte. Il y a de même une envie de mater parfois irrésistible chez les femmes, qui décrivent très bien ce lien fusionnel que l'on peut avoir avec un enfant, qui les fait entrer dans un monde un peu à part.

La grossesse non prévue peut aussi venir contrebalancer un défaut d'investissement qu'il soit scolaire ou professionnel, mais plus encore elle peut être interprétée vraiment comme un signal, il y a des grossesses imprévues qui surviennent chez des femmes littéralement en perdition.

(Exemple d'une jeune femme qui se sent dériver depuis un certain temps, qui va très mal, qui noue une relation avec un homme rencontré dans le métro, qu'elle qualifie de voyou et énonce une fois enceinte que cette grossesse était une façon pour elle de se remplir, de se défaire de sa solitude).

⁽¹⁾ *Etre, faire, avoir un enfant / C. Revault d'Allones. Petite Bibliothèque Payot, 1994.*

Certaines grossesses se greffent autour du couple : une grossesse qui arrive pour stabiliser le couple ou au contraire pour signer l'indépendance par rapport au couple, pour provoquer une rupture, une occasion passée.

(Exemple d'une femme qui aurait dû avoir un enfant dans une vie de couple précédente, qui a laissé passer l'occasion et qui, dès le début d'une nouvelle relation, se retrouve enceinte).

Il y a également tout ce qui tourne autour du registre passionnel des couples, les femmes qui vivent leur partenaire comme un amant mais absolument pas comme un père potentiel et qui n'arrivent pas elles-mêmes à se projeter comme mère idéale. Nombreux sont les couples qui ont des difficultés à passer du registre d'amants au registre de parents. De quel désir s'agit-il ? Ces grossesses, contrairement à ce qu'on pourrait attendre ne constituent pas toujours une surprise pour les femmes mais toutes disent qu'elle arrive au mauvais moment, que l'espace n'a pas été dégagé pour accueillir un enfant. Ces grossesses semblent correspondre plutôt à l'éruption d'un désir, un désir qui n'aurait pas pu s'exprimer autrement, en particulier par le discours, dans une réalité sociale donnée. Soit ce désir correspond à un désir d'enfant que les femmes ne s'autorisent pas, mais aussi à un autre type de désir qui peut être un désir de reconnaissance sociale, une solution de conflit. Il s'agit donc d'un désir qui n'est pas forcément un désir de grossesse, ou éventuellement un désir de grossesse qui ne correspond pas toujours à un projet d'enfant. Donc la grossesse non prévue semble davantage de l'ordre du passage à l'acte qui peut faire évoluer une situation bloquée.

I.6. COMMENT SE CONSTRUIT LA DECISION DE POURSUIVRE OU D'INTERROMPRE LA GROSSESSE ?

On a l'impression que la grossesse non prévue provoque une espèce d'arrêt sur image parce qu'elle oblige la femme à un repositionnement, d'abord parce qu'il y a nécessité de prise de décision rapide à cause des délais légaux mais aussi parce que la plupart des femmes veulent éviter au maximum l'incertitude, elles prennent donc leur décision très rapidement, pour la plupart dès les premières heures. Elles éprouvent la nécessité d'en parler, particulièrement à leur entourage féminin (mère, sœur ou amie) mais pour conforter une décision déjà prise et pas pour prendre réellement leur décision. On retrouvera la même chose concernant l'entretien pré-IVG obligatoire à l'époque, les femmes disaient que cela leur faisait du bien d'en parler mais qu'elles n'arrivaient pas du tout à cet entretien pour prendre leur décision, laquelle était prise depuis longtemps. C'était plus un désir de soutien, d'écoute que d'aide à la décision.

Les femmes mettent en avant toute une pluralité, une juxtaposition de motifs pour justifier leur décision. Chose étonnante, le désir d'enfant a une place secondaire par rapport à la nécessité d'un couple conjugal : sur 36 femmes de l'échantillon qui ne vivaient pas en couple bien établi, seulement 3 ont décidé de poursuivre la grossesse.

Les femmes signalent les limites de l'investissement maternel: lorsqu'une femme vient d'avoir un enfant ou lorsqu'elle a plusieurs enfants en bas âge, elle ne se sent pas le courage d'accepter une autre grossesse.

Elles signalent également les limites de l'investissement professionnel et/ou le contexte matériel. Notons que celui-ci n'arrive pratiquement jamais seul, il est souvent inscrit dans une logique de cumul avec les autres facteurs.

En fait, la décision prend toujours un sens au sein des parcours biographiques, que ce soit conjugal ou familial. Mais ce qui semble primer dans la prise de décision, c'est le fait d'avoir une relation peu investie ou incertaine.

❖ La décision se prend-elle individuellement ou en couple ?

La décision est toujours prise en fonction de lui mais pas toujours avec lui. On se place ici aussi sur un continuum qui va de la décision individuelle à la décision de couple avec plusieurs cas de figure :

- soit elle n'en parle pas du tout au partenaire
- soit elle en parle après l'IVG
- soit elle en parle après avoir pris sa propre décision
- soit la décision est prise à deux : la femme peut alors prendre sa décision contre l'avis du partenaire, elle peut aussi décider avec lui et établir un « pseudo-accord » dans le cas où l'homme se met en retrait, ils peuvent aussi bien sûr décider ensemble et, enfin, elle peut se ranger à son avis.

En ce qui concerne la gestion des désaccords et en particulier en ce qui concerne l'IVG exigée par l'homme, ce qui semble vraiment entrer en ligne de compte pour la femme, c'est le respect d'un modèle parental, le climat de sa relation et éventuellement le fait de se trouver en situation précaire ou confrontée à la violence du partenaire.

(Exemple significatif d'une jeune fille tombée enceinte par oubli de pilule. Son compagnon depuis six mois lui annonce qu'il ne veut pas de cette grossesse alors qu'elle était décidée à la poursuivre, qu'il la quittera probablement si elle décide de la poursuivre. La jeune femme décide donc de se plier au choix de son partenaire, préférant donner la priorité à sa relation amoureuse qu'elle espère voir déboucher sur un mariage. C'est effectivement ce qui s'est passé, ils se sont mariés et ont eu un enfant peu de temps plus tard. Dans ce cas, le modèle du couple parental établi est très visible).

Donc, la marge de négociation de la femme dépend de son degré d'autonomie matérielle certainement mais surtout de son autonomie affective.

I.7. L'ACCES AU SYSTEME DE SOINS

L'accès aux soins est facilité lorsque la femme jouit de ressources sociales, d'un réseau qui la soutient et qui l'aide, il peut s'agir d'une femme de son entourage qui a déjà vécu une IVG.

L'accès aux soins dépend aussi bien sûr des attitudes médicales par rapport à la loi et l'attitude du premier médecin consulté qui peut aller du non-respect de la loi (un médecin qui refuse de prendre en charge l'IVG et qui n'envoie pas la femme chez un confrère) à l'interprétation erronée de la loi (un médecin qui demande deux consultations médicales avant l'entretien pré-IVG alors qu'une suffit ou ceux qui s'attachent vraiment au délai de réflexion alors qu'en situation d'urgence ce délai peut être raccourci).

En ce qui concerne l'accès aux filières, la rigueur des professionnels de santé est déterminante. L'accès est très grandement facilité pour les femmes bénéficiaires d'un accompagnement bienveillant, c'est-à-dire un minimum de suivi de la part du médecin. Cela peut aller jusqu'à la logique « assurantielle » dans le cas où la grossesse non prévue arrive sous contraception médicale (sous stérilet en particulier) ou à la suite d'une erreur de diagnostic. A ce moment-là, la femme est très bien prise en charge par le corps médical et elle franchit tous les obstacles très facilement.

L'accès aux soins dépend en fait du niveau de connaissance du premier interlocuteur, qu'il soit médecin ou non. Il y a donc diversité d'attitudes, diversité de filières. Cet accès est-il un parcours du combattant ? Concrètement, dans l'échantillon de cette enquête, il n'y a qu'un cas de femme ayant dépassé le délai légal à cause de la lenteur du système, renvoyée d'une adresse à l'autre, etc. Toutes les autres ont eu un accès aux filières plus ou moins facile ou en tout cas dans les temps voulus.

❖ Les conditions du déroulement de l'IVG

La non-stigmatisation au niveau de l'accueil est un élément important de la satisfaction. Rares sont les équipes qui stigmatisent les femmes, même si celles-ci éprouvent parfois un sentiment de froideur à leur égard. Ce qu'elles demandent surtout, c'est un maximum de discrétion, de ne pas être appelée dans la salle d'attente sous la dénomination « IVG ».

Lorsqu'il était obligatoire, les femmes vivaient l'entretien pré-IVG comme le moment où il fallait s'expliquer alors qu'elles demandaient plutôt un entretien d'écoute et en particulier de suivi après l'IVG. Elles présentaient cet entretien comme une obligation mais il n'empêche que dans l'échantillon, les quelques femmes qui n'avaient pas eu cet entretien pré-IVG lors d'une procédure d'urgence, ressentaient après coup un manque et s'étaient senties psychologiquement démunies. La loi a suivi leur demande, on leur propose maintenant une écoute, un suivi.

L'IVG est une expérience qui se construit dans le temps et qui est tout à fait indépendante de la satisfaction de l'offre de soins. Lorsque les femmes sont interrogées juste après l'IVG, le vécu est associé au contexte de survenue de la grossesse, l'IVG est associée à la prise de décision et est mieux vécue quand les femmes se sont senties libres de prendre leur décision. Lorsqu'elles sont interrogées plus tard et qu'elles ont un certain recul par rapport à l'IVG, le vécu est associé au sens qu'a pris l'IVG dans leur trajectoire de vie. Il est donc vécu différemment lorsqu'il leur est apparu comme révélateur d'une situation insatisfaisante ou à l'origine d'une modification bénéfique de leurs investissements.

I.8. LES MINEURES ET LES JEUNES FEMMES DE 18-20 ANS

La reconnaissance de la sexualité des jeunes, avec une attitude variable des acteurs de santé, est un élément important. Les jeunes décrivent leurs relations sexuelles comme brèves, espacées, souvent imprévues, parfois contraintes, avec des partenaires souvent plus âgés, plus expérimentés. Les mineures et les jeunes femmes sont nettement moins mobilisées par la contraception que leurs aînées.

Il y a une stérilité socialement construite des jeunes. Les très jeunes filles disent qu'elles pensaient que la grossesse ne pouvait arriver qu'aux adultes, après vingt ans. Il y a donc là un travail indispensable d'information et de prévention. La contraception qui vit dans l'ombre du sida avec la prescription quasiment obligatoire du préservatif, souffre du caractère normatif de l'information et de la logique de prescription. Il semble qu'une meilleure reconnaissance sociale de la sexualité responsabiliserait enfin les jeunes et qu'un meilleur accès à l'information aurait un « effet contraceptif ».

Comment ces jeunes filles/femmes prennent-elles leur décision ? On voit que l'adolescence n'est pas du tout une période impartie à la procréation, socialement c'est le temps du flirt.

On stigmatise vraiment les grossesses précoces, sur 10 grossesses chez les jeunes, 6 se terminent par une IVG. Ce qui compte, c'est l'investissement de la scolarité par les filles. On a vu que cet investissement est massif depuis ces vingt dernières années mais il reste tout de même socialement diversifié. Les jeunes femmes qui se trouvent dans des filières scolaires peu valorisées, qui se trouvent en échec scolaire ont tendance plus que les autres à poursuivre leur grossesse. On a pu parler de cet accès précoce à la maternité comme d'une véritable stratégie d'adaptation, de reconnaissance sociale. Ce qui joue sur la prise de décision, c'est l'influence des normes familiales qui peut aller jusqu'à une réelle pression, en particulier parentale, pour l'IVG.

