

Les Centres de planification et d'éducation familiale : 50 ans d'évolution, de la contraception des mères à la santé sexuelle des jeunes

Valérie Ledour

Une longue histoire législative et sociale

Le 19 décembre 1967, le député Lucien Neuwirth fit adopter par l'Assemblée nationale une loi autorisant la vente et l'usage des méthodes anticonceptionnelles en France. Cet ancien résistant avait dû batailler ferme auprès du Général de Gaulle, alors président de la République, pour être autorisé à présenter ce projet de loi. À l'image de la société française, la classe politique était divisée : la majorité gaulliste était violemment hostile. La députée Marie-Claude Vaillant-Couturier, camarade de résistance de Lucien Neuwirth, convainquit ses collègues communistes et permit le vote de la loi.

En 1967, la dépénalisation de la contraception fut une des premières demandes portées par les luttes féministes. Depuis 1920, la loi réprimait la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. Ces mesures étaient socialement acceptables dans le contexte nataliste de l'après-guerre. Quelques mois avant les événements de mai 1968, c'était toute une nouvelle génération avide de liberté qui revendiquait le droit de maîtriser sa fécondité et de dissocier sexualité et procréation. Les résistances étaient pourtant encore très importantes dans certaines classes d'âge et certains corps professionnels, notamment chez les médecins où les femmes étaient très peu nombreuses.

La loi parut au journal officiel le 28 décembre 1967 mais les textes d'application ne furent pris que le 24 avril 1972. Ils organisaient les moyens d'informer le public et de dispenser les méthodes contraceptives au travers de structures spécifiques : les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Les missions de ces organismes furent expliquées ainsi par le rapporteur de la loi lors du débat parlementaire en 1967 :

« À côté des conseils et consultations techniques émanant des médecins ou d'organismes spécialisés qui devront être soumis à agrément et contrôle, une action éducative, portant non seulement sur la régulation des naissances, mais aussi sur l'ensemble des problèmes de la vie conjugale et familiale, sera donc désormais de plus en plus indispensable. Elle devra être dispensée par les associations familiales et autres organismes qualifiés pour cette mission parmi lesquels chaque foyer devra pouvoir trouver, s'il le désire, le cadre éducatif correspondant à ses croyances et à son éthique. »

Les références à l'éthique et aux croyances religieuses, surprenantes dans un état laïc, étaient le prix à payer pour que la loi soit acceptable et votée par une majorité de parlementaires.

Ainsi l'objectif initial assigné aux EICCF et aux CPEF était de compléter la réponse sanitaire par un accompagnement éducatif personnalisé. Les missions éducatives et d'information apparaissaient déjà centrales. La pluralité des organismes chargés de leur mise en œuvre visait à répondre à la vocation du dispositif, à la fois universelle et adaptée aux convictions de chacun. Ces missions au croisement des champs sanitaire, social et éducatif étaient singulières et inscrites dans le cadre légal.

Les deux types de structures ont vu le jour progressivement :

– les EICCF sont essentiellement portés par des structures associatives dont le Planning familial : en dépit de la mention « consultation », aucun professionnel de santé n'est nécessaire à leur constitution. L'animation est confiée le plus souvent à des conseillères conjugales et familiales, compétence créée à cette occasion.

– la mise en œuvre des CPEF, qui offrent des consultations médicales est plus diversifiée ; elle est assurée par des associations (dont le Planning familial) des municipalités ou des établissements de santé.

Diverses dispositions législatives ont ultérieurement étendu ces missions. L'évolution des politiques publiques dans ce domaine suit les préoccupations en matière de santé sexuelle des usagers : dépénalisation de l'avortement, gratuité pour la délivrance des contraceptifs aux mineurs, dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), obligation scolaire d'éducation à la sexualité, mise en place de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Cette diversification des missions mais également la médicalisation croissante des méthodes de contraception ont conduit à accentuer la spécificité des deux types de structures qui, au départ très proches, ont évolué dans des directions différentes :

– la mission sanitaire des CPEF a été renforcée et confirmée par le décret du 24 octobre 1980 qui précise que les centres doivent être dirigés par un médecin et par l'élargissement des missions qui leur sont confiées. Aujourd'hui, les centres s'inscrivent de façon complémentaire dans l'offre sanitaire générale en dispensant une palette quasi-complète de prestations en matière de santé sexuelle (hormis l'IVG chirurgicale qui, en France, n'est pratiquée qu'en milieu hospitalier : une expérimentation récente de l'IVG instrumentale hors établissement de santé n'inclut pas les CPEF) ;

– *a contrario*, l'orientation éducative et sociale des EICCF a été confortée.

