



# Santé sexuelle et de la reproduction

Dossier coordonné par  
**Marie-Hélène Bouvier-Colle** et  
**Virginie Halley des Fontaines**  
Membres du Haut Conseil de la santé publique

Le sommaire se trouve en 4<sup>e</sup> de couverture

La sexualité et ses enjeux ont évolué. On est passé de la prévention et du traitement des maladies sexuellement transmissibles à une approche globale de la santé sexuelle et de la reproduction s'inscrivant dans la notion de parcours de santé. Si le champ de la santé sexuelle est vaste (éducation sexuelle, contraception, lutte contre les discriminations...), les dispositifs et programmes mis en œuvre sont multiples et gagneraient à intervenir dans le cadre d'une politique globale de santé sexuelle. Ce dossier dresse un état des lieux des problèmes mais aussi des méthodes, techniques et services qui participent à la santé et au bien-être en matière de sexualité et de procréation.



# État des lieux et émergence des problématiques

Depuis plus de trente ans, la sexualité et ses enjeux ont beaucoup évolué. On est passé de la prévention des maladies sexuellement transmissibles à une approche globale de la santé sexuelle et de la reproduction visant à promouvoir une vie sexuelle satisfaisante, responsable, libre et sûre, et à permettre aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement.

## Petit historique de la notion de santé sexuelle et de la reproduction

**Marie-Hélène Bouvier-Colle**  
Inserm UMR 1153,  
Équipe de recherche  
en épidémiologie  
obstétricale,  
périnatale et  
pédiatrique (EPOPé),  
Centre de recherche  
épidémiologie  
et statistiques  
Sorbonne Paris Cité  
(Cress), université  
Paris Descartes

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 58.

**C'**est au niveau mondial, dans le cadre de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en septembre 1994, que le concept de *reproductive health* ou santé génésique a émergé publiquement. Les chapitres 4, « Égalité entre les sexes et promotion des femmes », et 7, « Droits et santé en matière de reproduction », du rapport final y font directement référence [60].

Il s'agira d'« éliminer toutes les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes en aidant les femmes à faire valoir et à exercer leurs droits notamment dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité » et de veiller à ce que « l'application du présent programme d'action [...] (repose) sur la définition générale de la santé en matière de reproduction qui comprend aussi la santé en matière de sexualité [...] Tous les pays devront s'efforcer de permettre le plus tôt possible, et au plus tard en l'an 2015, l'accès aux services de santé en matière de reproduction à tous les individus aux âges appropriés. »

Une définition fut donnée et figure en encadré p. 11.

Le rapport de la Conférence du Caire visait à obtenir des États membres de l'ONU qu'ils progressent dans les droits accordés aux personnes en matière de sexualité, car trop souvent, dans diverses sociétés, des discriminations importantes apparaissaient liées aux comportements sexuels. Plus spécialement orientée en faveur des femmes, l'idée était de faire évoluer les législations étatiques lorsque celles-ci étaient nettement discriminatoires en termes de sexualité et de droit familial.

D'emblée, le débat s'est focalisé sur le droit des femmes à interrompre volontairement leur grossesse et de nombreux pays émirent des réserves et refusèrent d'avaliser le rapport sur ce point, mais pas la France, qui avait autorisé l'interruption volontaire de grossesse en 1975.

Ensuite, il y eut débat sur les limites qu'il fallait donner au concept de santé sexuelle. Les controverses se développèrent sur les principales maladies associées à la sexualité et à la reproduction qui pouvaient donner

lieu à des interventions concrètes de prévention et réduire le poids des pathologies. Au cours des années suivantes, la plupart des avis convergèrent sur l'idée que la santé de la reproduction porte sur la prévention et le traitement des pathologies certainement liées à la sexualité, mais concerne également la prévention et le traitement des fonctions ordinaires de la grossesse et de l'accouchement, qui impliquent principalement les femmes et les enfants [69].

L'apparition du VIH/sida et son association directe avec les pratiques sexuelles a renouvelé considérablement les approches préventives, avec succès. D'abord distingué comme un domaine spécifique, à part des autres infections sexuelles transmissibles, le VIH/sida tend à être replacé par les instances sanitaires des pays dans le système commun de prise en charge (dépistage,

prévention et soin) des infections sexuellement transmissibles.

Dès le début des années 1970, un programme international spécial de recherche et développement en reproduction humaine a été élaboré et financé ; ce programme est piloté conjointement par la Banque mondiale, l'OMS, le Programme de développement des Nations unies (Pnud), le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) et l'Unicef. Le HRP (Health Reproductive Programme of Research) est chargé de mener les recherches en santé sexuelle, reproductive et des droits humains.

Sur le plan des actions et recommandations, l'OMS englobe systématiquement la santé sexuelle et reproductive dans les programmes et a défini un nouveau plan d'action 2016-2030 : la Stratégie globale pour la

## Définition de la santé sexuelle et reproductive de la Conférence du Caire (septembre 1994)

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont

le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de repro-

duction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité, qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. ●

## Plans et dispositions juridiques en France comportant un volet santé sexuelle

Voici les plans et les dispositions juridiques comportant un volet santé sexuelle relevés par le groupe de travail (ou de pilotage) en décembre 2015 (extrait du rapport remis à la DGS, mars 2016).

- Le plan VIH-IST 2010-2014
- Le plan hépatites virales B et C 2009-2012
- Le plan national d'actions stratégiques pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014
- Le plan cancer 2009-2013
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017
- Le plan santé des jeunes (16/25 ans) 2008-2010
- Le programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG
- Le plan périnatalité 2005-2007 humanité, proximité, sécurité qualité
- Le quatrième plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016
- Le plan national santé environnement 2015-2019
- Le plan violence et santé
- Le plan national de la vie étudiante
- Les dispositions juridiques en faveur de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire
- Les évolutions du contrôle des naissances



santé des femmes et des adolescents, qui comporte de nombreux points en santé sexuelle et reproductive.

La France, jusqu'à ce jour, n'a pas arrêté une seule stratégie politique englobant tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive, mais a mis en œuvre de nombreux programmes dans le but d'assurer à tous l'accès aux services nécessaires (lire encadré p. 11). Au cours de son évaluation de la loi de santé publique

2004, il était apparu aux membres du HCSP, de la commission spécialisée Prévention, que la dimension de santé sexuelle et reproductive n'était pas prise en compte en tant que telle [30]. On ne peut que se féliciter d'avoir été saisi en 2015 par le directeur général de la Santé pour mener une réflexion et faire des propositions dans ce domaine [31]. Souhaitons qu'elles soient suivies d'effet. ●

# Évolutions des comportements sexuels et enjeux de santé publique

**Michel Bozon**  
Directeur de  
recherche, Institut  
national d'études  
démographiques  
(Ined)

**D**ans la deuxième moitié des années 1980, avec l'irruption du sida, on a assisté en France à une forte mobilisation de la santé publique et de la société civile autour des enjeux de sexualité, dont témoignent notamment les premières campagnes de prévention qui recommandent l'usage du préservatif dès 1987 et la création de l'Agence nationale de recherche sur le sida en 1988. Une grande enquête sur la sexualité, financée par l'ANRS (Analyse des comportements sexuels en France, ACSF), est menée en 1992. À partir de 1996, les traitements du VIH par trithérapie se généralisent en France, et transforment cette infection en une maladie chronique. Dans les années 2000, la mobilisation pour la prévention faiblit, alors que des contaminations continuent à se produire, notamment mais pas seulement parmi les homosexuels masculins. D'autres événements se produisent, qui influencent le contexte de la sexualité : l'apparition en 1999 du Pacs ouvert aux couples de même sexe, suivi du « mariage pour tous » en 2013, l'inscription à l'agenda politique de la question de la violence envers les femmes, la crise de la pilule en 2012-2013.

Quel bilan peut-on établir des évolutions de la sexualité en France pendant cette période ? Plusieurs sources peuvent être utilisées. En premier lieu, les trois grandes enquêtes de population sur les comportements sexuels en France : l'enquête Simon 1970, l'enquête ACSF 1992 (Analyse des comportements sexuels en France), et l'enquête CSF 2006 (Contexte de la sexualité en France, publiée sous le titre *Enquête sur la sexualité en France* en 2008), coorganisée avec Nathalie Bajos. D'autres enquêtes permettent de suivre certains indicateurs : les enquêtes KABP sida (réalisées périodiquement depuis 1990), les enquêtes presse gays et lesbiennes (depuis 1985), l'enquête Enveff (Enquête sur les violences à l'encontre des femmes, 2000), les enquêtes Baromètres santé, qui comportent quelquefois des indicateurs de sexualité (notamment en 2010), l'enquête Fécond (Inserm, Ined, 2010, 2013), l'enquête Virage (Violence et rapports de genre, 2015, Ined), l'enquête Épic (Étude des parcours individuels et conjugaux, 2013,

Ined). On peut se référer par ailleurs à de nombreuses recherches qualitatives, des thèses, des recherches soutenues par l'ANRS.

### Les grandes tendances de l'évolution des comportements sexuels en France

Depuis 1970, on observe un allongement de la vie sexuelle des individus, par une initiation sexuelle plus précoce, mais surtout par la prolongation de la vie sexuelle aux âges avancés, qui constitue un des changements les plus marquants du xx<sup>e</sup> siècle. Une des manifestations en est l'augmentation importante, parmi les femmes de plus de 50 ans vivant en couple, de la part de celles qui ont une activité sexuelle : elles n'étaient que 50 % en 1970, elles sont près de 90 % en 2006. Cette prolongation de la vie sexuelle, qui touche aussi les hommes, est encore peu prise en compte par la santé publique, traditionnellement focalisée sur la jeunesse.

On observe aussi une diversification des parcours sexuels et conjugaux pendant la vie adulte. Le modèle du partenaire pour la vie, encore dominant en 1970 pour les femmes, décline au profit d'une diversité de parcours, comprenant des déroulements moins attendus et plus irréguliers, où se succèdent des phases conjugales, des périodes de célibat sexuellement actif et de nouveaux départs conjugaux. Traditionnellement la vie sexuelle pouvait être considérée comme stabilisée après la mise en couple ou le mariage ; c'est désormais moins souvent le cas.

À l'instar des évolutions observées dans l'éducation et dans l'univers professionnel, on peut dire qu'en matière de sexualité les trajectoires et les parcours des femmes et des hommes, ainsi que leurs pratiques, tendent à se rapprocher. Ainsi les expériences des femmes pendant la jeunesse se sont diversifiées, à l'instar de celles des hommes ; la séparation conjugale, quand elle se produit, ne marque plus pour elles une interruption durable de la vie sexuelle ; la proportion de femmes qui ont des partenaires de même sexe est identique à celle des hommes. Ou, dans un autre domaine, la proportion de femmes qui recourent aux sites de rencontre sur

Internet est proche de celle des hommes, ce qui n'était pas le cas avec les petites annonces de recherche de partenaires ou le Minitel rose.

Mais le rapprochement des trajectoires et pratiques sexuelles des femmes et des hommes ne signifie pas un rapprochement aussi net des expériences vécues, qui dépendent également des rapports de pouvoir entre les partenaires et des jugements sociaux. Un rôle subalterne continue à être attribué au désir des femmes, face à des besoins masculins pensés comme naturels et impérieux. La vie sexuelle des femmes est censée s'exprimer seulement dans un cadre affectif/conjugal, ce qui stigmatise celles qui ont d'autres types d'expériences et pèse sur leur aptitude à adopter des pratiques préventives.

Les expériences et les vies qui se situent hors d'un cadre hétérosexuel sont devenues plus visibles et assurément plus acceptées. La reconnaissance institutionnelle des couples gays et lesbiens en atteste. Mais les mouvements d'opposition au mariage pour tous (en

2013) et les mobilisations contre la prétendue « théorie du genre » ont rappelé que les sexualités alternatives ne sont pas bien acceptées dans tous les contextes et dans tous les milieux, le secteur de l'enseignement restant par exemple un secteur sensible. Une opposition à la reconnaissance de la parentalité homosexuelle continue également à se manifester.

Dans ce paysage caractérisé par le rapprochement entre les sexes et entre les sexualités mais aussi par le maintien de certaines asymétries de genre, on peut dégager quelques grands enjeux de santé publique.

### Protection et prévention dans les rapports sexuels

La question de la protection et de la prévention dans les rapports sexuels intéresse la santé publique depuis plusieurs décennies. Le préservatif est très fortement utilisé lors des premiers rapports sexuels (dans près de 90 % des cas) et son utilisation n'a pas diminué avec l'apparition des traitements du VIH et la raréfaction

## La France, l'Europe et le reste du monde

L'Organisation mondiale de la santé a prôné la mise en place, par les États souverains, de véritables stratégies de santé sexuelle visant à garantir les droits des personnes en matière de santé sexuelle et reproductive [37]. Parmi les huit objectifs du Millénaire pour le développement<sup>1</sup> (1995-2015), deux relevaient directement de cette préoccupation : combattre le VIH/sida et améliorer la santé maternelle. Il était rappelé que ces luttes entrent dans le cadre des droits de l'homme et de l'éthique. L'OMS Europe a relayé ces recommandations, et se propose actuellement de relancer la dynamique. Après consultation des États membres, une stratégie de la santé des femmes et un plan d'action pour les droits sexuels et génésiques dans la région seront lancés en septembre 2016 pour la période 2017-2021<sup>2</sup>.

1. Les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) formaient un plan approuvé par tous les pays du monde et par toutes les grandes institutions mondiales de développement. Ils ont galvanisé des efforts sans précédent pour répondre aux besoins des plus pauvres dans le monde et sont arrivés à expiration à la fin 2015.

2. Stratégie pour la santé de la femme et plan d'action pour la santé et les droits sexuels et génésiques dans la Région européenne de l'OMS 2017-2021, 2015.

### En Europe

Outre les recommandations de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sur le sida dans le contexte élargi de la santé sexuelle [1], des stratégies de santé sexuelle et de la reproduction existent déjà dans plusieurs pays. Au Luxembourg, un Programme national de promotion de la santé affective et sexuelle a été lancé pour 2013-2016, pris en charge par les ministères de l'Éducation nationale, de l'Égalité des chances, de la Famille, de l'Intégration, et de la Santé. La Confédération helvétique a mis en place une commission fédérale pour la santé sexuelle faisant suite au programme national VIH. L'Irlande a adopté une stratégie nationale de santé sexuelle pour 2015-2020. Malte a sa politique de santé sexuelle depuis 2010 [19, 56].

### Reste du monde

La Nouvelle-Zélande a défini une stratégie nationale de santé sexuelle en 2001 et l'Afrique du Sud pour 2011-2021. Aux États-Unis, les Centers for Disease Control (CDC) donnent les grandes lignes d'action politique en matière de santé sexuelle du pays, et un État qui n'intégrerait pas ce concept pourrait se voir infliger des sanctions juridiques. Enfin,

l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni ont mis en place des centres de santé sexuelle visant une approche globale, soit au sein d'une stratégie nationale soit en réponse à des besoins locaux [22].

Ajoutons que, dans certains pays, outre les politiques de santé directement incitatives menées par les structures gouvernementales existent des structures académiques dont la thématique de recherche scientifique est entièrement centrée sur une approche intégrée de la santé sexuelle et reproductive. Ainsi, University College de Londres, au sein de la Faculty of Population Health Sciences, comporte un Institut pour la santé des femmes dont les thèmes de l'enseignement et de la recherche sont : santé préconceptionnelle, contraception, infections sexuellement transmissibles dont le VIH-sida, soins anténatals et de l'accouchement, et santé globale, c'est-à-dire aide aux pays en développement<sup>3</sup>.

3. Guy's and St Thomas' NHS : NHS Foundation Trust. Londres : c2016. Loyd clinic : Providing a free and confidential sexual health service. <http://www.guysandst-thomas.nhs.uk/our-services/sexual-health/clinics/lloyd-clinic/overview.aspx>

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.*

**Marie-Hélène Bouvier-Colle**  
Inserm UMR 1153, Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (EPOPé), Centre de recherche épidémiologie et statistiques Sorbonne Paris Cité (Cress), université Paris Descartes, membre du HCSP



des campagnes de prévention. Elle est légèrement plus faible parmi les personnes sans diplôme. Contrairement à une idée répandue, les femmes et les hommes qui entrent précocement dans la sexualité adoptent aussi fréquemment des pratiques de prévention que ceux qui le font plus tard (contrairement à ce qui se passait dans d'autres pays comme le Royaume-Uni). Pendant la jeunesse, le préservatif est utilisé très généralement dans les débuts de nouvelles relations, et abandonné assez rapidement quand les relations se stabilisent, au profit de la contraception orale. Par contre, un usage beaucoup plus faible est rapporté, notamment par les femmes, lors de nouvelles relations qui débutent à l'âge adulte à la suite de séparations.

La France est un des pays au monde où la contraception hormonale occupe la plus grande place dans le modèle

contraceptif. La pilule (en particulier de 3<sup>e</sup> génération) a connu une crise en 2012-2013, faisant chuter son taux d'utilisation, dont la baisse était déjà amorcée, sans que la place dominante de la contraception orale ait été remise en cause. Cette crise s'est traduite par une diversification des pratiques contraceptives au profit de l'utilisation du stérilet, du préservatif et de « méthodes naturelles » qui, pour le moment, n'aboutit pas à un recul du taux d'utilisation global de la contraception. Cependant on note que les femmes non diplômées de moins de 30 ans sont plus nombreuses à utiliser des méthodes moins efficaces.

Enfin, on observe une stabilité du nombre des IVG, malgré la baisse du nombre de grossesses non prévues. On recourt en effet plus fréquemment qu'auparavant à l'IVG en cas de grossesse non prévue. Ainsi, et en

## Choisir son partenaire de vie, choisir sa sexualité. La fin des mariages forcés

**C**hoisir son conjoint(e) et sa sexualité est un droit humain fondamental. Les unions imposées par la famille ont existé dans la plupart des sociétés et ces pratiques sociales persistent dans une grande partie du monde. En Europe, elles ne correspondent plus à des normes mais menacent encore des jeunes, le plus souvent des jeunes filles, mariés de force. La problématique des mariages forcés s'inscrit dans le cadre pénal des violences intrafamiliales au même titre que les coups, les viols et les mutilations sexuelles.

Les filles et les jeunes femmes sont les principales victimes des mariages forcés. 4 % des femmes immigrées vivant en France et 2 % des filles d'immigrés nées en France âgées de 26 à 50 ans ont subi un mariage non consenti [32, 44].

Dans un avis de 2005<sup>1</sup>, la CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'homme) dénonce un phénomène social préoccupant mais difficile à chiffrer. Il touche des mineures ou jeunes majeures issues des milieux de l'immigration, étrangères, binationales ou françaises. Le mariage forcé des jeunes exprime parfois un « acte d'allégeance » à la famille restée dans le pays d'origine, alors même que dans certains de ces pays, la pratique diminue. La crainte de perte d'identité, d'accu-

luration est évoquée. Parfois, certains mariages sont conclus très précocement avec l'idée d'un regroupement familial ultérieur. Il peut aussi exister une « mise en esclavage domestique » dans la belle-famille, et des séquestrations en France ou à l'étranger : des fillettes restent au pays dès la fin des études primaires et reviennent quelques années plus tard, mères de famille, ayant depuis longtemps abandonné tout espoir de scolarité. Le réajustement des comportements des adolescents est également évoqué, par exemple en cas de suspicion d'homosexualité.

Des violences psychologiques, physiques et matérielles sont imposées par les familles, telles que la pression affective, le harcèlement moral, la culpabilisation, la menace du reniement, la dévalorisation. Elles sont à l'origine de souffrances pouvant aboutir à des troubles chroniques et, dans certains cas, à des dépressions sévères et des tentatives de suicide.

Les effets dommageables pour la santé reproductive sont dénoncés dès 2003 dans un avis publié par l'Académie de médecine. « *Les conséquences des mariages forcés sur la santé de l'enfant ou de l'adolescente sont graves, même sans mutilations sexuelles. Outre qu'il s'agit de viols déguisés, les grossesses précoces qui s'ensuivent peuvent se compliquer de toxémie gravidique et de crises d'éclampsie, de lésions hépa-*

*tiques redoutables avec coagulation intra-vasculaire disséminée diffuse aboutissant à un syndrome hémorragique parfois mortel. D'autres complications ne sont dangereuses que pour l'enfant : souffrance fœtale, retard de croissance in utero et accouchement prématuré, ces complications pouvant se combiner et des lésions cérébrales graves en résulter* » (R. Henrion, [34]).

Les violences conjugales surviennent suite à des rapports sexuels non consentis, puis des grossesses non désirées, issues de viols. Des lésions des fonctions reproductives et d'éventuelles maladies sexuelles non contrôlables touchent ces très jeunes filles qui ne consultent pas régulièrement au cours d'une grossesse précoce ou ne consulteront que tardivement. La construction du lien mère-enfant rendue difficile peut aboutir à des maltraitances à l'égard de cet enfant.

Le Code de déontologie médicale est formel : « *le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* » (art. 43) et « *lorsqu'il n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit [...] alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives* » (art. 44).

L'absence de consentement est difficile à prouver : la victime mineure ou majeure hésite à porter plainte car elle subit des pressions familiales, connaît

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

**Virginie Halley des Fontaines**  
Service de santé publique, faculté de médecine Pierre et Marie Curie, UPMC, Paris, membre du HCSP

1. Avis sur les mariages forcés, CNCDH, 23 juin 2005

raison de l'usage élevé de la protection parmi les jeunes, le problème dit de la « grossesse adolescente » n'a pas acquis en France la dimension qu'il a prise dans d'autres pays.

### L'éducation à la sexualité en France : un enseignement non évalué, un contexte délicat

L'éducation à la sexualité en France est un enseignement obligatoire, qui au titre de l'action de promotion de la santé en milieu scolaire, fait l'objet d'un partenariat stratégique entre ministère de la Santé et ministère de l'Éducation. Il est fort peu évalué par l'Éducation nationale. On ne sait pas si tous les établissements sont concernés, ni qui sont les intervenants. L'idée initiale était que les professeurs de toutes les disciplines soient concernés (pas seulement les SVT), mais il semble qu'on soit loin du compte. Les

infirmières scolaires, très souvent concernées, sont-elles suffisamment formées en matière de sexualité ? Traditionnellement les intervenants extérieurs jouent un rôle important : qui sont-ils ? En outre, les contraintes institutionnelles pèsent fortement sur cet enseignement : la logique de « protection » de la jeunesse, l'objectif d'évitement des conflits très prégnant au sein de l'Éducation nationale, ainsi que les pressions externes influent sur la mise en œuvre des actions d'éducation. La question de l'égalité de genre, qui devrait en être l'axe central, est loin d'être mise au centre de ces enseignements, ce qui conduit par exemple à aborder la question de la violence avec une forte dimension psychologique, sans tenir compte des rapports de pouvoir qui peuvent influencer sur le déclenchement des violences. Quant à l'homosexualité, elle tend à être présentée comme une simple

souvent mal ses droits, doit s'exclure de son entourage immédiat, au risque parfois de sa vie.

Un dispositif législatif a été progressivement mis en place pour assurer la protection de ces victimes :

- pour contrer les violences, la loi du 4 avril 2006 renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs ;
- pour lutter contre l'alibi culturel, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique du 11 mai 2011, ratifiée par la France le 4 juillet 2014, stipule qu'aucun acte de violence à l'encontre d'une femme ne peut être justifié par « *la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu "honneur"* » ;
- la pénalisation des infractions de proxénétisme, d'agression ou d'atteintes sexuelles, de réduction en esclavage, de soumission à du travail ou à des services forcés, de réduction en servitude, de prélèvement de l'un de ses organes, d'exploitation de la mendicité, de conditions de travail ou d'hébergement contraires à sa dignité, soit de contraindre la victime à commettre tout crime ou délit, a été renforcée pour les mineurs par la loi du 5 août 2013 ;
- la notion d'émancipation par le mariage a été supprimée.

La prévention reste l'élément principal de lutte contre la pratique des mariages

forcés. À l'instar de l'initiative de la Seine-Saint-Denis [16], sont préconisées :

- la mise en place de réseaux régionaux de prévention, en lien avec les différentes structures publiques et associatives intervenant dans ce champ (droit des femmes, Éducation nationale, Justice, Crous, Planning familial, associations de quartier...);
- la sensibilisation d'adultes-relais, susceptibles d'accueillir des jeunes filles et femmes menacées ou en situation de mariage forcé, professionnels exerçant dans des structures médico-sociales, comme les infirmières scolaires, les médiatrices interculturelles, les éducateurs, les centres d'hébergement, les associations d'insertion, les conseillères conjugales, les missions locales ;
- l'accueil et l'accompagnement de personnes menacées ou victimes de mariage forcé, avec des coordonnées utiles :
  - ◆ Violence contre les femmes 3919
  - ◆ SOS mariage forcé : 01 30 31 05 05
  - ◆ Bureau de la Protection des mineurs et de la famille du ministère des Affaires étrangères, tél : 01 43 17 80 32 [mariageforce.fae@diplomatie.gouv.fr](mailto:mariageforce.fae@diplomatie.gouv.fr)
  - ◆ Mouvement français pour le planning familial (MFPF) <http://www.mariageforce.fr>
  - ◆ Réseau jeunes filles confrontées aux violences et aux ruptures familiales : 06 75 23 08 19. ☎

### Quelques conseils à donner aux jeunes menacé(e)s

- Pouvoir identifier quelqu'un à qui se confier.
- Tous les documents administratifs pertinents (titre de séjour, passeport, certificat de nationalité, carte Vitale, diplômes, fiches de paie) doivent être photocopiés ou numérisés et mis en lieu sûr.
- En cas de subtilisation de passeport, il n'est pas obligatoire de porter plainte contre sa propre famille, une déclaration de perte suffit.
- Il est possible à un mineur de refuser de partir à l'étranger en demandant protection au tribunal, qui délivrera une interdiction de sortie du territoire ou ordonnera un placement avec accompagnement d'un travailleur social et/ou d'un avocat (gratuit pour les mineurs).
- Pour les majeurs, la loi du 9 juillet 2010 pose le principe de l'ordonnance de protection par un juge aux affaires familiales. Si le départ au pays d'origine ne peut être évité, faire connaître la date de retour en France, les coordonnées où l'on peut être joint à l'étranger et même, en dernier recours à l'aéroport, alerter la police de l'air et des frontières ou bien la douane.



question privée, que l'on n'aborde pas publiquement en milieu scolaire, sauf pour mentionner l'homophobie. Un rapport sur l'éducation à la sexualité, recommandant une remobilisation sur les questions d'égalité et un engagement des instances de socialisation des jeunes hors-école, a été remis en juin 2016 au ministère de l'Éducation nationale et au ministère chargé des Droits des femmes par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes.

