Parliamentary Assembly
Assemblée parlementaire
https://pace.coe.int

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

Doc. 15084
19 février 2020

Autonomiser les femmes: promouvoir l'accès à la contraception en Europe

Rapport[1]
Commission sur l'égalité et la non-discrimination
Rapporteure: Mme Petra BAYR, Autriche, Groupe des socialistes, démocrates et verts

Résumé

La contraception renforce le pouvoir décisionnel et l'autonomie des femmes, aussi bien à titre personnel qu'au sein du ménage, et leur permet de mieux concilier vie privée et vie professionnelle. L'accès à la contraception est donc un facteur crucial d'autonomisation des femmes.

L'un des principaux obstacles à la contraception est son coût financier: des subventions et le remboursement devraient donc être accordés par les pouvoirs publics, en incluant les contraceptifs modernes dans les régimes publics d'assurance maladie.

Les idées fausses et les mythes, ainsi que les normes patriarcales et la stigmatisation sociale, entravent aussi lourdement l'accès à la contraception moderne. Une éducation sexuelle complète à l'école, ainsi que des activités d'information et de sensibilisation ciblant les adultes, sont essentielles pour surmonter ces obstacles culturels et sociaux.

La protection et la promotion de l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, y compris l'accès à la contraception, devraient figurer en haut de la liste des priorités politiques, d'égalité et de santé des gouvernements européens.

1. Renvoi en commission: Doc. 14597, renvoi 4402 du 12 octobre 2018.

Sommaire **Page**

A. Projet de résolution 3
B. Exposé des motifs par Mme Petra Bayr, rapporteure 6
1. Introduction 6
2. Accès à la contraception en Europe: vue d'ensemble 7
3. Accès à la contraception en Europe: comparaison de pays choisis 9
4. Types de contraception et remboursement 10
5. Éducation sexuelle, formation professionnelle et idées fausses 11
5.1. Professionnels de santé: formation et attitudes 11
5.2. Éducation sexuelle 12
5.3. Mythes et idées fausses sur la contraception 13
5.4. Autres obstacles à la contraception et contre-mesures possibles 13
5.5. Un exemple de bonne pratique en Finlande: la «Neuvola». 14
6. Le rôle des organisations de la société civile 14
7. Conclusions 15

A. Projet de résolution[2]

1. L'accès à la contraception moderne est essentiel à l'autonomisation des femmes, car il renforce leur pouvoir décisionnel et leur autonomie, aussi bien à titre personnel qu'au sein du ménage, leur permet de planifier plus efficacement leur carrière et leur développement professionnel ainsi que de concilier plus facilement vie privée et vie professionnelle.

2. Les femmes n'accèdent pas toutes à la contraception sur un pied d'égalité. Des disparités géographiques existent entre les États membres du Conseil de l'Europe et en leur sein, et les difficultés sont plus fortes dans les zones rurales et reculées.

3. Par ailleurs, des obstacles financiers et économiques entravent l'accès à la contraception. La situation économique et financière est particulièrement importante pour les jeunes et les personnes à faible revenu qui ont du mal à accéder à la contraception en l'absence d'une prise en charge ou d'un remboursement.

4. Les barrières culturelles et sociales, notamment les normes culturelles, les stéréotypes de genre, les préjugés et les jugements moraux, nuisent également à l'accès à la contraception et entraînent une méconnaissance ou une connaissance insuffisante des méthodes contraceptives, de la possibilité d'y recourir et de leur utilisation correcte. Ces obstacles affectent les utilisateurs potentiels, en particulier les femmes, les jeunes et les personnes non mariées, et les dissuadent de rechercher des dispositifs contraceptifs et des conseils dans ce domaine. De surcroît, les mythes et idées fausses, qui présentent de façon mensongère la contraception comme étant inutile ou potentiellement nocive, sont largement répandus.

5. Les groupes vulnérables et marginalisés, notamment les personnes issues de l'immigration, les personnes handicapées et les minorités ethniques et linguistiques, sont particulièrement exposés aux obstacles tant financiers que culturels à l'accès à la contraception, ce qui nécessite une attention et des mesures spécifiques.

6. L'Assemblée parlementaire estime que les pouvoirs publics à tous les niveaux devraient accorder une priorité élevée à la protection de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, en tant que composante importante des politiques en faveur de l'égalité de genre, en vue de bâtir des sociétés justes et égalitaires et de promouvoir la santé et le bien-être.

7. L'Assemblée est convaincue qu'une éducation sexuelle complète à tous les niveaux de la scolarité est un élément indispensable de l'éducation des enfants et des jeunes. Il s'agit d'un investissement dans une société plus saine qui contribue à améliorer la compréhension des libertés individuelles et des limites en matière de sexualité, à prévenir les grossesses précoces et non désirées, à accroître l'utilisation de la contraception moderne, à prévenir les maladies sexuellement transmissibles, à améliorer la connaissance, les attitudes et les compétences nécessaires pour le bien-être des jeunes, à promouvoir des normes de genre et sociales plus équitables, à prévenir la violence sexuelle, fondée sur le genre et dans les relations intimes, et à promouvoir l'autodétermination, l'autonomisation, l'égalité, la non-discrimination et le respect de la diversité;

8. L'Assemblée est d'avis que tous les types de contraception moderne, dont les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action, devraient être accessibles et abordables financièrement à tous, indépendamment de toute considération de sexe, d'origine sociale ou nationale et de toute autre situation, et être accompagnés de conseils et d'informations fiables. Les responsabilités devraient, dans la mesure du possible, être partagées entre les femmes et les hommes.

9. Considérant ce qui précède, l'Assemblée invite les États membres et observateurs du Conseil de l'Europe, ainsi que ceux dont le parlement bénéficie du statut d'observateur ou de partenaire pour la démocratie auprès de l'Assemblée parlementaire:

9.1. en ce qui concerne l'éducation, l'information et la sensibilisation en matière de sexualité:

9.1.1. à introduire une éducation sexuelle complète dans tous les programmes scolaires et à faire en sorte qu'une telle éducation, adaptée à l'âge des élèves, ait caractère obligatoire pour tous, sans possibilité de s'y soustraire. Ces cours devraient satisfaire à des critères d'objectivité et de rigueur scientifique, et aborder des questions telles que la prévention des grossesses précoces et des maladies sexuellement transmissibles, la promotion de l'égalité de genre, les relations intimes, le consentement, la prévention de la violence sexuelle fondée sur le genre et dans les relations intimes et la protection contre celle-ci, les normes liées au genre, l'orientation sexuelle, l'identité et l'expression de genre;

2. Projet de résolution adopté à l'unanimité par la commission le 4 décembre 2019.

9.1.2. à réviser les manuels utilisés dans les programmes d'éducation sexuelle et veiller à ce que leur contenu et leurs illustrations soient scientifiquement exacts;

9.1.3. à dispenser aux enseignants, aux médecins scolaires et au personnel infirmier des écoles une formation spécifique et des ressources sur une éducation sexuelle complète;

9.1.4. à mener des campagnes d'information et de sensibilisation sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, notamment en donnant des informations détaillées sur toutes les méthodes contraceptives modernes et l'ensemble des autres questions couvertes par l'éducation sexuelle à l'école, en ciblant les jeunes dans le cadre scolaire et en dehors, les parents et le grand public, sur internet et les médias sociaux ainsi que dans les médias traditionnels, comme la presse, la radio, la télévision, y compris la télévision publique;