Enfin les lois de décentralisation à partir de 1983 ont confié aux départements les politiques d'action sociale. Les CPEF intègrent les services de Protection maternelle et Infantile (PMI) sous l'autorité du président du Conseil départemental. Le financement est tripartite : l'État par le biais de la dotation globale de fonctionnement, l'Assurance Maladie par le remboursement de certains actes et, pour une part sans cesse croissant, le Département. Les EICCF, beaucoup moins nombreux, restent financés et pilotés par les services décentralisés de l'État. Le récent décret n° 2018-169 du 7 mars 2018 confirme les modalités de fonctionnement et le financement des EICCF.

Un public en constante évolution : la place des jeunes

En 1967, la contraception était l'affaire des femmes. Si déjà quelques adolescentes se risquaient à fréquenter CPEF et EICCF, la société portait encore un regard désapprobateur sur la sexualité des jeunes hors mariage. Les femmes mariées, soucieuses de retarder ou d'espacer les naissances, constituaient l'essentiel des usagères des structures de planification. L'intégration fréquente des CPEF aux centres de PMI amenait naturellement les jeunes mères à consulter. La mission d'éducation à la sexualité a contribué à faire évoluer ce public.

En 2001, des mesures législatives ont encouragé l'exercice de cette mission. Les jeunes devaient bénéficier, tout au long de leur scolarité, de l'école maternelle au lycée, de trois séances annuelles d'information autour de la vie affective et sexuelle. Les professionnels de l'Éducation nationale étaient peu nombreux à être formés. Les partenariats entre établissements scolaires et CPEF se sont multipliés : les séances étaient animées dans les établissements ou les CPEF que les collégiens et lycéens se mirent à fréquenter de plus en plus. Ces premiers espaces d'échange sans jugement autour d'une thématique qu'il est difficile d'évoquer en famille les rassuraient. L'identification préalable des professionnels les aidait à franchir le seuil.

La proportion de plus en plus grande de jeunes dans les CPEF a fait émerger de nouvelles thématiques qui interpellent conseillères conjugales et médecins avec souvent un temps d'avance sur la société : les comportements à risque vis-à-vis du sida et des autres IST, l'usage des nouvelles technologies et son impact sur les pratiques sexuelles, l'accès facilité

aux images pornographiques, les violences entre filles et garçons, les violences sexuelles, les conséquences de l'homophobie à l'adolescence amènent à repenser les interventions auprès des jeunes pour s'adapter à leurs besoins et développer une approche globale incluant une dimension comportementale et relationnelle à côté des objectifs de réduction des risques (prévention des grossesses précoces et des IST).

La PMI joue un rôle essentiel dans la protection de l'enfance. L'appartenance des CPEF au service départemental de PMI et la proximité institutionnelle avec ses autres acteurs sensibilisent les professionnels des CPEF au repérage des violences. L'entrée précoce dans une sexualité active, les prises de risque répétées sont des marqueurs de violence subie actuelle ou passée. Les CPEF sont fréquemment le lieu choisi pour la révélation d'agressions. En dehors des situations où le signalement judiciaire s'impose, un équilibre délicat doit être trouvé entre l'élaboration et le maintien de la confiance entre le jeune et l'équipe du centre, et la nécessité de le protéger. Le travail multidisciplinaire avec nos collègues des services de l'aide sociale à l'enfance nous permet d'y réfléchir. Il n'est pas rare d'accompagner ainsi des jeunes tout au long d'une adolescence un peu chaotique, en contribuant à minimiser les risques et renforcer leurs compétences psychosociales et l'estime d'eux-mêmes.

La nature multidisciplinaire de l'équipe des CPEF couplée à un accueil bienveillant est plébiscitée par les adolescents. Ceux-ci en jouent parfois et mettent à mal les professionnels en les sollicitant sans se soucier de la fonction de l'interlocuteur, ni des contraintes de fonctionnement du centre. Les CPEF les plus fréquentés par les jeunes sont ceux où toute l'équipe s'est sensibilisée à cette approche : médecins et infirmières formés à la santé de l'adolescent, secrétaires sensibilisées aux techniques de communication auprès des jeunes, conseillères conjugales et familiales expertes en animation de groupes.