### Infections sexuellement transmissibles et dysfonctions

Parmi les personnes de 18 à 69 ans sexuellement actives interrogées en 2006 dans les différentes enquêtes, 2,1 % des hommes et 2,8 % des femmes ont déclaré des antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans les cinq ans. Les enquêtes mettent en lumière une poursuite, chez les hommes, des comportements les ayant conduits à contracter une IST, tandis que les femmes changent de comportement dans ce cas et incitent leurs partenaires à le faire. Cela se reflète notamment par une meilleure information des partenaires (en cas d'infection) par les femmes que par les hommes. Une des grandes difficultés dans la lutte contre les IST est qu'elles restent sous-déjàstées, comme le montre notamment l'exemple de Chlamydia trachomatis : le test réalisé auprès des personnes de 18 à 44 ans dans le cadre de l'enquête CSF indique une prévalence de 1,5 %, alors que les mêmes personnes ne sont que 0,5 % à rapporter avoir eu des antécédents de Chlamydia dans les cinq ans. Ce sous-dépistage des deux tiers est en partie lié au fait qu'une part des personnes contaminées ne présentent pas de facteur classique de risque, n'ayant eu qu'un partenaire dans les douze mois et qui n'est pas un nouveau partenaire, et qu'elles présentent une forme asymptomatique. L'infection peut avoir été transmise par un partenaire qui l'a acquise lors de relations avec d'autres partenaires.

Les difficultés que les personnes rencontrent dans leur vie sexuelle, que l'on nomme généralement dysfonctions sexuelles, ne les conduisent pas nécessairement à consulter et ne sont même pas toujours considérées comme un problème pour leur sexualité, si elles ne se produisent pas souvent. Certaines se manifestent particulièrement dans les débuts de la vie sexuelle et les débuts de relations (difficultés à atteindre l'orgasme, problèmes d'éjaculation), et signalent des difficultés liées à l'apprentissage de la sexualité ou à l'adaptation à un nouveau partenaire. Certaines difficultés traduisent les effets conjugués de la durée de la relation et du vieillissement chez les plus âgés (difficultés à atteindre l'orgasme, rapports douloureux, absence ou insuffisance de désir, problèmes d'érection). Elles surviennent plus fréquemment dans un contexte de dégradation de l'état de santé de la personne ou de son/sa partenaire (dépression et troubles articulaires chroniques, plus fréquents pour les femmes après 50 ans ; diabète, dépression pour les hommes). Si ces dysfonctions peuvent nécessiter un

accompagnement médical, elles n'appellent une prise en charge fortement médicalisée que si les personnes les considèrent comme problématiques ou perturbantes.

### La mobilisation contre la violence sexuelle

Les années 2000 sont une période de grande mobilisation contre les violences faites aux femmes, dont témoignent des évolutions législatives et politiques, et la réalisation d'une grande enquête en 2000, l'enquête Enveff. Dans la mesure où seule une minorité des actes de violence sexuelle fait l'objet d'une plainte, les enquêtes de population, qui interrogent les personnes sur les faits subis sans tenir compte de leur qualification juridique, sont nécessaires pour connaître la fréquence et les circonstances de ce type d'événements. Dans l'enquête menée en 2006, parmi les personnes de 18 à 69 ans, 20 % des femmes et 7 % des hommes ont déclaré avoir subi une agression sexuelle, qu'il s'agisse d'attouchements, de tentatives de rapports forcés ou de rapports forcés. En se limitant aux rapports forcés et aux tentatives de rapports forcés, ce sont 16 % des femmes et 5 % des hommes qui sont concernés. Entre l'enquête Enveff de 2000 et l'enquête CSF de 2006, on enregistre un doublement des déclarations de rapports sexuels contraints ou de tentatives de rapports sexuels contraints. On l'interprète comme un recul du silence et une transformation de la sensibilité au regard des situations de violence, qui sont devenues un thème de politique publique. Ce sont principalement des agressions de la part d'hommes de la famille, subies dans l'enfance ou l'adolescence, qui sont le plus souvent déclarées dans la seconde moitié des années 2000. Dans le même temps, les déclarations de viols faites à la Justice (environ 10 000 par an) n'augmentent pas, ce qui conduit à s'interroger sur la nature des réponses sociales à apporter. Les conséquences du fait d'avoir subi de telles violences prennent rarement la forme d'un stress post-traumatique et transparaissent plutôt dans des indicateurs de mal-être assez diversifiés et peu spécifiques, qui parfois se cumulent, mais qui ne se traduisent pas forcément par des manifestations extrêmes.

### Santé sexuelle et santé mentale chez les lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT)

La visibilité et la reconnaissance des homosexualités ont beaucoup progressé depuis le début des années 1980. Aux mobilisations des homosexuels dans la lutte contre le sida se sont ajoutés à partir de la fin des années 1990 le partenariat enregistré des couples de même sexe, et la pénalisation de la discrimination liée à l'orientation sexuelle et des insultes et déclarations homophobes. Le niveau d'acceptation parentale de l'homosexualité des enfants a progressé depuis les années 1980, mais les jeunes homos restent amenés à quitter le domicile parental de manière plus précoce que les jeunes hétérosexuels. Les conflits avec les parents et l'isolement parmi les pairs conduisent à une « surexposition aux risques de dépression et de



suicide ». Parmi les jeunes homos, la prévention des problèmes de santé mentale reste un enjeu majeur.

Trente ans après les débuts du sida en France, la vie sexuelle des gays continue à être caractérisée par un niveau élevé de prise de risque (notamment des pénétrations anales non protégées). Des contaminations par le VIH ou d'autres IST (syphilis, gonococcie) se produisent toujours. Le nécessaire recours au dépistage et à la prophylaxie préexposition (PrEP) ne peut pas se substituer à l'usage du préservatif. Le maintien de campagnes de prévention plus classiques est souhaitable. L'enquête CSF a mis par ailleurs en évidence des niveaux d'IST plus élevés parmi les femmes lesbiennes et bisexuelles que parmi les femmes hétérosexuelles, ce qui plaide pour leur plus forte intégration dans la surveillance gynécologique (via un travail à réaliser auprès des gynécologues).

En ce qui concerne les trans, il conviendrait de renégocier et de simplifier le protocole officiel (en tenant compte des protocoles officieux), avec l'objectif entre autres d'en réduire la durée. Les protocoles trop longs créent en effet de l'insécurité pour les personnes concernées, propice à de nombreuses manifestations de mal-être, ainsi qu'à une précarisation chez les moins favorisés socialement.

### Conclusion

Les transformations de la sexualité au fil du temps sont à mettre en relation avec d'autres grandes évolutions sociales. Les politiques de santé publique, qui visent à ce que toutes et tous puissent vivre une sexualité choisie en maîtrisant les différents risques qui s'y rattachent, font partie, à leur façon, du mouvement vers plus d'égalité entre les sexes et les sexualités. ●

## L'infection par le VIH : une maladie chronique ?

Les trois dernières décennies ont vu l'émergence, puis le contrôle, de l'infection par le VIH. Les progrès effectués dans la prise en charge de cette maladie ont conduit à un changement de paradigme non seulement en ce qui concerne le traitement mais également la prévention et surtout le dépistage. On ne dépiste plus avec la crainte d'annoncer un décès précoce mais avec la perspective d'éviter les conséquences de la maladie et de permettre une survie en durée et en qualité proche de celle de la population générale. En 2016, toute personne infectée par le VIH ayant accès à un traitement moderne aura – au prix d'une bonne observance facilitée par des combinaisons bien supportées et simples, un comprimé par jour – une suppression de la réplique virale, une préservation de la fonction immunitaire, et l'absence de complication classant sida.

Cependant le traitement antirétroviral ne rétablit pas un état de santé parfaitement normal. La permanence d'une activation du système immunitaire pendant la période de réplique virale et la durée de cette activation vont avoir des conséquences sur l'organisme conduisant au concept de vieillissement prématuré, avec une plus grande fréquence de maladies cardiovasculaires ou de

cancers, de problèmes rénaux ou hépatiques, et de troubles neurocognitifs. Ces problèmes seront d'autant plus prégnants que la maladie est ancienne et que les patients ont bénéficié des anciens traitements moins efficaces et plus toxiques. La surveillance d'un patient infecté par le VIH ne se résume donc pas à la simple prescription d'un traitement adapté et à garantir son innocuité. La prévention, le dépistage et la prise en charge des comorbidités sont des éléments essentiels du suivi et nécessitent la compétence des acteurs de l'éducation thérapeutique, du premier recours et de la médecine spécialisée. Même si des schémas « allégés » de traitement sont en cours d'étude, le traitement actuel doit être pris tout au long de la vie, avec un coût pour la société et une moindre qualité de vie pour la personne. Ainsi la recherche s'oriente vers des stratégies complexes d'éradication du virus au sein de l'individu.

Les trois prochaines décennies verront-elles la fin de l'épidémie ? Au-delà de l'hypothétique guérison, le challenge relevé par l'Onusida est d'obtenir la fin de l'épidémie d'ici 2030<sup>1</sup>. Pour obtenir ce résultat il faut

1. [http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/fast\\_track](http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/fast_track)

que 90 % des personnes infectées dans le monde connaissent leur statut, que 90 % de celles-ci soient sous traitement antirétroviral et que 90 % de ces dernières aient une charge virale indétectable garante de la quasi-absence de transmission du virus. Ces objectifs peuvent paraître difficilement atteignables, notamment dans les pays du sud, mais en 2011, l'OMS avait défini pour 2015 un objectif de 15 millions de personnes sous traitement antirétroviral qui aura finalement été atteint plus tôt que prévu. L'incidence mondiale annuelle est passée de 3 millions en 2005 à 2 millions de personnes en 2015, soit une baisse de 35 % qui, si elle se prolongeait jusqu'en 2030, conduirait à environ 200 000 nouveaux cas par an. Calcul enthousiasmant ne tenant pas compte des fluctuations géopolitiques et économiques qui peuvent, à tout moment, mettre en péril ce modèle. Mettre en œuvre rapidement la fin de l'épidémie de sida est possible en favorisant l'innovation, en assurant un financement durable, en renforçant les systèmes de santé et les communautés, en promouvant les droits humains et en assurant l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH, dans le cadre d'une stratégie globale de santé sexuelle. ●

### Éric Billaud

Praticien hospitalier maladies infectieuses ; président du CoreVIH des Pays de la Loire, membre du HCSP



## Pratiques contraceptives en France

**Caroline Moreau**  
Université  
Johns Hopkins,  
Inserm 1018

*Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 58.*

**M**algré une progression constante de la contraception médicalisée (hormonale ou dispositif intra-utérin) – passée de 35 % en 1978 à 59 % en 2010 [5, 9] –, le taux d'interruption volontaire de grossesse en France est resté relativement stable au cours des vingt-cinq dernières années, autour de 15 IVG pour 1 000 femmes par an [73], questionnant l'efficacité des politiques de planning familial dans notre pays.

### **Le paradoxe contraceptif en France : un problème de santé publique ?**

Ce paradoxe apparent ignore toutefois les différentes étapes du recours à l'IVG, car ce taux n'est pas seulement déterminé par la probabilité de grossesse, mais aussi par la propension à interrompre une grossesse non prévue [62]. Les travaux menés à partir d'une série d'enquêtes nationales sur la fécondité depuis 1975 permettent de « déconstruire » ce paradoxe. Ces travaux montrent que l'augmentation de la couverture contraceptive médicale s'accompagne d'une diminution des grossesses non prévues, dont l'indice baisse de 1,23 grossesse non prévue par femme de 18 à 44 ans en 1975 à 0,85 sur la période 2005-2009 [5, 9]. Ils montrent aussi qu'en cas de grossesses non prévues, la probabilité d'interrompre ces grossesses a significativement augmenté (44 % en 1975 *versus* 60 % sur la période 2006-2009), « contrebalançant » ainsi l'effet de la contraception [5, 9]. Le taux d'IVG s'avère ainsi un indicateur peu performant pour mesurer l'impact au long cours des politiques de diffusion de la contraception médicale.

Ces évolutions historiques concernent tous les âges de la vie reproductive, avec toutefois un effet plus marqué chez les jeunes femmes (âgées de moins de 30 ans), dont l'indice de grossesses non prévues passe de 0,82 à 0,49 sur quarante ans. Le succès de la contraception médicale chez les jeunes est d'autant plus remarquable qu'il se conjugue à une augmentation de la période de sexualité avant le premier enfant, passant en moyenne de 5,5 ans en 1970 à 10,5 ans en 2010. Ceci est principalement lié à l'augmentation de l'âge maternel à la première maternité (27,9 ans en 2010 *versus* 23,9 ans en 1975) tandis que l'âge d'entrée dans la sexualité n'a baissé que d'un an sur cette période (17,6 ans en 2000 *versus* 18,5 ans en 1975).

En dépit de ces tendances généralement favorables, les données nationales récentes, collectées depuis 2000, révèlent pour la première fois en quarante ans une augmentation des grossesses non prévues, conjuguée à une diminution de la propension à interrompre ces grossesses chez les femmes de 30 ans et plus. Ainsi l'indice de grossesses non prévues pour cette classe d'âge est passé de 0,29 à 0,35 ces dix dernières années,

se traduisant à la fois par une augmentation des IVG mais surtout par une augmentation des naissances non prévues (dont l'indice passe de 0,10 à 0,16), un phénomène nouveau qui appelle à un suivi particulier en raison des effets de l'âge maternel sur la morbidité maternelle et périnatale.

### **Le modèle contraceptif français : continuité et évolution récente**

#### **Un modèle peu efficient aux âges les plus fertiles**

Le paysage contraceptif fortement médicalisé en France répond à un modèle peu flexible prônant l'usage du préservatif en début de vie sexuelle, dans le cadre de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, suivi de la pilule contraceptive lorsque la situation conjugale se stabilise, puis de l'usage du dispositif intra-utérin (DIU) en fin de vie reproductive pour limiter le nombre de naissances. Ce modèle est peu optimal en raison de la difficulté de gestion des méthodes de courte durée d'actions (méthodes naturelles, barrières ou hormonales – pilule, patch, anneau vaginal ou injections). Ces difficultés génèrent des erreurs d'utilisation entraînant des taux d'échecs bien plus élevés en pratique courante qu'en théorie [51]. Les échecs de ces méthodes, adoptées par une femme sur deux en France en 2010, contribuent à 61 % des grossesses donnant lieu à une IVG (27,7 % d'échecs de méthodes hormonales, 14,3 % d'échecs de préservatifs et 19,1 % d'échecs d'autres méthodes barrières ou naturelles), tandis que les échecs des méthodes long court (implant, DIU, stérilisation), utilisées par une femme sur cinq en 2010 [49], ne contribuent que pour 1,6 % des IVG [50].

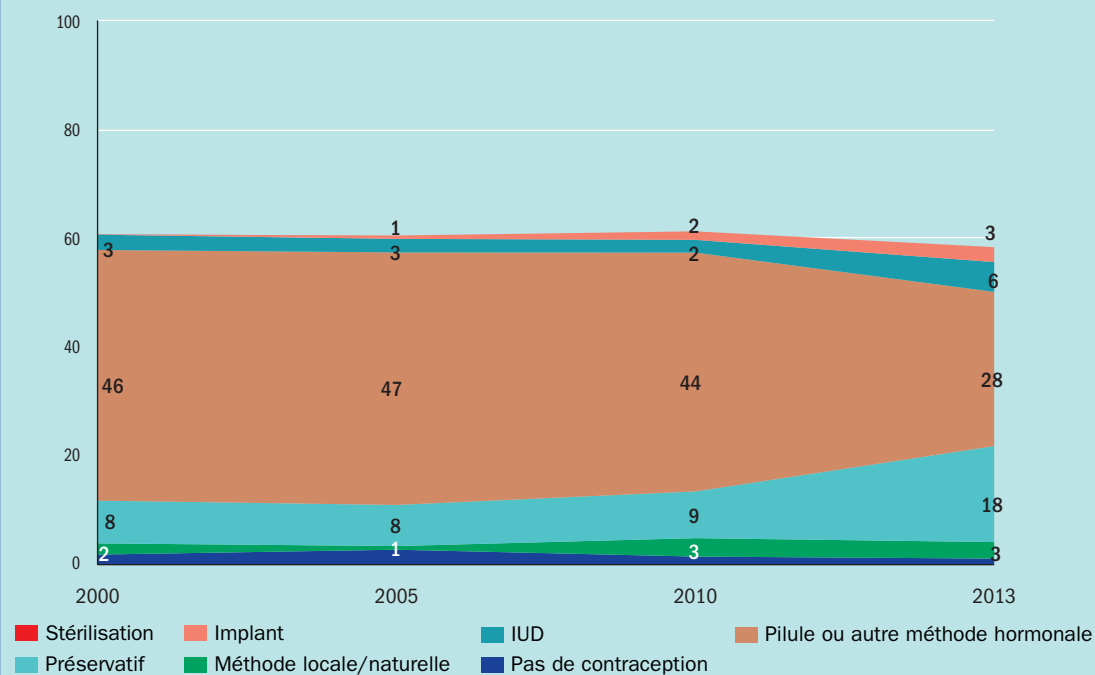
Ce manque d'efficience du modèle contraceptif français est particulièrement marqué chez les jeunes de moins de 30 ans (figure 1), qui connaissent les taux de grossesses non prévues les plus élevés. Seules 9 % des jeunes femmes de cette tranche d'âge utilisent une méthode long court réversible (implant ou DIU) tandis que 28 % utilisent une méthode hormonale de courte durée (pilule, patch, ou anneau) et 21 % adoptent des méthodes barrières ou naturelles.

### **La crise de la pilule de 2012 : une remise en cause du modèle contraceptif français ?**

La dernière enquête nationale, réalisée dans les six mois suivant la polémique sur les pilules de 3<sup>e</sup> génération en France, révèle des changements notables de pratiques, à niveau de prévalence constant [5, 9]. Le déclin de la pilule, amorcé dès 2005 chez les plus de 30 ans, s'accélère après 2010 (– 10 points) tandis que ce déclin est plus récent et plus prononcé chez les moins de 30 ans (– 16 points entre 2010 et 2013) (figure 2).

figure 1

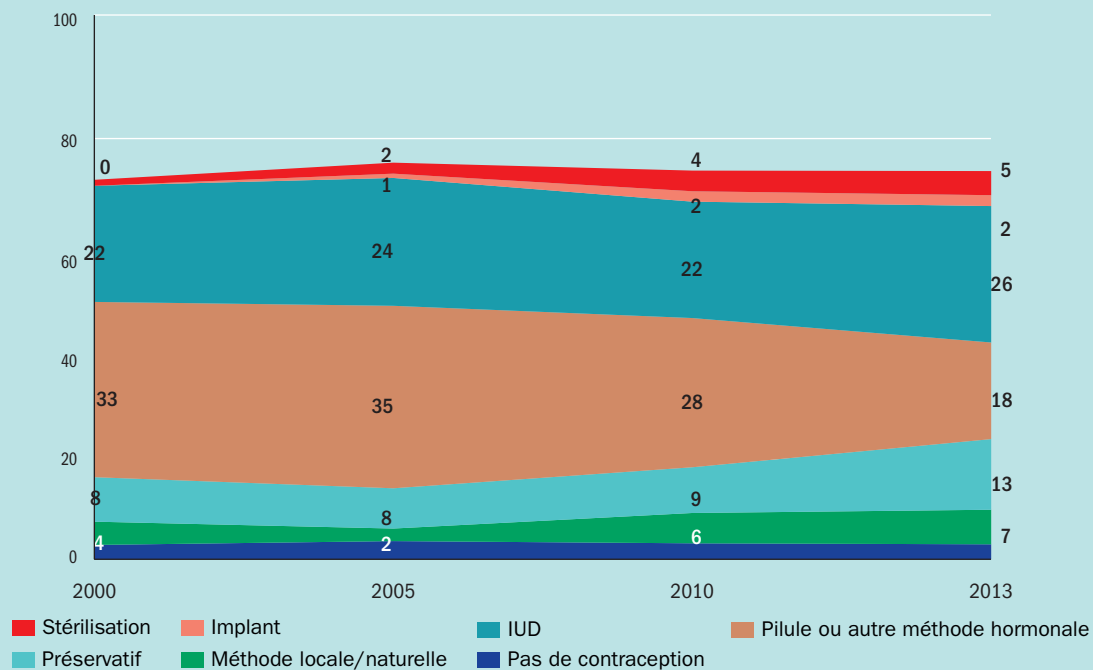
Évolutions des pratiques contraceptives chez les femmes de 15-29 ans entre 2000 et 2013 (en %)



Sources : Données issues des enquêtes nationales Baromètres santé 2000, 2005, Fécond 2010 et Fécond 2013.

figure 2

Évolutions des pratiques contraceptives chez les femmes de 30-49 ans entre 2000 et 2013 (en %)



Sources : Données issues des enquêtes nationales Baromètres santé 2000, 2005, Fécond 2010 et Fécond 2013.



Cette diminution s'explique entièrement par le rejet des pilules de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> générations, tandis que l'usage des pilules de 2<sup>e</sup> génération reste stable entre 2010 et 2013 [5, 9]. Les jeunes compensent le rejet de la pilule essentiellement par l'utilisation de préservatifs (+ 9 points) et marginalement par le recours au DIU (+ 4 points), tandis que les plus de 30 ans portent leur choix aussi bien sur le DIU (+ 4 points) que sur le préservatif (+ 5 points).

### Impact de la crise de la pilule sur la santé des femmes

Le désaveu des pilules de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> générations, qui sont associées selon plusieurs études à un risque de thrombose veineuse plus élevé que les pilules de 2<sup>e</sup> génération [21], s'accompagne d'une diminution de 10,6 % des hospitalisations pour embolies pulmonaires (en dehors des embolies survenues en cours de grossesse) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans [68], prévenant ainsi 322 hospitalisations en 2013. Cette diminution est sans doute largement attribuable à l'abandon de la pilule œstroprogestative plutôt qu'à la substitution vers les deuxièmes générations, qui n'augmentent que de 1 point, tandis que les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> générations perdent 9 points sur la même période [5, 9].

L'abandon de la pilule, principalement remplacée par le recours à des méthodes moins efficaces, s'accompagne dans le même temps d'une hausse du taux d'IVG, qui passe de 14,6/1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2012 à 15,2 ‰ en 2013, puis 15,49 ‰ en 2014 avant de retomber à 14,95 ‰ en 2015 (figure 3) [73]. Cette augmentation se concentre avant tout entre 20 et 39 ans, tandis que les taux d'IVG diminuent de manière continue depuis 2010 chez les adolescentes (15-19 ans).

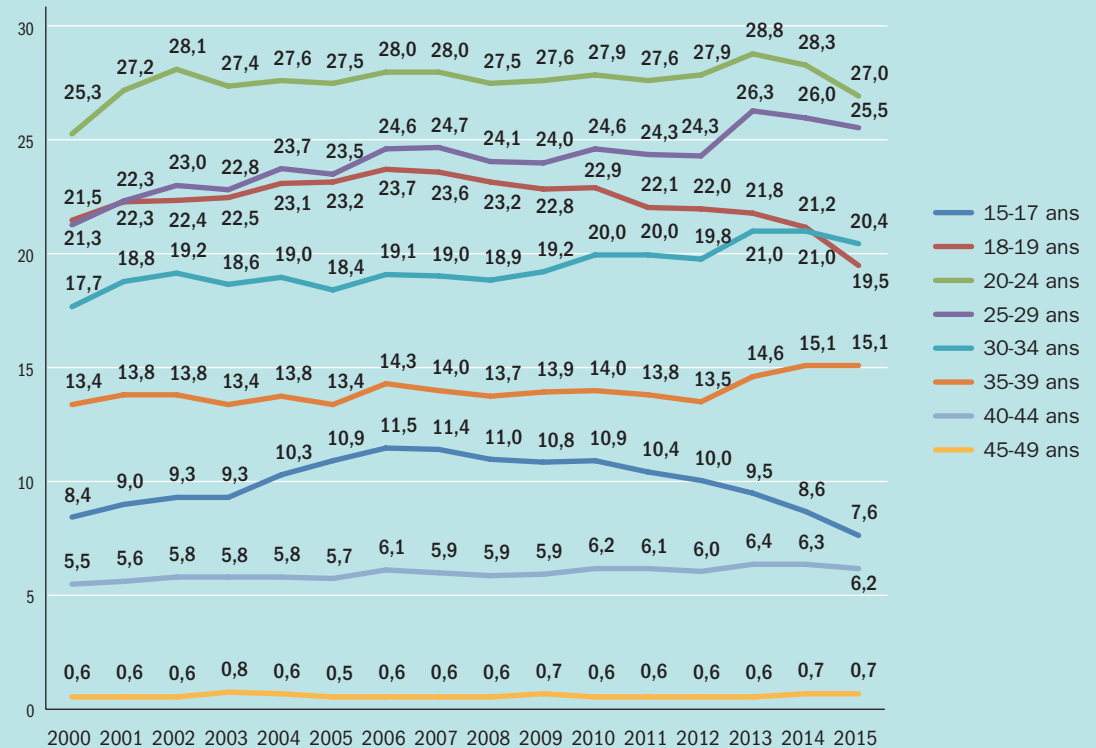
### Conclusion

Les débats récents sur la contraception en France ont modifié le paysage contraceptif. Ces changements ont conduit à une diversification des pratiques tout en démontrant la nécessité d'une prévention secondaire en cas d'échecs contraceptifs. L'effet de ces évolutions sur la santé des femmes reste une question complexe. En effet, il est concevable que la réduction du risque veineux thrombotique chez les femmes non enceintes n'utilisant pas de méthodes hormonales soit contrebalancée par une augmentation de la morbidité maternelle associée à la survenue de grossesses non prévues, surtout en fin de vie reproductive. Il conviendra de suivre ces données au cours des prochaines années. ●

figure 3

### Taux d'IVG en France métropolitaine par groupe d'âge (en %)

Taux d'IVG pour 1 000 femmes 15-49 ans



Source : d'après les données de la Drees.