9.1.5. à créer et promouvoir des sites web fournissant des informations détaillées et factuelles sur la contraception, comprenant tous les types de méthodes contraceptives modernes, leur coût et les lieux où l'on peut les obtenir. Les informations devraient également être accessibles aux habitants des zones rurales et reculées, aux personnes appartenant à des minorités linguistiques, aux personnes handicapées et aux migrants;

9.2. en ce qui concerne l'accès à la contraception:

9.2.1. à faire en sorte que toutes les méthodes modernes de contraception, dont la contraception d'urgence sans prescription, soient mises à la disposition du public, notamment dans les zones rurales et reculées, ainsi qu'aux groupes marginalisés et vulnérables;

9.2.2. à veiller à ce que les méthodes contraceptives soient financièrement abordables en prévoyant un remboursement ou une prise en charge adéquate grâce à leur inclusion dans les régimes nationaux d'assurance maladie;

9.2.3. à mettre au point des systèmes spécifiques de remboursement ou de prise en charge pour les jeunes, les groupes vulnérables et les personnes à faible revenu, en vue de lutter contre les obstacles économiques qui contribuent à l'inégalité d'accès à la contraception et à réexaminer régulièrement ces systèmes pour en garantir l'efficacité;

9.2.4. à donner des conseils individuels peu coûteux, confidentiels et sans porter aucun jugement aux personnes qui souhaitent recourir à la contraception en vue de fournir aux utilisatrices et utilisateurs toutes les informations nécessaires et personnalisées, notamment quant au choix des méthodes contraceptives les mieux adaptées à leurs besoins, et de les aider le cas échéant à revoir ce choix;

9.2.5. à assurer une formation obligatoire sur la contraception, tant au niveau de l'enseignement universitaire supérieur que dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé, ainsi qu'à fournir régulièrement des informations sur les données scientifiques pertinentes;

9.2.6. à élaborer, à l'intention des professionnels de santé, des lignes directrices factuelles sur la contraception moderne, fondées sur les normes établies par l'Organisation mondiale de la santé;

9.3. en ce qui concerne la recherche et la collecte de données:

9.3.1. à améliorer les systèmes de collecte de données existants ou à en développer de nouveaux, de manière à assurer une vaste collecte de données comparables sur la contraception, ventilées par sexe, âge, revenu, condition sociale et niveau d'éducation;

9.3.2. à entreprendre ou améliorer les recherches sur l'utilisation de toutes les méthodes de contraception, leur prévalence, leur évolution, leur coût et leur impact sur les utilisatrices et utilisateurs;

9.3.3. à promouvoir et soutenir la recherche scientifique sur les méthodes de contraception masculine, en vue de concevoir et mettre à disposition des moyens et dispositifs innovants à l'usage des hommes;

9.4. en ce qui concerne la coopération avec la société civile, les professionnels de santé et les prestataires de services:

9.4.1. à renforcer la coopération et le soutien des organisations de la société civile et de celles des professionnels de santé, qui s'emploient à promouvoir la contraception et à fournir des moyens contraceptifs, collecter des données et mener des recherches, concevoir et mener

des campagnes d'information et de sensibilisation, assurer la formation du personnel médical et l'éducation sexuelle; et fournir un environnement favorable et des fonds pour les organisations de la société civile actives dans ce domaine.

B. Exposé des motifs par M^me^ Petra Bayr, rapporteure

1. Introduction

1. L'autonomisation des femmes est un processus complexe englobant de multiples facteurs qui vont de l'accès à l'éducation et une meilleure représentation politique à la participation dans l'économie, en passant par une amélioration de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée et le droit à une vie exempte de violence fondée sur le genre. Ce processus suppose d'éliminer tous les obstacles qui empêchent les femmes de contribuer au développement de la société sur un pied d'égalité avec les hommes.

2. La protection de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes s'inscrit dans ce cadre, en particulier dans le contexte actuel marqué par un recul général des droits des femmes. Aujourd'hui, il importe non seulement de consolider les acquis, mais aussi de favoriser de nouvelles avancées. Cela s'applique également à la contraception, qui est un domaine crucial pour l'autonomisation des femmes et où des progrès s'imposent. La contraception renforce le pouvoir décisionnel et l'autonomie des femmes, aussi bien à titre personnel qu'au sein du ménage, et leur permet de mieux concilier vie privée et vie professionnelle.

3. Les objectifs de développement durable des Nations Unies soulignent la corrélation entre l'égalité de genre et la santé et les droits sexuels et reproductifs. En particulier, l'objectif 5 («Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles») comprend notamment la cible spécifique «Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation»[3].

4. Les États membres du Conseil de l'Europe sont loin d'atteindre l'objectif 5: l'«Atlas de la contraception» en Europe, publié par le Forum parlementaire européen sur la population et le développement (EPF) et présentant la situation dans 46 pays européens en matière d'accès à des moyens de contraception et à des informations et conseils pertinents, conclut à la nécessité, pour tous les pays analysés, de redoubler d'efforts afin d'améliorer cet accès.

5. Le Baromètre de l'accès des femmes à des méthodes de contraception modernes dans 16 pays de l'Union européenne (*Barometer of Women's Access to Modern Contraceptive Choice in 16 EU Countries),* publié en janvier 2015 par la Fédération internationale pour la planification familiale – Réseau européen (IPPF EN), souligne le contrôle puissant que les influences patriarcales, traditionnelles et religieuses exercent encore sur la vie quotidienne des femmes et des filles dans de nombreux pays d'Europe et constate que l'accès à la contraception a stagné, voire même régressé, ces dernières années dans les pays couverts par le rapport. Ce dernier fait toutefois aussi état des progrès possibles et met en évidence certains exemples positifs, comme Chypre et le Danemark pour leur politique d'éducation sexuelle, ainsi que la Pologne et la Suède pour leurs directives médicales nationales actualisées sur la prestation de services contraceptifs.

6. Il convient de noter que, la plupart du temps, les pays qui facilitent l'accès à la contraception présentent également des taux de fécondité plus élevés. La France, par exemple, figure parmi les premiers pays européens dans les deux cas[4]. Les politiques contraceptives ne réduisent donc pas les taux de natalité. Les chiffres indiquent également une diminution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse lorsque l'accès aux contraceptifs modernes est facilité. Bien que l'avortement n'entre pas en soi dans le cadre du présent rapport, cette corrélation, confirmée par plusieurs sources, ne saurait être ignorée.

7. L'accès à la contraception ainsi que la protection et la promotion de l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs devraient figurer en bonne place dans la liste des priorités politiques, d'égalité et de santé des gouvernements européens.

8. Par ailleurs, les femmes devraient toutes avoir accès à ces droits sur un pied d'égalité. Les pouvoirs publics doivent s'attaquer aux disparités existantes en matière d'accès à la contraception, qui reflètent les inégalités socio-économiques au sein de la population. Les femmes disposant de revenus plus élevés et plus instruites, par exemple, parviennent beaucoup mieux à éviter les grossesses non désirées parce qu'elles accèdent plus facilement à la contraception et aux informations y afférentes.