Les récents dispositifs de droit commun qui favorisent l'accès à la contraception (PASS contraception, dispense d'avance de frais chez les libéraux) ont eu peu d'impact sur la demande en particulier des plus jeunes (moins de 15 ans) non concernés par ces mesures et ceux qui rechignent à parler de sexualité avec le médecin de famille.

Le partenariat mis en œuvre par les CPEF est déterminant pour favoriser leur fréquentation par les jeunes. Il est essentiel pour assurer le renouvellement de la file active. Il est souhaitable que les premiers échanges avec les jeunes se fassent avant l'entrée dans une sexualité active. Des séances animées dès la 6^{ème} permettent d'envisager les questions relatives à la puberté, au consentement, à l'orientation sexuelle avec moins d'inquiétudes et donc des échanges plus sereins car moins impliquants que lorsque la première rencontre a lieu en 4^{ème} ou 3^{ème}. Autour de 14-15 ans, les différences de maturité psychique et sexuelle ne facilitent pas le travail des animateurs en groupe. L'hétérogénéité des demandes, les comportements provocateurs pour tester la résistance des adultes et éprouver leurs propres limites font de chacune de ces séances un « saut dans le vide » par le caractère imprévu de leur déroulement.

Elles sont pourtant essentielles car chaque intervention est immanquablement suivie par le passage de plusieurs élèves de la classe les semaines suivantes. Ils viennent, seuls ou accompagnés d'un ami proche, pour obtenir des réponses personnalisées à des questions soulevées dans l'animation collective, ou pour un besoin urgent en matière de santé sexuelle lié à l'entrée dans une sexualité active pour une petite part d'entre eux (contraception ou dépistage d'IST).

L'entrée précoce dans une sexualité active est très fréquemment liée à des violences actuelles ou passées, à des conduites à risque, à un décrochage scolaire. Nous observons fréquemment des dysfonctionnements familiaux avec des jeunes souvent délaissés qui ont beaucoup de mal à trouver des adultes soutenant dans leur environnement. Leur demande d'accompagnement dépasse généralement le cadre sanitaire.

Illustration clinique

Anna a 14 ans et 6 mois quand elle vient pour la première fois au Centre de planification en octobre 2017. Le rendez-vous a été pris par une de ses amies qui a déjà consulté plusieurs fois. Elle refuse de nous communiquer son identité et nous enregistrons son dossier avec un pseudo. Elle ne nous donne pas son adresse, ni son

numéro de téléphone, mais nous savons qu'elle fréquente le même établissement scolaire que son amie.

Anna a des rapports sexuels non protégés depuis quatre mois avec un jeune majeur. Son amie s'en inquiète, consciente des risques de grossesse et d'infection sexuellement transmissible, ce qui l'a amenée à prendre le rendez-vous et accompagner Anna.

Anna est plutôt opposante lors de ces premiers échanges et ne se livre pas beaucoup. Elle évoque une situation familiale difficile : ses parents sont séparés. Elle vit avec sa mère avec qui elle entretient une situation conflictuelle. Sa mère est parfois violente physiquement avec elle. Son père lui manque.

Elle ne semble pas avoir intégré les risques pris autour de ces rapports non protégés. Aucun des deux partenaires n'a évoqué l'usage éventuel d'un préservatif. La notion de consentement à ces rapports est assez floue pour Anna. Elle est flattée qu'un garçon plus âgé s'intéresse à elle et cela suffit à légitimer les rapports sexuels. Elle sait que ce partenaire a eu des relations sexuelles avec d'autres filles. Elle accepte un dépistage des infections à chlamydiae trachomatis et gonocoque par autoprélèvement. Elle refuse tout moyen de contraception mais écoute attentivement nos propositions et pose de nombreuses questions. Ses représentations sont émaillées d'idées fausses autour des moyens de contraception. Nous convenons d'un rendez-vous pour lui remettre les résultats des tests.

Ceux-ci reviennent positifs témoignant d'une co-infection Chlamydiae et gonocoque. Anna ne se présente pas à son rendez-vous. Sans moyen de la recontacter, nous essayons de la joindre par l'intermédiaire de son amie et envisageons de solliciter l'infirmière scolaire de son collègue si nous échouons.