I.9. LES FEMMES MIGRANTES ONT-ELLES UN RAPPORT SPECIFIQUE A LA CONTRACEPTION ?

Le premier objectif était d'interroger les femmes sans papiers, groupe qui paraissait particulièrement exposé. Les difficultés de recrutement étaient telles que l'enquête a dû se limiter aux femmes migrantes issues de l'immigration maghrébine.

L'enquête ouvre des pistes mais l'échantillon très restreint ne permet pas de parler d'une étude approfondie sur la question.

Il apparaît que dans ce groupe prévaut un contrôle social très fort de la sexualité. La sexualité hors mariage est proscrite, non seulement pour les jeunes mais également pour les femmes veuves ou divorcées. La stratégie consiste à avoir un enfant d'abord puis à choisir une contraception d'arrêt. Une domination masculine s'exerce aussi par le partenaire et par le biais de la famille.

Les femmes interrogées étaient souvent issues de milieux socio-économiques défavorisés. Les femmes de milieux socio-économiques plus élevés étaient beaucoup plus pudiques que d'autres pour parler de leur grossesse non prévue. On trouvait une pratique très diversifiée selon les femmes en matière d'offre de contraception et de rapport à la norme. Lorsque le niveau de vie s'élève, elles ont les mêmes attitudes par rapport à la contraception que les femmes de la population générale.

I.10. LES DEMANDES D'IVG HORS DELAI

Ce qui paraît important c'est la découverte tardive de la grossesse pour ces femmes.

Plusieurs cas de figure : celles qui pensaient que leur grossesse était impossible (échec de procréation durant plusieurs années) ou impensable (modèle suivi de la meilleure amie qui évitait les rapports en milieu de cycle et qui n'était jamais tombée enceinte) ; ou une grossesse invisible (parallèlement à une période post-opératoire d'une chirurgie esthétique abdominale, les symptômes de maux de ventre sont associés, par elle et par le chirurgien, à l'opération).

Ces femmes mettent en avant le fait de ne pas avoir eu de projet ou de désir d'enfant pour justifier cette découverte tardive. On peut penser à toutes les opérations de déni de la grossesse mais ce n'est pas aussi simple que cela. La majorité de ces femmes expriment qu'elles ont eu une crainte du diagnostic, qu'il y a eu un moment où elles ont compris que quelque chose était inhabituel et, souvent, elles ont reculé le moment de consulter par crainte justement de ce diagnostic. Elles ont parfois été trompées par le retard, l'absence de règles en cas de cycle irrégulier ou même par l'apparition de fausses règles. On retrouve à peu près les mêmes motifs que ceux qu'avait établi le Mouvement Français du Planning Familial en 1989 :

l'inexpérience, le cycle irrégulier, la confusion avec la ménopause, la confiance dans la contraception.

❖ Devoir pratiquer l'IVG à l'étranger

Le fait de devoir partir en Espagne ou en Angleterre constitue une expérience intense, douloureuse, souvent accompagnée d'un sentiment d'irréalité (impression que c'est quelqu'un d'autre qui entend le diagnostic, qui prépare le départ et qui part à l'étranger). Ces femmes disent avoir connu une expérience stigmatisante et disent avoir éprouvé un sentiment d'injustice puisque la majorité des femmes de cet échantillon avaient dépassé de très peu le délai légal. Elles disent que si elles avaient eu davantage de moyens financiers, si elles avaient mieux connu les filières d'accès, elles auraient certainement pu avoir leur IVG en France. En effet, on a vu que vis-à-vis de certaines femmes, la procédure est beaucoup plus souple.

Il semble que la situation de devoir pratiquer une IVG à l'étranger soit davantage liée à la découverte tardive de la grossesse qu'à un délai de décision trop long. Les femmes retardent le moment du diagnostic mais lorsqu'il est posé, elles prennent leur décision très rapidement. Une seule femme de l'échantillon expliquait avoir changé d'avis et retardé ainsi sa décision.

I.11. CONCLUSION

Quelle marge de manœuvre y a-t-il pour une politique préventive ? En observant la diversité de raisons qui peut provoquer une grossesse non prévue, on se doit de constater que malgré toutes les mesures de prévention possibles, il restera toujours un nombre d'IVG incompressible. L'IVG restera un événement probable dans la vie d'une femme, mais jamais anodin.

On peut néanmoins faire les recommandations suivantes :

- Améliorer l'offre contraceptive : toutes les femmes sont d'accord pour dire qu'à l'heure actuelle, la contraception idéale n'existe pas. Les méthodes qu'on leur propose ne leur conviennent pas pour différentes raisons. Il y a donc vraiment un progrès à faire de ce côté. Une amélioration de l'information contraceptive est également nécessaire.
- Pour les jeunes, une meilleure reconnaissance de leur vie sexuelle, le développement de lieux d'écoute et d'accueil.
Il est vrai que l'on parle plus facilement de sexualité au sein des familles, qu'il y a vingt ou trente ans mais malgré ce fait, les jeunes disent ne pas avoir forcément envie de parler de leur sexualité à leurs parents. Il est absolument nécessaire de prévoir des lieux d'écoute neutres.
- Diminuer les inégalités sociales en matière de scolarisation des jeunes femmes : lorsqu'elles sont moins bien insérées, lorsqu'elles n'ont pas de projet d'études, de projet professionnel, la grossesse non prévue vient prendre la place d'un projet éducatif.
- Développer toutes les mesures qui peuvent favoriser l'autonomie et le respect des femmes, même si ces mesures semblent très vastes et n'avoir d'effets qu'à long terme (mesures permettant un meilleur équilibre dans le couple, mesures permettant de faire évoluer les normes sociales au sujet de la contraception et la reproduction).

INTERVENTIONS DU PUBLIC :

Les grossesses non prévues ont-elles été abordées du point de vue de l'homme ? Chez eux aussi il y a des désirs de grossesse, des craintes de stérilité, ...

Nous ne l'avons pas abordé dans cette étude parce que parallèlement démarrait une autre étude au Centre de Recherche sur les Enjeux contemporains en Santé Publique (CRESP) à Paris et qui était consacrée au point de vue des hommes en particulier sur l'IVG. L'étude a été dirigée notamment par Claudine Philippe qui a aussi participé à l'enquête GINE.

Notons qu'il serait aussi intéressant d'aborder le point de vue des hommes sur la contraception. Celle-ci est devenue une affaire de femme, elle est quasiment exclusivement féminine et aujourd'hui on entend des femmes dirent « Pourquoi toujours nous ? Pourquoi sommes-nous toujours les fautives quand il y a échec de la pratique? ». Quand les couples sont stables, on se rend compte que hommes et femmes sont en demande et l'homme influence énormément le choix de la contraception de la femme.

Un changement de la législation au niveau de la ligature des trompes en France pourrait occasionner un changement au niveau des grossesses non prévues. Pourriez-vous nous en dire plus sur cette législation ?

La stérilisation a été très peu pratiquée en France, la loi l'interdisait jusqu'en 2001 sauf dans le cas de circonstances exceptionnelles liées à la santé de la femme. La loi a été aménagée et, à l'heure actuelle, elle permet une stérilisation de confort moyennant l'accord de deux médecins et un délai de réflexion de 3 mois. Naguère, la stérilisation était considérée comme une mutilation de son propre corps et dans le droit français, le corps ne nous appartient pas, il appartient à la société...

L'expérience française d'accessibilité à la contraception dans les centres de planning familial

Martine LENOIR, Mouvement français pour le Planning familial (MFPF)

I. LE MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL

I.1. Une Association loi 1901 et un mouvement

Le MFPF créé en 1954 a accompagné l'histoire de la contraception, de l'IVG et de l'éducation sexuelle en France. C'est aussi :

- un mouvement d'éducation populaire qui s'est battu pour l'information et l'éducation permanente pour toutes et tous avant la loi Neuwirth de 1967 autorisant la contraception et son décret de 1972 créant les centres de planification.
- un mouvement qui s'inscrit dans le combat contre les inégalités sociales – changement des mentalités et des comportements (réflexions, débats...).
- un mouvement féministe qui agit contre l'oppression spécifique des femmes et contre toutes formes de discriminations.

I.2. Une expérience de 50 ans en matière de contraception

Le MFPF est un réseau regroupant 67 associations départementales. C'est 350.000 personnes rencontrées chaque année : le MFPF ne se contente pas d'accueillir, le mouvement va à la rencontre de la population.

- jeunes dans les établissements scolaires, en foyers d'hébergement, en foyers d'insertion.
- adultes rencontrés dans les centres sociaux, centres d'hébergement, foyers d'accueil de migrants, prisons, ...
- personnes accueillies lors des permanences des centres d'information ou des centres de planification.
- actions de formation destinées aux professionnels et aux personnes relais dans leur ensemble.
- actions de partenariat avec associations et structures de proximité ainsi qu'avec les intervenants institutionnels et/ou politiques concernés par nos thématiques.

L'expérience d'un demi-siècle en matière de contraception du MFPF trouve son origine bien avant la loi Neuwirth. En effet, la France était sous le joug d'une loi datant de 1920 qui interdisait toute publicité pour la contraception. A l'époque du « birth control », le Planning familial en France luttait déjà pour le contrôle des naissances. Ainsi, le MFPF a organisé des rencontres dès 1960 pour les femmes et les couples, afin de parler de contraception ; mais il ne s'agissait pas seulement de régulation des naissances (d'ailleurs, à l'origine, le mouvement s'appelait « Maternité heureuse »), il était question aussi et surtout de la sexualité épanouie des femmes et des couples.

II. L'ACCESSIBILITE A LA CONTRACEPTION EN FRANCE : 30 ANS DE LOIS, DECRETS D'APPLICATION, ARRETES ET CIRCULAIRES.

II.1. Le cadre législatif existe : la contraception est autorisée depuis 1967

La loi Neuwirth du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances complétée et modifiée par la loi du 4 décembre 1974 et plus récemment par la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (y compris la contraception d'urgence).

II.2. Des lieux existent : la création des centres de planification en 1972

La circulaire du 29 avril 1981 sur le rôle des centres en assouplit le fonctionnement pour un meilleur accès (en particulier géographique).

Ces lieux sont anonymes (respect scrupuleux de l'anonymat des personnes et bien sûr du secret professionnel) et gratuits (gratuité des conseils, des actes médicaux pour les mineures et pour les femmes en difficulté).

Dès 1967, la gratuité du conseil et des actes médicaux pour les mineures a été instaurée par la loi. Ainsi, les mineures peuvent venir dans un centre de planification se faire prescrire gratuitement la pilule et ce sans l'accord des parents, dans l'anonymat.

Aujourd'hui encore, le MFPP a un rôle important à jouer dans le cadre notamment des animations scolaires puisque bon nombre de jeunes filles sont ignorantes du fait que l'accessibilité à la contraception en centre de planification se fait sans l'autorisation des parents. C'est un facteur rassurant pour ces adolescentes.

II.3. L'information est donnée : l'éducation sexuelle est encouragée depuis 1973

A partir de 1973, lois et circulaires autorisent, encouragent et donnent des orientations pour l'Information sexuelle à l'école nommée maintenant « Education à la santé et à la sexualité » ou « Education à la vie affective et sexuelle ». En examinant les différents termes utilisés, on peut constater une évolution des objectifs à atteindre : on passe de l'*information* à l'*éducation sexuelle*, et à l'éducation sexuelle dans le cadre de la *santé*.

Il y a une très forte augmentation de la demande d'animations en éducation sexuelle dans les établissements scolaires. Cette augmentation a émergé il y a environ 3 ans ; les travailleurs de planning pensent qu'elle est due en grande partie à l'apparition des tournantes – ces viols collectifs qui ont choqué la France et qui inquiètent les enseignants, les parents et les éducateurs.

