

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



1^{er} avril 2011

SESSION ORDINAIRE 2010-2011

PROPOSITION DE RÉSOLUTION
relative au préservatif féminin

déposée par Mmes Gisèle MANDAILA et Viviane TEITELBAUM

DEVELOPPEMENTS

1. Le préservatif féminin

Le préservatif féminin a été étudié dans de nombreux pays du monde, avec des résultats largement positifs. Disponible en Europe et aux Etats-Unis depuis le début des années 90, son utilisation s'est largement répandue.

L'OMS et l'ONUSIDA encouragent l'introduction du préservatif féminin comme une nouvelle méthode de prévention, aussi bien de la grossesse que de l'infection, et comme un outil supplémentaire pour répondre aux besoins des femmes et des hommes en matière de santé sexuelle et reproductive ⁽¹⁾.

Dans son dossier d'information, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) affirment qu'« *il a été démontré que le préservatif féminin contribue au besoin d'autonomie des femmes, spécialement lorsqu'il est accompagné par des activités d'éducation et d'information* » ⁽²⁾.

1.1. Qu'est-ce que le préservatif féminin ?

Le préservatif féminin est une gaine de polyuréthane, solide, douce, transparente, qui s'insère dans le vagin avant le rapport sexuel, fournissant à la fois une protection contre les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmises (MST). Il forme une barrière entre le pénis, le vagin, le col de l'utérus et les parties génitales externes.

Le préservatif féminin présente de nombreux avantages sur le préservatif masculin ⁽³⁾ :

- le polyuréthane est plus solide que le latex, sans odeur, il n'est pas détérioré par les variations de température ou d'humidité;
- il peut être utilisé avec des lubrifiants;
- il peut s'insérer avant le rapport sexuel;

- en conséquence, le pénis ne doit pas être en érection (il n'y a donc pas d'interruption de la relation);
- cela permet aux femmes de prendre l'initiative, d'avoir un plus grand contrôle;
- la femme se sent plus en sécurité et peut donc plus profiter de la relation;
- il recouvre à la fois les parties génitales féminines internes et externes ainsi que la base du pénis, ce qui apporte une protection plus large;
- il n'a pas besoin d'être retiré immédiatement après l'éjaculation;
- il ne modifie pas la flore vaginale; ne cause pas d'irritations cutanées importantes, de réactions allergiques ou de traumatisme vaginal.

Cependant, le préservatif féminin est plus onéreux que le préservatif masculin.

Lorsqu'il est utilisé correctement, le préservatif féminin est aussi efficace que les autres méthodes barrières et ne présente pas d'effets secondaires ou de risques connus. Il peut être utilisé conjointement avec un dispositif intra-utérin, une contraception hormonale et la stérilisation. Il vise également à prévenir les grossesses non désirées et précoces.

1.2. Le niveau d'acceptabilité du préservatif féminin

Le préservatif féminin est largement accepté, tant par les femmes que les hommes. En effet, les études menées dans des pays et des contextes socio-culturels divers montrent qu'en moyenne 50 % à 70 % des participants hommes et femmes sont favorables au préservatif féminin. Les couples satisfaits mentionnent que l'usage du préservatif féminin n'interfère pas avec les sensations et le plaisir sexuel ⁽⁴⁾.

En outre, il est particulièrement intéressant pour les femmes qui souffrent d'effets secondaires avec les méthodes contraceptives hormonales; les personnes qui souhaitent se protéger à la fois contre les IST/VIH et les grossesses non désirées; les personnes qui sont allergiques au latex.

(1) Organisation Mondiale de la Santé, *Le préservatif féminin : Guide pour planifier et mettre en place les programmes*, 2002.

(2) *Op.cit.*, p. 7.

(3) DELIEGE Denise, *A New Female Condom, Health System Research*, Université Catholique de Louvain, Unité SESA, 2003, p. 7; UNAIDS, *The female condom and AIDS*, Best Practice Collection, 1997.