Elle revient spontanément quelques jours plus tard. Elle est choquée à l'annonce des résultats et s'effondre. La prise du traitement antibiotique par injection et voie orale est l'occasion pour elle d'une régression spectaculaire. Nous endossons, médecin et CCF, des rôles complémentaires : je dois me fâcher pour qu'elle avale fragment par fragment l'antibiotique écrasé et mélangé à du yaourt et la conseillère console. Il faut parler longuement et négocier l'injection intramusculaire. Elle accepte un dépistage sanguin des autres IST qui, heureusement, est négatif.

Une relation de confiance s'installe peu à peu. Elle revient et nous sollicite à tour de rôle : médecin ou sage-femme, pour des plaintes somatiques rarement en lien avec la sexualité et qui sont l'occasion de l'apprivoiser ; conseillère conjugale pour élaborer avec elle ce qui se joue dans la relation avec ce garçon qui ne la contacte que pour avoir un rapport sexuel avec elle et dont elle ne peut se détacher.

En six mois, Anna consulte, à sa demande, seize fois au centre de planification.

Au dernier entretien avec la conseillère, elle dit qu'elle est heureuse d'avoir pu parler à sa mère de sa relation avec son copain. Elle en est soulagée. Elle a pu exprimer et faire respecter à deux reprises son refus d'avoir des rapports sexuels avec lui. Il lui téléphone plus souvent. Elle dit que « maintenant elle est amoureuse ». Les rapports sexuels sont protégés par préservatifs. Elle s'intéresse à l'implant contraceptif « pour bientôt ». Les autoprélèvements de dépistage ont été négatifs à deux reprises.

Le partenariat avec les Maisons des ados, quand elles sont formalisées, ou avec des réseaux de santé multidisciplinaires des adolescents est indispensable pour prendre en charge au mieux ces adolescents dont le suivi peut se poursuivre tout au long de l'adolescence.

Pour la majorité des adolescents, l'entrée dans une sexualité active continue à se faire autour de l'âge de 16 ou 17 ans. Il est utile que les CPEF assurent des interventions dans les établissements du second degré pour une nouvelle présentation de la structure et de son offre de services, qui fait office de « rappel ».

Les demandes à l'âge lycée sont généralement moins complexes et ciblées sur un besoin de santé. Les jeunes qui fréquentent les CPEF entre 16 et 20 ans restent très attachés à la confidentialité offerte par la structure et expriment clairement les difficultés à parler de

sexualité dans leur famille. Malgré la multiplicité des sources d'informations dans leur monde hyper-connecté, ils nous font part de leur besoin de dialogue avec un professionnel en mesure de valider les réponses qu'ils ont trouvées.

L'implantation géographique des centres joue également un rôle important pour modifier la nature de leur file active. Les centres urbains des grandes agglomérations sont souvent sollicités par des femmes qui ont des besoins en santé sexuelle alors qu'elles ne disposent pas ou plus d'assurance maladie. Réfugiées, immigrantes récemment arrivées, femmes en rupture d'hébergement ou victimes de violences bénéficient de soins gratuits. Ces demandes peuvent parfois être si importantes qu'elles rendent les structures moins accessibles aux jeunes.

Des forces et des faiblesses : un dispositif menacé

La gamme des prestations proposées, la qualification des professionnels, la nature et les conditions de délivrance des prestations, l'orientation vers des publics spécifiques qui ont des difficultés à trouver des réponses dans les dispositifs de droit commun et la capacité à agir entre dimension individuelle et collective sont autant d'atouts pour les CPEF.

Face à une demande croissante en matière de soins en santé sexuelle, les besoins ne sont pas couverts par les CPEF qui ont tendance à restreindre plutôt qu'accroître leur offre.

Les centres ne sont pas assez nombreux pour couvrir l'ensemble du territoire, notamment en zone rurale, et leurs heures d'ouverture ne sont pas favorables à la fréquentation par les jeunes. Le manque de lisibilité et de notoriété reste un frein à l'accès ; la confusion sémantique entre CPEF et Planning familial, opérateur historique, contribue à cette illisibilité. Les termes de planification « familiale » et conseil « conjugal » ne peuvent aider au repérage des structures par les jeunes.