II.4. Des campagnes « contraception » ont lieu (dernière campagne en janvier 2002)

En ce qui concerne les campagnes de sensibilisation à la contraception, la dernière en date a eu peu d'impact. La précédente campagne, ancienne, illustre l'aspect trop ponctuel de ces démarches. Il semble que des campagnes médiatiques sur le thème de la contraception ne peuvent avoir un réel effet que si elles sont plus souvent répétées, et dans des intervalles de temps moins grands.

III. DE L'ACCESSIBILITE A LA CONTRACEPTION A SON ACCEPTABILITE

III.1. La pratique dans nos centres de planification

Lors des permanences d'accueil et de conseils, c'est une écoute attentive et un accompagnement adapté aux besoins de personnes différentes. Nous accueillons dans nos centres une majorité de jeunes filles et jeunes femmes de moins de 20 ans (plus de 50% de la population).

Lors des animations collectives, c'est une pratique d'animation auprès de groupes d'adultes ou de jeunes sur la contraception et ses modalités, dans un climat de confiance propice à l'échange et au débat (démarche active qui favorise la réflexion, l'appropriation et l'adoption de comportements préventifs responsables et autonomes).

❖ Les principes qui nous guident

- Ecouter, ne pas juger, parler simplement et librement. Etre convaincue et motivée (rôle important de la formation initiale et continue des conseillères conjugales). [Ce travail assuré, presque exclusivement par des femmes, est un véritable métier, hélas sans statut légal, non reconnu et très mal rémunéré.]
- Respecter l'anonymat par la configuration des locaux et la confidentialité absolue des dossiers médicaux.
- Offrir l'accès gratuit aux soins et aux prescriptions pour les mineures ou les personnes en difficulté, mais aussi inciter certaines personnes à faire valoir leurs droits. [Cet accès gratuit est obtenu grâce à la signature d'une Convention avec le Conseil Général (institution politique de collectivité territoriale qui a compétence dans le domaine de la santé et de la prévention). Les travailleurs de planning ne manquent jamais de rappeler que la contraception est gratuite pour les jeunes de moins de 18 ans, mais qu'elle est payée par le contribuable. C'est l'occasion d'éveiller le sens civique des adolescents, tout en les sensibilisant à l'arrêt de cette gratuité avec la majorité.]
- Ne prescrire que des contraceptifs hormonaux remboursés par la sécurité sociale.
- Respecter l'autonomie de la personne. Expliquer avec des mots simples, le corps, son fonctionnement. Donner une information compréhensible, utilisable tout de suite et la plus précise possible sur toutes les méthodes de contraception, afin de laisser le choix aux femmes.
- Remettre en place les idées reçues, les préjugés.
- Orienter (limite des compétences).

Une démarche de santé globale centrée sur la personne et dans le respect de la personne.

Une démarche d'éducation à la santé tenant compte de tous les volets, biologique, psychologique et affectif, social (stéréotypes, lois...) éthique et communicationnel.

❖ Les permanences

Conseils et consultations médicales sur les thèmes de la 1^{ère} contraception, du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles, de l'IVG, des droits des femmes, du test de grossesse.

Ces permanences ont lieu quotidiennement dans les grandes villes avec un fonctionnement en « binôme conseillères/médecins ».

❖ Les animations collectives

- Les animations « première contraception » du mercredi après-midi dans le centre :
Si, sur l'espace d'une semaine, plusieurs jeunes filles téléphonent pour obtenir une consultation sur la première contraception, elles seront réunies le mercredi après-midi pour une animation « 1^{ère} contraception », le partage entre jeunes est toujours plus intéressant et enrichissant. Elles voient ensuite le médecin individuellement.
- Les animations à l'extérieur du centre :
Cibler les personnes qui ne reçoivent jamais l'information et aller au devant des personnes qui rencontrent des difficultés spécifiques pour accéder et/ou accepter la contraception. S'adresser aussi aux hommes et aux garçons et favoriser leur implication par rapport à la contraception.

[Il y a de plus en plus de demandes d'animations, mais peu d'animatrices. Il a donc fallu cibler les animations. Les travailleuses du Planning de Lille par exemple, ont choisi les établissements scolaires qui connaissent des problèmes de violence, les foyers de jeunes en difficulté et les établissements accueillant des handicapés. Ces activités demandent le dépôt de projets aux autorités compétentes : soit le Conseil Général, soit le Conseil Régional. Cela nécessite un surcroît de travail, il faut élaborer le projet, l'écrire, le suivre, le coordonner, et l'évaluer. Tout cela implique du personnel en plus et/ou des heures de bénévolat supplémentaires.]

Ces animations ont lieu soit dans les établissements scolaires, dans les collèges et lycées (obligation inscrite dans la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 Titre II Art 22), soit dans les foyers de jeunes, soit dans les établissements accueillant des handicapés (obligation inscrite dans la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 Titre II Art 23 Titre2).

❖ L'entretien "première contraception" avec une jeune fille mineure

Valoriser la démarche, mettre à l'aise, rassurer et responsabiliser :

Pourquoi cette demande ici et maintenant ?

Quelle connaissance de son corps et de son fonctionnement ?

Quelle connaissance des différents moyens de contraception ?

Quelle contraception choisir et pourquoi ? Comprendre son action et connaître la règle du jeu, être très pragmatique.

Qu'est-ce que cela implique ?

- Prendre un premier rendez-vous médical seule.
- Venir à ce rendez-vous seule.
- Répondre aux questions du médecin (comprendre le dossier médical) .
- Une visite gynécologique.
- Le suivi de la contraception.

Travailler sur les représentations (la pilule fait grossir, je fume et je ne peux pas prendre la pilule, ...), et lever les obstacles sociaux et culturels.

Parler des droits (gratuité de la prescription et du suivi, respect de l'anonymat par rapport aux parents).

Dire qu'il existe d'autres lieux comme le nôtre où on peut aller poser toutes les questions sans être jugé, où on peut être écouté et accompagné.

Faire prendre conscience des risques de MST.

III.2. Le paradoxe des échecs contraceptifs malgré l'accès facile

Depuis les années 70, l'accès facile à la contraception a certes contribué à dissocier sexualité et procréation. L'idée d'une sexualité vécue dans le plaisir et libérée de l'angoisse de grossesse non désirée, participant à l'épanouissement, a gagné du terrain.

Pourtant, les résistances sociales, culturelles, religieuses quant à l'accès des femmes à la contraception montrent la difficulté de penser collectivement la sexualité comme une composante à part entière de la vie affective et relationnelle, qui relève du choix, de la responsabilité et du savoir de chacun.

Par ailleurs, le nombre des grossesses non voulues et donnant lieu à une IVG ne diminue guère en France depuis 20 ans, alors que l'offre et l'usage des méthodes contraceptives se sont accrus.

Ce qui est dit autour de la sexualité en France relève encore trop de discours moralisants ou religieux, de normes, de performances, de la « marchandisation » des corps et du sexe, et de la médicalisation.

[Les moyens contraceptifs sont autorisés par la loi, ils sont diversifiés, il y a la gratuité pour les mineur(e)s, le remboursement par la sécurité sociale... Et pourtant, il y a encore des IVG (voir page 7, *Le paradoxe des échecs contraceptifs malgré l'accès facilité*). Le choix de contraception n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire, c'est là aussi que réside le travail du centre de planning familial.]

Intervention du public :

Vous avez mentionné le fait que vous aviez presque exclusivement des femmes comme conseillères conjugales, et pas de conseillers. Pourquoi ? Est-ce une politique délibérée ? Est-ce un constat français ?

Ce n'est pas une politique délibérée, au contraire, on aimerait beaucoup que des hommes se chargent de ce travail, qu'ils puissent notamment parler de sexualité dans les établissements scolaires. Mais, par exemple, dans le cadre de la formation que nous organisons cette année [2003], il n'y a que deux candidats masculins.

L'expérience des Pays-Bas en matière d'éducation sexuelle et affective en milieu scolaire

*Maria FRANCES, secrétaire à la FIAPAC, infirmière
à la Bloemenhove Kliniek (Planning familial et centre IVG extrahospitalier),
Heemstede, Pays-Bas*

L'éducation sexuelle et affective est-elle exemplaire aux Pays-Bas? Nous allons parcourir les différents développements sociaux, politiques et culturels qui ont mené à la situation actuelle aux Pays-Bas.

Les Pays-Bas ont une réputation de pays libéral qui n'est plus à défendre non seulement sur le plan de la sexualité, mais aussi sur d'autres aspects liés à la tolérance : les "coffee-shops", les plages naturistes, l'euthanasie légalisée dans un cadre spécifique et la loi libérale envers les interruptions volontaires de grossesse (IVG). Notons que cette dernière n'a pas mené à une augmentation des demandes d'avortement contrairement aux prédictions des groupes anti-avortement. Au contraire, le nombre d'IVG pratiquées aux Pays-Bas est un des plus petits au monde.

Il est évident que cette situation résulte d'une lutte de plusieurs dizaines d'années. Jusqu'à la moitié des années soixante, l'idée de planification familiale était relativement taboue. La vente des contraceptifs était limitée et le milieu médical ne prenait en général aucune responsabilité sur ce terrain. De même, dans le cercle familial, le sujet de la contraception était évité, les Néerlandais étaient conservateurs et l'Eglise catholique et surtout protestante (calviniste) jouaient encore un rôle important (pas de rapports sexuels avant le mariage, mariage forcé pour une fille enceinte, etc.). Cependant, dès le début du vingtième siècle, apparut un mouvement très libéral mené par la première femme médecin du pays, le docteur Arletta JACOBS (1854-1929). Celle-ci conseillait les femmes en matière de sexualité, de fertilité et de contraception dans son cabinet privé à Amsterdam, elle travaillait surtout avec les ouvrières ayant de grandes familles et de faibles revenus, elle a également diffusé le diaphragme, la première méthode de contraception pour femmes aux Pays-Bas, dès 1910. Au même moment, Johannis RUTGERS (1860-1924), pasteur et médecin à Rotterdam propageait des idées révolutionnaires sur « la sexualité pour le plaisir », une sexualité dissociée de la reproduction. Johannis RUTGERS encourageait l'utilisation de la contraception, selon lui, les conseils dispensés dans le cadre du Planning familial devaient se concentrer sur les relations sexuelles des couples et les méthodes contraceptives. Ces revendications modernes allaient, bien entendu, à l'encontre de la position de l'Eglise.

Dans les années soixante, ces deux innovateurs ont inspiré le mouvement des femmes progressistes qui a lancé le débat sur les relations sexuelles libres séparées de la procréation. Ces actions ont mené à la création du « Mouvement néerlandais de la réforme sexuelle », le NVSH (Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming) qui vit croître en peu de temps et de façon significative ses affiliations tant féminines que masculines. Le NVSH a alors publié un périodique devenu célèbre : « Verstandig Ouderschap » (« Parents raisonnables ») dans lequel tous les thèmes de la sexualité étaient discutés. La rubrique « WWW » (« We Willen Weten » - « nous voulons savoir ») était devenue très populaire surtout parmi les adolescents. Toutes les questions possibles et imaginables sur la sexualité pouvaient y être

posées. Des professionnels y apportaient des réponses pertinentes et très ouvertes pour l'époque.

A la même époque, le NVSH ouvrit des bureaux de consultations pour ses membres. On y dispensait toute l'information concernant la fertilité, l'examen vaginal, la contraception, la pilule, les préservatifs et plus tard, le stérilet. Les prix des consultations étaient très démocratiques, les médecins, assistants sociaux et infirmières y travaillaient pratiquement tous bénévolement. On comptait dans le pays environ 45 bureaux faciles d'accès et ouverts sept jours sur sept. Le NVSH se caractérisait surtout par ses idées sur l'émancipation sexuelle des femmes.