(4) Organisation Mondiale de la Santé, *Le préservatif féminin : Guide pour planifier et mettre en place les programmes*, 2002, p. 17.

L'acceptabilité du préservatif féminin ne dépend pas seulement des sensations physiques. Plusieurs études ont révélé que les femmes qui se sentaient vulnérables aux IST étaient plus enclines à accepter le préservatif féminin (ex : les prostituées professionnelles) ⁽⁵⁾.

Le préservatif féminin offre alors un bien-être psychologique, un sentiment de sécurité et de maîtrise supplémentaire.

A Bruxelles, carrefour des cultures, il apparaît que dans certaines communautés le droit à la parole des femmes en matière de sexualité est limité, voire inexistant. Très souvent, elles ne peuvent pas demander à leur partenaire d'utiliser un préservatif masculin. Le préservatif féminin est alors une méthode intéressante qui permet à ces femmes d'exercer une certaine maîtrise sur leur sexualité.

A cet égard, le préservatif féminin contribue à répondre au besoin de maîtrise personnelle et d'autonomie des femmes.

2. Les grossesses précoces

Si la Région bruxelloise, avec un taux d'accouchement avant l'âge de 20 ans de 2,9 %, pour 3,9 % en Région wallonne et 2 % en Flandre, n'est pas la région la plus touchée par les grossesses précoces, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une problématique bien présente et qu'il convient de tout mettre en œuvre pour faire baisser cette statistique ⁽⁶⁾.

Une étude menée en 2007 par l'UCL sur les grossesses chez les adolescentes met en évidence différents facteurs déterminants que l'on peut associer au phénomène de grossesses chez les adolescentes. Cette étude relève, plus particulièrement, le fait d'« être de nationalité d'un pays subsaharien, en particulier à Bruxelles » et « surtout, [de] vivre dans une situation de précarité sociale » ⁽⁷⁾.

La venue d'une grossesse est observée plus fréquemment dans les milieux socio-économiquement défavorisés et dans les quartiers les plus pauvres dans lesquels les jeunes filles ont de faibles attentes concernant leur avenir sur le plan scolaire et professionnel. A cet égard, les jeunes filles fréquentant l'enseignement technique et professionnel seraient davantage touchées par le phénomène de grossesses précoces ⁽⁸⁾.

Bien que le taux de grossesses des mineures en Belgique soit relativement faible par rapport aux autres pays d'Europe occidentale, il n'en demeure pas moins qu'il faut continuer à se préoccuper de la question. D'autant plus qu'à Bruxelles la configuration sociodémographique s'est fortement modifiée.

Enfin, il apparaît que les grossesses précoces surviennent souvent lors du premier rapport sexuel et que les filles sont peu préparées. D'après les acteurs de terrain, le rôle du partenaire dans l'utilisation d'une contraception par la jeune fille peut être un frein.

Une information spécialisée ainsi qu'une éducation appropriée sont donc indispensables, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu scolaire, pour leur apprendre à appréhender convenablement les relations affectives et sexuelles, ainsi que leur fécondité. Il est fondamental d'informer et de sensibiliser les jeunes aux conséquences ou risques d'une relation sexuelle non protégée.

Pour prévenir ce traumatisme, il est important de faire la promotion des préservatifs tant masculins que féminins.

3. Les maladies sexuellement transmissibles (MST) et les infections sexuellement transmissibles (IST)

3.1. VIH/SIDA

Au 31 décembre 2008, et depuis le début de l'épidémie, 22.243 personnes ont été reconnues infectées par le VIH en Belgique. Parmi ces personnes séropositives, un total de 3.902 personnes ont été diagnostiquées malades du SIDA. Parmi ces malades, à la fin 2008, 1.473 étaient encore en vie, 1.902 étaient décédés et on a perdu la trace de 527 d'entre eux.