# L'IVG en France et l'évolution des normes procréatives et contraceptives

**D**epuis 1975, année de la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le nombre d'IVG est relativement stable, aux alentours de 200 000 à 220 000 par an, ce qui représente aujourd'hui 15 IVG par an pour 1 000 femmes<sup>1</sup> (âgées de 15 à 49 ans) et 0,53 IVG par femme au cours de la vie [73]. Derrière cette stabilité de long terme, des mouvements de fond ont eu lieu, du fait de l'évolution des normes procréatives et contraceptives [4].

## Recours à l'IVG : deux périodes distinctes

L'évolution du recours à l'IVG se décompose en deux périodes : une première période pendant laquelle le nombre d'IVG par femme a baissé (entre 1975 et 1995, on passe de 0,66 à 0,43 IVG par femme) qui coïncide avec la diffusion de méthodes efficaces de contraception, après la légalisation de décembre 1967. Une deuxième période, à partir de 1995, où le recours à l'IVG augmente légèrement pour se stabiliser à environ 0,53 IVG par femme pendant dix ans. Au cours de cette deuxième période, l'indicateur suit l'évolution tendancielle du nombre moyen d'enfants par femme [46]. Depuis vingt ans, une grossesse sur cinq environ est volontairement interrompue (hors fausses couches spontanées). Il s'agit le plus souvent de grossesses mal planifiées ou non souhaitées, de moins en moins fréquentes, mais plus souvent interrompues. Les IVG sont à l'heure actuelle concentrées pendant la période de « jeunesse sexuelle », notamment avant l'âge de 25 ans : on choisit d'être parent plus tard, dans les « meilleures » conditions ; les grossesses considérées comme arrivant « trop tôt » ou ne faisant pas consensus entre les deux partenaires étant différées. Entre 1975 et aujourd'hui, l'âge moyen à la maternité est passé de 26,7 ans à 30,1 ans, alors que l'âge moyen à l'IVG a baissé : 28,5 ans jusqu'au milieu des années 1990, contre 27,5 ans à l'heure actuelle [46].

Les grossesses des jeunes femmes sont celles qui sont le plus souvent interrompues. La forte planification des naissances, la concentration de la fécondité des femmes entre 25 et 35 ans et la raréfaction des naissances aux très jeunes âges témoignent à la fois de la plus grande liberté des jeunes filles de ne pas mener à terme une grossesse imprévue si elles ne le souhaitent pas et de la marginalisation grandissante des naissances « précoces ». L'augmentation du taux

d'IVG des adolescentes, observée à la fin des années 1990 et au début des années 2000, peut se lire non pas comme une fragilisation des adolescentes, mais comme la plus forte volonté de choisir d'interrompre une grossesse non prévue ou mal programmée, dans un contexte de rajeunissement de l'âge aux premiers rapports sexuels et de retard de l'âge à la première maternité. Les grossesses au-delà de 40 ans sont, elles aussi, fréquemment interrompues.

Le recours à l'IVG se produit à 6,5 semaines de grossesse en moyenne ; cette durée s'est raccourcie notamment du fait de la diffusion de l'IVG médicamenteuse et malgré l'allongement du délai légal en 2001 (portant le délai maximum légal à 12 semaines de grossesse, au lieu de 10 semaines auparavant). Du fait des normes contraceptives et de planification des naissances, les femmes se rendent compte sans doute assez rapidement d'une grossesse imprévue et il leur est *a priori* moins complexe que par le passé d'interrompre la grossesse sans trop attendre, même si, dans certaines situations (périodes de vacances) ou dans certaines zones du territoire, la prise en charge présente des difficultés spécifiques.

## Moins de femmes ont recours à l'IVG

Depuis 1975, la répartition des femmes selon le nombre d'IVG s'est modifiée. On note tout d'abord une baisse de la part des femmes ayant recours à l'IVG au cours de leur vie (près d'une femme sur deux en 1975 contre une femme sur trois à l'heure actuelle), et parmi les femmes y ayant recours, une augmentation des IVG répétées. Dans les années 1970, les IVG répétées représentaient moins d'une IVG sur dix, mais elles pouvaient avoir été précédées d'IVG réalisées hors du cadre de la loi, avant sa promulgation en 1975, et non déclarées dans les bulletins statistiques. Après 1980, la part des IVG répétées a poursuivi sa progression. La proportion de femmes ayant recours plus d'une fois à l'IVG au cours de la vie reste cependant faible : 9,5 % des femmes auraient recours deux fois à l'IVG, 4,1 % plus de deux fois [45]. La diffusion des méthodes de contraception, la diversification des parcours affectifs, conjugaux et sexuels des femmes, la forte concentration des naissances entre 25 et 35 ans et les attentes normatives fortes au sein de la société expliquent probablement ces transformations dans les modalités de recours à l'IVG.

## Des IVG assez semblables, qu'il s'agisse d'une première ou non

Les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG (situation conjugale, situation professionnelle), ainsi

**Magali Mazuy**  
**Elodie Baril**  
**Laurent Toulemon**  
Institut national  
d'études  
démographiques  
(Ined)

1. Cet indicateur varie d'un territoire à l'autre, avec des taux plus élevés en Île-de-France (17,1‰), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (20,5‰), en Corse (17,2‰) et dans les départements d'outre-mer (26,5‰). Mais les taux de fécondité dans ces territoires sont également plus élevés et/ou l'offre de soins y est différenciée.

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 58.



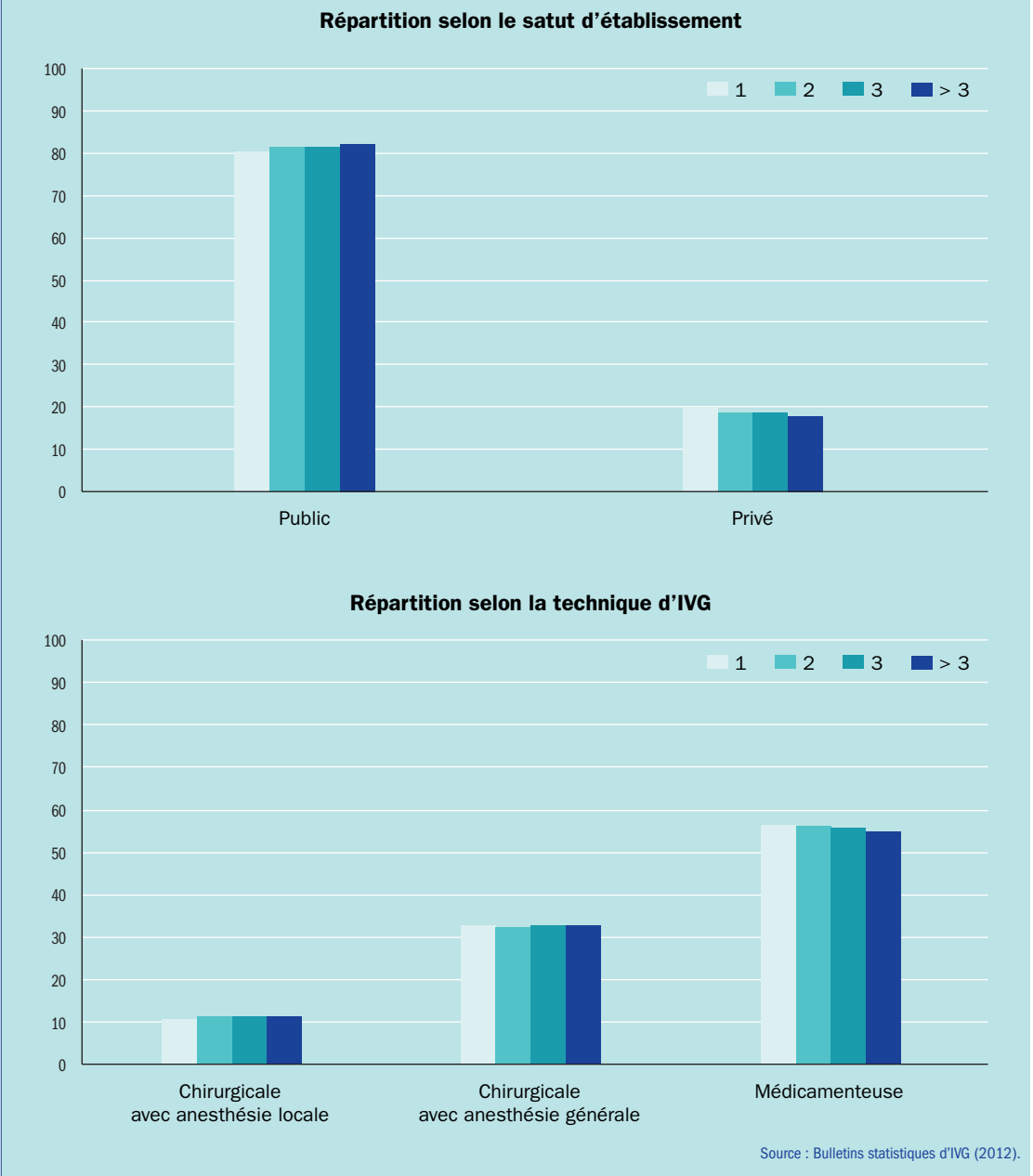
que celles de l'intervention (type d'intervention, durée de grossesse, type d'établissement) sont proches pour les premières IVG et les IVG de rang supérieur (figure 1).

Les IVG de rang 1 sont un peu plus souvent médicamenteuses. Les IVG de rang supérieur sont pratiquées dans le public un peu plus souvent, mais les différences sont très faibles. Environ la moitié des femmes sont en couple, un peu moins fréquemment

pour les premières IVG. Ces différences s'expliquent principalement du fait que la structure par âge des premières IVG est concentrée parmi les jeunes femmes, moins souvent en couple. À âge égal, les femmes en couple connaissent surtout des IVG de rang 1. Plus de la moitié des femmes sont en emploi ou en études et parmi les premières IVG, on compte près d'un quart d'étudiantes. C'est donc surtout l'âge qui distingue les

figure 1

### Répartition en France métropolitaine des différents rangs d'IVG selon le statut d'établissement et la technique pratiquée en 2012 (en pourcentage)



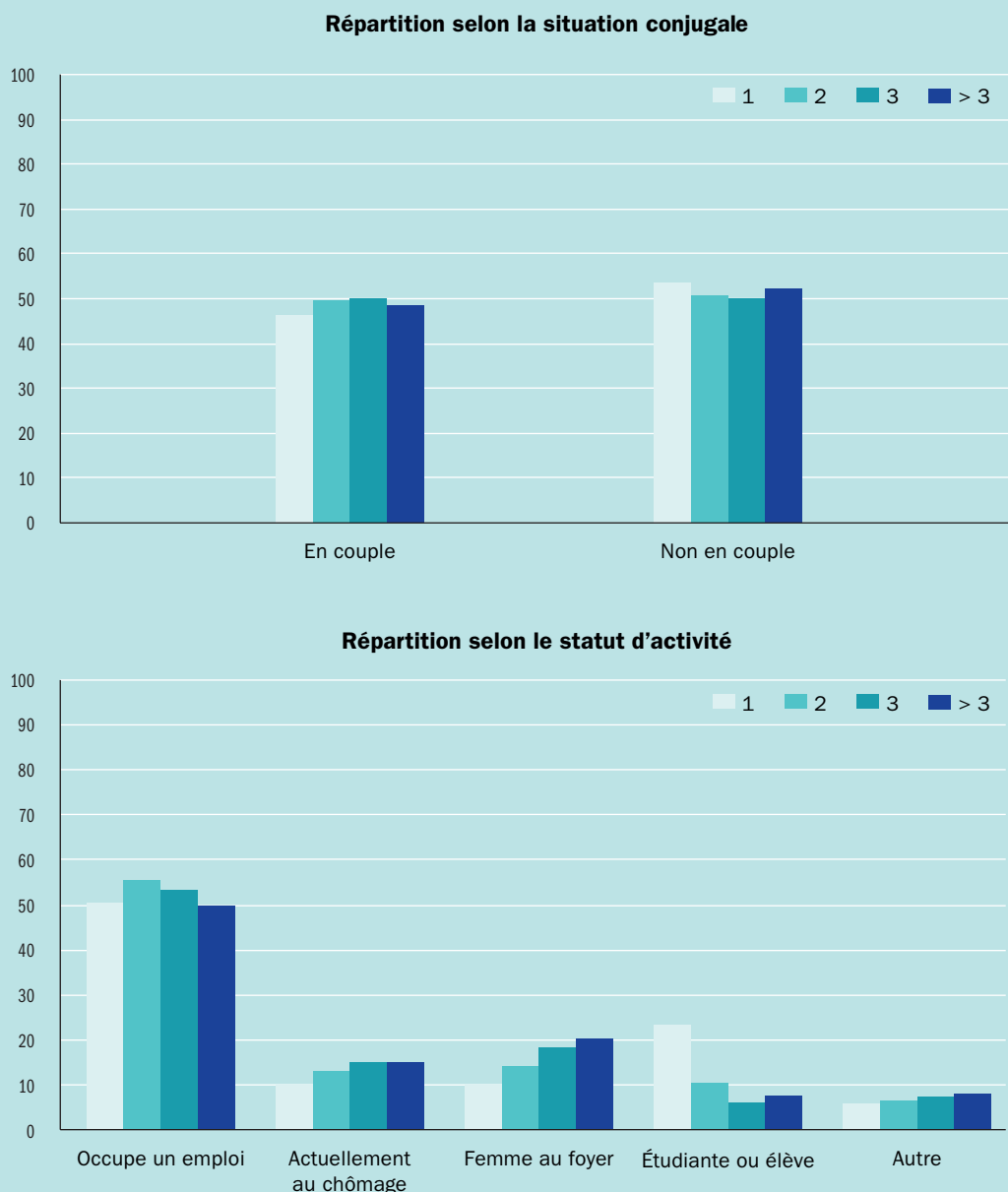
premières IVG des autres (figure 2). Les femmes nées à l'étranger déclarent plus souvent une IVG répétée ; on peut supposer qu'elles ont un accès plus difficile au système de soins de manière générale et que leurs parcours génésiques sont différents.

Un rapport a été publié par le ministère de la Santé en juillet 2016, faisant un état des lieux des connaissances et pointant les améliorations souhaitables,

particulièrement en matière d'accès et d'efficacité de la prise en charge sur le territoire. Il s'agirait de veiller à des délais courts entre la première demande et la prise en charge (certaines périodes de l'année sont plus tendues) et de réfléchir en termes de parcours génésiques et contraceptifs (certaines situations surexposent plus fréquemment les femmes à des grossesses non prévues dans leur parcours de vie) [59].

figure 2

**Répartition en France métropolitaine des différents rangs d'IVG selon la situation conjugale et le statut d'activité en 2012 (en pourcentage)**



Source : Bulletins statistiques d'IVG (2012).



## Comment les jeunes perçoivent-ils leur sexualité ? Les enseignements de Fil santé jeunes

**S**ur Fil santé jeunes, les jeunes viennent faire part de leur représentation de la sexualité en utilisant ce que la société moderne leur propose pour comprendre : à savoir les copains, les films pornographiques et la représentation qu'ils donnent de la sexualité des adultes. Les appelants sont confrontés au paradoxe d'un monde où la sexualité s'exhibe de tous les côtés mais où rien n'en est dit. Les adultes sont gênés ou silencieux par peur de choquer, les parents ne savent pas comment s'y prendre et on ne peut pas tout dire aux copains ! De 9 heures à 23 heures, chaque jour, au 0800 235 236 par mail ou par chat, anonymement, Fil santé jeunes rassure et répond aux questions.

Nombre d'adolescents qui appellent la ligne vont bien mais se posent des questions, ils cherchent. Les images et films pornographiques sont devenus une référence qu'ils considèrent comme LA sexualité universelle, la bonne manière de faire, en bref, la sexualité adulte à laquelle ils doivent se préparer. Charge aux écoutants de leur apprendre que la pornographie est une représentation génitale et irréaliste de la sexualité et que rien n'oblige à reproduire tout ce qui y est montré. Certains adolescents sont sensibles à ces modèles sexuels qui privilégient les partenaires multiples et où le désir de l'autre est oublié. Il est toujours surprenant d'entendre des adolescents demander si faire l'amour, ça fait mal... L'excitation provoquée par l'exposition à des images pornographiques semble avoir sur eux un effet traumatique mais leur curiosité l'emporte sur « l'effraction psychique » produite. Le trop haut niveau d'excitation sexuelle n'est pas gérable pour des personnes si jeunes qui ne sont pas préparées à voir et comprendre des images qui les dépassent. Mais en réalité, le plus grave n'est pas encore de voir ces images, le plus grave est de les regarder

seul, sans pouvoir en parler avec une personne référente qui saurait redonner confiance devant des stimuli déstabilisants et donc angoissants. Pour certains adolescents, le rapport sexuel, c'est plus vite, plus violent, plus puissant, plus sexuel et rien ne semble interdit tant que personne n'y apporte de bémol.

Souvent, pour eux, la sexualité est innée, ne pas savoir est un signe de faiblesse. Cette tendance à l'innéité est courante et de nombreux appelants acceptent facilement que dans la vie il faille apprendre à marcher, lire, conduire mais ils refusent de se soumettre à un apprentissage quand il s'agit de sexualité. Les appelants parlent souvent de leurs pratiques sexuelles plus fantasmées que réelles. Ils rendent témoins les écoutants de leur sexualité pour mieux l'appréhender et ressentir leurs réactions et ainsi faire leur place dans les champs du possible. Garçons et filles sont préoccupés par le culte de la performance, de la perfection, par la peur de ne pas y arriver, de décevoir, de ne pas apporter le plaisir attendu par le ou la partenaire qui, à coup sûr, réclamera la rupture s'il ou elle est déçu(e). La représentation de leur propre corps ou de celle du partenaire est souvent faussée et témoigne de leur inexpérience. Les questions autour du développement pubertaire et de la normalité sont courantes. Au-delà d'une histoire de dimensions, il est parfois nécessaire de rappeler aux adolescents que, durant un rapport, on a le droit de parler à son partenaire, de rire, de plaisanter, de faire des pauses, de varier les plaisirs. La plupart redoute la pose du préservatif et place l'exercice au registre du défi sportif plus qu'au rang d'un partage entre partenaires sexuels.

Si les garçons parlent, souvent en groupe, de sodomie, de masturbation, de performance, les filles, quant à elles, souvent seules, prennent l'angle

de la contraception et du risque de grossesse pour aborder la thématique de la sexualité. Tous ne réagissent pas de la même manière, le premier rapport sexuel est surtout un acte initiatique et ils attribuent beaucoup d'importance aux aspects expérimentiels de la relation sexuelle. Pour certains, la dimension affective est importante et le romantisme et l'expression des affects représentent le noyau dur des relations, qu'ils placent souvent en second plan, après les études ou les amis.

Les appelants sidèrent parfois par la violence et la crudité de leurs propos concernant la sexualité et leurs expériences, inventées ou réelles. Ils se lâchent sans faux-semblants avec un aplomb souvent déconcertant. Il faut alors travailler sur les représentations individuelles et collectives : projections, croyances, normes, loi, morale... Qui fixe la norme, qui pose la déviance et comment l'adolescent lit-il ces limites ? L'équipe d'écoutants doit tenir compte du déficit de connaissances sexuelles que le jeune âge de certains appelants empêche souvent de combler car il faut les protéger d'un excès d'informations, prendre en compte le sentiment d'incompétence sexuelle et affective, amener à la conscience que ce n'est pas parce qu'un comportement sexuel existe qu'il est nécessaire ou obligatoire.

À Fil santé jeunes, on apprend aux adolescents à nommer les actes pour mieux les maîtriser, à expliquer les processus, dire l'interdit, rappeler la règle, la loi, cerner la zone d'expression sexuelle tolérée et tolérable en tant que sujet respectueux et respectable. Enfin on apprend à ces jeunes en création d'eux-mêmes à transformer leurs pulsions sexuelles afin de leur permettre de passer de la norme supposée à la liberté de vivre la sexualité qu'ils auront eux-mêmes choisie. ●

**Samuel Comblez**  
Écouteur-rédacteur,  
Fil santé jeunes,  
École des parents  
et des éducateurs  
Île-de-France



# Les infections sexuellement transmissibles bactériennes : situation en 2014 et évolutions récentes

Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes continuent de progresser depuis la recrudescence de la gonococcie en 1998, la résurgence de la syphilis en 2000 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) en 2003 [63]. En raison de leur fréquence, de leur transmissibilité, de leurs complications et de leur rôle dans la transmission du VIH, une surveillance épidémiologique est nécessaire pour orienter la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention.

## Infections à Chlamydia

L'infection due à *Chlamydia trachomatis* est l'IST bactérienne la plus fréquente. Son incidence a été estimée à environ 77 000 cas en 2012, soit un taux de 257/100 000 pour la population âgée de 15 à 49 ans [41]. L'épidémie est plus importante en Île-de-France avec un taux d'incidence de 288/100 000 [41].

Entre 2012 et 2014, une augmentation du nombre de cas d'environ 12 % a été observée. La majorité des patients diagnostiqués pour une infection à *Chlamydia* en 2014 sont des femmes (67 %). Elles sont plus jeunes que les hommes, les tranches d'âge les plus touchées étant les 15-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes, ce qui reflète en partie les recommandations relatives au dépistage de l'infection à *Chlamydia*.

La proportion de patients asymptomatiques est élevée, d'environ 59 % parmi les cas rapportés en 2014 (60 % chez les femmes et 57 % chez les hommes) et le fait de dépistages systématiques dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG/Ciddist) ou les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Ces proportions sont stables sur les trois dernières années.

Néanmoins, le dépistage systématique ne ciblant pas les hommes ayant des rapports sexuels avec des

hommes (HSH) et le nombre de sites anatomiques prélevés étant limité par le remboursement des actes de diagnostic, une sous-représentation du nombre d'infections à *Chlamydia* diagnostiquées (notamment de localisation extragénitales) ne peut être écartée dans cette population.

## Lymphogranulomatoses vénériennes rectales

Le nombre de LGV rectales et de rectites à *Chlamydia* non L diagnostiquées a augmenté d'environ 92 % entre 2012 et 2014. L'épidémie touche quasi-exclusivement des HSH qui représentaient 98 % des cas de LGV et de rectites non L diagnostiqués en 2014.

Parmi les cas rapportés en 2014, la majorité (58 %) des LGV a été diagnostiquée en Île-de-France, tandis que 57 % des rectites non L ont été diagnostiquées dans les autres régions métropolitaines. Les classes d'âge les plus touchées sont les 30-49 ans pour les cas de LGV et les 20-39 ans pour les rectites non L.

Le niveau de co-infections par le VIH reste très élevé depuis le début de la surveillance des LGV, 77 % des patients diagnostiqués en 2014 étant des séropositifs connus. Les co-infections rectites non L et VIH sont également très fréquentes, malgré une diminution de 70 % à environ 30 % entre 2007 et 2014.

La plupart des patients co-infectés connaissent leur séropositivité lors du diagnostic, ces infections reflètent une utilisation insuffisante du préservatif chez des HSH séropositifs pour le VIH, observée par plusieurs enquêtes comportementales [72].

## Gonococcies

En 2012, l'incidence des gonococcies diagnostiquées a été estimée à 15 067 cas, soit un taux d'incidence de 39/100 000 pour les personnes âgées de 15 à 59 ans

**Ndeindo**

**Ndeikoundam**

**Ngangro**

**Delphine Viriot**

**Nelly Fournet**

Santé publique

France, Saint-Maurice

**Bertille**

**de Barbeyrac**

Centre national de référence des chlamydiae, Bordeaux

**Agathe Goubard**

Centre national de référence du gonocoque, Institut Alfred Fournier, Paris

**Nicolas Dupin**

Centre national de référence de la syphilis, Paris

**Michel Janier**

Hôpital Saint-Louis, Paris

**Isabelle Alcaraz**

Centre hospitalier Dron, Tourcoing

**Michel Ohayon**

Le 190, Centre de santé sexuelle, Paris

**Nathalie Spenatto**

Centre hospitalier universitaire de Toulouse

**Chantal**

**Vernay-Vaisse**

Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, Marseille

**Florence Lot**

Santé publique France, Saint-Maurice

## Surveillance épidémiologique des infections sexuellement transmissibles

La surveillance épidémiologique des IST repose sur des réseaux volontaires de surveillance, depuis l'arrêt de la déclaration obligatoire en 2000 en raison d'une exhaustivité et d'une représentativité insuffisante [63]. Le réseau de cliniciens RésIST contribue à la surveillance des syphi-

lis précoces et des gonococcies. Il permet le recueil de données démographiques, cliniques, biologiques et comportementales. Les LGV rectales et les rectites non L sont surveillées via un réseau de laboratoires coordonné par le CNR *Chlamydia*, qui collecte les mêmes données grâce aux éléments

recueillis également auprès des cliniciens prescripteurs. Enfin, les données de surveillance des infections à *Chlamydia* et des gonococcies diagnostiquées par les laboratoires des réseaux Rénachla et Rénago se limitent aux données démographiques et biologiques des cas. ●



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

[41]. Le poids de l'épidémie est plus important en Île-de-France avec un taux d'incidence de 73/100 000 [41].