En 2016, les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) ont fusionné en Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Ce rapprochement constitue une occasion manquée d'améliorer la lisibilité de l'offre de matière de soins en santé sexuelle. Comment se repérer dans cette jungle d'acronymes quand on est adolescent ? À quand les « centres de santé sexuelle » qui auront le mérite de décrire précisément ce que les usagers peuvent y trouver ?

Quelques ébauches de ces futurs centres de santé sexuelle commencent à voir le jour, le plus souvent à l'initiative des CeGIDD. Leur cahier des charges constitutif, récent et clair, leur donne légitimité pour le faire puisqu'il recouvre en partie le champ de compétences des CPEF. Les compétences acquises et diversifiées des CPEF reposent sur un empilement peu lisible de textes législatifs et réglementaires. L'accès des mineurs aux CeGIDD est problématique : une lecture stricte du cadre réglementaire amène certains à refuser la prise en charge des jeunes non accompagnés de leurs parents ou d'un majeur référent. Dans ces conditions, ils n'ont pas développé les compétences nécessaires à l'accueil des jeunes. Les CeGIDD s'appuient fréquemment sur une filière de soins hospitalo-universitaire pour prendre en charge leurs patients notamment séropositifs pour le VIH. Les praticiens de ces services sont familiers de la méthodologie des protocoles de recherche, des études et des publications qui permettent de valoriser des organisations de soins auprès des pouvoirs publics. Le champ de la planification familiale comme celui de l'orthogénie ont été désertés par les médecins universitaires : trop peu d'études et d'évaluations, en particulier en France, se sont intéressées à cette thématique. Comment justifier de la pertinence de nos actions ? Pourtant, la France connaît un nombre plutôt bas, au regard d'autres pays occidentaux comme les États-Unis et le Royaume-Uni, de grossesses adolescentes. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de l'éducation à la sexualité et des soins proposés en CPEF sur ce fait. L'utilité et la pertinence des CPEF comme acteur de la santé sexuelle ont été rappelées dans la Stratégie nationale de santé sexuelle¹ (2017) mais l'absence de pilotage national des politiques de planification familiale affaiblit le dispositif. La mise en œuvre de ces politiques

¹ <https://cns.sante.fr/actualites/presentation-de-strategie-nationale-de-sante-sexuelle/>

relève des compétences départementales. Les choix politiques et économiques des départements influent sur le déploiement des CPEF et les moyens alloués. Les difficultés financières et l'incertitude sur l'avenir de ces collectivités territoriales ne jouent pas en faveur d'un renforcement des centres. Seuls un tiers des CPEF ont mis en œuvre la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses. Plus de la moitié des centres ne proposent pas de dépistage des IST au sein même de la structure. Les tensions démographiques des médecins et les difficultés de recrutement liées à un statut peu favorable contribuent à fragiliser les centres et servent parfois d'alibi pour masquer un certain désintérêt. Il est difficile d'animer et faire vivre une politique de santé dans des départements où les services de PMI et de planification familiale sont désormais les seules compétences sanitaires obligatoires. Les choix portés dans les prochaines années seront déterminants pour l'avenir de ces services. Une réelle opportunité existe de rendre lisible et renforcer un vrai service de santé sexuelle en direction des jeunes en s'appuyant sur les différences compétences acquises par tous les acteurs.

Résumé

Depuis cinquante ans, les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) offrent des services diversifiés en santé sexuelle à la croisée des champs sanitaire, éducatif et social, les jeunes constituent 30 à 50 % de leurs usagers. Les CPEF contribuent à la réduction des risques liés à la sexualité (grossesses non désirées et infections sexuellement transmissibles) à l'adolescence. Leur avenir est pourtant incertain.

Mots-clés :

Centres de planification familiale, santé sexuelle, adolescence.

Summary

Centres of family planning and education: 50 years of evolution, from the contraception of mothers to the sexual health of young people

For fifty years now, the Centres of Family Planning and Education (CPEF) have offered diversified services in sexual health at the intersection of the health, educative and social fields, with young people making up 30 to 50% of the users. The CPEF contribute to reducing the risks linked to sexuality (unwanted pregnancies and sexually transmissible diseases) in adolescence. Their future is, however, uncertain.

Key words : Family planning centres, sexual health, adolescence.