Pour ce qui concerne les personnes diagnostiquées infectées par le VIH, le taux d'incidence cumulé (soit entre 1985 et décembre 2008) par 100.000 habitants est de 455,8 à Bruxelles, ce qui correspond

(5) *Op.cit.*, p. 17.

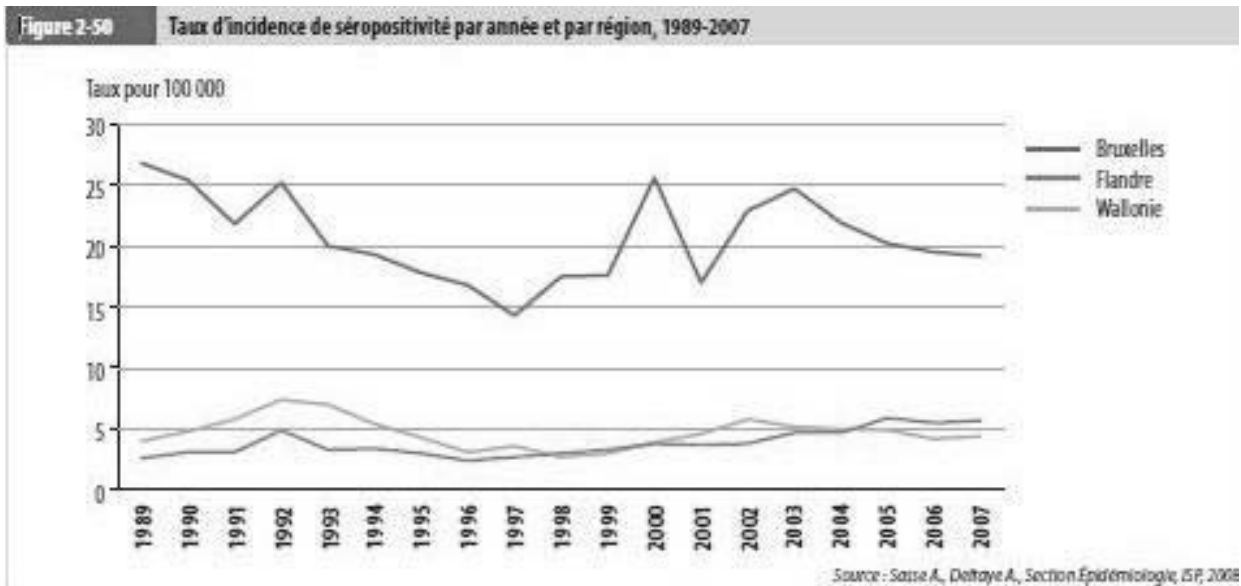
(6) HAELTERMAN Edwige, DE SPIEGELAERE Myriam, MASUY-STROOBANT Godelieve, *Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2004, p. 38; MINSART A.F., VAN DE PUTTE S., WILEN G., ENGLERT Y., *Données périnatales en Wallonie – année 2008*. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2010, p.15.

(7) AUJOLAT Isabelle, LIBION France, ROSE Brigitte (sous la direction de DECCACHE Alain). *Les grossesses chez les adolescentes, Analyse des facteurs intervenant dans leur survenue et leur issue*, tome 2, synthèse des résultats et recommandations pour la prévention, l'éducation et l'accompagnement, Unité RESO, Education pour la Santé, Université Catholique de Louvain, 2007, p. 5.

(8) BERREWAERTS Joëlle et NOIRHOMME-RENARD Florence, *Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature*, Unité d'Education pour la Santé, Université Catholique de Louvain, juin 2006.

à 4.779 personnes infectées. Ces chiffres sont particulièrement élevés puisque la Belgique connaît un taux national cumulé par 100.000 habitants de 197,8. Plus d'un tiers des personnes qui ont été déclarées positives depuis l'apparition du virus résident donc à Bruxelles.