Entre 2012 et 2014, le nombre de gonococcies rapporté par le réseau RésIST a augmenté d'environ 100 % chez les HSH et de près de 30 % chez les hétérosexuels (figure 1). Cette augmentation est aussi bien observée en Île-de-France que dans les autres régions métropolitaines.

Parmi les cas de gonococcie rapportés en 2014, 62 % concernent des HSH. Les femmes sont plus jeunes que les hommes, leurs âges médians étant respectivement de 21 ans et de 27 ans. Les trois quarts des patients déclarés en 2014 sont nés en France.

La proportion de co-infections à gonocoque et VIH, de l'ordre de 8 % en 2014, reste stable depuis plusieurs années. Elle est toutefois plus importante chez les HSH (14 %).

En 2014, le niveau élevé de la résistance des souches à la tétracycline (56 %) ou à la ciprofloxacine (43 %) n'autorise pas leur prescription dans un traitement présomptif de la gonococcie. La proportion de souches résistantes à la céfixime a légèrement diminué entre 2013 (1,7 %) et 2014 (1 %). Concernant la ceftriaxone,

traitement de référence pour une gonococcie, aucune souche résistante à cet antibiotique n'a été trouvée depuis 2011.

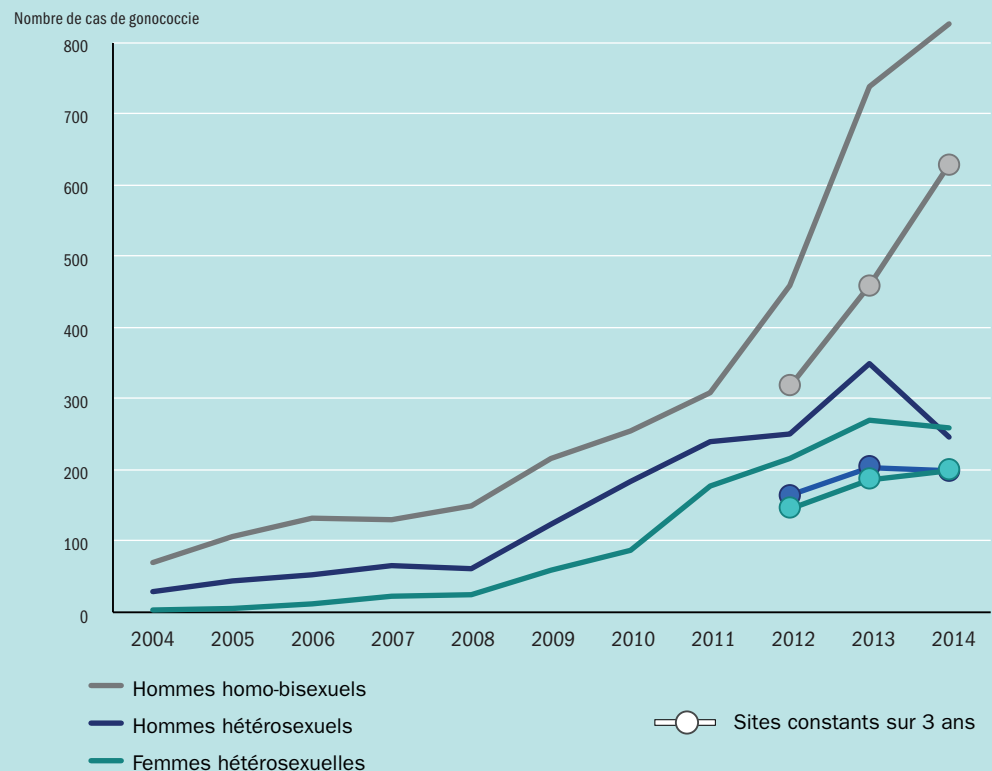
### Syphilis précoces (de moins d'un an)

Entre 2012 et 2014, le nombre de syphilis récentes a augmenté d'environ 50 % chez les HSH (figure 2). Une augmentation du nombre de cas a été également observée chez les hétérosexuels au cours de la même période malgré un nombre de cas relativement faible. Ces augmentations sont observées en Île-de-France et dans les autres régions métropolitaines. La répartition des stades de la syphilis (23 % de syphilis primaires, 38 % de secondaires et 39 % de latentes précoces) est stable au cours de ces trois années.

Parmi les patients diagnostiqués pour une syphilis précoce en 2014, plus de 80 % étaient des HSH, les femmes ne représentant que 5 % des cas rapportés. Ces proportions sont stables depuis le début de la surveillance des syphilis précoces par le réseau RésIST. Les patients diagnostiqués en Île-de-France représentent un tiers des cas de syphilis déclarés en 2014. Chez les hommes, les 20-49 ans sont les plus touchés, quelle

figure 1

### Évolution du nombre de gonococcies diagnostiquées selon l'orientation sexuelle, en France de 2004 à 2014



Source : réseau RésIST.

que soit l'orientation sexuelle, tandis que la majorité des femmes ont moins de 29 ans. Plus de 75 % des patients sont nés en France.

Le niveau de co-infections par le VIH reste élevé depuis 2003, un tiers des patients diagnostiqués pour une syphilis étant co-infectés par le VIH en 2014. La majorité des patients co-infectés par le VIH était informée de leur séropositivité lors du diagnostic de la syphilis. Les co-infections par le VIH sont plus fréquentes chez les HSH (40 % contre respectivement 23 % et 3 % chez les hommes et femmes hétérosexuels en 2014).

**Constats**

Le nombre de syphilis précoces, d'infections à gonocoques et de LGV continue d'augmenter en France. Cette progression est particulièrement préoccupante chez les HSH. Elle reflète une augmentation des comportements sexuels à risque en particulier dans cette population, et notamment chez les HSH séropositifs pour le VIH.

La majorité des patients diagnostiqués pour une infection sexuellement transmissible n'utilisent pas systématiquement un préservatif lors des pénétrations anales ou vaginales. Les fellations sont très rarement

protégées (pour moins de 2 % d'entre elles en 2014), quels que soient l'orientation sexuelle et le sexe des patients.

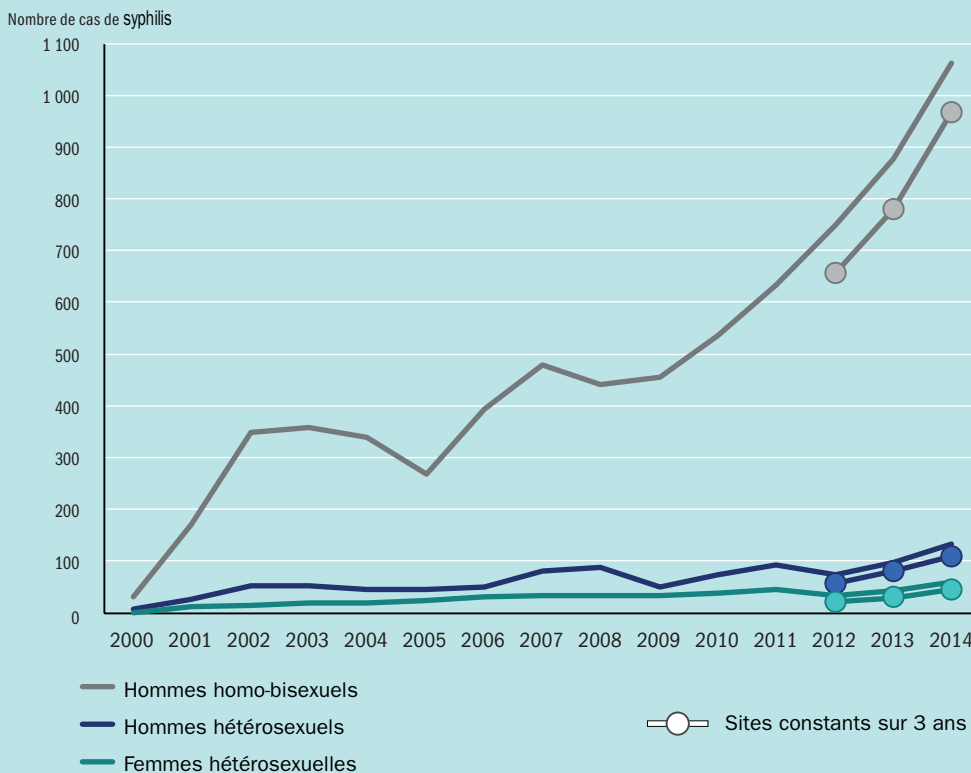
Face à ces constats, dans un contexte de prévention combinée vis-à-vis du VIH, où le préservatif n'est plus le seul outil de prévention, un dépistage précoce des patients et de leurs partenaires suivi d'un traitement rapide est indispensable pour interrompre la transmission des IST. La notification des partenaires est l'un des éléments clés du contrôle des IST.

Par ailleurs, un renforcement de la surveillance épidémiologique au niveau régional pourrait contribuer à mieux évaluer localement les besoins en matière de lutte contre les IST, notamment dans les régions ultramarines. Une systématisation du recueil des données des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), associée au maintien des réseaux volontaires, à l'exploitation des bases de données médico-administratives et à la conduite d'enquêtes spécifiques, pourrait contribuer à la production d'indicateurs plus robustes. Une informatisation de tous les Cegidd est cependant l'un des leviers nécessaires à cette évolution du dispositif de surveillance des IST. ●

Nous remercions vivement pour leur contribution à la surveillance des IST les participants aux réseaux volontaires (RénaGo, RénaChla, RésiST, Lymphogranulomatoses vénériennes), notamment les médecins, les biologistes, quel que soit leur lieu d'exercice (en Cegidd, en consultations hospitalières, en cabinet libéral, en laboratoires), les CNR du gonocoque, des chlamydiae et de la syphilis et les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire).

figure 2

**Évolution du nombre de cas de syphilis récente diagnostiqués selon l'orientation sexuelle en France de 2000 à 2014**



Source : réseau RésiST.



# Sexualité des personnes âgées et personnes handicapées : un sujet tabou

**Hélène Grandjean**  
Directeur de  
recherche émérite  
à l'Institut national  
de la santé et de la  
recherche médicale  
(Inserm),  
membre du HCSP

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 58.

**M**algré l'omniprésence de la sexualité dans la société d'aujourd'hui, la vie sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap reste encore un sujet tabou, que la société et les institutions peinent à reconnaître. Dans nos sociétés, en effet, la sexualité tend à être associée aux notions de santé, de performance, de beauté et d'attractivité.

Bien que différentes enquêtes démontrent que l'avancée en âge n'empêche pas une vie sexuelle active et heureuse, l'image d'un grand âge asexué persiste dans l'opinion générale et chez les professionnels du soin et du secteur médicosocial [64]. Les conséquences de cet état de fait sont préjudiciables à plusieurs niveaux. Les personnes qui éprouvent des difficultés dans ce domaine hésitent souvent à en faire part à leur médecin et celui-ci omet généralement d'aborder le sujet au cours des consultations. Certaines personnes âgées ont intériorisé les attitudes négatives de la société et se perçoivent comme asexuées [40]. Enfin, la question est également complètement occultée dans la plupart des établissements pour personnes âgées.

Un certain nombre d'actions sont lancées pour résoudre ces difficultés. Ainsi, par exemple, un groupement d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du Finistère a mis en place une formation inédite du personnel soignant pour faire évoluer les représentations des professionnels sur la sexualité des seniors et lutter contre le mythe de l'asexualité<sup>1</sup>. Cependant ces initiatives locales mériteraient d'être recensées et évaluées pour être ensuite généralisées.

Des actions peuvent également être menées en direction des personnes âgées elles-mêmes. Au Canada sont développés des programmes de «sexogérontagogie». Ils sont inspirés de la «gérontagogie», ou éducation des personnes âgées, qui vise à les aider à se comprendre et à comprendre ce qu'elles vivent, pour faire de cette phase de leur développement une phase heureuse de leur vie [42]. A. Dupras, qui est à l'origine de ce néologisme, définit la «sexogérontagogie» comme l'ensemble des connaissances et habiletés qui fondent les interventions sexoéducatives auprès des aînés [24], en postulant que les aînés ont une façon différente d'apprendre de nouvelles connaissances et attitudes sexuelles.

## La situation des personnes handicapées

Pour les personnes handicapées, les obstacles au développement d'une sexualité harmonieuse et source d'épanouissement sont nombreux.

Les parents d'enfants handicapés ont parfois du mal à les reconnaître comme des êtres sexués et les tiennent à l'écart d'une éducation sur ce point. De plus, ces enfants ont peu d'accès aux réseaux sociaux, qui leur permettraient une éducation par les pairs. Ils ont donc un grand risque de ne pas avoir une perception claire de leur identité sexuelle.

Les personnes qui présentent un handicap mental ont autant besoin d'amour, d'affection et de relations interpersonnelles que les autres. Cependant ces besoins sont généralement méconnus ou niés par leur entourage. Si la pratique d'une stérilisation sans consentement des personnes avec un handicap mental n'est plus admise et pratiquée aujourd'hui, l'attitude générale persiste à décourager l'expression de leur sexualité, à la fois parce qu'elles sont considérées comme incapables d'avoir une attitude responsable, pour elles-mêmes et *a fortiori* pour une éventuelle descendance, et pour les prémunir contre les risques d'exploitation.

De manière générale, les personnes handicapées ont un risque d'infection par le VIH au moins égal, voire supérieur, à celui de la population générale [29] mais font rarement l'objet d'interventions adaptées de prévention et de dépistage. Elles sont également fréquemment victimes d'abus sexuels, en raison de nombreux facteurs de vulnérabilité (situation de dépendance ou d'impuissance, manque d'information, isolement social, sentiment d'impunité des agresseurs) [53]. À cette augmentation des risques s'ajoutent des limitations liées à leurs conditions de vie. La plupart d'entre elles souffrent d'un manque d'intimité, que ce soit en raison de la nécessaire intervention d'un tiers pour les activités de la vie courante ou du fait de la vie en institution. De plus, à cause de leur isolement social, elles ont peu d'occasions de rencontrer des partenaires. Cette absence de partenaire est l'un des principaux motifs d'insatisfaction rapportés par les personnes [65].

Dans plusieurs pays, des actions ont été développées pour permettre la promotion de la santé sexuelle des personnes handicapées, en mettant l'accent sur des actions d'information et d'éducation. En France, diverses actions de formation sont mises en place, dans le cadre d'initiatives régionales ou départementales. Parmi celles-ci on peut citer deux programmes concernant la vie affective des personnes vivant avec un handicap mental en région Paca et en Pays de la Loire<sup>2</sup>. Les associations de personnes handicapées sont très impliquées dans la promotion de la santé sexuelle. En 2011, à

1. <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/893426-sexualite-les-seniors-des-etres-asexues-un-prejuge-dont-il-faut-se-detacher.html>

2. <http://www.Inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-412.pdf>

l'initiative de quatre associations, est créé le Centre ressources handicaps et sexualités, sous la forme d'un groupement de coopération sociale ou médicosociale<sup>3</sup>. Ce centre, qui se veut au service des personnes en situation de handicap, de leur entourage et des professionnels, a pour objectif de développer, soutenir et accompagner les réflexions et actions favorisant la prise en compte, l'épanouissement et le respect de la vie intime, affective et sexuelle.

### Comment changer le regard de la société ?

Pour vraiment progresser dans ce domaine, il convient de travailler à changer le regard de la société et à déconstruire le mythe de l'asexualité des personnes âgées et des personnes handicapées. Cet objectif, qui implique des actions dans divers domaines, y compris culturels et artistiques, peut être précisé par des recommandations plus spécifiques concernant le secteur médicosocial.

3. <http://www.cerhes.org/>

- Promouvoir la formation initiale et continue des professionnels des secteurs de santé et médicosocial sur ces sujets.
- Introduire dans les règlements intérieurs des établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées une partie explicite précisant les conditions de respect de l'intimité.
- Promouvoir des actions d'éducation des personnes âgées, en leur donnant la possibilité d'une communication ouverte avec un professionnel de la santé et l'accès à des renseignements pertinents qui leur permettent de s'adapter aux changements qui touchent leurs relations personnelles et sexuelles.
- Développer l'information et l'éducation des personnes handicapées dès l'enfance et tout au long de la vie, en prenant en compte les spécificités de chaque type de handicap, et donner à chaque personne la possibilité de contacts sociaux.
- Recenser les diverses expériences locales, les évaluer et les diffuser. ●



# Acteurs, parcours, prévention et soins

**De par leur expérience et leur identification spécifiques des problématiques, institutions et associations ont des démarches diverses qui devraient entrer dans une stratégie nationale de santé sexuelle : approche globale de la sexualité, lutte contre les violences sexuelles ou contre les discriminations.**

## De la pertinence de mettre en place des stratégies de santé sexuelle

**Thierry Troussier**  
Médecin de santé publique, sexologue ; responsable de la chaire Unesco Santé sexuelle & Droits humains

« **L**e sexe, le désir et le plaisir dans toutes les cultures et plus particulièrement dans la culture occidentale ont toujours été perçus comme socialement perturbateurs et moralement dangereux suscitant inquiétude et frilosité de la part des politiques de santé » (Hawkes G., 2004). Pourtant en France, le contexte épidémiologique et l'évolution sociale nous incitent à dépasser nos peurs face à la diversité d'expression de la sexualité, et à mettre en place une stratégie nationale de santé sexuelle.

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis... La santé reproductive implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité avec la capacité et la liberté de décider ou non de concevoir des enfants, si elles le souhaitent et quand elles le désirent » (OMS, 2006).

La santé sexuelle concerne toutes les personnes, quels que soient leur âge ou leurs formes d'expression sexuelle. Elle repose sur la capacité de développer et maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir avec les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection et d'avoir des relations d'intimité d'une manière compatible avec ses propres valeurs.

La santé sexuelle englobe le développement sexuel et la santé reproductive.

### Où en sommes-nous des indicateurs épidémiologiques de la santé sexuelle ?

Les indicateurs en santé sexuelle et reproductive restent alarmants, souvent confidentiels, et compromettent la durabilité de notre société.

« Chaque jour, en moyenne, 220 femmes sont victimes de viol ou tentative de viol. Chaque année, plus de 200 000 femmes sont victimes de violences conjugales, qu'elles soient physiques ou sexuelles... La réalité est que ces violences constituent un fait politique et social. Il est le symbole le plus brutal de l'inégalité persistante entre les femmes et les hommes. Il n'épargne aucun

*milieu, aucun territoire, aucune génération*» (Marisol Touraine, 27 juin 2016).

Les indicateurs dans le domaine de la santé reproductive ne sont pas complètement satisfaisants : en 2010, si 91,2 % des femmes âgées de 15 à 29 ans vivant en couple déclarent utiliser un moyen de contraception pour éviter une grossesse, malgré cela, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste stable depuis dix ans avec, en 2013, environ 229 000 IVG dont 50 % sont secondaires à un défaut d'observance de contraceptifs oraux. Les données concernant l'infertilité des couples sont croissantes depuis vingt-cinq ans, 500 000 couples environ consultent chaque année afin d'être aidés pour concevoir un enfant. Selon l'Enquête nationale périnatale 2003 et l'Observatoire épidémiologique de la fertilité en France 2007-2008, entre 18 % et 24 % des couples ne parviennent pas à avoir un enfant après douze mois sans contraception.

L'épidémie VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) persiste (42 % des 6 600 nouvelles séropositivités en 2014). Les infections sexuellement transmissibles curables comme la syphilis, la gonococcie et les infections à Chlamydia, sont toutes en augmentation notamment chez les HSH et les jeunes. La méconnaissance de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), qui est principalement transmis par voie sexuelle, demeure importante, notamment chez des personnes migrantes en situation de précarité sociale, et la couverture vaccinale est insuffisante chez les adolescents et les adultes exposés.

### Quel est le contexte scientifique et social en France au début du XXI<sup>e</sup> siècle ?

Ces cinquante dernières années ont vu de nombreux changements de paradigmes liés à la sexualité.

Ainsi, s'agissant des évolutions scientifiques, il est important de souligner « la médicalisation progressive de la sexualité » avec la mise à disposition des contraceptifs oraux (1960/1970) et des traitements simples et efficaces contre les dysfonctions érectiles de l'homme (1990/2000), l'arrivée des nouveaux outils de « prévention dite diversifiée ou combinée » (2010/2016) face à la transmission du VIH, les traitements préventifs contre la transmission sexuelle du VIH (PrEP), les nouvelles offres de dépistages rapides et accessibles à tous (autotest du VIH, test rapide d'orientation diagnostique (Trod) du VIH et demain les Trod des IST), l'efficacité des traitements contre le VIH comme outil de prévention de la transmission sexuelle (TasP) et d'amélioration de la vie et du pronostic des personnes qui vivent avec le VIH.

Concernant les révolutions sociales en lien avec la sexualité (l'approche sociologique des théories de genre, 1950/1970), nous pouvons remarquer une progression du respect et de l'application des droits humains liés à la sexualité (démédicalisation de l'homosexualité, le PACS puis le mariage homosexuel, la reconnaissance de la transsexualité, de l'intersexualité...) et l'importance croissante d'Internet et des réseaux sociaux (démulti-

plication et accessibilité pour tous de la pornographie, multiplication des rencontres sexuelles sans frontière ni limite, sexualisation des messages et des photographies courte durée avec des téléphones mobiles...).

L'ensemble de ces évolutions et révolutions ont permis aux législateurs d'adapter de nouveaux textes, et aux politiques de repenser les approches stratégiques de santé dans une approche globale.

### Comment la politique de santé publique en France a-t-elle répondu à ces indicateurs, ces évolutions scientifiques et révolutions sociales ?

Des campagnes ou des programmes nationaux sont mis en œuvre depuis plus de vingt-cinq ans pour lutter contre les violences sexuelles, depuis quarante-cinq ans pour promouvoir les méthodes de contraception et depuis trente ans pour lutter contre le VIH/sida.

Ces dix dernières années, plus de dix plans ou programmes nationaux intègrent des objectifs de santé sexuelle mais qui n'ont aucun lien entre eux, perdant ainsi l'efficacité d'une approche globale intégrant les déterminants individuels, relationnels et sociétaux. En effet, ces objectifs d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive conservent soit une approche verticale pour réduire les morbidités (VIH, IST, hépatites, cancers, addictions, violences...), soit une approche transversale pour s'adapter aux spécificités des populations (personnes sous main de justice, étudiants, jeunes...) ou des territoires (volet des programmes pour les départements d'outre-mer).

L'ensemble de ces engagements politiques ont permis la création de nouvelles offres de soin en santé sexuelle telles que les centres gratuits de dépistage et diagnostic (Cegidd) en 2016. Les Cegidd regroupent les centres et consultations qui dépistaient gratuitement le VIH, les hépatites et les IST, dans une approche globale de santé sexuelle. Toutefois, cette offre est sans articulation avec les centres qui répondent aux offres de santé reproductive comme les centres de planification et d'éducation familiale. De nouveaux outils de communication officielle ont été créés sans véritables liens entre eux, comme ceux développés par l'Inpes<sup>1</sup>, par le Mouvement français<sup>2</sup> ou par le gouvernement<sup>3</sup>.

Ces manques de cohérence dans l'offre de santé sexuelle et reproductive, l'absence d'offre publique ciblée en santé sexuelle, (1) pour des problèmes en lien avec la sexualité (troubles, dysfonctions sexuelles), (2) pour des problèmes liant la santé mentale et la sexualité (addictions et sexualité, victimes de violences sexuelles et agresseurs, tentatives de suicide liées à l'orientation sexuelle chez les jeunes) ou (3) pour des besoins de populations spécifiques telles que les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, sont à l'origine d'un changement de perception

1. [www.onsexprime.com](http://www.onsexprime.com)

2. [www.parlons-ici.org](http://www.parlons-ici.org)

3. [www.stop-violences-femmes.gouv.fr/](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/), [www.ivg.social-sante.gouv.fr/](http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/), [social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle/article/sante-sexuelle-et-reproductive](http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle/article/sante-sexuelle-et-reproductive)



## Santé sexuelle et de la reproduction

des politiques de santé dans l'objectif de renforcer la prévention, réorganiser les soins de proximité, développer les droits des usagers, et ce afin de réduire les inégalités d'accès aux services de santé.

### Comment mettre en place une réelle stratégie de santé sexuelle ?

Les mesures de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ouvrent de nouvelles perspectives dans le champ de la santé sexuelle :

l'introduction dans le Code de la santé publique de la notion de santé sexuelle et reproductive (article 10), la suppression des restrictions en raison de l'orientation sexuelle pour le don du sang (article 40), le recours à la médiation santé, l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins (article 90), le parcours santé et de l'autonomie du patient (article 92), l'amélioration de l'accès à l'IVG par l'extension des compétences des sages-femmes, qui peuvent réaliser les IVG médicamenteuses (article 127),

## L'accès à la contraception en Provence-Alpes-Côte d'Azur, un enjeu de santé

Le taux de recours à l'IVG varie du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 11 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire, à 22 pour 1 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur connaît le taux de recours à l'IVG le plus élevé de France métropolitaine, suivie par l'Île-de-France, le Languedoc-Roussillon et la Corse. Chez les mineures, il demeure également le plus élevé : 13,1 pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans. En France métropolitaine, il est de 15,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans<sup>1</sup>.

### Le dispositif régional d'accès à la contraception pour tous

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur a souhaité mettre en place un dispositif régional d'accès à la contraception pour tous au regard de sa compétence en matière d'éducation et de formation, et de cet enjeu de santé publique.

Son élaboration s'est faite en associant l'ensemble des acteurs de ce champ, à travers des groupes de travail et de concertation : agence régionale de santé, rectorats, conseils départementaux, conseils des Ordres, Collège des gynécologues médicaux, Assurance maladie, unions régionales des professionnels de santé, Mouvement français du planning familial...