---

3. Point 5.6 des objectifs de développement durable.

4. La France occupe la première place dans l'Atlas de la contraception de l'IPPF EN et selon Eurostat, son indice synthétique de fécondité est de 1,90, soit le deuxième plus élevé d'Europe.

9. Les groupes marginalisés et vulnérables, tels que les migrants, les jeunes, les personnes handicapées et les minorités, sont plus particulièrement confrontés à des obstacles dans l'accès aux moyens de contraception. Les membres de ces groupes n'ont souvent pas les connaissances nécessaires sur la façon de se procurer et d'utiliser correctement les moyens contraceptifs, y compris la contraception d'urgence.

10. Lorsque nous parlons de contraception, nous ne devons pas négliger la responsabilité des hommes dans la prévention des grossesses non désirées et la transmission d'infections. Les hommes doivent également avoir accès à la contraception et à l'éducation sur la manière d'assumer leurs responsabilités dans le cadre d'une planification familiale informée et auto-déterminée.

11. Il est primordial d'informer et de sensibiliser non seulement les groupes spécifiques mentionnés, mais aussi la population dans son ensemble. L'éducation sexuelle doit figurer dans les programmes scolaires et les activités de sensibilisation doivent cibler aussi bien les jeunes que les adultes.

12. Dans le cadre de la préparation du présent rapport, j'ai travaillé en étroite collaboration avec des organisations de la société civile, que je considère comme des partenaires essentielles en raison de leur engagement et de leur connaissance directe de la législation et des politiques mais aussi de la situation réelle sur le terrain. Outre l'invitation à une audition adressée à des experts d'organisations de la société civile, j'ai envoyé un questionnaire et reçu en retour des informations d'organisations non gouvernementales (ONG) actives au niveau national et j'ai, à plusieurs reprises, tenu des réunions et procédé à des échanges informels.

13. Les 16 et 17 octobre 2019, j'ai effectué une visite d'information en Finlande, un pays doté d'excellents services sociaux et de santé publics (classé parmi les premiers États membres de l'OCDE dans ce domaine[5]), qui s'est employé activement à tester des politiques de contraception et offre un répertoire de bonnes pratiques. Entre autres raisons ayant motivé mon choix de la Finlande, je citerai la prise de conscience des questions d'égalité de genre (le débat dans ce domaine remonte aux années 1960), l'éducation sexuelle mise en place depuis longtemps dans les écoles et la diversité des règlements et politiques sur la contraception dans le pays, permettant de recenser davantage d'expériences fructueuses.

14. De plus, le document thématique «Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe», publié en décembre 2017 par le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, est un document opportun qui contient une multitude de recommandations précieuses. Bien que mon rapport ne traite que certaines des questions qui y sont abordées, j'ai prêté une grande attention aux parties descriptive et prescriptive du document qui portent spécifiquement sur la contraception.

2. Accès à la contraception en Europe: vue d'ensemble

15. En avril 2019, la commission sur l'égalité et la non-discrimination a tenu une audition avec la participation de représentants de deux organisations de la société civile œuvrant dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs en Europe: M. Neil Datta, Directeur exécutif du Forum parlementaire européen sur la population et le développement (EPF), et M^{me} Camille Butin, conseillère auprès de la Fédération internationale pour la planification familiale – Réseau européen (IPPF EN). Cette audition a été une excellente occasion de prendre davantage connaissance de la situation globale de l'accès à la contraception en Europe ainsi que des conclusions de l'Atlas de la contraception de l'EPF et du Baromètre de l'accès des femmes à des méthodes de contraception modernes dans 16 pays de l'Union européenne de l'IPPF.

16. Les discussions et les échanges tenus dans le cadre de l'audition ont mis en lumière les insuffisances dans de nombreux États membres du Conseil de l'Europe et permis d'identifier les systèmes les plus performants en vue de les faire connaître en tant que «bonnes pratiques» dont d'autres pays pourraient s'inspirer pour combler les lacunes existantes et améliorer l'accès à la contraception.

17. Les deux études présentées à la commission durant l'audition se complètent. L'Atlas décrit la situation de 46 pays, sur la base de deux grands critères seulement. Le baromètre couvre une gamme plus large de domaines d'action mais sa portée géographique est limitée à 16 pays, tous membres de l'Union européenne.

18. Le baromètre utilise huit critères d'évaluation, correspondant aux huit domaines d'action pour analyser la situation des pays en matière d'accès à la contraception moderne et les noter. Les moyens contraceptifs modernes comprennent les pilules contraceptives, les préservatifs (masculins et féminins), les dispositifs

5. Health at a glance (Panorama de la santé), OCDE, 2018.

intra-utérins (DIU), la stérilisation (masculine et féminine), les contraceptifs injectables, les implants hormonaux, les patchs, les diaphragmes, les agents spermicides (mousse, gelée) et la contraception d'urgence. Les huit domaines sont les suivants:

– élaboration de politiques et stratégies;

– prise de conscience générale de la santé et des droits sexuels et reproductifs et choix de méthodes de contraception modernes;

– éducation sexuelle à l'école;

– éducation et formation des professionnels de santé et des prestataires de services;

– offre de conseils individualisés et de services de qualité;

– existence de systèmes de remboursement;

– prévention de la discrimination;

– autonomisation des femmes par l'accès aux méthodes de contraception modernes de leur choix.

19. L'étude conclut qu'en raison de l'évolution des priorités politiques, le suivi et l'évaluation des politiques relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs sont insuffisants et inadaptés. L'influence religieuse continue de nuire à l'accès à la contraception. La sensibilisation de l'opinion publique aux moyens de contraception semble limitée dans la plupart des pays européens. Seuls deux pays ont mis en œuvre des campagnes d'information sur la contraception. Le plus souvent, toutes les parties prenantes ne participent pas aux activités d'information. Pourtant, les organisations de la société civile qui œuvrent au niveau local, les professionnels de santé et les prestataires de services notamment apporteraient une réelle valeur ajoutée et renforceraient l'impact des campagnes d'information. Il ressort également de l'étude que les programmes d'éducation sexuelle varient considérablement d'un pays à l'autre et reposent souvent sur les connaissances personnelles et les points de vue des enseignants, ce qui nuit à la cohérence et peut-être à la justesse de l'enseignement. Les groupes conservateurs et religieux ont tendance à désapprouver l'éducation sexuelle et l'éducation aux relations interpersonnelles. Les professionnels de santé ne sont guère formés à la contraception et leur formation est rarement de qualité, d'où l'insuffisance, tant qualitative que quantitative, des services de conseils individualisés proposés dans la plupart des pays. La moitié seulement des pays étudiés propose un remboursement et les politiques dans ce domaine laissent à désirer du point de vue de la lutte contre la discrimination: les obstacles économiques et sociaux ne sont pas toujours pris en compte et l'attention portée aux groupes vulnérables est insuffisante.

20. Le dernier domaine analysé dans l'étude, à savoir l'autonomisation des femmes, présente un intérêt particulier dans la perspective politique de ce rapport. L'IPPF EN relève que dans la grande majorité des pays étudiés, les régulateurs ne considèrent pas l'accès à la contraception comme faisant partie des politiques relatives à l'égalité des sexes ni comme un facteur d'autonomisation. C'est là, me semble-t-il, une grave lacune qu'il conviendrait de combler. La capacité de planifier une grossesse a une influence déterminante sur l'autonomie des femmes et sur leur aptitude à concilier vie professionnelle et vie privée et est donc un facteur d'autonomisation.