Si l'on observe l'évolution à Bruxelles depuis le début de l'épidémie, il apparaît qu'après avoir diminué régulièrement entre 1989 et 1997, on note une tendance ascendante depuis 1997. Cette évolution est par ailleurs la même pour l'ensemble de la Belgique ⁽⁹⁾.

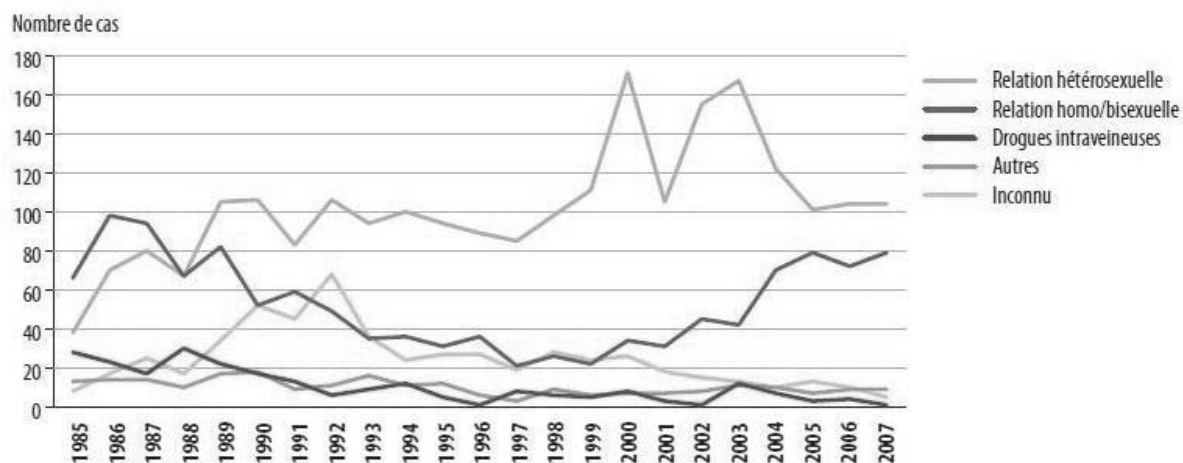


Bien qu'on assiste à une augmentation de la transmission homosexuelle depuis 1999, force est de constater que globalement, la transmission hétérosexuelle est le mode prédominant de transmission et que l'incidence de ce mode de transmission continue à augmenter.

Pour les femmes, la transmission hétérosexuelle représente 90 % des cas. Au cours de la décade, la transmission du VIH par voie homosexuelle augmente de nouveau, traduisant une diminution des comportements de prévention ⁽¹⁰⁾.

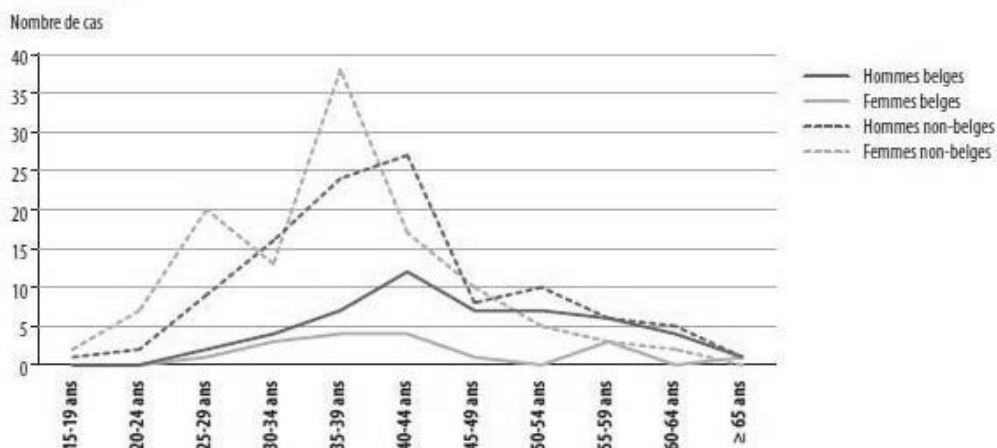
(9) Observatoire de la Santé et du Social à Bruxelles, *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise*, 2010, p. 80.