Cette démarche a pris place dans un contexte particulier. En effet, la fin de l'année 2012 a été marquée par l'emballement médiatique autour des risques de thrombose veineuse liés à la

prise des pilules de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> générations, recommandant de préférer les pilules de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> générations. De son côté, le ministère de la Santé a décidé de leur déremboursement fin mars 2013. Cette polémique a accentué les appréhensions des jeunes filles et jeunes femmes vis-à-vis des contraceptifs hormonaux.

Ce dispositif a pour principal objectif de garantir à l'ensemble des publics de moins de 26 ans un accompagnement et un accès à la prévention et à la contraception sur tout le territoire régional. La conception de ce dispositif devait également contribuer à l'autonomie des jeunes et à leur inscription dans un parcours de soins. Aussi, il propose trois volets complémentaires.

### Le volet 1 : formation-sensibilisation des professionnels de santé et des acteurs-relais auprès des jeunes

Une formation-sensibilisation a été élaborée sous la responsabilité du comité régional d'éducation à la santé (Cres), en partenariat avec le Pr Bretelle, de la faculté de médecine de Marseille. Elle propose une approche pluridisciplinaire de la sexualité des jeunes (médicale et socio-éducative). Elle vise une actualisation des connaissances et l'appropriation, par l'ensemble des acteurs intervenant auprès des jeunes, des recommandations en matière de contraception. Les séances de formation s'organisent à l'échelle des territoires en réunissant des réseaux d'acteurs ou catégories de professionnels (infirmières scolaires, médecins généralistes, conseillers missions locales, ateliers santé ville...).

De manière complémentaire, la région soutient des projets d'éducation à la vie affective et sexuelle dans une logique de maillage du territoire, à l'instar du projet d'éducation par les pairs porté par le Pr Bretelle.

### Le volet 2 : création d'un site web d'informations et d'échanges sur la sexualité et la contraception des jeunes

La priorité a été de développer des outils et des supports d'information adaptés aux pratiques et modes de vie des jeunes tels que l'utilisation du web. Ainsi, l'élaboration d'un site d'informations a été confiée au Planning familial, [www.parlons-ici.org](http://www.parlons-ici.org), qui s'est appuyé sur l'observatoire régional de la santé (ORS) pour élaborer un annuaire cartographié des lieux d'accès à la contraception.

La conception de ce site s'est faite sous la supervision d'un comité scientifique, et avec le soutien financier de la région, de l'agence régionale de la santé (ARS) et de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE).

### Le volet 3 : le chéquier Pass Santé + prévention-contraception

Accessible aux jeunes filles et garçons résidant en Provence-Alpes Côtes d'Azur et âgés de moins de 26 ans, le chéquier est composé de 9 coupons permettant l'accès gratuit et confidentiel à des prestations de santé : 2 consultations médicales, des analyses biologiques, la prise en charge d'un contraceptif pendant un an et un forfait de préservatifs.

Le ou la jeune fait sa demande exclusivement par le biais d'une télé-procédure

**Leila Dagnet**  
Chef de service adjoint  
**Virginie Pouget**  
Chargée de mission  
Service Recherche, Enseignement supérieur, Santé et Innovation, conseil régional PACA

1. Source Drees 2015. Ces données datent de 2015, avant l'évolution du périmètre géographique des régions.



l'ouverture des IVG instrumentales aux centres de santé (article 77), la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie du parcours de l'IVG.

« Pour prendre en compte de manière globale l'ensemble des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, une stratégie nationale Santé sexuelle et reproductive sera présentée avant la fin de l'année... » (Marisol Touraine, 8 mars 2016, présentation du Plan femmes et santé). Cette stratégie s'inscrit donc dans une approche globale recommandée par l'OMS [74],

relayée par l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) (Sexual Health Report, CDC 2011). Des stratégies semblables sont déjà mises en œuvre par plusieurs pays européens. Le rapport des Nations unies de 2015 concernant les objectifs du développement durable a permis d'identifier quatre objectifs en rapport avec la santé sexuelle :

- assurer l'éducation pour tous,
- promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes,

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

## publique

sur le site [passanteplus.regionpaca.fr](http://passanteplus.regionpaca.fr) et adresse, pour validation définitive de sa demande, un justificatif de son statut (lycéen(ne), apprenti(e), étudiant(e), stagiaire de la formation professionnelle, en service civique, accompagné(e) par une mission locale, inscrit(e) à Pôle emploi, en emploi d'avenir, en contrat de professionnalisation).

Un cadre d'intervention établit les conditions d'accès et d'utilisation du chéquier. Pour accompagner les jeunes, les professionnels de santé et les acteurs relais, différents supports et outils de communication ont été élaborés : un guide pratique à l'attention des professionnels de santé en partenariat avec l'union régionale des professionnels de santé (URPS), un guide de téléprocédure pour la commande du chéquier et une fiche pratique sur les modalités d'utilisation et de remboursement du chéquier pour les jeunes, une ligne téléphonique et une adresse mail dédiées ainsi qu'une adresse postale libre réponse.

### Éléments de bilan après trois ans de fonctionnement

Depuis mars 2013, la région a distribué 9 957 chèquiers et remboursé 7 800 coupons. Si le nombre de chèquiers distribués se stabilise autour d'une moyenne de 2 500 chèquiers par an, on note entre 2014 et 2015 une augmentation de 45 % du nombre de coupons remboursés, le montant de remboursement des coupons atteignant 68 822 € pour l'année 2015.

Plus de 40 % des chèquiers sont distribués à des étudiants, et logiquement la tranche d'âge des 18-23 ans est représentée à 70 % environ.

On note un déséquilibre dans la répartition territoriale, avec un poids important des Bouches-du-Rhône, territoire où le Planning est le plus présent.

Concernant les professionnels de santé, ils sont plus de 1 300 à s'être inscrits sur le dispositif. Parmi eux, on compte plus de 800 pharmaciens et environ 300 médecins.

Trente séances de formation-sensibilisation ont été réalisées depuis sa création, ce qui a permis de relayer le dispositif auprès de plus de 480 professionnels travaillant auprès d'un public jeune. Ces séances ont contribué à la mise en place du dispositif régional dans la proximité. Elles se sont adressées à différents professionnels, favorisant ainsi la pluridisciplinarité sur un territoire : les professionnels de la santé confrontés à des problématiques sociales et les acteurs de l'insertion ou de la formation se sentant concernés par les problématiques de santé des jeunes. Les infirmières scolaires de tous les départements de la région ont été touchées. Ces séances sont au plus près des besoins des jeunes et de leur parcours de santé (accès aux soins et à la prévention, comportements et conduites à risques...).

### Perspectives

Depuis le lancement du dispositif, la France a connu des évolutions en matière d'accès à la contraception pour les mineurs. En effet, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) a instauré au 31 mars 2013 la gratuité de la délivrance des contraceptifs remboursables pour les mineures de 15 à 17 ans, sur présentation d'une ordonnance, ainsi

que le droit au secret pour toutes personnes mineures.

Par ailleurs, la LFSS 2014 a mis en place un tiers payant pour la consultation et les analyses biologiques sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, pour les mineures de 15 à 17 ans.

Enfin, la LFSS 2015 a créé les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (Ciddist), dont l'objectif est d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage et mieux garantir la continuité du parcours de soins. Mis en œuvre dès janvier 2016, ils ont une mission de prévention des autres risques liés à la sexualité, dans une approche globale de santé sexuelle, notamment la prescription de contraception.

Le dispositif régional d'accès à la contraception en Provence-Alpes-Côte d'Azur doit être réinterrogé au regard de ces éléments.

L'analyse de l'utilisation du chéquier sur trois ans montre qu'il répond en tout premier lieu à une contrainte économique à l'accès à une contraception choisie et adaptée pour les étudiants.

Le déséquilibre géographique dans la représentativité des utilisateurs doit inciter à renforcer le maillage géographique des lieux d'accès à la contraception.

Le succès des séances de formation-sensibilisation montre l'intérêt d'animer des réseaux d'acteurs pluriprofessionnels qui peuvent être concernés par l'éducation à la vie sexuelle et affective des jeunes. ●



- améliorer la santé maternelle,
- combattre le VIH et d'autres maladies.

Pour atteindre ces objectifs spécifiques de la santé sexuelle et permettre à l'individu de vivre une vie sexuelle sûre, satisfaisante, responsable et autonome [67], la stratégie nationale de santé sexuelle devra notamment : (1) repenser l'éducation à la sexualité tout au long de la vie dans une optique d'égalité de genre, de sexe et d'orientation sexuelle ; (2) soutenir et mettre en place des services pour dépister et orienter les problèmes sexuels ; (3) communiquer et implémenter les nouveaux outils de prévention du VIH et des IST ; (4) reconnaître les droits des individus, sans distinction de sexe, de genre, d'orientation, d'âge ou de situation économique, favoriser l'autodétermination en matière de santé sexuelle ; (5) promouvoir la formation initiale et continue des professionnels sur la sexualité et le respect des droits humains.

### Quels sont les enjeux pour les années à venir ?

Le champ de la santé sexuelle est très vaste ; il est constitué de domaines transdisciplinaires, ce qui explique la diversité des stratégies à mettre en place dans un futur plan de santé sexuelle. Il concerne tous les publics sans distinction de sexe, de genre, d'orientation sexuelle, d'âge ou de situation économique. La santé sexuelle met l'accent sur les droits humains et l'autonomie des individus, ce qui n'est pas sans poser des questions éthiques. Les droits humains sont au cœur du cadre conceptuel, à la fois en tant que déterminants des résultats et en tant qu'indicateurs mesurables. Le cadre juridique, les questions d'exclusion sociale et l'inégalité entre les sexes sont considérés comme des déterminants majeurs de la santé sexuelle. La réalisation de la protection et la promotion des droits par rapport à la santé sexuelle et reproductive constituent un objectif clé des enjeux en santé sexuelle [47]. ●

## L'éducation à la sexualité en milieu scolaire

**Véronique Gasté**  
Cheffe du bureau  
de la santé, de  
l'action sociale  
et de la sécurité,  
Direction générale  
de l'enseignement  
scolaire

Lieu de socialisation de tous les enfants, l'école a une mission éducative majeure en formant les citoyens de demain. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire participe de cette mission. Inscrite dans le Code de l'éducation (articles L. 121-1 et L. 312-16), elle est obligatoire aux trois niveaux de scolarité : école, collège et lycée. Réaffirmée comme priorité par la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, elle constitue l'une des réponses éducatives :

- à des questions de santé publique : accès à la contraception, grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles ;
- aux problématiques liées aux comportements sexistes et aux violences sexuelles, à la pornographie, aux préjugés homophobes, etc., c'est-à-dire aux enjeux de pouvoir qui sont mis en place à travers le contrôle sur autrui, le non-respect de l'autre ou les discriminations.

On voit là que l'éducation à la sexualité en milieu scolaire intègre le champ social, bien au-delà de la dimension biomédicale à laquelle elle a pu être cantonnée il y a quelques années.

### Enjeux de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire

La question de l'altérité qui se joue au sein des espaces scolaires nécessite de poser l'éducation à la sexualité dans le champ de la construction de l'identité dans une société donnée, en particulier à l'adolescence où l'on passe d'une posture d'égo-centrage vers la reconnaissance de l'autre.

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire inscrit donc son action dans le champ des relations et de l'égalité entre les personnes. Il s'agit d'apporter aux

élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques, mais aussi de leur faire connaître les dimensions relationnelle, juridique, sociale et éthique de la sexualité, d'accompagner leur réflexion sur le rapport à l'autre, les règles de vie en commun, le sens et le respect de la loi.

La prévention des comportements sexistes et des violences sexuelles y trouve une place singulière. Citons quelques exemples :

- un guide, *Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir*, élaboré avec le Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes, permet d'aider la communauté éducative à agir face aux situations liées à ces comportements et violences et à leurs conséquences ;
- la question des mariages forcés et des mutilations sexuelles fait l'objet d'une vigilance particulière avec un courrier adressé en 2015 et en 2016 aux chefs d'établissement ;
- dans le cadre du prix « Non au harcèlement », deux prix supplémentaires pour les élèves de 4<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> et pour les lycéens sont remis en 2016 pour des projets traitant du harcèlement sexiste et sexuel.

L'éducation à la sexualité doit néanmoins rester dans une approche positive. On ne peut pas parler de sexualité sans parler des rapports sociaux de sexe, du bien-vivre ensemble et de l'accès aux droits. C'est pourquoi elle vise également au développement des compétences psychosociales, en particulier de « l'habileté » dans les relations interpersonnelles et de l'estime de soi.

L'enseignement moral et civique, mis en œuvre depuis la rentrée 2015 à tous les niveaux de la scolarité, offre un cadre à cette éducation : par exemple, au cycle 3,

sont inscrits dans la partie du programme intitulée « La sensibilité : soi et les autres » une proposition d'activité sur « le respect du corps entre les filles et les garçons », et dans la partie « Le droit et la règle » une proposition d'« analyse de certains stéréotypes sexués à travers des exemples pris dans des manuels ou des albums de littérature de jeunesse ou dans le cinéma ».

### Cadre partenarial de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire

Avec plus de 65 000 écoles et établissements d'enseignement au sein du système éducatif français, les orientations définies au niveau national permettent d'offrir un cadre partagé aux acteurs du système et à leurs partenaires. Ainsi, la Direction générale de l'enseignement scolaire a vocation à définir une stratégie de déploiement de l'éducation à la sexualité, en lien avec d'autres politiques publiques (égalité entre les femmes et les hommes ; lutte contre les violences faites aux femmes). Elle promeut les partenariats avec des associations (Planning familial, Sidaction, etc.), s'appuie sur l'expertise d'une référente pédagogique [18] et sur un comité national de pilotage (au sein duquel participent des représentants de l'Inspection générale, de Santé publique France, du Service des droits des femmes et d'une agence régionale de santé) qui élabore les séminaires du Plan national de formation proposés aux personnels d'encadrement académique.

Ces personnels font partie des équipes académiques de pilotage pluricatégorielles, désignées par les recteurs depuis 2013, en charge de porter le dossier « éducation à la sexualité » en académie, de promouvoir les partenariats, de développer la formation des personnels au sein de l'académie et d'accompagner les établissements scolaires sur le sujet. Un autre levier de développement de l'éducation à la sexualité dans les académies est sa prise en compte dans des conventions passées entre agence régionale de santé et rectorat, qui peuvent faire l'objet d'une étude au sein du comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

À l'école primaire, les temps consacrés à l'éducation à la sexualité incombent au professeur(e) des écoles,

sont intégrés aux enseignements et adaptés aux opportunités fournies par la vie de la classe.

Au collège et au lycée, les séances sont organisées en articulation avec les programmes. Elles sont prises en charge par une équipe composée d'enseignants, de personnels d'éducation, sociaux et de santé, souvent en collaboration avec des intervenants extérieurs.

La programmation des actions et le choix des partenariats font l'objet de discussions au sein du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) – ou CESC interdegrés pour un réseau d'écoles et de collèges –, qui a en pilotage la politique de prévention de l'établissement et au sein duquel participent les parents d'élèves et des représentants des associations, collectivités ou institutions du territoire. Ces échanges permettent de programmer les séances d'éducation à la sexualité dans le projet éducatif de l'établissement, établi selon l'analyse spécifique des besoins des élèves, mais aussi de penser les conditions de l'action et de réfléchir aux valeurs afin de porter un discours audible par tous.

Il revient à l'inspecteur de l'Éducation nationale – pour le premier degré – et au chef d'établissement – pour le collège ou le lycée – de s'assurer que les intervenants extérieurs adhèrent au cadre des principes éthiques du système éducatif (laïcité, neutralité, promotion de l'égalité, respect des lois et des valeurs humanistes). En effet, il importe de partir des questions des élèves, et de travailler dans une démarche fondée sur la confiance en s'inscrivant dans la sphère publique afin d'être dans la posture de l'*educare* (éduquer en latin) et non celle de *seducare* (séduire). Ainsi construite, l'éducation à la sexualité prend la forme d'une invitation au dialogue et non d'un discours sur la sexualité.

### Perspectives

Avec la rentrée scolaire de septembre 2016, l'éducation à la sexualité s'inscrit dans un nouveau cadre avec :

- le nouveau socle commun de connaissances, de compétences et de culture, notamment son domaine 3 intitulé « La formation de la personne et du citoyen » ;
- les enseignements pratiques interdisciplinaires du

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

## La sexualité des adolescents

« Chez les élèves de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup>, 79,6 % des garçons et 75,4 % des filles déclarent avoir déjà eu un petit copain ou une petite copine et presque autant (respectivement 76,9 % et 71,7 %) ont déjà embrassé quelqu'un sur la bouche.

« Près d'un élève sur cinq (17,8 %) en classe de 4<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> déclare avoir eu des rapports sexuels, les

garçons étant significativement plus nombreux que les filles dans ce cas (22,0 % vs 13,7 %).

« Les garçons et les filles n'apprécient pas de la même manière la période à laquelle ils ont eu ce premier rapport sexuel. Même si elles apparaissent moins précoces que les garçons, les filles ont davantage tendance à regretter que ce pre-

mier rapport n'ait pas été plus tardif (22,1 % vs 10,1 %) ; les garçons sont plus nombreux à ne pas se poser la question (52,1 % vs 37,3 %). » ●

Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. *La Santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.



cycle 4 (collège), dont l'un est dénommé « Corps, santé, sécurité, bien-être » ;

- la circulaire de rentrée 2016 qui fait mention de la déclinaison de l'éducation à la sexualité au plus près des réalités du territoire dans le cadre du développement des comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté ;
- la création d'un portail de ressources sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire qui sera mis en ligne sur le site Eduscol au cours de l'année scolaire 2016/2017 ;
- le parcours éducatif de santé, créé par la loi pour la refondation de l'école du 8 juillet 2013, réaffirmé par la loi santé du 26 janvier 2016 et impulsé par la circu-

laire n° 2016-008 du 28 janvier 2016. Ce parcours de l'élève, de la maternelle à la terminale, vise à structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires ; l'éducation à la sexualité y a toute sa place.

Ainsi, avec l'ensemble de ces leviers, l'éducation à la sexualité participe à un environnement favorable au bien-être et à la réussite scolaire et éducative de tous, et au développement des alliances éducatives internes et externes par le déploiement de projets et de partenariats en faveur de la promotion de la santé. ●

## Les acteurs institutionnels et associatifs intervenant en éducation à la sexualité

### Stéphanie Seydoux

Cheffe du service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes, Direction générale de la cohésion sociale

Les associations occupent une place essentielle dans la vie de la Nation et le fonctionnement de notre modèle de société. Elles anticipent, éclairent ou complètent l'action conduite par les pouvoirs publics. Le Premier ministre l'a rappelé dans sa circulaire du 29 septembre 2015 relative aux relations entre les associations et les pouvoirs publics.

Sur le domaine de l'éducation à la sexualité dans une approche globale, un certain nombre de partenaires associatifs interviennent en lien avec les équipes éducatives sur différents sujets, tels l'égalité entre les filles et les garçons, les relations interpersonnelles, l'accès à la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles, l'avortement, la prévention des violences sexuelles et du risque prostitutionnel, les discriminations liées à l'orientation sexuelle, ou encore les risques liés à l'utilisation des réseaux sociaux...

Dans le champ de l'enseignement, plus de 170 partenaires associatifs sont agréés au niveau national pour intervenir au sein des établissements scolaires. Membres de la communauté éducative, les associations proposent des activités complémentaires aux enseignements dans le respect des projets d'école et d'établissement.

### Des interventions complémentaires

La mobilisation de l'ensemble de la communauté éducative au sein des établissements est nécessaire à la construction individuelle, sociale et sexuée des enfants et adolescent(e)s qui y sont accueillis au quotidien.

Aux côtés des enseignements qui offrent l'opportunité d'exploiter des situations, des textes ou des supports en lien avec l'éducation à la sexualité, des séances

dédiées sont également obligatoires (loi n° 2001-1-588 du 4 juillet 2001 prévoyant trois séances annuelles au sein des écoles, collèges, lycées), au cours desquelles les professionnels extérieurs peuvent être amenés à intervenir aux côtés des professionnels de l'Éducation nationale. Ces interventions en binôme peuvent permettre de libérer plus facilement la parole, les jeunes se saisissant de ces espaces dédiés pour s'exprimer et interpeller les intervenants sur des préoccupations qui ne peuvent pas toujours être exprimées aussi clairement auprès des équipes éducatives, ou à la maison. Des formats d'intervention variés sont utilisés, favorisant l'expression des jeunes : Post-it, théâtre-forum, jeu de rôles, brainstorming, groupes de paroles... Le travail en petits groupes s'avère lui aussi souvent facilitateur compte tenu de la sensibilité des sujets abordés. Le binôme équipe éducative/professionnels extérieurs va permettre aux élèves de découvrir qu'il est possible de trouver autant d'écoute et d'aide auprès de l'équipe éducative, désormais vue comme référente, qu'en dehors de l'établissement.

### Une intervention ouvrant sur l'extérieur

Par ailleurs, il est important que les jeunes puissent identifier les structures existantes vers lesquelles se tourner s'ils en ont besoin. Les séances organisées au sein des établissements scolaires avec ces partenaires y participent, ainsi que les visites organisées parfois au sein de ces structures. Comme l'indiquait un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2009<sup>1</sup>, « les centres de planification permettent d'apporter une

1. Rapport Igas RM2011-088P, juin 2011, *Les Organismes de planification et d'éducation familiale : un bilan.*

*réponse immédiate, gratuite et confidentielle aux problèmes de contraception, en particulier pour les jeunes et personnes en difficulté sociale. Encore faut-il les connaître, s'y reconnaître et y avoir accès ».*

### **Différents acteurs institutionnels à l'expertise confirmée mais en nombre insuffisant**

Différents acteurs institutionnels interviennent au sein des établissements scolaires, tels par exemple les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation ou de conseil conjugal et familial (EICCF). Ces structures, qui assurent une fonction irremplaçable d'information, de conseil et de prévention en matière de santé sexuelle et d'éducation à la sexualité étaient au nombre de 1200 en 2011 s'agissant des CPEF, et de 288 EICCF en 2014.

Elles développent une approche globale de la sexualité, à la charnière du social, de l'éducatif, et du sanitaire, s'agissant des CPEF, et s'appuient sur un corps de métier spécifique pour accomplir leurs missions : les conseillères conjugales et familiales, ainsi que des personnes formées à l'éducation à la vie affective, auxquels s'ajoutent un personnel médical et paramédical pour les CPEF. En 2009, près de 19 000 interventions en milieu scolaire avaient été réalisées par les CPEF<sup>2</sup>. Parmi celles-ci, le Planning familial, opérateur associatif commun aux deux types de structures, a réalisé en 2014 des interventions scolaires touchant plus de 131 000 jeunes.

En 2009, l'Igas pointait l'insuffisance de l'offre par rapport à la demande en matière d'interventions collectives, celles-ci ne couvrant qu'une partie des classes concernées, loin des objectifs affichés par la loi. De plus, la concentration de ces structures en zone urbaine accentue les difficultés rencontrées par certains établissements en zones rurales ou périurbaines.

En 2014, une étude a été réalisée à la demande du ministère en charge des affaires sociales afin de réaliser un état des lieux complet de l'activité et du fonctionnement des EICCF, et d'identifier les différents leviers d'action envisageables pour moderniser ce dispositif. Sur la base des résultats de cette étude, une concertation a été organisée courant 2015 avec les principales associations gestionnaires d'EICCF sur les différentes pistes de réformes envisageables, aussi bien en termes de pilotage, de fonctionnement, de financement que de meilleure reconnaissance du métier de conseiller conjugal et familial, dont la valeur ajoutée est reconnue au sein de ces structures.

Aux côtés de ces acteurs institutionnels, nombre d'autres associations interviennent au sein des établissements scolaires, tributaires souvent des subventions publiques nécessaires à leur fonctionnement, et composées d'une forte part de personnels bénévoles, source de fragilité supplémentaire.

### **Une organisation des partenariats de proximité à promouvoir au niveau départemental**

Au sein des établissements du second degré, c'est dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) que le repérage et la mise en réseau des partenariats de proximité doivent être réalisés. Dans l'optique d'un pilotage renforcé et d'une meilleure organisation et coordination des partenariats, la circulaire de la rentrée 2015 est venue confirmer la mise en place, dans chaque département, d'un comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté devant permettre progressivement de mieux penser et organiser l'intervention des partenaires extérieurs (institutionnels et associatifs) au sein des établissements scolaires du territoire.

### **Des partenaires intervenant également dans les différents lieux de socialisation des jeunes**

Parce que l'égalité filles-garçons et l'émancipation des jeunes sont l'affaire de la société dans son ensemble, l'éducation à la sexualité doit faire l'objet d'une mobilisation générale des différentes structures accueillant des enfants et des adolescents. D'abord parce que tous les jeunes ne sont pas scolarisés, ensuite parce que les enfants et adolescents ne sont pas uniquement des élèves : au-delà des heures de cours, ils et elles peuvent avoir des activités sportives, culturelles, associatives... dans des lieux de socialisation divers, qui peuvent soulever des problématiques liées à la sexualité. Ainsi, à titre d'exemple, il est indispensable que les structures relevant de la protection judiciaire de la jeunesse développent une véritable stratégie sur ces sujets, tout comme les établissements médicosociaux accueillant de jeunes en situation de handicap, ou encore les nombreux centres de vacances.

Le développement de l'éducation à la sexualité au sein de ces structures nécessite une meilleure sensibilisation/formation des professionnels qui y travaillent aux enjeux de la vie affective et sexuelle, à la diffusion de ressources adaptées et à la mise en place de séances dédiées. Là encore, les associations partenaires peuvent être utilement sollicitées par les structures, certaines ayant aussi développé des programmes d'action spécifique adaptés à certains publics. C'est le cas par exemple du programme Handicap et alors développé par le Mouvement français du planning familial afin d'accompagner les structures accueillant des personnes handicapées à la prise en compte de ces sujets.