21. Il est aussi intéressant de noter que d'après le baromètre, la situation dans chaque pays, s'agissant des domaines d'action susmentionnés, n'évolue guère: dans la plupart des cas, les politiques demeurent inchangées à 80 ou 90%. Concernant l'un d'entre eux (le domaine 5, «offre de conseils individualisés et de services de qualité»), aucune évolution n'a été observée dans les pays étudiés. Compte tenu de la situation manifestement insatisfaisante qui prévaut actuellement dans la plupart des pays, l'absence de progrès est préoccupante.

22. Il convient de mettre en exergue la conclusion du baromètre selon laquelle la volonté politique fait cruellement défaut de même que l'ambition et le soutien nécessaire pour améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs, y compris l'accès à la contraception.

23. L'Atlas de la contraception de l'EPF classe les pays examinés selon deux grands critères (qui à leur tour reposent sur plusieurs indicateurs):

– la disponibilité d'informations en ligne sur la contraception moderne;

– l'accès à des moyens contraceptifs et des services de conseils.

24. Chaque pays s'est vu attribuer un score global allant de «exceptionnellement bon» à «exceptionnellement mauvais». Les sept «États champions» classés en tête de liste se caractérisent par un programme général de remboursement des moyens de contraception pour tous et par des dispositifs de

remboursement spéciaux pour les jeunes et les femmes à faible revenu. Ils proposent des services de conseils gratuits en matière de planification familiale. Les pays classés dans la catégorie des «très bons» ne disposent que d'un programme de remboursement des moyens de contraception pour la population générale et offrent des services de conseils satisfaisants. Les pays «moyens» à «très mauvais» n'offrent guère de remboursement, voire aucun, et leurs services de conseils sont moins complets ou moins accessibles. Seule la Pologne relève de la catégorie des «exceptionnellement mauvais», laquelle a été créée en raison de l'aggravation de la situation au plan national, ce qui la distingue des autres pays observés. Seule la Pologne exige le consentement d'un tiers pour avoir accès à la contraception et la contraception d'urgence n'est proposée que sur prescription médicale.

25. En ce qui concerne l'autre grand critère, les pays les plus performants disposent de sites internet soutenus par le gouvernement, présentant des informations actualisées sur l'ensemble des moyens de contraception modernes et expliquant comment se les procurer. Dans d'autres pays, les sites internet ne bénéficient pas toujours du soutien de l'État ou donnent parfois des informations insuffisantes.

26. L'Atlas a été publié pour la première fois en 2017 et mis à jour en 2018 et en 2019. Il est intéressant de voir comment la situation a évolué dans les pays étudiés, sur la base de données et de critères comparables. L'Atlas 2019 montre que 15 pays européens ont vu leur score inchangé, 17 ont enregistré une amélioration et 14 ont reculé. Ces variations tendent toutefois à être mineures. La situation très satisfaisante des trois premiers pays du classement (France, Belgique et Royaume-Uni) se maintient. La détérioration la plus grave s'est produite en Pologne, sur fond de réactions hostiles à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes en général, et pas seulement à la contraception. La situation dans ce pays est préoccupante. Dans l'ensemble, l'Atlas de la contraception de l'EPF confirme dans une large mesure la situation «statique» décrite dans le baromètre d'IPPF EN.

27. La contribution d'experts et les échanges avec d'autres membres de la commission ont montré que la contraception n'est pas une question aussi consensuelle que ce à quoi on pourrait s'attendre. Il ressort des données que les pays qui facilitent l'accès à la contraception moderne sont aussi ceux dont les taux de fécondité sont les plus élevés. En d'autres termes, la procréation planifiée ne fait pas baisser le taux de natalité. Pourtant, les groupes conservateurs et religieux continuent d'utiliser cet argument et demeurent très fermement opposés à toute initiative visant à faciliter l'accès à la contraception moderne. Les inégalités dans l'accès à la contraception moderne préoccupent tout particulièrement, et à juste titre, les membres de la commission. L'audition a également mis en lumière les difficultés d'accès à la contraception des groupes marginalisés et vulnérables, dont les femmes roms et les réfugiées, et a appelé à prendre des mesures pour remédier à la situation. Un certain nombre d'actions, notamment des campagnes d'information, l'information par Internet, des lignes directrices spécifiques pour les professionnels, les cliniques mobiles, la participation de médiateurs culturels et, dans le cas des femmes roms, de responsables communautaires, se sont révélées utiles.

28. Je tiens à réaffirmer que l'élément essentiel qui fait défaut est la volonté politique. Par conséquent, l'objectif principal du présent rapport et de la résolution pertinente à adopter par l'Assemblée, est d'inciter les décideurs à agir.

3. Accès à la contraception en Europe: comparaison de pays choisis

29. En juin 2019, j'ai envoyé un questionnaire à des organisations de la société civile actives dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs au niveau national, afin de mettre à jour les informations recueillies par d'autres moyens. Le questionnaire m'a aidée à réunir des informations sur les méthodes de contraception disponibles dans les États membres du Conseil de l'Europe et sur leur prise en charge ou remboursement éventuel, sur le type de formation proposée aux professionnels de santé dans ce domaine et leurs attitudes à l'égard de la contraception, sur les obstacles à la contraception et l'opposition aux politiques contraceptives, ainsi que sur le rôle des organisations de la société civile et l'éducation sexuelle à l'école.

30. Des organisations basées en Albanie, en Allemagne, en Autriche, en Géorgie, en Lituanie, en Macédoine du Nord, aux Pays-Bas, et en Serbie ont répondu à l'enquête. Bien que leur nombre soit limité, la diversité des régions couvertes par les personnes ayant répondu (Europe du Sud-Est/Balkans occidentaux, Europe occidentale et Caucase) permet de procéder à une analyse solide et de faire des parallèles intéressants.

31. En plus des informations recueillies dans le cadre de l'enquête, je présenterai également les principales conclusions de la visite que j'ai effectuée en Finlande.

4. Types de contraception et remboursement

32. La différence la plus notable entre les pays étudiés concerne la couverture des contraceptifs par les régimes publics d'assurance maladie, les systèmes de prise en charge ou de remboursement (ou leur fourniture gratuite). En Géorgie, aucun remboursement n'est prévu par les régimes de santé publique. Bien que les méthodes contraceptives soient largement disponibles (y compris la contraception d'urgence, sans ordonnance), leur coût est entièrement supporté par les utilisatrices et les utilisateurs. Les fonds du budget de l'État ne sont pas alloués aux consultations ou services de planification familiale, et ces services ne sont pas inclus dans les programmes de l'État ou dans les programmes des compagnies d'assurance privées. Par le passé, des organismes internationaux comme le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ont œuvré activement dans ce domaine et financé des programmes qui ont fourni des contraceptifs modernes dans tout le pays. Or, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Aucun remboursement n'est prévu pour la contraception en Autriche, en Lituanie, en Macédoine du Nord et en Serbie.