(10) *Op.cit.*, p. 82.

Figure 2-54 Mode de transmission probable de l'infection à VIH, Région bruxelloise, 1985-2007

Source : Sasse A., Defraye A., Section Épidémiologie, ISP, 2008

Toujours selon les données de l'Observatoire, pour les nouveaux cas de séropositivité à Bruxelles sur la période 2003-2007, il apparaît que les hommes et les femmes « non-belges » sont particulièrement touchés.

Figure 2-58 Nouveaux cas de SIDA par âge, sexe et nationalité, Région bruxelloise, 2003-2007

Source : Sasse A., Defraye A., Section Épidémiologie, ISP, 2008

L'évolution des modes de transmission du SIDA est semblable à celle observée pour la séropositivité, avec un retard de quelques années.

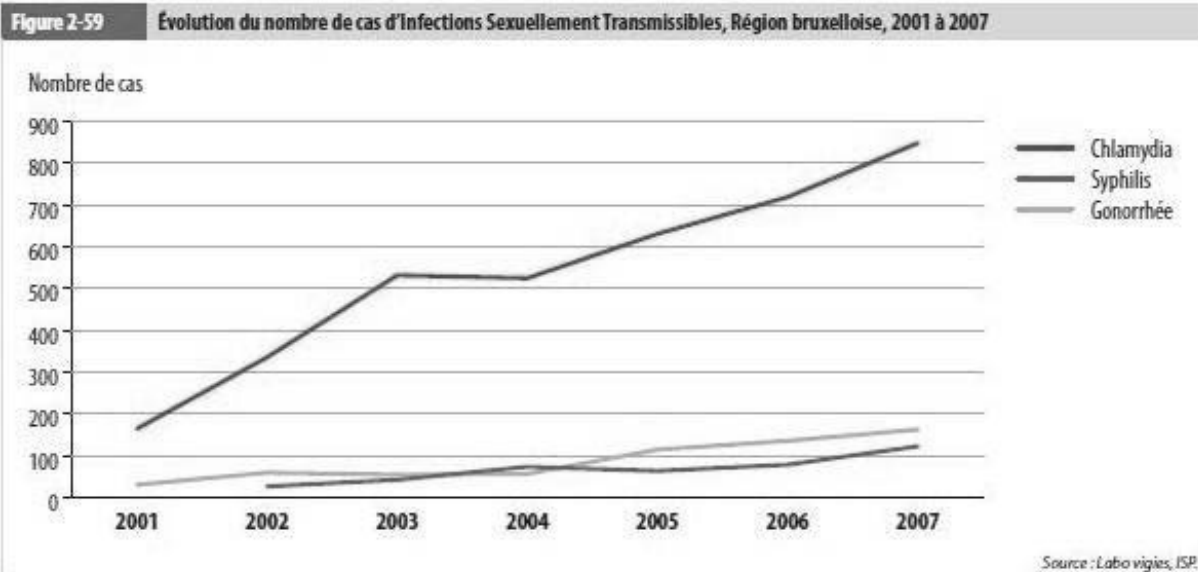
Les taux de SIDA ont fortement chuté depuis l'introduction des trithérapies.

3.2. Autres infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) augmentent de façon préoccupante en Région bruxelloise, tout comme en Europe occidentale, depuis les années 90.

Or, les IST reflètent les tendances dans les comportements sexuels à risques, et inversement les pratiques en termes de protection; de plus, la présence d'une IST facilite la transmission du SIDA.