Les acteurs associatifs mènent ainsi sur le champ de l'éducation à la sexualité (dans son acception la plus large) une mission essentielle en participant à la mise en place des projets développés au niveau territorial. Ce constat ne doit toutefois pas masquer la situation de fragilité dans laquelle se trouvent souvent ces associations, ce qui milite pour une meilleure coordination des acteurs et des financeurs à l'échelon territorial dans l'objectif de pérenniser les capacités d'intervention de ces structures et de renforcer ainsi leur pouvoir d'intervention. ●

2. Enquête nationale PMI 2009 Drees.



## Santé sexuelle : un exemple de modèle d'éducation par les pairs

### Pr Florence Bretelle

Gynécologie obstétrique,  
faculté de médecine  
Marseille, AP-HM,  
A\*Midex « Creer »,  
Aix-Marseille université  
(AMU),  
UM63, CNRS 7278,  
IRD 198, Inserm 1095

### Sophie Mariotti

Gynécologie obstétrique,  
faculté de médecine,  
Marseille, AP-HM,  
A\*Midex « Creer »

### Marie-Christine

#### Pellissier

Centre pluridisciplinaire  
de diagnostic prénatal,  
Timone Enfant, AP-HM,  
AMU

### Raha Shojai

Gynécologie obstétrique,  
faculté de médecine,  
Marseille, AP-HM,  
A\*Midex « Creer »  
AMU, UM63, CNRS 7278,  
IRD 198, Inserm 1095

### Claire Ricciardi

Planning familial des  
Bouches-du-Rhône

### Sophie Tardieu

Gynécologie obstétrique,  
faculté de médecine,  
Marseille, AP-HM,  
A\*Midex « Creer »

### Joelle Durant

Éducation nationale,  
rectorat Aix-Marseille

### Léon Boubli

#### André Ali Cherif

Gynécologie obstétrique,  
faculté de médecine,  
Marseille, AP-HM,  
A\*Midex « Creer »  
AMU, UM63, CNRS 7278,  
IRD 198, Inserm 1095

**E**n 2007, un programme original d'éducation à la santé sexuelle délivré par les pairs a été conçu en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### Éducation à la santé, le programme

Ce programme est né d'un double constat : d'une part le taux d'interruption volontaire de grossesse est, en France et tout particulièrement en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), l'un des plus élevés de l'Union européenne ; d'autre part la formation, au cours de leur cursus, des futurs professionnels de santé à la santé sexuelle au sens large du terme est tardive : avant la création de ce programme original, les premiers cours de l'enseignement étaient délivrés en 5<sup>e</sup> année de médecine. Ce programme est le fruit d'une collaboration étroite entre la faculté de médecine d'Aix-Marseille (AMU), l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), l'Éducation nationale, le Planning familial des Bouches-du-Rhône, le centre régional d'information et de prévention du sida (Crips), et est subventionné par le conseil régional des Bouches-du-Rhône et le conseil général. Une unité d'enseignement libre (UE) a été créée pour les étudiants de la faculté de médecine d'Aix-Marseille. En plus des connaissances médicales et de l'approche socioculturelle en santé sexuelle, les étudiants en médecine sont formés aux techniques de communication et de transfert d'information pour pouvoir intervenir auprès des collégiens et des lycéens en collaboration avec l'équipe éducative des établissements scolaires. La formation comporte 60 heures d'enseignement théorique et pratique. Chaque élève des lycées ou collèges participe à deux séances de deux heures, l'une en classe entière et l'autre en classe où les filles et les garçons sont séparés.

### État des lieux

Depuis la naissance du programme en 2007, 50 étudiants de 3<sup>e</sup> année de médecine étaient formés chaque année, ce qui permettait d'intervenir auprès d'environ 1 800 élèves répartis sur 15 collèges. Depuis ont été intégrées, dans la formation initiale, l'école de maïeutique et la faculté de pharmacie (environ 50 étudiants supplémentaires par an).

Un certificat d'étude universitaire a également été créé, qui permet aux professionnels de santé et à toute personne en contact avec des jeunes (éducateur spécialisé, chargé de mission pour la santé, etc.) de suivre cette formation<sup>1</sup>. Puis la formation a été ouverte

1. Unité mixte de formation continue en santé. <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/education-la-sante-contraception>

aux étudiants de 5<sup>e</sup> année et aux internes spécialisés en gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique et médecine générale.

Ainsi le programme « Éducation à la santé sexuelle » permet de former chaque année près de 200 personnes. Ces pairs interviennent ensuite dans 25 collèges et 12 lycées, ce qui permet de sensibiliser près de 5 000 élèves de Marseille par an.

Une évaluation de cet enseignement a été faite par la cellule d'évaluation médicale. Celle-ci se base sur vingt questions types posées à deux publics différents : les collégiens et les étudiants en médecine. Les résultats montrent que cet enseignement est bénéfique aussi bien pour les collégiens que pour les étudiants en médecine. Le quizz est distribué avant et après les interventions en milieu scolaire, la moyenne passant de 7,8/20 à 13,5/20 pour les collégiens. Pour les étudiants, ce quizz est distribué avant la formation puis en fin de formation et la moyenne passe de 15,2/20 à 18,3/20. Cette évaluation a fait l'objet d'une publication [17].

### Perspectives

Dans la continuité de l'action de prévention, des points d'accueil et d'écoute « Info Jeunes » ont été créés. Ces permanences permettent de consulter sans rendez-vous de manière gratuite et anonyme et d'avoir accès à des informations relatives à la sexualité et/ou aux moyens de contraception.

Le programme souhaite se développer au sein d'AMU (Aix-Marseille université) en proposant des journées de prévention dans les différents campus de Marseille, pour donner l'opportunité aux étudiants hors médecine d'avoir toutes les informations nécessaires et d'œuvrer à la prévention des risques liés à la sexualité.

La région académique Provence-Alpes-Côte d'Azur comprend les académies d'Aix-Marseille et de Nice. Le projet PACA se propose de créer en région un second pôle sur l'académie de Nice. L'idée est de développer le concept d'une unité d'enseignement libre au sein de la faculté de médecine de Nice-Sophia Antipolis, sur le même modèle que celui proposé à Marseille.

Enfin, les étudiants en sciences infirmières pourraient être d'autres partenaires du programme. Les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) sont au cœur du projet de développement du programme. Un programme adapté devra être proposé.

Au sein des académies Aix-Marseille et Nice, on compte 170 lycées d'enseignement général et technologique, soit 139 886 élèves, et 108 lycées professionnels soit 42 983 élèves.

Ce programme, en regroupant le nombre d'étudiants susceptibles d'être formés pour intervenir, s'élève à 100 337 étudiants dans quatre universités. Il serait donc possible en théorie, en envisageant une large action globale en région par nos étudiants vers les plus jeunes, de proposer à tous des séances d'éducation à

la santé sexuelle. Le bénéfice, comme l'évaluation du programme l'a montré, concerne aussi bien les étudiants que les élèves. L'impact sur les futurs soignants et sur les élèves devra être évalué tant sur les connaissances que sur les prises de risque dans une évaluation à long terme. ●

## Le modèle intégré de réseau de soins préventifs et curatifs de l'île de La Réunion

Arrivée en 1994 à La Réunion à la faveur du plan départemental d'éducation sexuelle, qui avait pour objectifs la prévention du VIH et la réduction des grossesses adolescentes, la santé sexuelle et reproductive s'est installée durablement dans les politiques locales de santé. Initié par le département en lien avec le rectorat, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales et l'Assurance maladie, le plan départemental a été renforcé en 1996 par le programme régional de santé intitulé « Santé sexualité ». Le programme a duré dix ans. En 2009, des adultes relais, portés par deux associations, ont été introduits dans les collèges et lycées pour dispenser l'éducation sexuelle et être à l'écoute des élèves.

En 2012, à la faveur du projet de santé Réunion-Mayotte, la santé sexuelle et reproductive franchit le pas de la prévention vers le soin en s'intégrant dans le schéma d'organisation des soins (SOS). Ce schéma prévoit, pour chacun des trois territoires de santé de La Réunion, la création d'un centre de santé sexuelle, assurant à la fois les missions de prévention et de soin dans une dynamique de travail en réseau.

### Une épidémiologie du VIH et des hépatites virales peu évolutive

Malgré l'extension épidémique du VIH et des hépatites virales dans l'océan Indien depuis 2005, la situation reste peu évolutive à La Réunion, avec une incidence égale à la moitié seulement de la moyenne nationale. La file active est de l'ordre de 900 patients et le mode de transmission majoritairement hétéro et bisexuel. Concernant les hépatites virales B et C, la prévalence hospitalière est faible. La création fin 2015 du centre expert Réunion-Mayotte pour les hépatites virales devrait aider à mieux caractériser la file active, constituée de moins de 150 patients. L'activité ambulatoire de dépistage du VIH et des hépatites virales est très soutenue dans l'île, avec des taux de rendement variables. Les pratiques de dépistage sont appelées néanmoins à évoluer au regard de la forte proportion des découvertes tardives du VIH (36 % versus 22 % en moyenne nationale). Le taux de couverture du vaccin contre l'hépatite B est élevé, égal au double de la moyenne nationale chez

les jeunes. À l'heure actuelle, l'usage de drogue par voie intraveineuse reste marginal, ce qui n'est pas le cas dans les îles voisines.

### La problématique irrésolue des grossesses adolescentes non planifiées

En 2002, l'évaluation externe du plan départemental d'éducation sexuelle [10] avait montré un défaut de coordination des acteurs, une faible implication des équipes éducatives et des parents, et une inadéquation entre le contenu délivré et les attentes des élèves. Le plan, décliné dans tous les collèges, s'adressait aux classes de 4<sup>e</sup>.

Ces résultats d'évaluation de processus sont concordants avec les résultats d'impact. En effet, depuis 2001, le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les mineures reste élevé à La Réunion. Le taux de recours est égal à deux fois celui de la métropole (22 % versus 10 %). Une moyenne de 470 IVG par an concerne les mineures à La Réunion, soit 11 % du total des IVG. Tous les ans, une cinquantaine d'entre elles est réalisée auprès d'adolescentes de moins de 15 ans. Ces données rapprochent La Réunion des autres départements d'outre-mer (figure 1).

S'agissant des naissances de mères adolescentes, depuis 1995, leur nombre oscille autour de 500 par an, soit 4 % des naissances versus 0,5 % en métropole. On peut observer la part des naissances de très jeunes mères âgées de 15 ans et moins, de l'ordre d'une centaine (20 %) par an. Cette part, qui semble incompressible, questionne la portée de nos actions (figure 2).

Explorant le parcours des mères adolescentes, une étude anthropologique [55] a mis en évidence « l'appartenance (des jeunes mères et des pères) à un milieu social généralement modeste » et à « des familles souvent nombreuses ». Confrontées à des « trajectoires de vie difficiles » depuis l'enfance, les adolescentes sont « fréquemment en décrochage scolaire » avec « un problème récurrent de mauvaise orientation vers une formation professionnelle non choisie ». La maternité survient dans un contexte de « relative méconnaissance des méthodes contraceptives » et d'« hypervalorisation culturelle de la fécondité associée à une tradition de grossesses menées

**Anh Dao Nguyen**  
ARS océan Indien,  
délégation de l'île  
de La Réunion

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 58.

Sources des données VIH  
et hépatites :  
Santé publique France  
et CoreVIH Réunion-Mayotte.



de bonne heure, à un âge souvent inférieur à 20 ans pour la première». La problématique des «transmissions intergénérationnelles» est ainsi posée. Comme pistes de travail, il est suggéré une meilleure gestion de la prévention en expérimentant d'autres lieux que l'école. Il s'agirait d'impliquer le médecin généraliste, auquel la jeune fille se confie plus facilement qu'à l'infirmière

scolaire. Cela nécessiterait également une meilleure orientation scolaire et des modalités différentes de prise en charge et d'accompagnement des jeunes couples. Cette dernière suggestion rejoint l'une des propositions d'une étude cas-contrôle consacrée au devenir des mères adolescentes [52]. Est objectivée une fragilité psychosociale de ces jeunes mères, qui sont plus fréquemment

figure 1

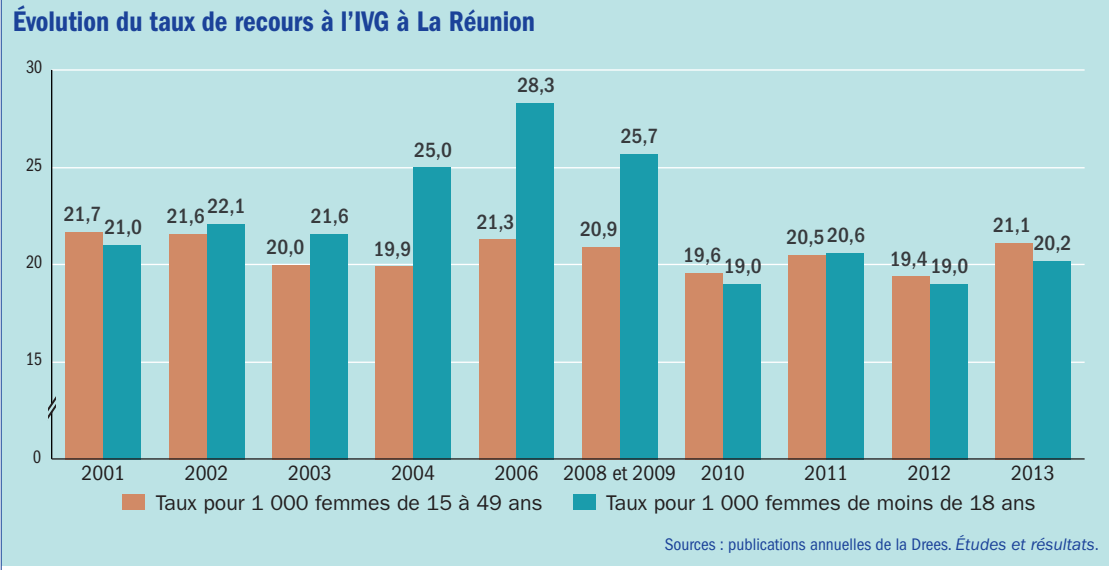
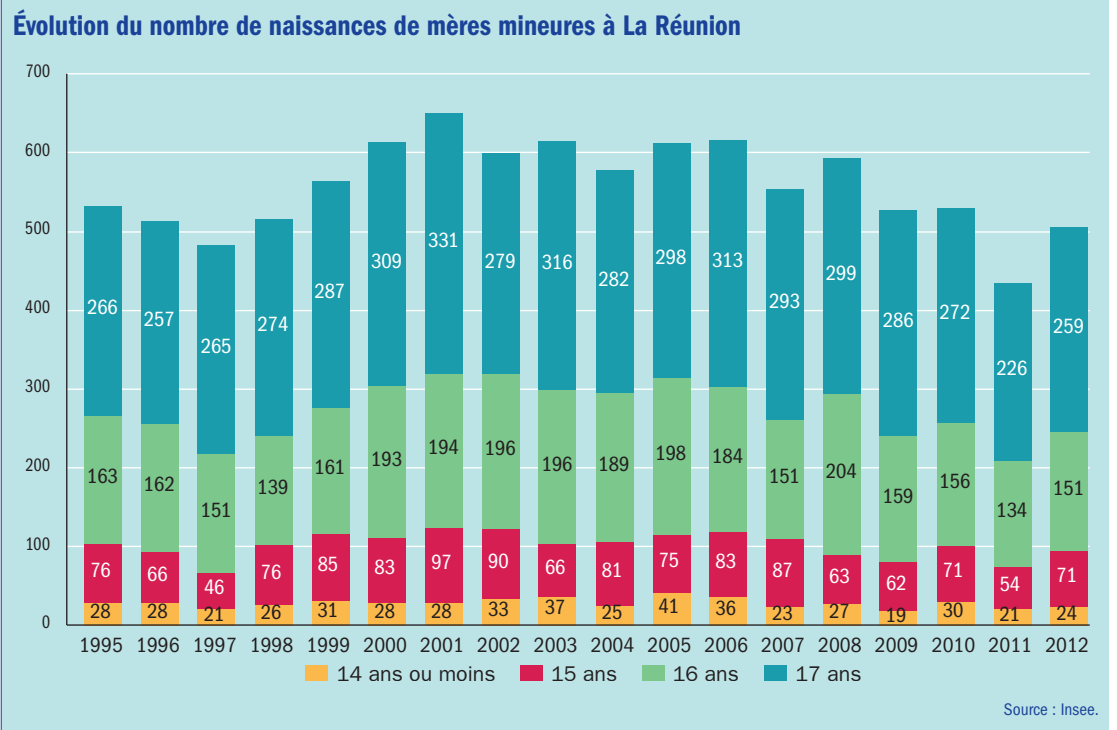


figure 2





## La prévention de la transmission générationnelle des dysfonctionnements familiaux : une approche à expérimenter ?

La démarche entreprise dans le nord du Québec et développée en Normandie et en Bretagne s'intéresse aux histoires familiales dans un objectif de prévention et non de thérapie systémique, des dysfonction-

nements familiaux. Faire réfléchir sur les liens familiaux : « *Qu'est-ce que je fais comme ma mère ? Comme mon père ? Et si je fais autrement, qu'est-ce que j'y gagnerai, qu'est-ce j'y perdrai ?* », en utilisant deux outils :

le génogramme et le plan d'actions personnel pour définir ce qu'on a envie de changer ou de garder, et pour quels bénéfices. ●

hospitalisées que les mères adultes, pour des motifs liés à des troubles psychiatriques, des tentatives de suicide, une consommation excessive d'alcool ou des situations de violence physique et de maltraitance.

### La nécessaire revue des actions de prévention

Forts de l'ensemble de ces apports, l'agence de santé océan Indien (ARS OI), le département, la région et le rectorat ont mené une réflexion avec les intervenants en santé sexuelle auprès des élèves. Les intervenants sont des acteurs associatifs accompagnés, depuis 2009, d'équipes hospitalières exerçant dans ce qui est devenu des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Cegidd) dans le cadre de leurs actions hors les murs.

On a constaté une variabilité de l'implication des équipes de l'Éducation nationale qui rendait la coordination parfois difficile. Il y avait aussi une grande diversité des objectifs et contenus des interventions. Ces dernières ciblaient davantage la prévention du VIH que la maîtrise de la fécondité, pour des raisons historiques. Il a été alors convenu avec les partenaires et acteurs de réorganiser les actions dans le cadre d'un programme expérimental à dérouler sur trois ans.

La première étape consiste à attribuer aux acteurs associatifs un territoire de santé d'intervention en fonction du siège de l'association. La territorialisation vise à permettre aux intervenants associatifs et aux équipes des centres de santé sexuelle de mieux se connaître et à réaliser des répertoires opérationnels de ressources de proximité. Pour la mise en cohérence des missions et compétences, les financeurs retiennent pour cibles du programme les établissements scolaires considérés comme prioritaires par le rectorat. Enfin, une charte de l'académie de La Réunion est établie par l'ARS OI et le rectorat en concertation avec les acteurs. Elle définit clairement les missions d'éducation des intervenants extérieurs ainsi que les obligations des équipes éducatives (intégration des intervenants extérieurs aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté [CESC], participation du personnel éducatif aux interventions, désignation d'un référent sexualité au sein de l'établissement). Le principe d'une intervention en binôme est dès lors retenu. Lorsque le binôme ne peut être constitué avec l'équipe éducative ou l'infirmière scolaire, il sera constitué par un intervenant associatif et un membre d'un Cegidd.

Une formation commune aux acteurs associatifs et hospitaliers a été organisée, afin d'aboutir à des référentiels communs. Dans cette formation est intervenue une avocate réunionnaise pour déconstruire la notion fortement ancrée de « *majorité sexuelle à 15 ans* » et pour aborder la question des violences intrafamiliales.

### Une adaptation des missions des centres de santé sexuelle

Habilités fin décembre 2015 et conformément aux orientations du schéma d'organisation des soins de La Réunion [57], les Cegidd intègrent les missions dévolues aux centres de santé sexuelle en assurant une offre d'orthogénie grâce à la coopération avec les équipes de gynéco-obstétrique. Le centre de l'Ouest porte, en outre, la particularité d'être adossé au réseau d'accueil des victimes de violences intrafamiliales. À terme, les gynéco-obstétriciens du centre du Sud seront tous formés à la victimologie.

À la faveur du plan d'actions de prévention et de prise en charge des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, validé en septembre 2015, les centres ont accepté la demande de l'ARS OI d'intégrer, dans leur analyse des risques, le repérage des consommations abusives d'alcool pour orienter précocement vers les consultations d'addictologie.

En s'articulant avec la gynéco-obstétrique, l'addictologie et la victimologie, les centres de santé sexuelle arrivent à proposer une offre de service en cohérence avec les parcours des personnes. Ce faisant, elles peuvent jouer pleinement le rôle de centres de référence pour les acteurs de prévention en vue de l'orientation des élèves. Il leur reste toutefois un dernier défi à relever, la coopération avec les professionnels libéraux.

### Conclusion

La création des Cegidd représente une belle opportunité pour mettre en œuvre une offre de santé sexuelle et reproductive prenant en compte la dimension plurielle des parcours de vie des personnes, dépassant ainsi le cloisonnement entre filières de soins, entre soin et prévention, entre santé et social. À cet égard, les grossesses adolescentes permettent d'illustrer le propos. Parce que leur genèse est multifactorielle, les solutions sont à repenser dans un travail davantage en réseau et dans l'expérimentation d'actions innovantes. ●



# Sexologie et santé, des réponses possibles

**Dr Madeleine  
Gérardin Toran  
Pr Pierre Costa**  
Service urologie-  
androgologie, CHU  
Carêmeau, Nîmes

La médecine sexuelle est la branche de la médecine qui traite de la santé sexuelle, elle est exercée par les médecins sexologues qui ont obtenu un diplôme national validant, enseigné sur trois ans, reconnu par le Conseil national de l'Ordre des médecins, leur donnant compétence pour exercer la sexologie médicale. Ce diplôme ne donne toutefois pas lieu au titre de spécialité ou à tarification particulière dans la nomenclature de l'Assurance maladie.

La médecine sexuelle peut apporter des réponses concernant la sexualité et les difficultés sexuelles à différents niveaux de notre société, allant de l'éducation à la sexualité à la prise en charge des délinquants sexuels.

## La formation à la sexualité dans le cursus scolaire

Les directives et textes réglementaires du ministère de l'Éducation nationale inscrivent l'éducation à la sexualité dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture (compétences 6 et 7). Dans ce cadre, les questions de sexualité doivent être abordées dans le projet éducatif global de chaque établissement, mais, dans les faits, contraintes de programme obligent, l'éducation à la sexualité se limite strictement aux trois heures obligatoires fixées par l'article L. 312-16 du Code de l'éducation. Lors de ces trois heures de cours, la sexualité est souvent limitée à l'étude des questions liées à la procréation ou aux maladies sexuellement transmissibles, sans une véritable information objective ou apport de connaissances qui permettraient à ces jeunes d'appréhender et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité dans le respect et la responsabilité de chacun.

Les jeunes ne sont donc pas préparés à leur future vie sexuelle, c'est pourquoi un certain nombre d'entre eux se tournent vers Internet et la pornographie, si facilement accessibles aujourd'hui, pour s'informer et se « former », parfois très jeunes, créant ainsi des comportements sexuels souvent inadaptés, voire dysfonctionnels, et des inhibitions pouvant être à l'origine de graves difficultés sexuelles et de violences [35].

Une information sur la sexualité dispensée par du personnel formé et compétent dès le primaire devrait apporter les réponses aux nombreuses questions que se posent les jeunes, aux craintes qu'ils peuvent ressentir, et fournir les informations nécessaires à un bon éveil sexuel.

## Médecine sexuelle et santé

Selon le dernier rapport de l'Inserm, les difficultés sexuelles sont relativement fréquentes dans la population générale française, elles peuvent concerner autant l'homme que la femme, et toutes les tranches d'âge de 18 à 69 ans (tableau 1).

Certaines difficultés sexuelles telles que l'éjaculation

précoce chez l'homme ou le vaginisme chez la femme sont plus fréquentes chez les jeunes, d'autres comme la dysfonction érectile ou les troubles du désir sont plus fréquentes après 50 ans, mais quoi qu'il en soit, c'est près de 70 % de la population qui peut, tôt ou tard, être concernée par une difficulté sexuelle plus ou moins sévère.

En outre, les troubles sexuels sont présents dans de nombreux domaines de la santé et peuvent avoir un impact extrêmement négatif sur l'individu lui-même, sur son état de santé et sur sa relation de couple.

En cancérologie, par exemple, la morbidité sexuelle peut être très importante et délétère, qu'elle soit liée au cancer lui-même ou à son traitement. Il n'y a pas que les cancers de la sphère urogénitale qui soient en cause, les conséquences sexuelles peuvent concerner et altérer la qualité de survie de quasiment tous les types de cancer.

La médecine ayant fait d'énormes progrès en matière de traitement des cancers, c'est près d'un cancer sur deux que l'on parvient à juguler, faisant de la maladie cancéreuse une pathologie majoritairement chronique. Le dernier Plan cancer fait de la qualité de survie de ces patients un enjeu prioritaire. Suivant une enquête réalisée par l'AFSOS en 2010 [2], deux tiers des patients pris en charge pour une pathologie cancéreuse souhaiteraient pouvoir parler, être mieux informés et accompagnés pour les difficultés sexuelles qu'ils pourraient rencontrer au cours ou au décours de leur traitement anticancer.