33. En Albanie, selon les informations fournies par l'organisation à but non lucratif «Centre albanais pour la population et le développement», le ministère de la Santé coordonne les efforts visant à renforcer l'accès à la contraception, afin de la fournir à toutes celles et à tous ceux qui en ont besoin. Le ministère prend en charge les coûts de l'achat de contraceptifs pour l'ensemble du secteur public et l'Albanie est autosuffisante et ne dépend pas du soutien de donateurs extérieurs à cet égard. Les contraceptifs, dont les pilules, les préservatifs et les injectables, sont disponibles sans ordonnance et gratuitement dans plus de 425 établissements de santé publique tels que les hôpitaux, les polycliniques et les centres de santé. La stérilisation et l'insertion d'un DIU sont proposées dans les établissements dotés de gynécologues-obstétriciens qualifiés.

34. En Allemagne, tous les moyens contraceptifs prescrits par les médecins, y compris la contraception d'urgence, sont remboursés aux femmes jusqu'à l'âge de 22 ans. Passé cet âge, certaines méthodes sont remboursées (par exemple aux femmes qui bénéficient de prestations de sécurité sociale), et seulement dans certaines villes. Aux Pays-Bas, la contraception est remboursée par l'assurance maladie de base pour les adolescents et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 21 ans. Au-delà de 21 ans, les frais médicaux relatifs à la contraception ne sont que partiellement couverts par l'assurance publique. Cela peut signifier que les personnes à faible revenu ont un accès limité à certains types de contraception plus coûteux, comme les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (MLDA), et peuvent de ce fait ne pas être en mesure de choisir librement une méthode en fonction de leurs propres préférences et besoins. L'accessibilité financière et la disponibilité de méthodes contraceptives modernes pour les personnes à faible revenu et les groupes vulnérables à partir de 21 ans font désormais l'objet d'un débat politique aux Pays-Bas.

35. En ce qui concerne l'accès à la contraception par internet, la situation varie grandement entre les pays examinés. En Autriche, les méthodes non hormonales, dont la contraception d'urgence, sont disponibles légalement sur internet. La contraception hormonale n'est cependant disponible que sur ordonnance. En Géorgie, aucun contraceptif n'est disponible en ligne. En Allemagne, les pharmacies sur internet délivrent tous les types de contraceptifs après examen des demandes par un «médecin en ligne». En Lituanie, la contraception d'urgence est disponible dans les pharmacies en ligne, mais d'autres contraceptifs ne le sont pas. En Serbie, la loi interdit toute vente de moyens contraceptifs sur le web.

36. En Finlande, la contraception relève de la compétence des communes, d'où la coexistence de 311 systèmes différents correspondant au nombre de communes. Une réforme visant à intégrer les soins de santé dans le mandat des collectivités régionales fait depuis plusieurs années l'objet d'un débat politique. Une fois approuvée, la réforme devrait simplifier la situation et réduire les disparités entre les villes. 50 des 311 communes ont mis en place différentes formes de remboursement des contraceptifs, qui présentent de légères variations quant aux méthodes de contraception couvertes et aux limites d'âge (le remboursement est accordé aux jeunes, l'âge maximum allant de 20 à 25 ans selon les régimes), permettant de constater l'impact des différentes politiques.

37. La promotion de la contraception, en particulier des MLDA, s'est également avérée efficace en termes de réduction des avortements provoqués. L'expérience de Vantaa, quatrième ville de Finlande, qui fait partie du Grand Helsinki, est particulièrement éloquente à cet égard. J'ai eu le plaisir de rencontrer Frida Gyllenberg, une chercheuse de l'Université d'Helsinki qui a étudié de près le cas de Vantaa. Depuis 1975, cette municipalité propose gratuitement des services publics de planification familiale à tous les résidents. Elle a ensuite lancé, en 2013, un programme visant à fournir à titre gracieux des MLDA[6]. Il est ressorti d'une

6. Frida Gyllenberg et al., *Long-acting reversible contraception free of charge, method initiation, and abortion rates in Finland*, American Journal of Public Health, avril 2018.

analyse des séries chronologiques que, grâce à ce programme, l'utilisation des MLDA a été multipliée par 2,2 (passant de 1,9 à 4,2 pour mille femmes) tandis que le taux d'avortement a considérablement diminué: de l'ordre de 16 % dans l'échantillon total et de 36 % chez les 15 à 19 ans. Ces conclusions confirment les résultats de précédentes recherches menées aux États-Unis et ailleurs[7], et fournissent des indications précieuses qu'aucun législateur ou décideur ne saurait ignorer.

38. Le programme gouvernemental actuel prévoit la conduite d'une expérimentation nationale sur la gratuité des contraceptifs pour toute personne âgée de moins de 25 ans. En fonction des résultats obtenus, il sera décidé, à la fin du mandat électoral, de transformer cette expérience en pratique permanente. Par ailleurs, la couverture s'étendra à tous les moyens de contraception moderne, à courte et longue durée d'action, dans le but de prévenir les grossesses non désirées et les infections et maladies sexuellement transmissibles (MST). Dix millions d'euros ont été alloués au programme pour les années 2021-2022.

5. Éducation sexuelle, formation professionnelle et idées fausses

39. D'autres facteurs contribuent beaucoup à déterminer l'accès à la contraception et son utilisation effective. Ces facteurs comprennent notamment l'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, la formation des professionnels de santé (sa dispense et son caractère obligatoire ou non), les mythes et idées fausses sur la nécessité et les effets de la contraception et l'opposition à son utilisation orchestrée par certains partis politiques, groupes conservateurs et religieux.

5.1. Professionnels de santé: formation et attitudes

40. La formation des médecins et autres professionnels de santé à la contraception n'est généralement pas obligatoire, mais plutôt à caractère facultatif, et elle est assurée par divers acteurs. En Albanie, par exemple, l'ONG ACPD, soutenue par le FNUAP et l'IPPF, est le principal prestataire. La durée moyenne de la formation est de 18 heures. En Macédoine du Nord, la formation sur la contraception fait partie du programme de spécialisation des gynécologues-obstétriciens, tandis que la plupart des médecins de famille bénéficient (depuis 2015) d'une formation de deux jours (12 heures) sur la dispense de conseils sur les moyens de contraception modernes. Ces formations sont financées par le ministère de la Santé, dans le cadre du programme de prévention à l'intention des mères et des enfants. L'organisation autrichienne ÖGF International fait savoir que la formation des professionnels de santé n'est pas obligatoire et qu'elle la juge insuffisante. Aux Pays-Bas, la formation a également un caractère facultatif. En Géorgie, aucun cours de troisième cycle n'est prévu dans ce domaine pour les professionnels de santé. Cependant, l'Association HERA-XXI a mis en place une plateforme d'apprentissage en ligne à l'intention des prestataires de services de santé (www.ehera.ge), à qui elle propose différents types de cours sur la planification familiale, les méthodes modernes de contraception et les techniques de conseil. Il convient de noter que ces cours sont gratuits. En Serbie, bien que la contraception ne fasse pas partie des programmes universitaires, les professionnels de santé ont la possibilité d'assister à des séminaires sur la contraception, organisés dans le cadre de la formation médicale continue. De plus, des directives cliniques nationales sur la contraception leur sont fournies.