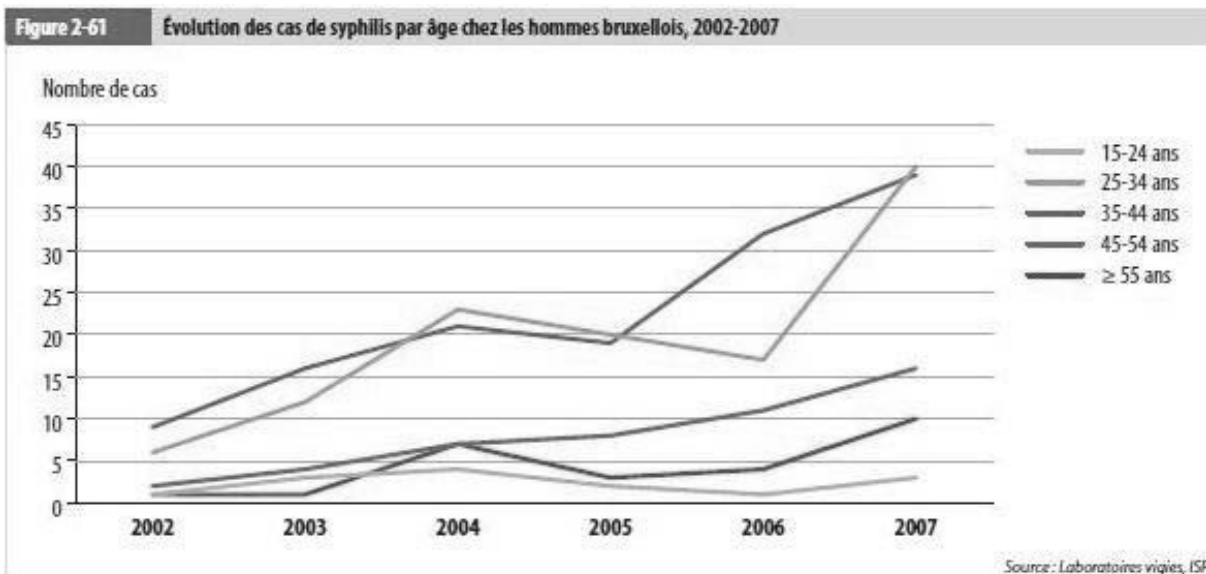
Entre 2001 et 2007 ⁽¹¹⁾, on observe, sur la base des données des laboratoires vigies, une augmentation de la syphilis, de la gonorrhée et des infections à chlamydia.



La tranche d'âge la plus touchée est celle de 20 à 24 ans chez les femmes et de 25 à 29 ans et 40 à 44 ans chez les hommes. Dans la tranche de 15 à 24 ans, les femmes sont plus de cinq fois plus nombreuses que les hommes.

Deux tiers des patients hommes sont homos ou bisexuels. 99 % des femmes sont hétérosexuelles.

3.2.1. La syphilis



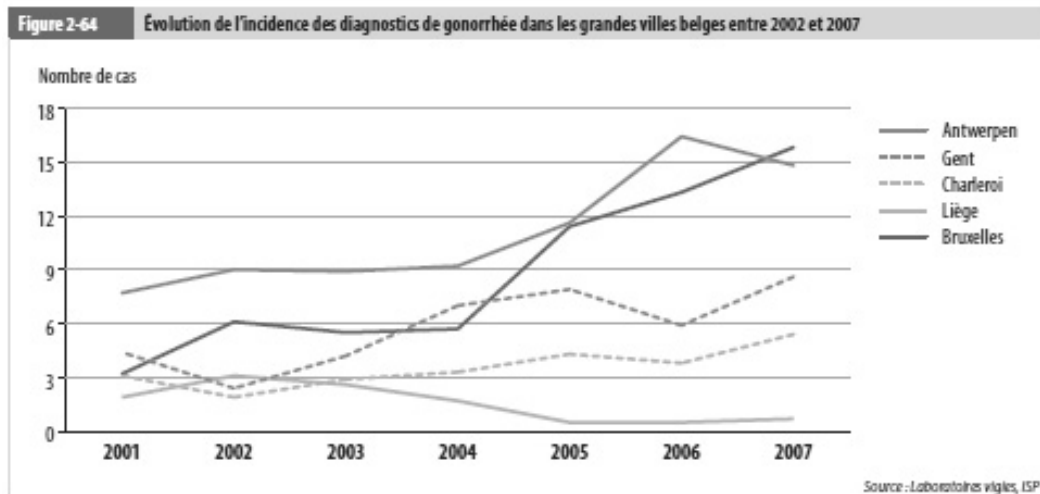
Entre 2002 et 2007 ⁽¹²⁾, les cas de syphilis enregistrés par les laboratoires vigies à Bruxelles ont été