L'introduction sur le marché de la pilule contraceptive a marqué le début de la révolution sexuelle pour les femmes, l'âge d'or de la sexualité libre avec des conséquences évidentes pour les hommes puisque les femmes pouvaient enfin régler leur fertilité elles-mêmes. Les mouvements féministes ont profité de cette occasion pour exiger une place plus importante de la femme dans tous les domaines de la vie publique et politique. Certains groupes ultra-féministes s'engagèrent même à supprimer complètement leurs relations avec les hommes. Ces femmes quittaient leur foyer pour s'installer avec d'autres femmes. Certaines se faisaient inséminer par leur amie en utilisant le sperme d'un donneur souvent homosexuel.

Les protestations contre la pilule n'ont eu aucun effet, la majorité de la population dans toutes les classes sociales a très vite accepté la pilule contraceptive qui reste encore aujourd'hui la contraception la plus utilisée parmi les femmes néerlandaises.

Dès le début des années 70, le NVSH s'est penché sur l'homosexualité masculine et féminine, et organisait des soirées spéciales pour les couples homosexuels et lesbiens, ces groupes étaient très fréquentés. Durant cette période, pour la seule ville d'Amsterdam, plus de 10 000 personnes par an fréquentaient les bureaux de consultations et recevaient gratuitement une contraception.

A ce moment, le mouvement se dissocia en deux tendances, l'une se concentra sur la sexualité libre entre autres celle des homosexuels ; l'autre continua à défendre le travail des bureaux de consultations de type « Planning familial », cette branche du NVSH devint en 1970 la Fondation RUTGERS qui prônait toujours le libre accès aux consultations, la garantie de l'anonymat et la gratuité de la contraception y compris de la contraception d'urgence. Le gouvernement subsidiait les consultations, la pilule et le stérilet étaient payés par les assurances médicales ou la sécurité sociale, le personnel était salarié. Par après, la Fondation engagea des sexologues et des psychologues pour traiter les troubles de la sexualité chez l'homme, la femme et le couple. Notons que la Fondation a toutefois prioritairement concentré ses efforts sur la prévention des grossesses non désirées, des maladies sexuellement transmissibles et les rapports sexuels forcés.

Toujours en 1970, la Fondation prit l'initiative de contacter les écoles et les collaborateurs du Planning familial développèrent des programmes pour les adolescents de 12 à 18 ans. Au Pays-Bas, à l'exception de quelques écoles catholiques dans le sud du pays, la mixité à l'école étant en place depuis plus d'un siècle, les jeunes étaient donc habitués à avoir les leçons de sport mixtes, de partir en colonie de vacances ensemble et d'entretenir des relations décontractées. Le programme d'éducation sexuelle pouvait être utilisé par les professeurs de biologie, mais, le plus souvent, les assistantes sociales et les sexologues des centres de planning allaient dans les écoles pour donner ces cours. Les numéros de téléphone de la Fondation Rutgers étaient imprimés dans les agendas scolaires, les jeunes savaient donc où

s'informer en cas de problèmes (que faire après un rapport sexuel non protégé ? Comment prendre la pilule sans passer par le médecin de famille ? Une douleur au pénis après un rapport, que faire ? ...)

Au début des années quatre-vingt, l'arrivée du sida entraîna une nouvelle attitude envers la sexualité : finie la révolution sexuelle, fini le sexe pour le plaisir, « un orgasme pour tout le monde », la liberté des relations. Les rapports sexuels étaient devenus subitement dangereux. Le gouvernement prit alors l'initiative de développer dans les écoles un programme de prévention des maladies sexuellement transmissibles auquel les écoles protestantes et catholiques se sentirent obligées d'adhérer. L'attitude des jeunes changea également d'un jour à l'autre, le temps n'était plus aux amours légères, la sexualité devient une chose sérieuse. Les écoles, la télévision, les journaux, tous participèrent aux campagnes prônant l'usage du préservatif et une attitude plus réservée envers les rapports sexuels. Mais comme toujours, très vite, un certain équilibre se fit entre la peur et le plaisir.

Paradoxalement, en 1995, en pleine campagne de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles, la ministre de la santé, femme et médecin, prit la décision de couper subitement les subsides octroyés aux bureaux Rutgers, arguant que les jeunes et les adultes pouvaient aussi bien consulter leur médecin de famille. On pensait naïvement que les Pays-Bas qui occupaient une place historique en matière d'éducation sexuelle étaient à l'abri de ce genre de mesures arbitraires... C'était la fin honteuse du planning familial aux Pays-Bas ! La fin de la prévention dans les écoles, des bureaux d'informations sexuelles et de contraception. Heureusement, quelques centres IVG prirent l'initiative de dispenser les mêmes services que les centres de Planning familial.

En 2001, les Pays-Bas perdent leur première place du taux d'IVG le plus bas au monde. Ce phénomène peut certainement s'expliquer par le nombre élevé de personnes qui s'expatrient vers les Pays-Bas et qui viennent de pays où en général aucune information préventive n'est dispensée. En deux ans, on a constaté deux fois plus de grossesses d'adolescentes principalement parmi les jeunes femmes venant des îles Caraïbes, des Antilles et des pays africains.

Une fois de plus, les écoles ont été contraintes d'adapter les leçons de biologie en y inscrivant un programme axé sur la prévention mais aussi sur l'aspect émotionnel des relations entre les deux sexes. Ceci nécessitait des compétences particulières chez les enseignants et face à la difficulté de trouver ces professeurs, un certain nombre d'écoles a préféré supprimer purement et simplement le programme. Notons que la fédération des homosexuels prit l'initiative de se présenter dans les écoles mais sans succès.

Un programme spécial pour les écoles primaires (enfants jusqu'à 12 ans) a été développé en coopération avec la Fondation Rutgers dans le but de permettre aux plus jeunes d'adopter une attitude adéquate quand ils sont confrontés à des situations pénibles comme les contacts sexuels involontaires. Pour ne pas rencontrer de problèmes avec les plus jeunes élèves, les écoles ont invité les parents à remplir des questionnaires : « Vos enfants savent-ils que les opinions diffèrent, selon les cultures, sur les questions de la nudité et de la sexualité? » ; « Est-il important que les jeunes connaissent la différence entre les contacts / touchers agréables et désagréables? » ; « Quel vocabulaire choisiriez-vous pour parler de sexualité à votre enfant, souhaitez-vous en parler vous-mêmes ou préférez-vous que l'école s'en occupe ? » ; « Les enfants commencent-ils plus tôt leur vie sexuelle quand ils sont mieux

informés ? » ; « Quand il arrive quelque chose d'imprévu dans le domaine de la sexualité, vos enfants peuvent-ils en parler sans gêne avec vous ? Sinon, savent-ils où aller ? ».

La plupart des parents, parfois réticents au début, ont finalement réagi positivement à cette initiative et ensemble, avec les professionnels des centres de planning familial, ils ont réalisé quelques programmes de prévention pour les plus jeunes.

A l'heure actuelle, il y a une attitude positive à l'égard des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles primaires et secondaires mais toutes les écoles n'ont pas intégré les programmes de manière structurelle. L'éducation sexuelle dépend du professeur de biologie et est dispensée à raison d'une heure par année dans la première classe du lycée et au plus 6 heures dans la deuxième année. L'aspect technique de ces leçons ne pose en général pas de problèmes mais pour aborder les aspects plus émotionnels de l'éducation sexuelle avec des élèves d'origines diverses, il faut une attitude adéquate. La plupart des professeurs n'ont pas reçu de formation spécifique dans ce domaine et demandent donc l'assistance de professionnels.

Que penser du rôle que jouent les magazines et surtout la télévision ? Certaines chaînes populaires réalisent de plus en plus d'émissions prétendant « programme d'information sexuelle » qui sont des émissions de divertissement plus ou moins vulgaires et agressives. Durant 4 semaines, la télévision a diffusé un programme abominable intitulé « Baiser, mode d'emploi » (« Neuken doe je zó »), présenté par une prostituée professionnelle avec une poupée gonflable ! Beaucoup de professionnels et de parents ont l'impression que ces émissions n'ont aucune influence positive sur la sexualité, bien au contraire. Beaucoup de jeunes confrontés à des situations qu'ils ne peuvent pas gérer, s'y engagent néanmoins pour être « cool » et branchés.

Hélas, je dois admettre que le climat actuel est loin d'être idéal bien que je pense que le niveau d'information des élèves entre 12 et 18 ans n'est pas trop pauvre.

- Les derniers chiffres rapportent que l'âge moyen du premier contact sexuel intime est de 17 ans. Je dois ajouter que cet âge est plus bas dans les lycées professionnels (9 % à 13 ans - 25% à 14/15 ans) et dans les écoles à population essentiellement multiculturelle.
- Plus de 70% des jeunes utilisent la contraception au premier rapport sexuel, dont 69% des préservatifs, 23% la pilule, et 19% pilule plus préservatif.
- En dessous de 16 ans plus de garçons que de filles ont déjà eu une expérience sexuelle ; à 16 ans c'est égal entre filles et garçons et, à 18 ans, 80% des garçons et 90 % des filles ont couché avec quelqu'un.
- Les garçons des milieux allochtones ont en général moins de connaissance mais plus d'expérience, les filles des milieux multiculturels sont d'habitude mieux informées mais n'ont aucune expérience (à l'exception des filles originaires des îles Caraïbes).
- Les garçons ont en moyenne 3 partenaires entre 12 et 18 ans, les filles 1,7.

En guise de conclusion :

Les jeunes aux Pays-Bas ont leur première relation sexuelle bien plus tôt qu'il y a 20 ans. Ils sont en général informés mais pas assez et souvent d'une manière trop agressive. Il y a toujours trop de jeunes qui n'osent pas acheter et donc utiliser la contraception. L'éducation sexuelle devrait commencer plus tôt dans les écoles et continuer plus longtemps, depuis l'âge de 4 ans jusqu'à 18 ans.

Malgré ces aspects négatifs, grâce au climat de tolérance qui marque notre histoire, les Pays-Bas ont toujours une attitude assez libérale et ouverte envers la sexualité, les parents et les professeurs sont le plus souvent ouverts envers les jeunes, les adolescents connaissent les adresses nécessaires pour obtenir des conseils utiles, ils sont généralement ouverts entre eux et n'ont pas peur d'expérimenter, ils savent aussi qu'on peut dire non aux rapports sexuels non désirés.

Ligne politique et revendications de la FLCPF en matière d'accessibilité à la contraception

*Dr Pierre MOONENS, Président de la FLCPF,
médecin au Collectif Contraception de Charleroi*

Avant toute chose, il faut savoir que l'accessibilité à la contraception, contrairement aux idées reçues, est loin d'être acquise. Il y a toute une série de facettes dans cette notion d'accessibilité, très plurifactorielle : il faut connaître l'existence de la contraception, connaître son utilisation concrète, comprendre son fonctionnement, pouvoir l'intégrer dans une vie affective quotidienne qui peut changer au cours du temps, il faut s'approprier cette méthode, etc. Il s'agit donc d'agir sur les différentes facettes de ce diamant. Une fédération a notamment comme objectif de choisir les aspects qu'elle va mettre en avant même si elle sait très bien que les autres points doivent être pris en compte aussi. Un des points que nous allons développer est l'aspect financier de l'accès à la contraception. Pour assimiler, s'approprier un mode de vie, il est important que ce mode de vie soit reconnu par la société, tant au niveau des médias que du monde politique. Et il est important que ce dernier prenne effectivement, comme une des nombreuses cordes à ses arcs d'actions, la défense de ces principes, qui sont en fait des principes de bonheur et de choix de société.

ACCESSIBILITE FINANCIERE

Contrairement aux idées reçues, les choses ne s'arrangent pas. Il y a moyen de se payer une contraception en Belgique, nous vivons dans un pays riche et il n'y a pas de comparaison possible avec des pays en situation économique catastrophique. Mais il y a toujours, en Belgique, des populations pour lesquelles ce prix est un frein.