41. En ce qui concerne une éventuelle préférence dans le choix des méthodes contraceptives, il semble difficile de dégager une tendance. L'organisation néerlandaise Rutgers n'exclut pas que certains médecins puissent promouvoir certains types de contraception plutôt que d'autres, mais n'est pas en mesure de fournir plus de détails. Elle précise que les jeunes reçoivent généralement des informations sur au moins deux méthodes. En Albanie, les professionnels ont tendance à recommander des MLDA uniquement aux adultes et à promouvoir les préservatifs et les pilules auprès des jeunes. Il en va de même pour la Macédoine du Nord. En Géorgie, les médecins semblent recommander davantage les DIU que les autres méthodes. En Allemagne, les médecins affichent une préférence pour les méthodes qui réduisent les risques d'erreur humaine, en particulier les DIU et les injections trimestrielles. En Serbie, les professionnels de santé semblent prescrire les différents types de contraception de manière impartiale, en fonction de la situation et des besoins propres à chaque individu.

7. Rachel Benson Gold, Adam Sonfield, *Publicly funded contraceptive care: a proven investment,* Contraception, novembre 2011.

5.2. Éducation sexuelle

42. Une éducation sexuelle complète est essentielle pour sensibiliser le grand public, en particulier les jeunes, à l'accès à la contraception et à son utilisation. Elle devrait être mise à la disposition de tous les élèves et étudiants et avoir un caractère obligatoire. Si, dans certains systèmes, les parents sont autorisés à en exempter leurs enfants, une éducation sexuelle adaptée à l'âge devrait être enseignée à tous les élèves et étudiants sans exception. Il convient de noter que la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (la Cour) reconnaît l'importance de l'éducation sexuelle en matière de prévention de la violence et de l'exploitation sexuelles des enfants et de développement de leurs compétences culturelles, sociales et de la vie courante. À cet égard, la Cour a confirmé que l'éducation sexuelle peut être obligatoire pour tous les élèves et que les États membres ne sont pas tenus d'accorder une dispense de ces programmes[8]. En Autriche et en Allemagne, l'éducation sexuelle fait partie des programmes scolaires et les parents ne sont pas autorisés à dispenser leurs enfants de ces cours (en Allemagne cependant, des cas de parents gardant leurs enfants à la maison, prétextant qu'ils sont malades, ont été signalés). Aux Pays-Bas, les parents ont la possibilité de retirer leurs enfants des cours d'éducation sexuelle, mais seuls quelques-uns d'entre eux le font.

43. En Macédoine du Nord, la contraception fait partie des programmes d'enseignement de la biologie et des compétences de la vie courante. Cependant, l'ONG HERA indique que la contraception est à peine enseignée pendant ces cours. Selon une étude réalisée en 2014 par cette ONG, seuls 2 % des jeunes ont bénéficié d'une information sur la contraception à l'école. De plus, celle-ci comprenait des éléments erronés (par exemple, que la contraception orale n'est pas recommandée pour les jeunes et qu'elle pouvait être source d'infertilité ou de cancer du sein).

44. En Albanie, des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années, grâce essentiellement aux efforts déployés par le ministère de l'Éducation et l'Institut pour le développement éducatif, avec l'appui technique et financier du FNUAP et de l'IPPF. La société civile, y compris le Centre albanais pour la population et le développement et d'autres ONG, ont joué un rôle important dans la promotion de l'éducation sexuelle. Un programme d'éducation aux compétences de la vie courante et à la sexualité a été élaboré sur la base des normes internationales et officiellement introduit dans les écoles (pour les élèves de 9 à 15 ans) en 2012. Quelque 3 000 enseignants ont bénéficié d'une formation spécifique dans ce domaine.

45. En Lituanie, l'éducation sexuelle fait partie des programmes scolaires, mais elle se heurte à l'hostilité d'organisations religieuses et conservatrices, qui ont une influence sur l'éducation publique. Les parents ont le droit de dispenser leurs enfants et, d'après l'Association de planification familiale et de santé sexuelle, les manuels scolaires ne sont pas toujours adaptés.

46. Il a été fait état, dans plusieurs des pays considérés, d'une opposition à l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires qui émanerait généralement d'églises et d'organisations religieuses, parfois liées à des partis politiques. Dans certains cas, des confessions chrétiennes proposent des programmes d'éducation sexuelle alternatifs, ne traitant par exemple de la sexualité que dans le cadre du mariage. Les idées fausses, dérivant de la désinformation intentionnelle diffusée par ces groupes sur l'éducation sexuelle peuvent constituer un problème – l'organisation macédonienne, par exemple, fait savoir que les programmes d'éducation sexuelle ont été présentés par un des partis au pouvoir qui s'y opposait, comme un moyen de «promouvoir l'homosexualité». L'éducation sexuelle ne figure pas dans les programmes scolaires en Géorgie. En Autriche, le débat politique sur l'éducation sexuelle a porté, entre autres choses, sur les allégations d'un risque de «sexualisation précoce» des enfants. Le Parlement autrichien a adopté une résolution visant à interdire les éducateurs externes dans les écoles, au motif qu'ils mettraient en danger la qualité et l'impartialité de l'éducation sexuelle.

47. La Finlande est, depuis des décennies, un exemple en matière d'éducation sexuelle complète et avancée, les programmes ayant été introduits pour la première fois en 1970. Aujourd'hui, l'éducation sexuelle commence tôt, certains aspects étant enseignés dès la maternelle, puis à l'école pour les élèves de sept à douze ans. L'amélioration des connaissances des jeunes en matière de sexualité dans les années 1970 et 1980 s'est traduite par une diminution du taux de grossesses précoces. Les programmes d'éducation sexuelle ont été revus à la baisse dans les années 1990, avant de connaître une inversion de tendance au cours de la décennie suivante. L'impact de l'éducation sexuelle a été mesuré dans le cadre de deux enquêtes nationales, réalisées en 1996 et 2006, et d'évaluations des connaissances des jeunes, menées en 2000 et 2006. Ces évaluations ont montré une amélioration considérable des connaissances des jeunes sur la sexualité entre le premier et le deuxième exercice. Dans le même temps, le nombre de grossesses précoces a de nouveau reculé et divers observateurs voient une corrélation entre les deux tendances[9]. À Helsinki, j'ai visité une

8. A.R.et L.R. c. Suisse (requête n° 22338/15).

Tyttöjen talo ou «Maison des filles» créée en 2000 dans le cadre d'un réseau comprenant sept structures de ce type dans tout le pays (deux «Maisons des garçons» ont également été ouvertes). L'éducation sexuelle et la sensibilisation à la violence fondée sur le genre sont au cœur des activités menées par ce centre, qui coopère régulièrement avec les structures de soins et les établissements scolaires, où il organise des ateliers. M^{me} Herttua, sa directrice, a précisé que si l'éducation sexuelle dispensée à l'école est généralement suffisante, des activités supplémentaires s'avèrent utiles. Ainsi, plusieurs organisations ont mis en place des discussions en ligne (chat) pour donner des conseils individuels de manière anonyme. Les jeunes continuent de rechercher des informations sur la sexualité dans le matériel pornographique, qui n'est pas fiable et véhicule une image faussée, souvent dangereuse, du sexe et des relations interpersonnelles. Cependant, la situation générale est en voie d'amélioration et traduit une meilleure connaissance des sentiments, besoins et droits personnels. La Maison des filles offre à ces dernières un «lieu sûr» où des activités en groupe et des cours sont organisés et des conseils individuels fournis. Des tests de dépistage des MST, des tests de grossesse, ainsi que des préservatifs et des contraceptions d'urgence, sont également mis à disposition. L'action accomplie par cette structure montre que l'éducation sexuelle peut être enseignée à l'école mais aussi dans d'autres contextes. La coopération entre divers acteurs, notamment les écoles, d'autres entités publiques et des ONG, permet de garantir la transmission, aux jeunes et à la communauté en général, d'informations exactes, impartiales et scientifiquement fondées qui auront un impact positif sur leur santé, leur connaissance de la contraception et leur autodétermination.