(11) *Op.cit.*, p. 86.

(12) *Op.cit.*, p. 88.

multipliés par 4,6. Cette augmentation est principalement due aux hommes.

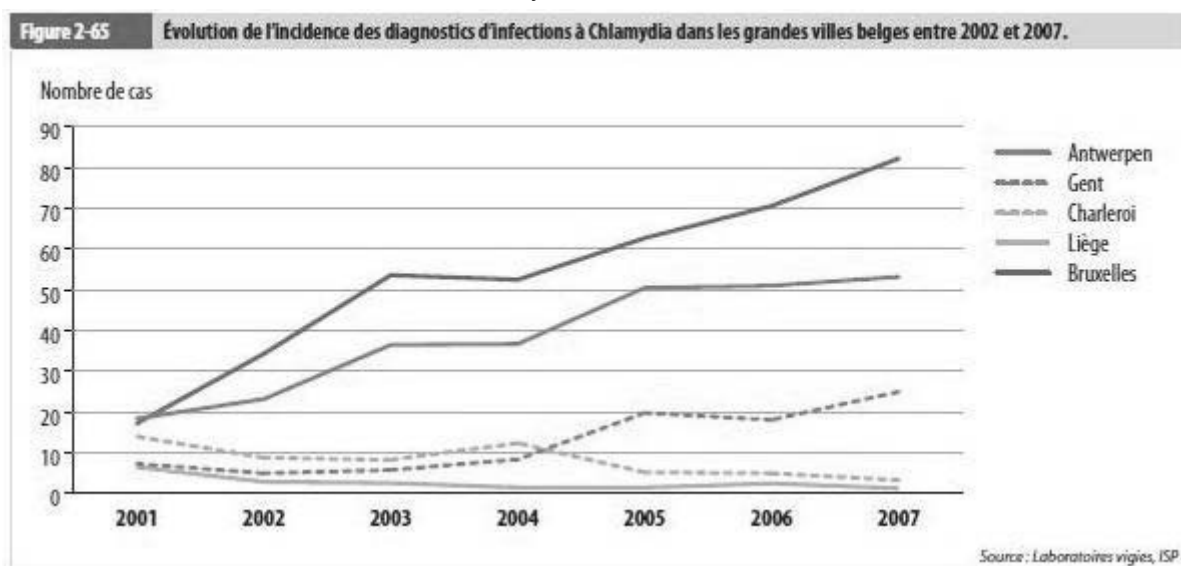
3.2.2. La gonorrhée



Entre 2001 et 2007 ⁽¹³⁾, les cas de gonorrhée enregistrés par les laboratoires vigies à Bruxelles ont été multipliés par 5,3. Cela s'observe tant chez les hommes que chez les femmes. Cette IST touche des personnes plus jeunes que la syphilis.

La tranche d'âge la plus touchée dans les deux sexes est celle des 25-34 ans. La proportion de patients de 15 à 24 ans augmente dans les deux sexes entre 2001 et 2007.

3.2.3. La chlamydia



Entre 2001 et 2007, les cas d'infections à chlamydia, enregistrés par les laboratoires vigies à Bruxelles, ont été multipliés par 5,1 (de 165 à 848 cas). Les

(13) *Op.cit.*, p. 89.

cas déclarés par le réseau sentinelle, aussi bien que ceux enregistrés par les laboratoires vigies sont en très grande majorité féminins ⁽¹⁴⁾.