Nous avons parlé des jeunes pour lesquels la reconnaissance par l'entourage direct, les parents, les enseignants, de leur évolution sexuelle personnelle est difficile, soit pour des facteurs culturels, soit parce qu'eux-mêmes n'ont pas envie de partager ce vécu avec leurs parents et enseignants. Il faut accepter que ces jeunes ne veuillent pas nécessairement avoir recours à la filière parentale pour s'offrir la contraception. Dans ce cas, c'est aussi le problème financier qui se pose.

Par ailleurs, d'un point de vue purement absolu, on assiste à une flambée des prix des moyens contraceptifs. En tenant compte de la petite part remboursée, une pilule comme la *Microgynon 30*, coûte à peu près 8 euros pour trois mois. Une pilule de la génération suivante, *Fémodène*, coûte 13 euros pour trois mois. La dernière pilule sortie chez Schering, *Yasmin*, coûte 28 euros.

On peut constater le même phénomène pour les stérilets : le *Nova-t*, que l'on pouvait garder à peu près ad vitam, coûtait 17,60 euros en pharmacie (et était nettement moins cher dans les centres de Planning familial), le *Mirena*, qui n'a qu'une durée de cinq ans, coûte 124 euros.

En ce qui concerne les nouveaux moyens contraceptifs sur le marché : l'anneau vaginal *Nuva Ring* coûte 35 euros pour trois mois de contraception.

Il y a donc une montée des prix évidente, quelle que soit la méthode utilisée.

Et cette montée des prix arrange, bien entendu, les firmes pharmaceutiques.

Il ne faut pas oublier que les firmes pharmaceutiques, elles-mêmes, apprécient le fait de ne pas avoir de remboursement par la sécurité sociale, même si cela peut paraître paradoxal. Il y a quelques années en Belgique, nous avons été confrontés à une alliance des trois firmes

principales - Schering, Organon et Wyeth - qui ont fait une demande unilatérale, heureusement bloquée par le gouvernement, de déremboursement de la pilule pour une raison commerciale pure et simple. De cette façon, un des contrôles aurait pu être évité, les firmes dépendaient d'un ministère en moins et pouvaient éventuellement introduire sur le marché, par exemple, des boîtes de 12 plaquettes. Il a fallu que le gouvernement pose un acte politique pour interdire ce point-là. A ce moment, la firme Organon a pris position publiquement, par voie de presse, en décrétant que la pilule n'était qu'un médicament de luxe et que ce serait bien plus social et positif de financer la recherche pour le cancer. Ce point de vue émanait donc des fabricants de contraceptifs... ! Ce sont ces mêmes fabricants qui sont souvent malheureusement les seuls informateurs, voire formateurs des prescripteurs de contraceptifs que sont les médecins. C'est certainement le cas en cabinet privé mais également à l'intérieur de sociétés comme la Société Européenne de Contraception financée essentiellement par les firmes pharmaceutiques.

Il faut admettre que parallèlement à cette flambée des prix, il existe toujours une contraception à 8 euros pour trois mois et que nous ne sommes pas obligés d'entrer dans ce jeu commercial. Nous savons, en tant que travailleurs de Planning, que l'intérêt de passer aux pilules de la toute dernière génération ne se présente que rarement. Les pilules de troisième génération ont même des inconvénients que celles de deuxième génération ne présentaient pas. Néanmoins, malgré cela, il arrive que nos réflexes s'émoussent.

Donc, nous sommes très demandeurs de ces pilules qui tardent tant à venir sur le marché, à savoir les pilules génériques.

Il y a moyen, en étant volontariste mais aussi soutenu par les pouvoirs publics, de maintenir une accessibilité financière facile pour toutes mais il est illusoire de croire que ce sera toujours possible. Tout le monde n'est pas dans une situation simple. Les contre-indications principales de l'usage de la contraception orale, donc la moins chère, ne sont pas le cancer du foie, le diabète ou l'hypertension, mais des petites choses de la vie quotidienne. Pour les jeunes femmes anorexiques, par exemple, qui ont souvent des troubles digestifs, la pilule ne peut agir correctement. Il en va de même pour les femmes qui combattent l'obésité par une chirurgie plastique de l'estomac ou pour les personnes, relativement nombreuses, qui ont des diarrhées chroniques. Sans parler des épileptiques, des fumeuses, des femmes qui oublient la prise de pilule, etc. Si ces femmes ont de surcroît des règles abondantes ou douloureuses, elles n'échapperont pas à une contraception à 130 euros, parce que le mieux adapté ne sera pas un stérilet « normal » en cuivre mais un stérilet aux hormones ou un implant.

On peut donc très vite atteindre cette limite financière à l'accessibilité.

Un autre problème se pose, purement conjoncturel et ponctuel : au sein d'un centre de Planning familial, il est très important que les jeunes puissent s'approprier le moyen de contraception qu'on leur a montré, que l'on puisse faciliter l'utilisation de ces moyens chez les jeunes et l'on doit pouvoir les dépanner. Jusqu'il y a peu, nos consultantes avaient la possibilité de recevoir un échantillon gratuit de la pilule leur convenant le mieux.

Dans nos centres, effectivement, on présente la pilule en montrant une plaquette de pilules, en laissant la jeune femme la manipuler, en vérifiant qu'elle a compris. Pour cela, bien entendu, il faut avoir des plaquettes de pilules. Le fait de pouvoir repartir directement avec la pilule et de ne pas devoir faire une démarche de plus, présenter l'ordonnance à la pharmacie, est un pas important vers cet accès à la contraception. D'autre part, la possibilité de dépannage est tout aussi importante parce qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir un rendez-vous rapide chez un

gynécologue ou chez un généraliste, parce que peu de femmes font la démarche de chercher une ordonnance de pilule dans un service d'urgence d'un hôpital.

Une mesure du ministre Vandenbroeck limite drastiquement le nombre d'échantillons. Actuellement, les centres n'ont plus l'opportunité de cette distribution gratuite : la loi n'autorise plus que la distribution de 4 à 6 boîtes d'échantillons d'un même médicament, par an et par médecin !

D'un côté, nous étions les otages des firmes pharmaceutiques et il est bon de ne pas le rester mais, d'un autre côté, nos centres sont vides, nous n'avons plus d'échantillons à montrer ou à donner en dépannage. Cette question est importante et urgente. Les délégués pharmaceutiques nous incitent à réclamer une dérogation auprès des politiques.

Mais en tant que mouvement de réflexion, nous ne voudrions pas retomber dans ce travers.

Quelles sont nos revendications ?

Idéalement, une contraception gratuite pour tous. Le choix de donner la vie doit être libre de toute contrainte.

Nous sommes pour une contraception gratuite pour tous.

D'un point de vue philosophique, nous considérons qu'il est important tant pour les parents que pour les enfants, qu'à travers les messages que la société envoie, un enfant ne dépende pas de quelque chose qu'on a dû acheter pour le concevoir ou ne pas le concevoir.

Voici notre objectif final.

Que la firme Organon considère la contraception comme un luxe, c'est une chose, mais il est important que la société ait le courage d'affirmer publiquement ce luxe-là comme un objectif et comme un besoin philosophique pour le respect de chacun.

Au minimum, un remboursement important de tous les contraceptifs et pas uniquement des pilules les moins chères.

En attendant la contraception gratuite pour tous, nous souhaitons un réel remboursement important des contraceptifs, et pas uniquement des pilules les moins chères. Ni le stérilet, ni le préservatif ne sont remboursés en Belgique. Le niveau de remboursement des anciennes pilules appartient aux catégories de remboursement très basses.

Eventuellement, la gratuité de la contraception pour certaines catégories de la population.

De toute façon, la possibilité pour les centres de planning familial de distribuer gratuitement tous les contraceptifs du marché.

Nous sommes éventuellement preneurs, bien entendu, de la gratuité de la contraception pour certaines catégories de la population, à déterminer. Mais quoi qu'il en soit, il est indispensable que tous les centres de Planning familial aient la possibilité de distribuer gratuitement tout moyen de contraception. Les travailleurs de centres de Planning sont suffisamment sensibilisés pour ne pas inciter à une consommation des produits les plus chers, au contraire.

Une dernière revendication plus générale est un soutien, une prise de position ouverte de la part des politiques, sur la contraception.

Il est vrai que des campagnes ponctuelles n'apportent pas grand-chose, mais sans campagnes, la population ne se rend pas compte que ses élus soutiennent une réflexion sur cet aspect de leur vie quotidienne. Il y a tellement de ministres, tellement d'intervenants au niveau de la contraception, que ce soient les enseignants, les pharmaciens, les médecins, etc. qu'il faudrait rassembler tout ce monde dans un premier temps. Mais de toute façon, cet accès à la contraception doit devenir une corde à votre arc et cette prise de position doit être publique.

Réflexions et propositions des mandataires politiques concernés en matière d'accessibilité à la contraception

*Thierry DETIENNE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé de
la région wallonne*

Le débat que vous lancez aujourd'hui dans le contexte de la campagne électorale est important, on plonge au cœur des choix qui sont à faire en matière de société. Les débats relatifs à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse sont des débats qui ont cours dans notre société même si la législation a progressé, ils restent toujours une interrogation pour les candidats, pour les partis. Par ailleurs, on peut constater aujourd'hui des incohérences. J'ai déjà été interpellé en date du 10 février, au moment où nous lançons une campagne de promotion des centres de Planning familial en région wallonne, par les différents centres et les différentes fédérations, sur le problème du non-remboursement de la contraception. On propose une meilleure accessibilité de la pilule du lendemain et le remboursement presque intégral de l'IVG, il y a donc un chaînon manquant dans l'intervention des pouvoirs publics qui est l'absence de prise en charge de la contraception. Je suggérerais aux fédérations d'entamer une campagne, dans le cadre de la campagne électorale, d'interpeller les candidats et de leur demander de prendre position personnellement pour connaître l'option qu'ils défendront au niveau du Parlement fédéral quand ce sujet pourra être débattu. Il faut vraiment veiller à ce que chacun ait l'occasion au-delà des questions de partis de prendre position sur ce sujet.

J'ai de mon côté relayé la question au sein de mon parti et donc, figure dans le programme électoral d'Ecolo pour les élections législatives le fait que nous défendons la gratuité totale de la contraception pour les jeunes jusqu'à 25 ans. On va poser le débat : après 25 ans, quoi ? En tout cas, c'est inscrit à l'ordre du jour et nous avons préparé un agenda pour les négociations. Nous considérons ce point comme une priorité politique.

Pour ma part, en tant que ministre en charge des centres de Planning, il m'est apparu comme enjeu important de faire progresser l'accessibilité à la contraception, en l'occurrence lors du débat sur la pilule du lendemain - nous avons fait en sorte que la pilule du lendemain soit accessible gratuitement dans les centres de Planning – parce qu'il y avait un problème d'accessibilité sociale. On sait bien que même si on parle de la pilule à 8 euros, quand il s'agit de relations sentimentales, de sexualité, la rationalité ne joue pas une part énorme, que toute une série d'obstacles intervient, l'accessibilité financière, l'accessibilité culturelle, les mentalités. Mon souhait était de lever le problème de l'accessibilité et en même temps de situer le pôle des centres de Planning où la contraception est disponible. C'était déjà en soi important que la pilule du lendemain soit accessible sans prescription médicale. Cela lève un certain nombre d'obstacles. C'était utile de joindre les pharmaciens à la question mais il était indispensable de rappeler qu'il existe des professionnels auprès desquels on peut obtenir à la fois une réponse dans l'urgence et à la fois une information continue sur la sexualité, le choix d'une méthode contraceptive, etc.