De même, en diabétologie, les difficultés sexuelles sont extrêmement fréquentes, surtout chez l'homme (dysfonction érectile, trouble de l'éjaculation, baisse de désir), mais la femme peut également rencontrer des difficultés d'ordre sexuel (trouble de la lubrification, trouble du désir, dyspareunies). Ces problèmes sexuels peuvent entraîner des troubles de l'humeur et compromettre l'adhésion du patient à certains traitements

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

tableau 1

### Hommes et femmes n'ayant aucune difficulté sexuelle, dans la population française

Âge	Hommes (%)	Femmes (%)
18-24 ans	64,7	53,4
25-34 ans	52,6	49,0
35-39 ans	46,9	51,7
40-49 ans	47,9	52,6
50-59 ans	37,3	40,1
60-69 ans	35,0	36,4

Source : [6].

antidiabétiques et qu'il pourrait avoir tendance à incriminer et à interrompre de lui-même, ce qui compromet la qualité et les chances de survie de ces patients chroniques.

Dans les maladies psychiatriques telles que la dépression, l'anxiété généralisée et les psychoses, les difficultés sexuelles rencontrées sont fréquentes, qu'elles soient liées à la maladie elle-même ou à ses traitements, et peuvent aggraver la pathologie sous-jacente avec un risque d'addiction à l'alcool ou aux médicaments, un risque suicidaire non négligeable et un risque d'arrêt des traitements antipsychotiques menant à des situations à haut risque pour le patient, son entourage, voire la population en général.

La plupart des maladies chroniques (pathologies cardiovasculaires, insuffisances cardiaque, respiratoire, rénale, maladies endocriniennes, troubles urinaires du bas appareil, syndrome d'apnée du sommeil...) peuvent entraîner des difficultés sexuelles, qui, si elles ne sont pas prises en charge à temps et de manière spécifique, peuvent compromettre l'adhésion au traitement, la qualité de vie des patients, leur chance de survie et être cause de handicaps qui peuvent être lourds en termes de coût de santé.

En ce sens, de nombreuses études montrent que la dysfonction érectile, difficulté sexuelle fréquente, concernant plus d'un homme sur deux après 60 ans, doit être considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme un marqueur précoce de morbi-mortalité cardiovasculaire et également comme un facteur de gravité et de risque de mortalité accrue, toutes causes confondues, chez le patient cardiovasculaire [38]. D'où l'importance de dépister systématiquement les hommes de plus de 40 ans et de les prendre en charge médicalement tant sur le plan sexuel que cardiovasculaire, afin de prévenir d'éventuels accidents aigus tels qu'un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou une artériopathie aiguë.

### Médecine sexuelle et société

La fréquence des difficultés sexuelles dans la population générale expose, si ces difficultés ne sont pas prises en charge à un moment donné, à des comportements addictifs (alcool, anxiolytique, autres substances actives), à des comportements sexuels dysfonctionnels, à des comportements violents ou suicidaires, avec des répercussions négatives au niveau du couple, de la famille et de la société.

Entre 2010 et 2013, selon l'Observatoire national des violences faites aux femmes, ce sont environ 156 000 enfants et 100 000 adultes qui ont été victimes chaque année de viol ou de tentative de viol. Dans les violences conjugales, véritable fléau qui a concerné, entre 2010 et 2015, environ 223 000 femmes par an, on dénombre près de 60 000 violences sexuelles perpétrées par le conjoint ou ex-conjoint. Ces violences sexuelles sont un problème majeur de santé publique par leur fréquence et leurs conséquences tant somatiques que psychiques.

Plus méconnues, et pourtant tout aussi évidentes, sont les conséquences sexuelles de ces violences, qui devraient pouvoir être identifiées afin de donner aux victimes les possibilités d'une réparation globale. D'où l'importance, dans le parcours de soins de ces victimes, de la consultation de sexologie.

La sexologie a également toute sa place dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, en complément de la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique dans un projet global de soin.

### Place de la médecine sexuelle dans le parcours de soins

Le médecin généraliste n'a ni le temps ni la formation requise pour prendre en charge tous les aspects des difficultés sexuelles, souvent complexes et multifactorielles. La consultation de sexologie médicale est une consultation longue, complexe, dont la durée moyenne se situe entre 30 et 45 minutes, demandant des connaissances à la fois sur le plan physiologique, mais également psychopathologique et relationnel.

Le médecin traitant peut participer au dépistage et à l'information en matière de sexualité moyennant une formation de base sur la manière d'aborder le sujet, cette formation n'existant pas pour l'heure dans le cursus des études médicales.

Il peut également prendre en charge des difficultés sexuelles simples, mais devra le plus souvent orienter les patients présentant des dysfonctions sexuelles plus complexes vers le médecin sexologue, afin d'optimiser la prise en charge et de réduire les coûts de cette dernière en évitant aux patients une errance diagnostique et thérapeutique [20].

### Conclusion

En prenant en charge les difficultés sexuelles, le plus tôt possible, tant sur le plan organique que sur le plan psychopathologique et relationnel, la médecine sexuelle améliore incontestablement l'état de santé, la survie et la qualité de survie de la population générale. Elle permet en outre de réduire les coûts de prise en charge de la plupart des pathologies chroniques ayant une incidence sur la sexualité, en améliorant l'observance thérapeutique et en évitant des surcoûts liés aux handicaps qui pourraient découler d'une mauvaise couverture thérapeutique par interruption de certains traitements essentiels.

En participant à l'éducation des plus jeunes, la médecine sexuelle contribuerait à la prévention des comportements sexuels dysfonctionnels, de certains comportements addictifs et des violences sexuelles.

Compte tenu du vieillissement de la population, de la chronicité de nombreuses pathologies et de l'augmentation de l'incidence des dysfonctions sexuelles, la médecine sexuelle sera amenée à jouer un rôle encore plus important dans la qualité de vie, le bien-être de la population générale et la maîtrise des coûts de santé dans les années à venir. ●



## Un nouveau dispositif de prévention, de dépistage et de soins des IST : les Cegidd

**Éric Billaud**  
Praticien hospitalier,  
maladies  
infectieuses ;  
président du CoreVIH  
des Pays de la Loire,  
membre du HCSP

**D**epuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, par décret 2015-796, les centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic (Cegidd), avec un financement unique par l'Assurance maladie, remplacent les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Les centres de dépistage anonyme et gratuit avaient été créés en 1988 pour favoriser le dépistage du VIH sans risque de stigmatisation. Financés par l'Assurance maladie et habilités par les agences régionales de santé (ARS), ils avaient pour mission initiale le dépistage du VIH, secondairement élargi au VHB et au VHC. Leurs fonctions comprenaient en outre : accueil, information, évaluation des facteurs d'exposition, conseil personnalisé, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale en cas de besoin. En 2004, les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles avaient succédé aux dispensaires anti-vénériens (DAV), mis en place à partir de 1916. Financés par l'État, ils étaient habilités par les ARS et parfois en convention avec les conseils généraux. Ils étaient chargés de réaliser le diagnostic et le dépistage anonyme de toutes les infections sexuellement transmissibles (IST). Leurs attributions étaient semblables à celles du CDAG, plus la fonction de prescription de traitement et de dépistage et traitement des partenaires.

La création d'une nouvelle structure (Cegidd) a répondu aux recommandations de plusieurs rapports (du Conseil national du sida, de groupes d'experts pour la lutte contre le VIH, de la Cour des Comptes, de l'Igas) et à l'inscription d'une action dans le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014.

Elle a pour but de répondre à deux objectifs :

- accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage, notamment pour les personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre ; mieux garantir la simplification et la continuité des parcours ;
- simplifier le régime juridique et financier de la structure et ainsi faciliter son pilotage et son suivi.

L'ARS accorde l'habilitation pour trois ans. Elle est chargée de la programmation stratégique, de la coordination, du suivi et de l'analyse des activités des centres habilités. Les trois dernières fonctions pouvant être confiées à un CoreVIH (coordination régionale de la lutte contre le VIH) ou un autre organisme compétent. Un rapport d'activité et de performance devra être fourni à l'ARS et à l'Agence nationale de santé publique.

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2015, le Cegidd

assure dans ses locaux ou hors les murs, notamment auprès des publics les plus concernés :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Il assure également de nouvelles missions :

- la mission de vaccination inclut ainsi celle contre l'hépatite B et s'élargit à celle contre l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), à la vaccination contre le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant, aux vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics cibles ;
- l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge ;
- la prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception « classique » et/ou de contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale ;
- l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse ;
- la détection, prévention et orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et des troubles et dysfonctions sexuels.

### Les Cegidd : au cœur de l'organisation territoriale d'une politique de santé sexuelle

Par leurs missions d'orientation des usagers vers des structures adaptées pour leurs prises en charge, les Cegidd devront fonctionner en partenariat avec d'autres structures (hospitalières, centres de santé, centres de vaccination, centres de planification et d'éducation familiale, associatives...) et avec les professionnels ayant compétence pour assurer ces prises en charge. Aussi, dans l'objectif de bien mener leurs activités, dans ou hors les murs par leur personnel, les Cegidd devront conclure des conventions de partenariat avec les autres structures œuvrant sur le territoire de santé.

Une des innovations est la reconnaissance dans les missions facultatives des Cegidd de la réalisation d'activités hors les murs. Il conviendra que les actions conduites soient complémentaires et permettent de répondre aux besoins des publics cibles sur tout le territoire de santé.

Compte tenu de leurs attributions les Cegidd représentent une pièce maîtresse de l'organisation territoriale

d'une politique de santé sexuelle. Ils sont les mieux placés pour analyser les besoins en termes de promotion, de prévention et de soin, et connaître les acteurs de terrain susceptibles d'exercer leurs compétences respectives grâce à une coordination locale. C'est pourquoi dans son avis du 20 avril 2016, le Haut Conseil de la santé publique propose pour la promotion, le dépistage et la prévention en santé sexuelle de promouvoir les Cegidd et de leur confier la prise en compte de la santé sexuelle des publics spécifiques (HSH, migrants, personnes en situation de prostitution, personnes placées sous main de justice, transgenres, personnes âgées, personnes handicapées).

Ces missions justifient de doter ces structures de moyens adéquats, dont la disponibilité sera laissée à l'initiative des ARS. En effet, l'obligation faite d'être composée d'un médecin ayant une expérience dans le domaine du VIH et des infections sexuellement transmissibles, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) assistant(e) social(e), d'un(e) secrétaire(e), d'un(e) psychologue(e), de coordonner des actions hors les murs, de pratiquer gratuitement certaines vaccinations sont autant de fonctions qui, à budget constant, imposeraient des arbitrages sur les missions qui leur sont confiées.

La création des Cegidd représente une simplification administrative mais risque de ne pas améliorer la lisibilité de l'offre de santé sexuelle ni celle du parcours

de santé. Il reste possible d'améliorer la lisibilité en favorisant dans un premier temps la coordination des Cegidd avec les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Introduits en France avant 1940 puis adoptés par plusieurs associations autour des années 1960, les CPEF ont compétence sur la contraception et l'IVG, favorisant la fréquentation des femmes, jeunes ou moins jeunes, souvent en situation de précarité ou ayant des difficultés sociales. De plus, les CPEF ont une grande expérience de la promotion et de l'éducation sexuelle, qui fait défaut à la plupart des Cegidd, ceux-ci n'intervenant pas en milieu scolaire.

Cette étape indispensable de rapprochement devrait à terme permettre l'identification de véritables centres de santé sexuelle, comme on peut en trouver dans les pays anglo-saxons, chefs d'orchestre de la promotion, de la prévention et du soin, affichant leurs compétences et l'ouverture à toutes les formes de sexualité. Afin d'évoluer vers ces structures non discriminantes, capables de répondre à toutes les problématiques en rapport avec la santé sexuelle, il est nécessaire de leur offrir un financement cohérent, avec une part basée sur la tarification à l'acte et une part gratuite selon les besoins des personnes, et d'assurer une formation adéquate de l'ensemble du personnel. C'est à ce prix qu'une véritable stratégie nationale de santé sexuelle pourra se mettre en place dans notre pays. ●

## Assistance médicale à la procréation, gestion nouvelle des besoins en donneurs

**D**epuis la naissance, en 1978, de Louise Brown, premier bébé conçu en éprouvette, près de 6 millions de bébés ont été ainsi conçus dans le monde. L'assistance médicale à la procréation (AMP) est entrée dans nos mœurs, sa pratique est devenue courante en France. Néanmoins elle continue de soulever de multiples questions.

L'AMP fascine le grand public, elle a, en apparence, rendu tout (ou presque) possible, la double, voire la triple maternité (la mère génétique fournit l'ovocyte, la mère porteuse prête son utérus, la mère sociale élève l'enfant), la maternité sans ovaire (le don d'ovocyte) ou sans utérus (la gestation pour autrui), la paternité sans spermatozoïde (le don de sperme), la parentalité à tout âge et l'homoparentalité pour les femmes comme pour les hommes. Don d'ovocyte, accueil d'embryon, prêt d'utérus (encore appelé gestation pour autrui ou GPA) font désormais partie de notre univers quotidien, du moins dans les médias.

Au quotidien, la réalité est tout autre pour les femmes françaises. Aucune pratique médicale, en France, n'est aussi encadrée par la loi que l'AMP. La loi dite de bioé-

thique de juillet 1994, revue en 2004, puis en 2011, définit très strictement les conditions dans lesquelles l'AMP peut s'exercer.

### L'accès à l'AMP en France

D'après la loi de bioéthique de 2011, l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer. Les femmes seules ou homosexuelles sont actuellement exclues de l'AMP. Les dons d'ovocyte et de sperme doivent être anonymes et gratuits. Les mères porteuses sont interdites.

Si la liberté est restreinte, les Françaises bénéficient d'une prise en charge par l'Assurance maladie qui leur est favorable : quatre tentatives sont totalement prises en charge (en milieu hospitalier) pour l'obtention d'une naissance. La prise en charge par les systèmes de santé a un impact majeur sur l'accès à l'AMP, comme l'illustre l'exemple de l'Allemagne : jusqu'au premier janvier 2004, quatre cycles étaient pris en charge à 100 % sans restriction d'âge ; depuis que seuls trois cycles sont pris en charge à 50 % pour les femmes de 25 à 40 ans et les hommes de moins de 50 ans, le nombre d'AMP est

**Joëlle Belaisch-Allart**  
Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, centre hospitalier des 4 Villes, Saint-Cloud



passé de 1 075 cycles à 650 par million d'habitants, et cela a un impact sur la fertilité totale du pays, qui est passée de 1,34 à 1,32 enfant par femme. Il est démontré que l'AMP, qui représente jusqu'à 5,8 % des naissances dans certains pays (comme le Danemark), a un effet faible mais non nul sur la fertilité et la natalité.

### Le problème particulier du don d'ovocyte en France

Depuis la première naissance après don d'ovocyte en 1984, la technique s'est développée, initialement pour compenser l'absence d'ovaire ou des ovaires prématurément non fonctionnels ou en cas de risque de transmission d'une maladie d'une particulière gravité. Le don est anonyme et gratuit.

Progressivement, des indications dites relatives se sont développées : échecs de FIV (fécondation *in vitro*) supposés dus à des problèmes de qualité ovocytaire et femmes de plus de 40 ans. Désormais la majeure partie des demandes de don d'ovocytes en France, comme ailleurs, provient de femmes de la quarantaine. Les difficultés du don d'ovocyte en France sont bien connues : manque de donneuses, non-indemnisation des donneuses, délais d'attente de dix-huit mois à deux ans, etc. Contrairement à d'autres pays comme l'Espagne, où les donneuses reçoivent une indemnisation de l'ordre de 900 euros et où les donneuses sans enfants sont acceptées, le don reste gratuit. Les Françaises de plus de 40 ans qui cherchent à obtenir une grossesse par don d'ovocyte (et qui en ont les moyens financiers) ont le plus souvent recours au « tourisme procréatif ».

En France, jusqu'en 2011 le don devait provenir de donneurs ayant procréé. La loi de 2011 a modifié les dispositions relatives au don de gamètes : elle ouvre la possibilité aux personnes n'ayant pas eu d'enfant de donner leurs gamètes, et leur propose la conservation d'une partie de leurs gamètes ou tissus germinaux en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure, à leur bénéfice, d'une AMP. Cette mesure avait été proposée par l'Igas dans son rapport sur le don d'ovocyte en France pour tenter d'augmenter le nombre de donneuses. Le décret d'application permettant de prendre ces donneuses en charge n'est paru que quatre ans après, en octobre 2015. Certains ont craint que cette disposition ouvre la voie à l'autoconservation des ovocytes, ce qui explique ce délai.

L'âge de la maternité ne cesse de reculer. Les progrès de la contraception, les études prolongées, les carrières féminines, l'instabilité du marché du travail, l'hostilité des employeurs à l'annonce d'une grossesse, tout se conjugue pour que les femmes programment de plus en plus tard leur grossesse. Le désir de plus en plus tardif d'enfant est désormais reconnu comme un phénomène de société. Contrairement aux idées reçues, l'AMP ne permet pas de lutter contre cette chute de la fertilité. Toutes les techniques, inséminations intra-utérines, fécondation *in vitro*, micro-injection, voient leur taux de succès diminuer dès 35 ans et devenir quasi nul après 42 ans : aucune technique ne peut compenser l'effet délétère de l'âge sauf le don d'ovocyte d'une femme plus jeune...

L'autoconservation ovocytaire pourrait apporter une autre réponse à ces femmes leur permettant d'utiliser leurs ovocytes congelés avec un taux de succès proche de celui observé à l'âge de la conservation. L'autoconservation réduirait les demandes de don d'ovocyte des femmes de la quarantaine et permettrait aux femmes ayant une véritable indication à ce don d'en bénéficier plus facilement : les femmes ayant autoconservé leurs ovocytes et qui n'en auraient plus l'usage (grossesse spontanée ou limite d'âge atteinte) pourraient les donner. Les problèmes d'immuno-intolérance observés dans les grossesses après don d'ovocyte n'existeraient pas (sauf en cas de don). Enfin, l'autoconservation ne pose ni problème de filiation ni de droit aux origines, contrairement au don d'ovocyte.

De nombreux arguments plaident donc en faveur d'une préservation de la fertilité, d'ores et déjà disponible dans certains pays européens. Cette autoconservation pose toutefois de réels problèmes. Les risques des grossesses tardives sont réels pour la mère et pour l'enfant (hypertension artérielle, prématurité, diabète gestationnel, mortalité maternelle et fœtale augmentée). Il faudrait donc fixer une limite pour reprendre ses ovocytes. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français a proposé que 45 ans soit l'âge optimal mais que la reprise soit possible jusqu'à 50 ans si la santé de la femme le permet et qu'elle est informée des risques encourus par elle-même et par l'enfant.

### L'avenir : faut-il étendre les indications de l'AMP ?

D'après la loi de 2011, « l'AMP a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. L'homme et la femme formant le couple doivent être en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination ». En clair, en France, l'AMP est réservée aux couples hétérosexuels présentant une infertilité médicalement constatée et dont les deux membres sont en vie. L'autoconservation ovocytaire n'est autorisée qu'avant traitement potentiellement stérilisant. Les couples homosexuels féminins peuvent recourir à l'AMP dans de nombreux pays voisins (Belgique, Danemark, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni). La GPA est tolérée en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Grèce, en Roumanie, aux Pays-Bas, au Canada et dans certains États des États-Unis. Israël la Grande-Bretagne, la Russie et l'Ukraine l'autorisent et l'encadrent. La préservation de la fertilité de convenance est possible en Belgique, en Espagne, en Italie, aux États-Unis.

Comment expliquer ces disparités ? Comment admettre que ce qui est légal d'un côté de la frontière soit illégal de l'autre ? Quelle peut être la pertinence d'une loi qui n'est pas reconnue universellement [12] ? Certes il existe des arguments contre la prise en charge des couples de femmes et plus encore d'hommes (puisque pour l'homme le recours à la GPA est indispensable),

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

## Extrait du décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes

« Art. R. 2144-2-1. IV. – Le donneur, homme ou femme, n'ayant pas procréé qui souhaite conserver une partie de ses gamètes en vue d'une éventuelle réalisation ultérieure à son bénéficiaire d'une assistance médicale à la procréation dans les conditions prévues au titre IV du livre I de la deuxième partie du présent code est informé :

« 1° Des conditions à remplir pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation

recourant aux gamètes conservés à son bénéficiaire, notamment les conditions prévues à l'article L. 2141-2 ;

« 2° De l'existence de règles de répartition des gamètes entre ceux conservés en vue de don et ceux conservés à son bénéficiaire ; ces règles prennent en compte la nécessité d'obtenir des gamètes en quantité suffisante pour constituer un don. »

« Art. R. 1244-9. L'arrêté fixant les règles de bonnes pratiques appli-

cables à l'assistance médicalement assistée avec tiers donneur pris en application du dernier alinéa de l'article L. 2141-1 précise les règles de répartition des gamètes mentionnées au 2° du IV de l'article R. 1244-2 ainsi que les situations n'offrant pas de possibilité de conservation d'ovocytes au bénéficiaire de la donneuse prévues au 3° du V du même article. »

au premier rang desquels viennent les éventuels effets délétères sur les enfants de l'absence de référent paternel ou maternel, mais ces effets ne sont pas démontrés dans la quasi-totalité des études scientifiques. Les problèmes de filiation sont réels mais pourraient être résolus par un changement de loi. Les aspects financiers et l'inégalité sociale éventuelle, le manque de donneurs de sperme (les Belges font appel aux banques danoises...) sont de réelles barrières. Mais il y a aussi des arguments pour étendre l'AMP : la liberté individuelle, l'autonomie des individus, le fait que l'on peut séparer le cas des femmes et celui des hommes – l'inégalité physiologique homme-femme plaide en faveur d'une prise en charge possible au moins pour les couples de femmes, comme c'est le cas dans de nombreux pays. Le comité d'éthique de l'American Society of Reproductive Medicine n'a pas hésité à affirmer qu'il y a obligation éthique à traiter également toutes les personnes quels que soient leur statut marital et leurs orientations sexuelles, tout en respectant, bien sûr, la clause de conscience des professionnels [66].

Le don d'ovocyte est considéré comme une AMP légale et pourtant la majorité des candidates au don sont désormais des femmes de 40 ans et plus qui

ont attendu pour faire leur enfant. Ne s'agit-il pas là d'une infertilité purement sociétale ? Les limites de l'infertilité sociétale et de l'infertilité médicale sont en réalité bien floues.

La vraie question posée par l'extension des indications de l'AMP est le rôle de la médecine. La prise en charge exclusive de la pathologie se discute, le vieillissement et ses conséquences sont des phénomènes physiologiques, la lutte contre ses conséquences est désormais reconnue comme une médecine « normale ». Pourquoi le vieillissement ovarien n'aurait-il pas le droit d'être traité ou prévenu grâce à l'autoconservation ovocytaire, contrairement au vieillissement cutané ou oculaire [13] ?

Spécificité française, la prise en charge à 100 % des problèmes d'infertilité par l'Assurance maladie oblige à s'interroger : les mutations de la société doivent-elles être prises en charge par l'Assurance maladie ? Actuellement les Françaises qui ont recours à ces AMP à l'étranger payent, est-il éthique que seules les femmes qui en ont les moyens y aient accès ?

Sans qu'il soit question de se laisser guider par l'évolution des techniques et de la société, il est impossible de ne pas en tenir compte. ●

## Extrait de l'arrêté du 24 décembre 2015\* relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation

V-3-2. Règles de répartition des gamètes du donneur n'ayant pas procréé : « Dans le cadre du don d'ovocytes consenti par une donneuse n'ayant pas procréé et qui souhaite conserver une partie de ces ovocytes à son bénéficiaire, le nombre d'ovocytes matures recueillis conditionne la répartition des ovocytes entre le don et la conservation au bénéfice de la donneuse. Dans cette

situation, les ovocytes sont décongelés après leur prélèvement de façon à connaître le nombre d'ovocytes matures recueillis et permettre l'application des règles de répartition suivantes :

« - jusqu'à 5 ovocytes matures obtenus, tous les ovocytes sont destinés au don et la conservation au bénéfice de la donneuse n'est alors pas réalisée ;

« - de 6 à 10 ovocytes matures obtenus, au moins 5 ovocytes matures sont destinés au don ;

« - au-delà de 10 ovocytes matures obtenus, au moins la moitié des ovocytes matures est dirigée vers le don » ●

\* Arrêté pris en application de l'article L. 2141-1 du Code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008.



# Place de la Protection maternelle et infantile dans la lutte contre les violences sexuelles

## Emmanuelle Piet

Médecin de Protection maternelle et infantile (PMI), Seine-Saint-Denis ; présidente du Collectif féministe contre le viol

**E**n France, chaque année, 86 000 femmes et 16 000 hommes de 18 à 75 ans sont victimes de viol, de tentative de viol ou de rapports sexuels forcés.

- 20,4 % des femmes et 6,8 % des hommes âgés de 18 à 69 ans ont subi des violences sexuelles (attouchements, tentatives de rapport forcé ou rapports forcés) au cours de leur vie.
- Dans l'enquête « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte », 80 % des répondants avaient moins de 18 ans lors de la première agression subie, 51 % moins de 11 ans, 21 % moins de 6 ans.
- Dans 86 % des cas, la victime de viol ou de tentative de viol connaissait son agresseur.
- Au moins 120 000 mineurs, tous les ans, sont victimes (dont 40 % de garçons).
- D'après un sondage de l'Association internationale des victimes d'inceste, 4 millions de personnes en France ont été victimes d'inceste.
- 53 000 à 65 000 femmes en France ont subi des mutilations sexuelles (dans les années 1980, 50 % des mutilations ont eu lieu en France, dans les années 1990, 40 %. On ne dispose pas pour l'instant de données nationales sur les générations plus jeunes).

La Protection maternelle et infantile, créée en 1945, gérée par les départements depuis 1984, d'abord destinée à lutter contre la mortalité infantile et le rachitisme, déploie des consultations infantiles (0 à 6 ans), des consultations prénatales, et des centres de planification. Le service joue un rôle important dans la protection de l'enfance, l'accueil des jeunes enfants, l'agrément des assistantes maternelles.