Les tranches d'âge les plus touchées en 2007 sont celles de 20 à 24 ans chez les femmes et de 25 à 29 ans chez les hommes.

(14) *Op.cit.*, p. 90.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

relative au préservatif féminin

Considérant que l'OMS et l'ONUSIDA encouragent l'introduction du préservatif féminin comme une nouvelle méthode de prévention, aussi bien de la grossesse que des infections et des maladies sexuellement transmissibles, et comme un outil supplémentaire pour répondre aux besoins des femmes et des hommes en matière de santé sexuelle et reproductive;

Considérant que le préservatif féminin présente de nombreux avantages sur le préservatif masculin;

Considérant cependant que le préservatif féminin est plus onéreux que le préservatif masculin;

Considérant que le préservatif féminin offre un bien-être psychologique, un sentiment de sécurité et de maîtrise supplémentaire et, qu'à cet égard, il contribue à répondre au besoin de maîtrise personnelle et d'autonomie des femmes;

Considérant que pour prévenir des risques d'une relation non protégée, il est important de faire la promotion des préservatifs tant masculins que féminins;

Considérant qu'au 31 décembre 2008, et depuis le début de l'épidémie, 22.243 personnes ont été reconnues infectées par le VIH en Belgique;

Considérant que les infections sexuellement transmissibles (IST) augmentent de façon préoccupante en Région bruxelloise comme en Europe occidentale depuis les années 90;

Considérant que le préservatif féminin peut être un moyen relativement peu coûteux et efficace dans les programmes de prévention, surtout lorsqu'il est intégré dans les programmes de santé reproductive;

Considérant que l'introduction du préservatif dans les programmes ⁽¹⁾ nationaux de santé reproductive a pour but d'accroître le nombre de rapports sexuels protégés, de diminuer l'incidence des MST et du VIH/SIDA, et des grossesses non désirées, et par conséquent de réduire les coûts y afférents;

Considérant qu'il est important d'élargir les possibilités de choix des populations et qu'ajouter une nouvelle méthode de contraception à celles qui existent déjà a pour effet d'augmenter de façon progressive la prédominance de la contraception;

Considérant, par ailleurs, qu'ajouter le préservatif féminin aux options déjà existantes en matière de protection a pour effets d'accroître progressivement le nombre de rapports sexuels protégés;

Considérant que le rapport de l'OMS propose des suggestions en vue d'améliorer la prévention;

Considérant, enfin, qu'il est également important de combiner la formation et la communication interpersonnelle avec la communication de masse pour une meilleure sensibilisation.

Le Parlement francophone bruxellois demande au Gouvernement de :

- développer une information plus complète des médecins gynécologues et du personnel de prévention sur le préservatif féminin;
- favoriser l'information à destination des publics concernés, notamment par l'entremise des centres de planning familial et des maisons médicales;
- encourager l'information auprès des populations précarisées ou récemment arrivées en Belgique, dans les lieux de promotion de la santé, dans les endroits festifs, via des brochures et des informations plus dynamiques;
- initier un programme de sensibilisation aux grossesses prématurées, aux MST et IST en y intégrant la promotion de l'utilisation correcte des moyens de contraception, en luttant contre les fausses croyances en matière de contraception et en faisant connaître le préservatif féminin;
- intégrer la sensibilisation aux avantages du préservatif féminin dans le cadre de la généralisation des animations à la vie relationnelle, affective et sexuelle en milieu scolaire;
- favoriser la gratuité du préservatif féminin aux personnes en situation de précarité financière;

⁽¹⁾ *Ibidem*.

- soutenir la mise en place de distributeurs de préservatifs féminins aux côtés des distributeurs de préservatifs masculins existants.

Gisèle MANDAILA
Viviane TEITELBAUM