Il est évident, tant pour les fédérations que pour les ministres de tutelle, que le travail reste toujours à recommencer et qu'il est important que nous ayons des initiatives qui nous portent à la rencontre de la population. Je suis donc persuadé que tous les ans ou tous les deux ans, il faut faire une nouvelle campagne, les générations se succèdent et il faut rappeler l'existence

des centres de Planning. Il faut que les centres, au travers des animations, aient l'occasion d'aller directement à la rencontre des personnes dans les milieux où elles vivent. C'est une réalité pour l'ensemble des services sociosanitaires, on ne peut plus se contenter d'être uniquement dans une situation de réponses aux demandes formulées par la population. Même en position d'accessibilité financière totale, il faut pouvoir aller à la rencontre de la population et c'est dans ce cadre-là que nous travaillons actuellement à une revalorisation des animations opérées en milieu scolaire, au travers du financement des centres.

En conclusion, l'accessibilité financière reste un élément extrêmement important et on lève des obstacles autres que ceux du porte-monnaie en offrant la gratuité. C'est aussi une attitude culturelle et un message important pour tous de savoir qu'il existe des lieux où il y a une prise en compte de certaines problématiques par la société. Par ailleurs, c'est un enjeu de taille pour les pouvoirs publics et pour l'ensemble des professionnels de renouveler leur message et d'aller à la rencontre de la population.

*Catherine FRANÇOIS, représentant Alain HUTCHINSON, Secrétaire d'Etat,
chargé de l'action sociale et de la famille à la Commission Communautaire
Française de la Région de Bruxelles-Capitale*

Mettre un enfant au monde est l'un des moments les plus importants dans la vie. Ce moment porteur d'épanouissement, nous avons le devoir de le préserver en permettant à toutes les femmes d'éviter une maternité non désirée. Ce sont évidemment les femmes les plus fragiles, parce qu'elles sont jeunes, parce qu'elles sont issues de milieux peu aisés et bien entendu celles qui sont à la fois l'un et l'autre, qui paient plus chèrement cette épreuve. Une grossesse non désirée peut hypothéquer lourdement l'avenir des femmes et particulièrement des jeunes. Il est donc de la responsabilité des pouvoirs publics de multiplier les efforts et les contacts afin que la question de la contraception ne reste pas un tabou dans notre société. C'est pour cette raison que nous avons engagé depuis 1999 une politique active en matière d'information, de soutien et de sensibilisation à la contraception. Nous avons notamment lancé, à l'occasion des 10 ans de la loi de dépénalisation de l'avortement, une vaste campagne de sensibilisation à la contraception, rappelant à tous l'existence des dispositifs des centres de Planning familial à Bruxelles. Il nous a semblé important aussi de réaffirmer que la contraception est libre seulement depuis 1973 et que l'avortement est un droit depuis 1990. Cette démarche est d'autant plus pertinente que le rôle des pouvoirs publics est de lutter contre les inégalités sociales en matière de contraception et d'IVG comme dans d'autres domaines. Le Parti Socialiste a aussi inscrit dans ses priorités politiques le remboursement de la contraception pour les moins de 25 ans. L'accès à la contraception est un enjeu qui vise l'amélioration des droits des femmes en leur donnant les moyens d'affirmer leur autonomie, leur liberté et leur responsabilité en matière de planification des naissances. C'est aussi dans ce contexte que s'inscrit la question de la contraception d'urgence. Alain Hutchinson a eu l'occasion de s'exprimer de nombreuses fois sur des propositions politiques concrètes : l'accès facilité à la pilule du lendemain dont l'efficacité dépend de la rapidité de la prise. Les chiffres publiés par la commission d'évaluation montrent une légère hausse du nombre d'avortements en particulier chez les jeunes femmes. Pour réduire le nombre d'IVG, il faut assurer une meilleure prévention et faciliter l'accès à la contraception. Pour ce faire, des politiques volontaristes ont été mises en place, nous avons obtenu la délivrance sans prescription médicale de la pilule du lendemain, qu'elle soit également présente dans l'ensemble des officines de pharmacie. Nous avons quelques exemples européens où les gouvernements ont pris des dispositions importantes en la matière. La France, la Finlande où

par ailleurs le taux de recours à l'IVG était particulièrement élevé dans les années 80, a diminué de moitié au cours des dix années qui ont suivi la mise sur le marché de la pilule du lendemain. Parallèlement, et c'est bien là que réside tout l'intérêt de cette délivrance, l'accès à la pilule du lendemain favorise l'efficacité de la politique globale en faveur de la contraception. Dans les pays où elle est disponible, elle n'a jamais diminué le recours à la contraception classique, bien au contraire. Les études le montrent, plus l'accès à la contraception est libre, plus les femmes s'approprient la responsabilité de son contrôle, par l'autoprescription d'une contraception d'urgence, les femmes sont les véritables actrices de leur planification des naissances.

Tout ce débat ne doit évidemment pas occulter la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles, dans la mesure où ces préventions sont complémentaires et peuvent faire l'objet d'une politique préventive intégrée. Il importe de continuer les campagnes médiatiques massives qui permettent une prise de conscience chez les jeunes et en particulier chez les garçons.

Quant à l'éducation sexuelle et affective dans les écoles, nous avons eu l'occasion de nous exprimer à plusieurs reprises sur l'importance de la démarche. Si la sexualité relève de l'intime, elle est aussi un phénomène social d'immense ampleur qu'il y a lieu d'enseigner de manière claire, ouverte et progressiste. L'éducation sexuelle est une tâche trop complexe pour être assumée uniquement par les parents. Tous les parents ne sont d'ailleurs pas en mesure de l'assumer sereinement. Il importe que la collectivité se saisisse de cette question. Chaque génération est solidairement responsable de la suivante. Nous avons donc inscrit comme priorité politique à la conférence interministérielle de la santé, l'introduction de cours obligatoires d'éducation sexuelle et affective dans les écoles dès l'enseignement fondamental. Les institutrices le savent bien, les petits garçons comparent leur zizi, certains veulent savoir comment les filles font pipi et ces curiosités légitimes doivent être satisfaites par des réponses claires et explicites. L'école est le lieu adéquat pour dispenser une information précise sur le fonctionnement du corps humain, la procréation, les règles, la contraception et la nécessaire régulation des naissances. C'est certainement aussi fondamental que l'apprentissage de la trigonométrie.

Nous sommes tout aussi favorables à l'idée de responsabiliser les jeunes, les dispositifs sociosanitaires bien sûr, mais surtout l'école pour dispenser l'information concernant le choix d'une méthode contraceptive fiable.

André Comte-Sponville a justement dit à propos de l'adoption de la loi Veil, en France : « Nos concitoyens ont préféré la mesure, par nature relative, des risques et des inconvénients. C'était la bonne voie, elle débouche sur une politique du moindre mal, de la moindre souffrance, de la moindre injustice, bref de ce que j'appellerais volontiers une politique laïque, une politique de la solidarité. »

C'est avec ces paroles de sagesse que je voudrais conclure, en saluant la détermination des hommes et des femmes politiques qui ont soutenu et soutiennent encore ces combats progressistes, ils ont marqué notre histoire politique et sociale et en particulier l'histoire des femmes.

Interventions du public :

Pourquoi ne demander la contraception gratuite que pour les mineurs et pas directement pour tout le monde ?

Thierry Detienne : Nous ne pensons pas qu'il faut s'arrêter à 18 ans mais à 25 ans et je pose avec vous la question de l'opportunité de mettre une limite d'âge. A titre personnel, je trouve que la limite d'âge est quelque chose de difficile à pratiquer, comme une définition en fonction des revenus ou de la situation sociale de la personne même si je suis d'accord avec la philosophie de discrimination positive qui touche certaines catégories de personnes, la mise en pratique n'est guère évidente. On maîtrise les revenus des personnes avec deux ans de retard et d'autre part le statut social des personnes est fluctuant, il y a souvent décalage entre le statut sur papier et la réalité. On risque de commettre plus de dégâts en mettant des restrictions liées à des conditions administratives de revenus ou de statut social qu'en prévoyant un régime d'accès général. D'autant plus que prendre l'état des revenus en considération renvoie à la notion de ménage et non pas à la dimension individuelle. Je ne peux piétiner la position de mon parti mais je crois qu'il est difficile d'agir avec une limitation d'âge. Je maintiens que ce serait déjà un beau progrès d'obtenir la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans.

Pierre Moonens : En limitant l'accès gratuit en fonction de l'âge ou des revenus, on passe d'une part à côté de l'objectif d'une prise de position forte et d'autre part, à la limite, cela ne permettrait peut-être même pas de faire une économie financière à la société de devoir contrôler les revenus des gens plutôt que de leur accorder la contraception gratuite à tous.

Il existe un document politique assez important, un avis sur les jeunes et la contraception, qui a été approuvé par la conférence interministérielle de la santé en décembre 2001, qui pose un cadre de recommandations sur l'enseignement, sur l'information, sur les centres de Planning familial, sur l'accessibilité à la contraception. Important pour les centres à Bruxelles et en Wallonie mais aussi pour les centres en Flandre, et à utiliser dans nos relations avec nos ministres. Il s'y trouve déjà des mesures sur le remboursement de la pilule, des paquets de trois et de six.

Thierry Detienne : La question de la gratuité totale de la contraception était alors soulevée et il me semble qu'au cours de la législature qui vient de s'écouler, les freins étaient davantage budgétaires qu'éthiques parce que ce gouvernement a tout de même bien avancé dans toute une série de débats et s'est trouvé plutôt à la pointe par rapport à une série de législations. Même si la gratuité totale de la contraception représente encore un tabou pour un certain nombre de personnes. C'est un débat qui doit devenir un débat de société et il faut aussi amener les candidats parlementaires à prendre personnellement position et les mettre sous pression, c'est ce qui fait avancer les choses.

Ligne politique et revendications de la FLCPF en matière d'éducation sexuelle et affective en milieu scolaire

Dr Dominique ROYNET, Administratrice FLCPF, Présidente du Groupe d'Action des Centres Extrahospitaliers pratiquant l'Avortement (GACEHPA), médecin au centre de planning familial de Rochefort

A l'instar de Maria Frances, nos revendications, de manière globale, sont de faire plus et mieux d'éducation sexuelle et affective dans les écoles. Je vais développer ce que j'entends par plus et mieux d'éducation sexuelle, compte tenu du fait qu'il n'y a pas d'opposition franche au principe d'augmenter et d'améliorer l'éducation sexuelle, entre autres dans les écoles, en tout cas ces dernières années. Néanmoins, dans les faits, pas grand-chose n'avance. Il y a un hiatus entre les bonnes intentions et la réalité. Lorsque l'on voit le nombre d'écoles dotées de programmes bien institutionnalisés et récurrents dans le domaine qui nous occupe, on constate qu'elles sont minoritaires en Communauté française. Minoritaires en terme d'enseignement secondaire, presque inexistantes dans l'enseignement primaire.

Mais avant de revenir à la manière de faire plus et mieux d'éducation sexuelle, il me faut d'abord bien définir ce qu'est l'éducation sexuelle.