48. Väestöliitto (Fédération des familles), une ONG qui mène depuis des décennies des actions de sensibilisation, de conseil et d'éducation sur la sexualité, constate que si l'éducation sexuelle est généralement enseignée à l'école, des améliorations sont encore possibles. À titre d'exemple, la formation des médecins et autres professionnels de santé à la sexualité n'est pas obligatoire et s'avère assez coûteuse. Les ONG militent ainsi en faveur de la formation à l'éducation sexuelle, afin qu'elle soit encouragée et plus facilement accessible par les professionnels. À l'instar d'autres organisations, Väestöliitto, participe également directement à des actions d'éducation et de sensibilisation à la sexualité entreprises dans les écoles et à la fourniture de conseils individuels, notamment par l'intermédiaire de forums de discussion en ligne.

5.3. Mythes et idées fausses sur la contraception

49. Plusieurs des organisations interrogées indiquent que les mythes et les idées fausses sur la contraception sont largement répandus dans le grand public, notamment sous la forme de fausses informations qui circulent sur les réseaux sociaux, et souvent difficiles à contrer. Par exemple, la contraception hormonale serait une cause potentielle d'infertilité, de prise de poids, d'augmentation de la pilosité et de diverses maladies. Les médecins et autres professionnels de santé n'ont pas nécessairement les outils permettant de déconstruire ces mythes, qui finissent par s'ajouter aux obstacles qui empêchent ou limitent l'accès des femmes à la contraception moderne. En même temps, les informations recueillies dans le cadre de l'enquête ont montré la conduite régulière d'activités d'information et de sensibilisation. En Albanie par exemple, diverses actions ont été menées, dont des campagnes dans les médias et sur les réseaux sociaux (promues par le FNUAP et l'ACPD), des activités parlementaires (telles que la présentation de l'Atlas de la contraception au Groupe parlementaire multipartite sur la population et le développement), ainsi que d'autres initiatives lancées par des établissements de santé publique et des militants des droits de l'homme. L'organisation néerlandaise fait savoir qu'aux Pays-Bas, des campagnes ont été menées sur l'utilisation de préservatifs pour prévenir le SIDA et d'autres MST, mais pas sur les contraceptifs en général. Les informations fournies par l'Autriche concernent également une activité sur les préservatifs et les MST mise en œuvre au niveau local à Vienne en 2013. Il ressort des informations collectées à ce jour que les campagnes d'information et de sensibilisation sont sporadiques et insuffisantes. Les pouvoirs publics devraient redoubler d'efforts pour fournir des informations impartiales et fondées sur des données factuelles et contrer les idées fausses et la désinformation en matière de contraception.

5.4. Autres obstacles à la contraception et contre-mesures possibles

50. Parmi les obstacles à la contraception, les organisations interrogées mentionnent le plus souvent son coût. En l'absence de remboursement, l'accès à la contraception et notamment aux méthodes plus coûteuses, est difficile, en particulier pour les groupes à faible revenu. Certaines organisations citent également le faible niveau d'engagement des autorités à promouvoir son accès, ainsi que les obstacles sociaux et culturels, en particulier les normes sociales néfastes et les stéréotypes de genre traditionnels, dont la stigmatisation associée à l'utilisation de contraceptifs; les difficultés logistiques, en particulier pour les

9. Osmo Kontula, *The evolution of sex education and students' sexual knowledge in Finland in the 2000s,* Éducation sexuelle, novembre 2010.

personnes habitant dans des zones reculées qui doivent se rendre en ville pour se procurer un moyen de contraception, ont aussi un impact. Le manque d'informations et de données est par ailleurs évoqué à plusieurs reprises. Les réfugiés se heurtent à des barrières linguistiques, qui contribuent également à entraver davantage encore l'accès à la contraception.

51. Les échanges que j'ai eus avec des responsables politiques finlandais, à savoir les collègues parlementaires Taria Filatov, Hanna Sarkinen, Mirka Soinikoski et Minna Reijonen, ainsi qu'avec Maria Makynen, membre du Conseil municipal de Lathi, m'ont confortée dans l'idée que le milieu politique finlandais soutient largement la contraception. L'opposition vient de certaines communautés religieuses, davantage représentées au sein de la «Bible Belt» (Ceinture de la Bible) située au centre du pays, et de ceux qui estiment que le pays «a besoin de plus de bébés finlandais». Quoique cette attitude soit caractéristique des conservateurs, le parti de droite «Les Vrais Finlandais» n'a adopté aucune position officielle sur les politiques de contraception au niveau national. Le débat sur cette question, comme sur les soins de santé en général, semble pragmatique, et porte principalement sur la mise au point de mesures efficaces par rapport à leur coût et sur la promotion du bien-être des résidents finlandais. Certains de mes interlocuteurs ont souligné que le soutien apporté à des positions radicales contre la contraception, inspirées par la religion, peut provenir de l'étranger.

52. Les organisations qui ont répondu ont fait état d'un large éventail de mesures pour surmonter ces obstacles: des stratégies visant à mettre tous les types de contraception à disposition des groupes vulnérables tels que les Roms, les personnes LGBTI et les professionnels du sexe; la formation spécifique des professionnels de santé pour réduire la réprobation sociale et combattre les préjugés et les idées fausses; une collecte effective de données ventilées pour orienter les politiques et la législation, des stratégies de communication et des programmes de marketing social; l'accès assuré à une éducation sexuelle complète en travaillant notamment avec les parents et le corps enseignant pour créer un environnement d'apprentissage favorable; des programmes de responsabilisation sexuelle à destination de groupes vulnérables; et l'accès à un large éventail de contraceptifs sans obstacles financiers.

5.5. Un exemple de bonne pratique en Finlande: la «Neuvola».

53. J'ai eu l'occasion de visiter un centre de santé à Vuosaari, l'un des quartiers d'Helsinki présentant une grande diversité ethnique. J'ai été impressionnée à la fois par l'enthousiasme et l'engagement des membres du personnel que j'ai rencontrés (deux médecins et une infirmière) ainsi que par la vaste gamme de services fournis. Ce centre héberge une «Neuvola», une structure finlandaise que l'on pourrait qualifier de «guichet unique» assurant tous les soins maternels et infantiles nécessaires aux enfants et à leurs familles. De tels services sont disponibles dans toutes les communes et gratuits. Vuosaari propose également un centre de planning familial ouvert tous les jours de 7h à 19h, et donc accessible à tous. Comme l'ont précisé les membres du personnel, la disponibilité de tous types de services de soins sous un même toit facilite l'accès aux usagers mais aussi la coopération des professionnels, depuis les psychologues et travailleurs sociaux aux nutritionnistes en passant par les gynécologues. Le centre accorde une attention particulière aux besoins des personnes issues de l'immigration. Le matériel d'information, par exemple, est disponible en anglais en plus du finnois et du suédois. Sur un plan général, la «Neuvola» est un exemple réussi d'approche holistique de la puériculture et de la parentalité, qui devrait inspirer les législateurs et les responsables politiques ailleurs en Europe et au-delà.