L'éducation sexuelle et affective est un long processus qui permet à l'individu d'être aidé dans une reconnaissance de sa sexualité et de développer une structuration harmonieuse de cette sexualité. Nous sommes tous sexués, depuis la naissance jusqu'à la mort, et l'on va au cours de notre vie être confrontés à toute une série d'expressions de notre sexualité, de reconnaissance ou de non-reconnaissance de ces expressions, de respect ou de non-respect, d'autorisation ou de non-autorisation de ces expressions. Ce processus commence très tôt, à la naissance, et il permet de « fabriquer » des adultes plus ou moins harmonieusement sexués, plus ou moins capables de dire « oui » ou « non » dans leurs choix sexuels, plus ou moins capables de refuser la sexualité abusive ou violente, et plus ou moins capables de respecter le partenaire – en effet, il faut pouvoir se respecter soi-même, si l'on veut respecter l'autre. L'éducation sexuelle et affective aide donc à l'élaboration de ce long et lent processus. Or, quand nous, professionnels, commençons à intervenir auprès des jeunes de 13 à 15 ans, cela fait longtemps, dans la plupart des cas, que tout est joué en matière de reconnaissance de leur sexualité, de respect et de possibilités d'expression de leur sexualité : dans la famille, avec les pairs, avec les premières expériences, et aussi (c'est peut-être une nouvelle donnée de ces trente dernières années, depuis la libération sexuelle) à travers les messages véhiculés par les médias, Internet, la publicité, etc. Ainsi l'éducation sexuelle est maintenant assurée en grande partie par toute une série de canaux sauvages. C'est un phénomène nouveau sur lequel on a peu de contrôle, et qui aboutit à beaucoup d'angoisse chez les enfants, et chez les parents. Cette angoisse chez les parents est peut-être le principal problème ; dans ce cadre, l'éducation sexuelle doit s'exercer sous la pression d'un sentiment de peur lié non seulement à la sexualité elle-même – car la sexualité fait peur – mais aussi à un sentiment marqué aujourd'hui par la peur des pédophiles, des pères incestueux, des violeurs, des grossesses non désirées, des maladies sexuellement transmissibles, du sida, etc. C'est dire si l'éducation sexuelle se pratique à l'heure actuelle dans un contexte difficile et crispé. Or, même si on parle beaucoup d'éducation sexuelle et affective (ESA), il me semble que depuis de nombreuses années les choses stagnent, et on est en droit de se demander si elles ne régressent pas. De nouveau, on constate ce hiatus entre les discours, les bonnes intentions et ce qui est véritablement réalisé.

Notre Fédération plaide pour plus d'éducation sexuelle et affective. Dans les faits, nous demandons clairement l'institutionnalisation de l'ESA au même titre que les autres actions éducatives. Il n'y a pas de raison que l'ESA se passe en dehors des heures de cours, en parascolaire, que les professeurs soient obligés de faire preuve de bonne volonté, à titre individuel, pour effectuer des démarches en dehors de leurs heures qui permettront de mettre en place une séance d'information et d'ESA, qui ne sera pas nécessairement récurrente car ces initiatives louables sont bien évidemment fragiles par nature. Il est clair que cette instabilité serait évitée si on institutionnalisait l'ESA ; il n'y aurait plus à se poser de question sur la légitimité de cet aspect éducatif. Le gain de temps et d'énergie pour les animateurs serait énorme, ces derniers ne seraient plus obligés de « démarcher » les écoles, de tenter de convaincre les directions, etc. Les obstacles sont multiples.

Or, on constate qu'à chaque fois que quelque chose a été institutionnalisé, c'est-à-dire a obtenu la caution soit d'une autorité d'école, soit une caution pédagogique par l'intermédiaire des inspecteurs d'un cours, le travail en a été grandement facilité. Ainsi, nous souhaitons que le monde politique prenne une position claire à ce sujet et instaure, dans le cycle scolaire, des cours en collaboration avec des professionnels. Il existe plusieurs types de professionnels. Il n'y a pas que les travailleurs en centres de planning familial, il y a d'autres professionnels investis par le législateur du travail en éducation sexuelle : les travailleurs des PMS/PSE, les professeurs d'un certain nombre de cours généraux, les professeurs des cours dits « philosophiques » (morale et religion). On constate parfois quelques réticences des professeurs des cours philosophiques d'inspiration religieuse à l'encontre des animations ; de nouveau, une institutionnalisation claire de l'ESA découragerait ce genre d'attitudes.

En conclusion, pour faire plus d'éducation sexuelle : il faut l'institutionnaliser et activer un réseau existant afin de travailler en collaboration.

Pour faire mieux, pour améliorer l'éducation sexuelle, tout le monde a bien pris conscience du fait que l'éducation sexuelle est un outil de prévention en matière de violence sexuelle, elle aide à la résolution des problèmes individuels de la sexualité, mais elle permet également d'améliorer les paramètres sociaux de la sexualité.

Cependant, aujourd'hui, il est plus difficile pour les animateurs de travailler dans les écoles sur le thème de la sexualité heureuse que sur le thème de la prévention du sida. C'est symptomatique d'une vision peu positive de la sexualité ; aujourd'hui, on fait surtout peur aux enfants. Il faudrait inverser la tendance, et souligner l'aspect positif de la sexualité : « faire l'amour, c'est gai, c'est bon pour la santé » tel est le message qu'il me semble important de mettre en avant. C'est de cette manière que l'on privilégiera une sexualité harmonieuse et épanouie. Une vision positive passe aussi par les parents. L'amélioration de l'éducation sexuelle les concerne et il est nécessaire qu'ils acquièrent ou qu'ils gardent à l'esprit des notions claires. Ce qui paraît évident pour les professionnels ne l'est pas toujours pour eux.

L'éducation sexuelle et affective implique :

- une attitude positive envers la sexualité
- un apprentissage de la maîtrise et du respect
- une reconnaissance et un encouragement du langage du corps

L'éducation sexuelle, lorsqu'elle est bien conçue, requiert également une capacité d'écoute, un sens de l'information. Elle demande une certaine liberté de vue par rapport aux

« normes », une qualité de parole qui permet d'associer des mots aux émotions, c'est-à-dire de pouvoir dépasser les tabous et le silence, de pouvoir interpréter le sens de ce silence et exploiter les messages véhiculés par le non-dit. Il faut enfin être capable, pour incarner le bon agent d'ESA, d'analyser sa propre intimité, ses rêves, et d'évaluer son autonomie.

Malheureusement, nous sommes bien souvent éloignés de ce modèle : nos parents n'étaient généralement pas très à l'aise par rapport à la sexualité, qui nous ont surtout appris par l'absence de mots une série de tabous et d'interdits. On nous a inculqué la notion de gêne, de culpabilité, nous avons subi des humiliations, vécu des échecs qui entraînent un manque de confiance (en soi et l'autre), etc. Compte tenu de cela, il est important de fournir aux adultes l'occasion de se former à l'ESA : il n'est pas du tout évident de parler de sexualité avec les jeunes, il faut réfléchir à son propre parcours, se situer par rapport à la sexualité. Non pas dans le but de devenir un « expert » en ESA, mais dans le but de fixer ses propres limites, les limites au-delà desquelles on ira pas, les choses dont on a pas envie de parler et/ou qui mettent mal à l'aise. Dans le cadre formatif, il est d'ailleurs préférable de ne pas employer les professeurs en « première ligne » au détriment des professionnels, et ce même s'il faut inscrire dans les cours l'obligation de l'ESA. Les professeurs sont plus vulnérables, étant donné leur manque de pratique de l'animation sexuelle et le fait qu'une séance implique une « mise en danger » incompatible avec la gestion traditionnelle d'un groupe tout au long de l'année scolaire. Le professionnel, quant à lui, effectue son animation ponctuelle, et limite exclusivement son activité à ce sujet.

Une illustration de la problématique : la collaboration avec les professeurs de biologie

Il y a deux ans encore [2001], les professeurs de biologie – ce cours n'existe que dans l'enseignement général – devaient aborder avec les 13-14 ans l'éducation sexuée (peu importait l'espèce : insectes, batraciens, ...), beaucoup de professeurs décidaient alors d'aborder la sexualité humaine, mais ils n'y étaient pas obligés. Ce qui fait qu'en dehors des grandes villes où l'enseignement est relativement progressiste, on constatait dans les campagnes que bien souvent l'éducation sexuée abordée n'était pas l'éducation sexuelle humaine. En 2001, les inspecteurs de biologie de la Communauté française ont accepté de modifier le programme, et maintenant les professeurs qui s'adressent aux 14-15 ans sont obligés de parler de reproduction humaine. A cette fin, les professeurs sont invités à travers le programme officiel à aborder le sujet en collaboration soit avec les centres de planning, soit avec un centre PMS, soit avec un collègue des cours philosophiques.

C'est bien, car, maintenant, tous les élèves de 13-15 ans de l'enseignement général ont, dans le cadre de leur cours de biologie, une approche de la sexualité humaine. On peut regretter cependant que les élèves des cours techniques et professionnels, ainsi que l'enseignement spécial, ne puissent pas bénéficier de tels cours, alors qu'ils en ont certainement le plus besoin.

Conclusion :

Clairement, la FLCPF revendique plus d'éducation sexuelle et affective en mettant en place un programme qui commence dans la petite enfance et se poursuit tout au long de l'évolution de l'enfant jusqu'à l'adolescence, de 4 à 18 ans par exemple ; et qu'on la fasse mieux en refusant de faire peur, de dramatiser la sexualité, en cessant de souligner un caractère de dangerosité qui nuit à l'harmonie sexuelle de l'enfant et de l'adolescent.

Réflexions et propositions des mandataires politiques concernés en matière d'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire

*Nicole MARECHAL, Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé
en Communauté française*

Il existe des projets pour l'instant en Communauté française. Dans un premier temps, je vais vous parler de la manière dont j'ai imaginé travailler sur l'introduction dans le cursus scolaire de la sensibilisation à la vie affective et sexuelle.

Ainsi en 2000, la conférence interministérielle de santé a créé un groupe de travail qui devait se pencher sur les rapports de la commission d'évaluation de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, puisqu'on constatait qu'il y avait une augmentation des IVG chez les filles de moins de 20 ans. C'était un signal inquiétant. Après un an de travail, le groupe a rendu une série de recommandations en matière de contraception pour les jeunes, avec une stratégie globale qui intéressait aussi bien les entités fédérées que l'Etat fédéral. Et donc les Communautés puisqu'elles sont compétentes en matière de prévention santé. C'était l'occasion d'aborder les animations ESA dans le cursus scolaire. On a donc organisé une rencontre en juin 2002 autour de représentants du canton de Genève. En effet, depuis une vingtaine d'années, les Genevois ont avancé en matière d'ESA dans l'enseignement fondamental, secondaire, traditionnel et spécial. J'ai invité à cette rencontre les ministres régionaux Hutchinson et Detienne, et ceux de l'enseignement : messieurs Hazette et Nollet, ainsi que les collègues de la Région germanophone. Après la découverte de l'expérience genevoise, un autre groupe de travail s'est mis en place, a multiplié les échanges constructifs, et fin 2002, il y eut une rencontre avec les représentants du secteur : les centres de planning familial, les équipes PMS, les équipes de promotion de la santé à l'école, les acteurs de promotion de la santé soutenu par la Communauté française. Le but était de déterminer comment organiser des animations ESA de façon régulière en primaire et en secondaire, dans l'enseignement traditionnel et dans l'enseignement spécial. On s'est rendu compte qu'il fallait commencer par un état des lieux, parce qu'il n'y en a pas en Communauté française, et ce même s'il y a des choses qui se font, parfois de manière très méconnue, parfois dans le chef d'acteurs non subsidiés. Malheureusement, il y a une inégalité terrible dans la répartition des élèves touchés par les séances d'ESA : souvent, ce ne sont pas ceux qui en ont le plus besoin, qui y accèdent. Donc, il me semblait nécessaire de dresser un état des lieux de ce qui existe, de ce qui se fait. J'ai engagé un expert : l'équipe de Promes (ULB) qui prend des contacts directs avec les associations, les acteurs de promotion de la santé, les élèves, les écoles, ... Un comité d'accompagnement avec des représentants des différents secteurs concernés s'assure que le tour de la question est bien réalisé. Cette étude est en cours pour l'instant. Elle est importante puisqu'il n'y a pas de précédent comparable. L'objectif est de travailler à des moments « brise-glaces » dans le cursus scolaire, réalisés par des professionnels. Il me semble que l'enfant ou l'adolescent n'a pas nécessairement envie de parler de sa sexualité avec ses parents, ni avec ses professeurs. Je pense qu'il est important qu'une première sensibilisation soit, dès lors, organisée par des professionnels ; et puis, les professeurs peuvent éventuellement prendre le relais, et assurer un suivi. L'objectif est donc que tous les jeunes, dans toutes les écoles, puissent bénéficier de ces animations, sur base d'un contenu de formation qui serait institutionnalisé, mais pas modélisé de manière rigide (il doit permettre une certaine adaptation, on ne travaillera pas de la même façon dans l'enseignement spécial et dans l'enseignement traditionnel). Plus précisément, on réfléchit pour l'instant à la place de

ces animations dans le cursus : soit une intervention en 4^{ème} et 6^{ème} primaire, ainsi qu'en 2^{ème} et 4^{ème} secondaire. Je ne peux travailler seule à la réalisation de ces objectifs, parce que je ne suis pas la seule compétente, parce qu'il faut intégrer la démarche dans les programmes scolaires, dans l'organisation de l'école, ce qui est particulièrement complexe, et parce que le budget de la prévention santé en Communauté française est extrêmement réduit.

Le 4 octobre 2003, il y aura une journée de présentation de l'état des lieux. Nous inviterons à cette journée, dans une volonté d'ouverture maximale, les acteurs de terrain, les administrations, les Genevois ainsi que la Fédération des gays et lesbiennes, les CLPS, les associations de parents, etc. Tous pourront donc se rendre compte de ce qui existe et apprécieront les pistes que l'on peut dégager.

Dès la fin de l'état des lieux, je vais mobiliser un nouveau budget pour qu'une équipe travaille à la modélisation d'un contenu de formation qui sera aussi présenté au secteur, pour qu'il puisse réagir une dernière fois. Ce modèle devrait être terminé fin octobre. Un appel à projet sera alors envoyé aux équipes et établissements scolaires prêts à se lancer dans l'aventure, sous forme d'un projet pilote respectant le cadre de la promotion de la santé et le contenu de formation. C'est certainement un projet pilote puisqu'il faudra trouver des pistes pour dégager des moyens financiers ; je veux m'assurer que, en juin 2004, le processus continue et qu'une dynamique est enclenchée.

Le projet s'adressera d'abord à l'enseignement primaire (4^{ème} et 6^{ème}, tant dans le traditionnel que dans le spécial). Je suis désireuse de le voir aboutir, mais je ne peux le concrétiser seule, il me faut la collaboration des différents ministres concernés pour élaborer un budget, pour évaluer les projets pilotes... Un tel processus est extrêmement lent, mais loin d'être inhabituel : à Genève, par exemple, le projet pilote a fonctionné pendant dix ans. Cette lenteur s'explique entre autres par la difficulté à parler de sexualité, alors même que nous vivons dans une société souvent sexualisée, érotisée à outrance, et par l'ensemble des problèmes techniques liés à l'intégration dans le cursus scolaire, dans les programmes négociés de longue date, de moments voués à l'approche de la vie affective et sexuelle. Sans oublier la nécessité de s'entendre sur le financement. Tout cela fait que ce projet reste un véritable défi. J'espère n'être pas la seule à vouloir le relever, et pouvoir, dès janvier 2004, mettre en place des expériences pilotes dans plusieurs établissements scolaires.

*Gérard MARNETTE, représentant Pierre HAZETTE,
Ministre de l'Enseignement secondaire et de l'Enseignement spécial
en Communauté française*

J'aimerais intervenir sur la position de Monsieur le ministre Hazette, qui a dans ces attributions les centres PMS. Je pense que depuis le début de son mandat, le ministre Hazette, au niveau de l'enseignement secondaire, de l'enseignement spécial et des centres PMS, a accordé une attention toute particulière à la problématique de l'éducation affective et sexuelle. Au niveau des centres PMS, il avait chargé le Conseil supérieur de la Guidance psycho-médico-sociale de lui donner un avis sur la contraception d'urgence. Les conclusions du Conseil préconisent l'organisation d'un travail de collaboration étroit avec les structures existantes en ce qui concerne l'éducation sexuelle et affective dans les établissements

scolaires. Ces structures, ce sont les centres de planning familial et les centres PMS. Sans oublier ce qui se mettra en place à l'initiative de Mme Maréchal.

Il y a donc des structures, des personnes qualifiées, et il faut les utiliser au maximum pour organiser un programme d'éducation affective et sexuelle. Je pense qu'il est très important de ne pas faire de cours académiques sur la sexualité, mais d'organiser un programme d'animations, de maturation affective et sexuelle à différents niveaux de la scolarité. Monsieur Hazette pense que les conclusions du Conseil supérieur - fruits d'une longue réflexion - confirment l'importance d'organiser un programme d'animations dans les classes, mais il est nécessaire de prendre en considération la personnalité de l'individu dans son ensemble et cette approche de l'éducation affective et sexuelle doit s'intégrer dans un programme d'élaboration d'un projet de vie de l'enfant et de l'adolescent. C'est un travail qui s'échelonne tout au long de la scolarité. Je pense qu'il est indispensable que l'on introduise cette notion d'éducation sexuelle et affective, et l'élaboration du projet de vie, dans le projet d'établissement.

Interventions du public :

Je souhaite intervenir au niveau du cursus scolaire dans l'enseignement supérieur. Je pense qu'il y a peu, voire pas de cours d'ESA dans le cadre des études des futurs enseignants, des infirmiers, etc. Il me semble important que ces cours apparaissent dans le cursus.

Nicole Maréchal : Par rapport au secondaire, le Dr Roynet a rappelé cette avancée relative aux cours de biologie. Personnellement, j'ai interrogé Madame Dupuis dans le cadre d'une question globale qui était posée par une parlementaire ; elle me signalait qu'aujourd'hui, pour les enseignants et les professions de la santé, dans le supérieur non universitaire, il y a deux axes développés. Il y a d'abord la formation scientifique (l'anatomie humaine, le fonctionnement de l'appareil reproducteur, etc.) assurée par des régents en science et des agrégés scientifiques de l'enseignement secondaire supérieur – dont la formation disciplinaire contient ces matières. Et il y a également une formation aux aspects plus affectifs, psychologiques, moraux, des relations sexuelles qui est donnée aux élèves dans le cadre de l'éducation sexuelle et affective assurée par des régents en morale et en religion, et des agrégés en philosophie.

Personnellement, j'ai la capacité par mes compétences d'intervenir d'abord au niveau de la prévention, et je me dis que l'essentiel est quand même de travailler avec des enfants. Par ailleurs, il est vrai que la formation initiale des professionnels qui encadrent les enfants au quotidien est aussi, sans doute, à revoir et à améliorer. Cependant, on ne modifie pas les formations en un tour de main, il s'agit à chaque fois de négociations très longues, de processus particulièrement lents.

Dr Dominique Roynet : C'est vrai que tout cela est long et lent, mais quand il s'est agi d'introduire les nouvelles technologies dans l'enseignement, on a trouvé rapidement des solutions, cela n'a pas posé beaucoup de problèmes. Il est quand même intéressant de poser la question : en quoi la sexualité serait-elle plus dangereuse pour la société que les nouvelles technologies ?

Nicole Maréchal : Nous essayons de développer également un programme, grâce à l'asbl Repères, pour les professionnels de l'Aide à la jeunesse. A l'instar des jeunes de l'enseignement spécial, qui sont sans doute des enfants plus vulnérables, les jeunes concernés

ont vécu des situations fragilisantes et les professionnels sont souvent complètement désarmés lorsqu'ils doivent parler de sexualité et d'amour avec des enfants et des adolescents particulièrement perturbés. Ce projet pilote fonctionne très bien et nous espérons pouvoir développer cela plus largement pour les professionnels de l'Aide à la jeunesse dans toute la Communauté française.

Lorsqu'on évoque les différents intervenants dans le cadre de l'ESA, il est évident que les professionnels sont importants, ils ont une expérience et une aisance non négligeables. Malgré tout, j'estime que plus ces intervenants sont nombreux, mieux c'est. On a donc parlé des professeurs de biologie, des professeurs de philosophie, mais je m'étonne que l'on ne parle jamais des professeurs d'éducation physique. Or, ils sont en rapport, et en contact avec le corps de l'enfant. Il y a une négation de cet aspect corporel chez les jeunes ; on ne parle pas du vécu des émotions à travers le corps. C'est un sujet à ne pas négliger.

Dr Dominique Roynet : Je pense que vous ne disposez pas des dernières informations en la matière. Pour ce qui est du programme de promotion de la santé sexuelle dans les écoles, les inspecteurs d'éducation physique sont nos partenaires depuis 4 ans déjà. C'est là aussi l'exemple d'une expérience intéressante. Si les professeurs d'éducation physique prennent dans le cadre de leur cours, l'initiative de parler du corps, de ses changements, d'aborder l'éducation à la sexualité, ils seront couverts par leur inspection. Ainsi, depuis 4 ans, les inspecteurs d'éducation physique participent, avec les inspecteurs des cours philosophiques, les inspecteurs de biologie et les inspecteurs d'enseignement auxiliaire (c'est-à-dire les éducateurs) – avec en plus, depuis cette année, les inspectrices des cours familiaux – et cautionnent notre programme de promotion de la santé sexuelle dans les écoles. Ils ne sont donc pas oubliés.

Je voudrais préciser ma pensée par rapport aux professeurs d'éducation physique : c'est bien au niveau du contenu des cours, de la matière enseignée qu'il y a encore beaucoup de travail à faire.

Paul Piette (Directeur médical de la firme qui commercialise la pilule du lendemain en Belgique) : *Il y a une initiative en communauté néerlandophone. Il s'agit d'un kiosque destiné à l'éducation des jeunes, qui est exposé à Gand et visité par les écoliers du primaire afin de se familiariser avec les thèmes dont on parle aujourd'hui. Existe-t-il une initiative de ce type en Communauté française ? Etes-vous au courant de l'initiative flamande ? Qu'en pensez-vous ?*

Nicole Maréchal : Cela peut être intéressant. Il y a également une offre en Communauté française. Je ne comparerai pas les deux cas de figure, puisque je ne connais pas bien le projet flamand. Mais je pense qu'en Communauté flamande comme chez nous, il n'y a pas d'obligation d'aborder ces questions dans les cours...

Maintenant oui, au niveau secondaire, pas encore au niveau primaire.

Nicole Maréchal : Dans ce cas, la Flandre a sauté le pas, par rapport à nous. D'autre part, on a énormément d'offres de service et d'outils en Communauté française. Néanmoins, tout dépend de l'établissement scolaire : on ne peut le contraindre d'intégrer une animation de ce type-là dans son tableau horaire. Il y a une indépendance de l'école, elle est inscrite dans la Constitution. Il faut donc travailler avec l'adhésion du milieu scolaire, c'est indispensable. Hormis cela, l'initiative est intéressante. Il est bien sûr positif de donner des outils aux

professeurs, en « deuxième ligne », mais je pense qu'il est surtout très important d'avoir une phase de « première ligne » assurée par des professionnels.

Gérard Marnette (Représentant du ministre P. Hazette) : Je voudrais rappeler ici le rôle du Conseil de participation et du projet d'établissement. Je pense qu'à ce niveau une réflexion des centres de planning et des centres PMS pour intégrer dans le projet d'établissement des initiatives, serait un premier pas important.

Nicole Maréchal : Il y a le « projet santé ». A partir de la rentrée scolaire 2005-2006, chaque école devra avoir un projet santé. On peut imaginer que, pour bon nombre d'écoles, la vie affective et sexuelle pourrait être un thème autour duquel on travaille. Le principe est aussi que chaque établissement élabore son projet en fonction de sa population estudiantine, des demandes de cette population et de tous les intervenants scolaires, et cela en toute indépendance. Par ailleurs, ce qui se mettra en place dans l'enseignement supérieur non universitaire, ce sont les « points santé » où, toutes les semaines, l'équipe de promotion de la santé à l'école sera à disposition des étudiants pour aiguiller, conseiller.