6. Le rôle des organisations de la société civile

54. Les organisations de la société civile jouent un rôle déterminant dans la sensibilisation et la promotion de l'accès à la contraception. La plupart des organisations qui ont participé à l'enquête ont fait état d'une bonne coopération avec les autorités publiques, d'autres ONG ou des donateurs internationaux. Leur travail consiste essentiellement en des activités d'éducation, d'information et de sensibilisation. Dans certains cas, elles supervisent la fourniture effective des contraceptifs, en particulier à des groupes vulnérables spécifiques. Bien que les organisations de défense des droits des femmes œuvrent souvent dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs et peuvent donner des conseils sur la contraception, elles ne sont en général pas en mesure de prescrire des moyens contraceptifs. En Albanie, l'ONG ACPD a mis en œuvre un programme d'éducation sexuelle et fait mieux connaitre la contraception aux jeunes appartenant à des groupes vulnérables. Les jeunes participant au programme ont été sensibilisés à la possibilité de recourir à la contraception et à ses avantages ainsi qu'aux obstacles qui en entravent l'accès en raison de la stigmatisation sociale qui y est associée. En Autriche, ÖGF fournit des contraceptifs (stérilet au cuivre) à faible coût ou gratuitement aux groupes vulnérables, notamment aux réfugiées. Le service (et non les dispositifs) est pris en charge financièrement par l'État. SRH Serbie (l'association serbe pour la santé et les

droits sexuels et reproductifs) distribue des préservatifs masculins et, dans le cadre de certains de ses projets, des DIU ainsi que des brochures d'information. Par ailleurs, elle dispense gratuitement des conseils dans son centre d'accueil, afin d'accroître la demande et de pallier le manque d'information sur les moyens contraceptifs. En Géorgie, HERA propose gracieusement des conseils adaptés aux jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive. Selon l'organisation, le service de conseil en ligne est très apprécié des jeunes. Aux Pays-Bas, Rutgers gère, en collaboration avec des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, Sense.info, un site web exemplaire qui fournit aux jeunes des informations complètes sur tous les aspects de la sexualité. Ce projet met également gratuitement à la disposition des jeunes un forum de discussion en ligne et des services de conseil par téléphone.

55. Les éléments communiqués par les organisations interrogées mettent en exergue la nécessité de recueillir systématiquement des données et des informations sur l'accès à la contraception et son utilisation. Les autorités ont besoin de données exhaustives, ventilées par sexe, âge, revenu, condition sociale et niveau d'éducation, pour concevoir et mettre en œuvre des politiques efficaces.

56. Il a aussi été confirmé que les barrières sociales et culturelles, les idées fausses et les mythes entravent l'accès à une contraception efficace. Elles peuvent provenir de l'absence d'éducation sexuelle à l'école, d'un manque ou d'une insuffisance de formation des professionnels de santé, de normes sociales patriarcales traditionnelles et de stéréotypes de genre, ainsi que d'une stigmatisation sociale affectant, entre autres, les jeunes et les personnes non mariées en quête d'une contraception fiable.

57. Les organisations de la société civile sont actives sur le terrain et ont une connaissance directe des besoins du public et des difficultés auxquelles il est confronté. Elles sont les mieux placées pour soutenir les pouvoirs publics dans la mise en œuvre des politiques pertinentes et ont, le plus souvent, des informations et des recommandations précieuses à partager, dont les autorités devraient faire bon usage.

7. Conclusions

58. Le présent rapport a été préparé à partir d'informations provenant de diverses sources. Il s'appuie sur le travail réalisé par les organisations de la société civile aux niveaux local et national, sur les recherches et activités de sensibilisation menées par les réseaux internationaux, sur l'expérience et les réalisations de certains États membres du Conseil de l'Europe, notamment la Finlande, que j'ai eu l'occasion d'observer de plus près. J'ai également largement pris en compte les travaux universitaires afin de mieux appréhender la situation actuelle. Je souhaiterais mettre brièvement en lumière les principaux éléments qui ressortent de cet examen et qui, d'après moi, ont été systématiquement confirmés par les diverses sources mentionnées.

59. Premièrement, les informations détaillées sur la contraception font défaut ou sont insuffisantes dans toute l'Europe. Il est nécessaire de recueillir systématiquement des données et des informations sur l'accès à la contraception et son utilisation, ventilées par sexe, âge, revenu, condition sociale et niveau d'éducation. Les pouvoirs publics ont besoin de données complètes, fiables et comparables pour pouvoir concevoir et mettre en œuvre des politiques appropriées.

60. Deuxièmement, les barrières sociales et culturelles, les idées fausses et les mythes entravent sérieusement l'accès à la contraception moderne. Ils peuvent provenir d'un défaut d'éducation sexuelle dans les écoles et au sein du grand public, d'une méconnaissance de la contraception et de sa disponibilité, d'un manque ou d'une insuffisance de formation des professionnels de santé, d'un comportement partial et moralisateur de ces derniers et d'un manque de confidentialité, de normes sociales patriarcales traditionnelles et de stéréotypes de genre, ainsi que d'une stigmatisation sociale affectant, entre autres, les femmes, les jeunes et les personnes non mariées en quête de contraception fiable. Il est urgent de régler ces différentes questions.

61. Troisièmement, les organisations de la société civile jouent un rôle important dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Les pouvoirs publics devraient s'efforcer de créer un environnement propice à la société civile et allouer des fonds suffisants pour soutenir le travail et les activités de ces organisations. Dans le même temps, ces dernières devraient mettre à profit leurs compétences et leur engagement et coopérer étroitement avec les autorités à la conception et la mise en œuvre des politiques de contraception. Le projet de résolution joint au présent rapport expose de manière plus détaillée les principaux défis auxquels l'Europe est confrontée dans le domaine de la contraception, les grandes lignes qui devraient inspirer notre action et les mesures concrètes qui devraient être prises.

62. Je tiens à remercier vivement les organisations qui ont participé à l'enquête, à savoir ACPD (Albanie), Pro Familia (Allemagne), ÖGF International (Autriche), HERA XXI (Géorgie), l'Association de planification familiale et de santé sexuelle (Lituanie), HERA (Macédoine du Nord), Rutgers (Pays-Bas) et SRS (Serbie). Je

remercie également le Centre pour les droits reproductifs, le Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs (EPF) et la Fédération internationale pour la planification familiale – Réseau européen (IPPF-EN) pour leurs précieuses contributions tout au long de la préparation du rapport. Je suis reconnaissante au Parlement finlandais, à la fois aux collègues parlementaires et au secrétariat de la délégation auprès de l'Assemblée, pour leur chaleureuse hospitalité et les efforts déployés pour que je puisse rencontrer les interlocuteurs les plus compétents.