En Seine-Saint-Denis, le service de PMI, dans ses 117 centres, reçoit 80 % des bébés, suit 50 % des femmes enceintes et comprend 121 centres de planification familiale, qui assurent la contraception, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), les IVG médicamenteuses, l'information dans les établissements scolaires...

Un Observatoire départemental des violences faites aux femmes existe depuis 2002. Il assure des formations, publie des études, dirige des expériences pilotes sur divers sujets : ordonnance de protection, mesures d'accompagnement protégé, protocoles, mariages forcés...

Le rôle des professionnels de la PMI est majeur dans la prévention des violences, quelle que soit leur spécialité : auxiliaire puéricultrice, psychologue, conseiller conjugal, gynécologue, pédiatre, psychomotricien, sage-femme, éducatrice de jeunes enfants. La complémentarité des missions et le travail en équipe facilitent le dépistage.

À chaque rencontre, qu'il s'agisse d'une consultation ou d'un entretien, le dépistage des violences peut être fait.

## Les actions auprès des enfants

Pour les enfants de 0 à 6 ans, pendant les consultations, on pose plusieurs questions aux parents : comment eux-mêmes ont-ils été élevés ? Ont-ils subi des violences ? Comment se positionnent-ils devant les punitions corporelles ? Comment s'est passée la grossesse ? Existe-t-il de la violence conjugale ?

Lors de l'examen de l'enfant, il faut examiner les organes sexuels systématiquement et expliciter, ce qui permet de montrer aux parents que le sexe n'est pas abîmé, et préviendra les agressions et les mutilations sexuelles féminines dont on aura expliqué la nocivité et l'interdit en France.

Lors de violences conjugales, le retentissement sur l'enfant est très fréquent. En effet, les enfants entendent les mots du père, assistent aux coups et peuvent développer des syndromes post traumatiques.

En cas de constat de mutilation sexuelle, d'agressions sexuelles, un signalement est fait à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) et au procureur de la République.

## Pendant la grossesse, dépister systématiquement les violences subies

Les premières visites pour une grossesse doivent être faites avec la femme seule, le VIH, les IST, les violences ne peuvent se dépister devant le compagnon ou les enfants.

La grossesse est un moment où la violence passée peut de nouveau faire surface et où la violence conjugale peut s'exacerber. Dans sa thèse, Hélène Joudrier<sup>1</sup> analyse les résultats de son enquête : chez 28 femmes victimes de violences conjugales pendant les grossesses qu'elles avaient menées avec le dernier compagnon violent, elle a recensé 51 grossesses, 10 fausses couches, 41 enfants nés vivants, dont 23 % prématurés (trois fois le taux de prématurité français), 7 % d'accouchement à domicile (taux habituel 2 pour 1 000). Toutes ces femmes avaient été victimes de violences physiques lors de leur grossesse : 30 % avaient reçu des coups sur le ventre, 82 % avaient été victimes de violences sexuelles et 62 % de viol.

Dans le réseau périnatal de la Seine-Saint-Denis, une sage-femme est chargée de former l'ensemble des professionnels des maternités au dépistage et à la prise en charge des violences.

1. *Violences conjugales, grossesse et médecine générale (enquête auprès de l'Association SOS Femmes 93)*. Thèse de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie : 2012.



### Le dépistage lors des visites au Planning familial

Lors des consultations de contraception ou d'IST, le dépistage des violences permet de prévenir et d'aider les femmes à mieux adapter leur contraception. En effet, il est difficile de prendre un comprimé tous les jours pour des rapports non désirés.

La consultation gynécologique peut être l'occasion de parler de difficultés sexuelles, de rapports non souhaités. Les certificats de contre-indication aux rapports sexuels peuvent aider, de même que la prescription de lubrifiant.

En ce qui concerne l'entretien préalable à une IVG, une étude menée dans le département par Cécile Sarafis<sup>2</sup> a montré que la grossesse ou l'IVG sont liées à de la violence pour 23 % des femmes.

Dès la révélation de violences, le professionnel peut dire à la victime qu'elle n'y est pour rien, que l'agresseur n'avait pas le droit et qu'on peut l'aider.

Trouver un professionnel qui la comprend et ne la critique pas peut déjà aider la victime, pour certaines cela suffira. Pour les autres, une prise en charge plus soutenue, pluriprofessionnelle pourra être entreprise en respectant le temps de la victime. Il s'agira de l'aider à appréhender la stratégie de l'agresseur, qui dans toutes les violences met en place le même processus (choisir la victime, l'isoler, la dévaloriser, l'humilier, inverser la culpabilité, instaurer un climat de peur, agir en mettant en place le moyen d'assurer son impunité, recruter des alliés, verrouiller le secret).

### Les clés de l'aide aux victimes

L'intervention pour venir en aide aux victimes, c'est tout simplement faire l'inverse de ce qu'a cherché à accomplir l'agresseur : il faudra l'aider à parler, sortir du secret.

- Sortir cette personne de l'isolement : se rapprocher, manifester son intérêt pour elle, chercher le contact, ne

2. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales. Mémoire de l'université René Descartes-Paris V : 2008-2009.

pas laisser le silence s'installer, l'aider à repérer autour d'elle qui peut l'aider, la soutenir, la mettre en relation avec des partenaires fiables. Ici la pluridisciplinarité des équipes sera d'une grande aide.

- Valoriser la personne, mettre en exergue chacune de ses actions. Montrer qu'elle est courageuse, qu'elle cherche une solution, qu'elle envisage des possibilités. Saluer ses capacités : avec les enfants, dans son emploi, vis-à-vis de sa famille, dans son parcours de démarches, etc., l'inviter à décider et valider ses décisions.

- S'appuyer sur le droit, sur la loi pénale pour attribuer à l'auteur de violences la pleine et totale responsabilité de ses actes.

- Se préoccuper d'assurer la sécurité de la victime, tout en lui démontrant la dangerosité de son agresseur, l'aider à résister à l'emprise de la peur et pour cela fonder son raisonnement et ses déclarations sur la loi, qui sanctionne et réprime de tels agissements.

- Être sur ses gardes pour ne pas, à son corps défendant, être recruté parmi les alliés de l'agresseur : déni de la gravité des faits, recours au fatalisme, paresse à affronter les personnes dominatrices et choix des procédures relevant davantage de la médiation, de l'accommodement, de la réciprocité.

Quand il y a violence, ce n'est plus le temps de la négociation mais le temps de la loi, qui donne à chacun sa place et son statut : il y a une victime, il y a un agresseur. L'accueil et l'écoute des femmes victimes doivent être orientés pour soutenir leur déposition en justice, en relatant les faits de façon circonstanciée et approfondie. La femme a besoin de tous nos encouragements pour y parvenir, et la création de réseaux locaux de partenaires est indispensable.

Après la mise en sécurité vient le temps de la prise en charge psychologique.

La PMI, avec ses accueils mères enfants, la disponibilité de ses personnels, la possibilité de visites à domicile, permet aux femmes victimes de souffler. ●



**Avec un taux d'IVG très élevé chez les jeunes filles, la France n'assure pas une information et une prévention en matière de santé sexuelle suffisante et efficace. Proposition pour la création de réseaux locaux d'orthogénie.**

**Israël Nisand**  
Université de Strasbourg,  
CHU de Strasbourg  
**Brigitte Letombe**

Service de Médecine du couple  
et orthogénie, CHU de Lille

## Les réseaux locaux d'orthogénie

Dans le rapport remis en 2012 à Jeannette Bougrab<sup>1</sup> figure la proposition de créer des réseaux locaux d'orthogénie : « *Créations de réseaux pluridisciplinaires d'orthogénie (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières scolaires, conseillers conjugaux, centres de planification et d'éducation familiale et Mouvement français pour le planning familial) pour les jeunes, couvrant tout le territoire national et formation spécifique des professionnels de santé participant à ces réseaux de prévention. Préparer le corps médical à la pratique de la première consultation en contraception de l'adolescente et la rémunérer sous forme d'un C2 une fois dans la vie de la femme.* »

Les centres de planification et le Planning familial, dédiés à la contraception et à la prévention des grossesses non souhaitées chez les jeunes, ont fait la preuve de leur efficacité limitée. Mal connus des adolescents, mal répartis géographiquement, pas toujours ouverts aux horaires qui conviennent aux jeunes, ces centres ont peine à infléchir la courbe des grossesses non souhaitées chez les jeunes. Rajouter de nouveaux centres aux 1 300 existants sur le territoire national serait donc probablement peu efficace. Une alternative à cette option centralisatrice est d'organiser ces soins d'information et de prévention en les appuyant sur les professionnels déjà disponibles sur l'ensemble du territoire et à proximité des jeunes. Ces professionnels sont avant tout les médecins généralistes (souvent connus des jeunes), mais

1. Nisand I., Letombe B., Marinopoulos S. *Et si on parlait de sexe à nos ados?* Paris : Odile Jacob, 2012.

aussi les sages-femmes et les infirmiers libéraux qui couvrent au mieux le territoire national. Proximité et disponibilité les caractérisent.

Il faut les former à cette médecine préventive et répartir les interventions en milieu scolaire, qui sont indispensables au fonctionnement de cette prévention. L'échec des Pass contraception<sup>2</sup> (plusieurs d'entre eux, dont celui d'Île-de-France et de Poitou-Charentes, se sont arrêtés faute d'adhésion des jeunes mais aussi des établissements scolaires) montre, s'il en était besoin, qu'on ne peut pas se passer de la formation préalable du corps médical ni de celle des adolescents, sous peine d'être boudé par les jeunes.

Si on prend l'exemple des pays européens qui ont fait mieux que la France dans le domaine de la prévention primaire en matière de santé sexuelle, toute leur stratégie est initiée par une information donnée en milieu scolaire et ceci dès le plus jeune âge. Les premiers pas sont réalisés dans l'enfance avec les maîtres, qui ont de fait une formation adaptée dans leur cursus. Respect de soi, respect de l'autre, lutte contre la pédophilie intrafamiliale en apprenant aux enfants dès l'âge de 6 ans au CP que leur corps leur appartient. Puis, lors des premiers émois, voire des premières amours, adjonction d'un intervenant extérieur pour aborder les questions relatives à la sexualité. La loi de 2001 prévoit ce dispositif en France, mais elle n'est appliquée nulle part. Une

2. Les Pass contraception sont une réaction locale au vide laissé par l'absence de projet de santé publique national sur le thème de la santé sexuelle des femmes. Ce qui veut dire une absence d'organisation collective et raisonnée sur les moyens à mettre en œuvre partout en France pour commencer d'améliorer la situation.

demande faite aux ministres de l'Éducation nationale successifs de bien vouloir faire établir par les chefs d'établissements scolaires la liste de leurs ressources humaines disponibles pour effectuer cette obligation légale est restée jusqu'ici lettre morte. Peur des réactions de certaines corporations de parents d'élèves? Peur de perdre un électorat conservateur? La loi de la France n'est simplement pas appliquée. Quoi qu'il en soit, toute démarche de santé publique qui négligera ce passage incontournable, l'information à la vie affective et sexuelle, aura un succès équivalent à celui des Pass contraception : bel effort mais inutile, même pas connu des jeunes, encore moins utilisé par eux.

### **Des professionnels de santé formés comme interlocuteurs des adolescents**

Apprendre à effectuer ses premiers pas dans sa vie sexuelle, c'est plus difficile que d'apprendre à traverser la rue sans se faire renverser. Car il faut du tiers dans ce parcours, qui n'est pas, comme se l'imaginent certains, une affaire de famille. Au moment des premiers émois, l'adolescent a l'impression de tromper ses parents et sa préoccupation première reste de ne pas les décevoir. Il cache donc tout. Ce qu'il sait. Et ce qu'il fait. Les parents ont toujours leurs « bébés » et nous disent au hasard des consultations à quel point celui-ci n'est pas encore concerné par le fait sexuel, ce qui bien sûr est faux. *Exit* donc les parents pour protéger leur enfant dans ce passage délicat car ils sont mis hors jeu par l'enfant lui-même. *Exit* également les professeurs, qui sont des « proparents » et qui nous affirment d'ailleurs volontiers que ce n'est pas leur rôle et souvent qu'ils n'en ont pas la compétence. Alors puisque ce ne peut être ni les parents ni les professeurs, que reste-t-il à l'adolescence si ce ne sont les professionnels de santé au sens large, mais formés correctement à cette démarche. Les jeunes savent apprécier qui parle et quelle est sa compétence. La tentative des années 1970 de confier cette tâche aux professeurs de SVT s'était soldée par un échec rapide. Depuis 2001, date de la loi sur l'information à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, on avait largement le temps de constituer les ressources humaines nécessaires. Faire de ce sujet une thématique politique a un coût et la note est payée par les jeunes femmes de France qui gardent un taux d'IVG trois fois plus élevé que ceux des Pays-Bas, de la Suisse ou du Québec.

Un autre constat d'échec de nos politiques de santé publique, qui se résume à donner quelques subventions ici ou là à des associations privées dont on attend en retour le silence complice, c'est l'absence de formation des professionnels de santé eux-mêmes. La consultation de primo-contraception est compliquée, coûteuse en temps et en savoir-faire. Qui forme nos médecins, nos sages-femmes et nos infirmières à cette démarche? Où est-elle dans les programmes de formation? Comment rétribue-t-on le temps passé à ce travail d'une importance primordiale dans la vie d'une femme? La conséquence se trouve dans les chiffres : la moitié des mineures qui sollicitent une IVG ont eu une prescription de contraception préalable. Argent dépensé inutilement, car à quoi sert une consultation médicale où la prescription écrite sur un coin de table n'a d'égal dans la promptitude de sa rédaction que le peu de temps consacré à la jeune femme pour lui donner des conseils élémentaires. Tout ceci n'a aucun sens, pas plus que le chèque Pass contraception donné pour aller voir un médecin qui n'est pas préparé à ce type de consultation.

Pas d'information sur la sexualité en amont. Pas de formation du réseau médical d'aval. Il manque l'essentiel et tout est prêt pour qu'on puisse continuer de se lamenter de nos 22 000 IVG en métropole chez les moins de 20 ans<sup>3</sup>. Il en sera de même demain et après-demain, tant que ce sujet sera aussi politisé et que le féminisme militant sera aussi silencieux sur ce sujet. Car ce ne sont pas les hommes qui ont à faire le parcours difficile et parfois blessant d'une IVG à 15 ans.

Alors comment sortir de cette impasse où on peut résumer la situation à une préférence de la puissance publique à payer les IVG plutôt qu'à les prévenir. L'IVG n'est pas et ne sera jamais, quels que soient les propos de certains idéologues, un équivalent de contraception. Le penser, c'est ignorer la vie affective des femmes.

### **Les réseaux locaux d'orthogénie : des expériences concluentes**

Des réseaux locaux d'orthogénie (RLO) existent déjà ici ou là sur la base du volontariat et de l'initiative militante. Ils ont prouvé leur efficacité dans les deux domaines de la formation des professionnels et des adolescents. Regroupés autour d'un professionnel

de santé ou d'un centre dont c'est la mission, ces réseaux locaux doivent former leurs membres à intervenir en milieu scolaire. Ils se répartissent les établissements de leur zone géographique et veillent à ce que toute une classe d'âge puisse bénéficier de leurs interventions. Ils organisent l'accueil individuel des jeunes par un professionnel de santé capable de répondre à leurs questions ou angoisses intimes sans qu'ils aient à payer, sans qu'ils aient à donner leur nom et sans qu'un examen gynécologique soit imposé. Ces lieux et cabinets doivent être connus des jeunes et ouverts aux horaires qui leur conviennent. L'information délivrée par les professionnels concerne bien sûr les écueils rencontrés au début de la vie sexuelle (grossesses non souhaitées et IST) mais est aussi une parole d'adulte sur la sexualité qui soit autre chose que la seule source actuelle d'information, à savoir la pornographie, qui n'est en fait qu'une désinformation, humiliante pour les femmes et angoissante pour les garçons. Laisser nos jeunes en stabulation libre (ils peuvent regarder ces images pendant des heures sans payer quoi que ce soit), sans accompagner ces images d'une parole des adultes, peut être considéré comme une forme de barbarie des temps modernes.

Les émoluments des professionnels doivent donc être réglés en tiers payant et les pharmaciens doivent délivrer préservatifs et contraceptifs, gratuitement, en se faisant rembourser en tiers payant sur un code désormais existant. Enfin ces réseaux locaux d'orthogénie doivent établir avec les agences sanitaires locales les statistiques d'IVG chez les mineures qui concernent leur secteur pour identifier les quartiers où il faut renforcer leur action. Il faut en outre que les RLO aient des moyens pour rétribuer le temps passé par les professionnels de santé dans les écoles. L'actuel volontariat ne fait que souligner le fait que la puissance publique ne s'est pas engagée dans ce type de prévention.

Faire confiance aux professionnels qui couvrent l'ensemble du territoire plutôt qu'à des centres qui n'ont pas suffi à la tâche, c'est constituer des réseaux locaux d'orthogénie mais aussi montrer qu'on a décidé collectivement de faire de cette question un projet national de santé publique. Si on acceptait d'allouer une partie de l'argent investi dans les IVG à la prévention de celles-ci, tout le monde, à l'exception de ceux qui ont des conflits d'intérêt dans ce domaine, y verrait une avancée. La meilleure IVG n'est-elle pas celle qu'on a réussi à prévenir? ●

3. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études et Résultats*, Drees, n° 0968, juin 2016.



# tribunes

## Lesbiennes, gays, bisexuels et trans : les problèmes de la discrimination

**Si l'on étudie le poids des inégalités et des discriminations dans les parcours de vie des personnes, on peut prédire leur état de santé. S'agissant des personnes homo-bisexuelles ou trans, on trouve souvent des vies marquées par les discriminations, les violences, le rejet, des périodes d'isolement familial et/ou social... et une prévalence élevée de suicides, une plus grande vulnérabilité aux IST, dont le VIH, et un moindre accès aux soins.**

**Lucile Bluzat**

Unité santé sexuelle, Santé publique France

**S**elon une enquête de 2012 sur les discriminations [23], la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est la deuxième plus répandue au sein de l'Union européenne. Près du tiers des répondants de l'enquête presse gays et lesbiennes de 2004 [70] rapportait avoir subi un acte homophobe dans l'année écoulée. Près de 60 % des répondantes d'une enquête de l'association SOS homophobie en 2015 [26] ont vécu au moins un acte lesbophobe au cours des deux années précédant l'enquête.

S'agissant des plus jeunes, les discriminations homophobes se caractérisent par la faiblesse du soutien familial et social, la faible intervention des adultes et la précocité des préjudices. Le moment de l'entrée dans la sexualité est souvent vécu dans l'isolement par les personnes homo-bisexuelles, qui cachent à leur famille, mais également à leurs proches et leurs pairs, leur vie affective, voire vivent dans la crainte de sa révélation. SOS homophobie fait état, dans son enquête de 2015 [26], de l'invisibilité contrainte des femmes lesbiennes : seules 26 % des répondantes en parlent à tous les membres de leur famille et 18 % en parlent à tous(tes) leurs collègues. Ces difficultés à échanger avec l'entourage sur leurs désirs et leurs premières relations homosexuelles vont de pair avec un contact qui sera plus tardif avec des institutions ou des collectifs communautaires. Au-delà de l'absence d'oreilles attentives à leurs questionnements d'adolescents, ils n'ont le plus souvent aucun pair aîné pour échanger sur leurs expériences, et peu de modèles positifs pour se construire comme le font les adolescents hétérosexuels. Cet état d'isolement a

enfin pour conséquence qu'ils/elles subissent le plus souvent les discriminations et violences sans bénéficier de conseils, ou de soutien affectif, de la part de leurs parents ou ami(e)s.

Les discriminations subies par les personnes trans sont très liées à leur parcours de vie : selon que la personne correspond ou non aux attentes de l'aspect physique lié à son genre ; selon que son état civil correspond ou non à son « visage social »... Cependant, les témoignages faisant état de discriminations et de violences subies dans l'espace public ou dans les institutions restent massifs, et de grandes difficultés pour obtenir des emplois, logements, accès aux droits sont régulièrement rapportées. La bienveillance et/ou malveillance de l'entourage, proche et élargi, joue également un rôle déterminant dans le fait que la personne puisse être ou non ouvertement trans et subir moins de rejet et/ou de violences et/ou de discriminations.

Un rapport sur les discriminations à l'encontre des lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT) à l'école en 2013 [58] expliquait que les actes homophobes, lesbophobes et transphobes participent à créer une ambiance hostile, de stigmatisation. Celle-ci touche, bien sûr, les personnes directement visées par les actes mais également toutes celles qui seraient concernées sans avoir forcément été identifiées. Ainsi, la stigmatisation permanente et massive construit l'idée que l'homosexuel ou la personne non conforme au genre assigné à sa naissance serait par définition « méprisable », et que sa stigmatisation serait « légitime ». Si l'on voit des trajectoires et des comportements de résilience s'installer avec l'âge et l'autonomisation des jeunes,

la perte d'estime de soi, l'anxiété, la honte, la culpabilité, la crainte permanente d'être « démasqué » ou harcelé laissent des traces profondes et durables. Quelle que soit la stratégie mise en œuvre pour éviter ou résister à une possible discrimination, le coût psychique et physique s'avère souvent élevé, y compris à long terme.

### Quelles sont les conséquences des discriminations pour la santé ?

Depuis le début des années 2000, le lien qui existe entre suicide et orientation sexuelle a été particulièrement documenté. En effet, les personnes homo-bisexuelles apparaissent comme davantage concernées par le risque de suicide que les autres. Parmi les répondants de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011 [71], 49 % ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie (26 % des moins de 25 ans ont eu un état dépressif au cours des douze derniers mois), 19 % ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, soit cinq fois plus que dans la population générale. Ainsi que le décrit l'ouvrage *Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire* [11] : « *Les résultats des études empiriques récentes, portant sur des populations différentes, indiquent que l'hypothèse de l'homophobie comme facteur de risque de comportement suicidaire est pour l'instant l'hypothèse la plus solide pour comprendre la sursuicidalité observée en population homol/bisexuelle.* »

Ces populations connaissent également des difficultés d'accès aux soins et aux services de santé publique. Ces difficultés sont liées à des discriminations effectives (refus de soins, réactions stigmatisantes des professionnels, répartition géographique inégalitaire des soins liés à la santé sexuelle adaptés pour les personnes homo-bisexuelles et les personnes trans), ou à des discriminations liées au ressenti (méconnaissance des droits de protection santé, autocensure, croyance de ne pas mériter les soins...). Un rapport du Conseil de l'Europe<sup>1</sup> souligne un moindre dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus pour les femmes lesbiennes et bisexuelles. Dans une enquête française menée auprès de personnes trans en 2007 [25], 20 % des participants déclarent avoir renoncé à consulter un médecin traitant par peur d'être discriminés du fait de leur transidentité, tandis que 49 % ont subi une discrimination ou renoncé à un droit de peur d'en subir une.

### Qu'est ce qui est fait, que reste-t-il à faire ?

Il est démontré que l'intégration des droits humains dans les programmes de santé publique améliore et amplifie l'effet de ces programmes sur la santé des minorités sexuelles et des personnes discriminées [43]. La santé sexuelle nécessite donc un environnement légal, politique et réglementaire, dans lequel les droits sexuels de tous les individus sont respectés, quelle que soit leur orientation sexuelle. Les discriminations structurelles, c'est-à-dire conséquences de dispositions légales, ont fait l'objet d'avancées ces dernières années pour les populations homo-bisexuelles et trans. Cependant, il semble important d'inscrire ce mouvement dans une vue plus large, d'être attentif à leurs effets, leurs applications et de tout mettre en œuvre pour que les dispositions prises soient effectives. Ainsi Bajos et Bozon écrivaient en 2008 [6] : « *L'accès des homosexuels à des droits et le développement d'une tolérance de principe à l'égard de l'homosexualité [...] ne suffisent à produire des changements radicaux dans les attitudes privées à l'égard de l'homosexualité.* »

Par exemple, malgré de nombreux rapports et des circulaires inspirées des recommandations internationales, les modèles éducatifs en matière de sexualité, par tradition et préjugés, ne s'inspirent pas toujours du principe de non-discrimination et restent marqués par les stéréotypes, notamment de genre. Une enquête récente [3], qui avait pour objectif d'analyser la façon dont les professionnel(le)s et les jeunes appréhendent le consentement dans la sexualité, montre combien les stéréotypes de genre restent finalement très ancrés tant dans les pratiques des professionnel(le)s que dans les comportements des adolescent(e)s. De plus, ces modèles sont encore marqués par l'hétéronormativité et n'offrent que trop peu souvent un espace aux jeunes LGBT pour se projeter dans leur vie sexuelle et affective. Ainsi, le baromètre du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), réalisé auprès de 3 000 établissements scolaires en 2015 [61], nous apprend que les interventions en éducation à la sexualité dans le cadre scolaire sont encore très ciblées sur certains sujets : VIH/sida, contraception/IVG et respect. En revanche, d'autres thématiques sont peu abordées comme les questions de l'identité, des orientations et discriminations sexuelles, les stéréotypes de sexe et les violences faites aux femmes.

Enfin, si le respect des droits sexuels de tous les individus est un préalable indispen-

sable, il est également important de garder une vision plus large et de rester attentif à l'intégration de ces droits dans le contexte plus global de la personne. À titre d'illustration, extrême mais très parlante, je citerais la situation des hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) afro-américains et latino-américains aux États-Unis. Une étude récente [54] montre que la synergie des discriminations subies potentialise largement les conséquences sur la santé des personnes. Si le développement de l'accès aux traitements du VIH dans certaines grandes villes américaines a permis une baisse considérable des nouvelles contaminations, cette tendance ne s'observe pas de manière homogène parmi les HSH. Et c'est bien le manque d'accès aux services de santé des hommes afro et latino-américains qui limite la portée de ces dernières avancées en matière de prévention. La France vit un modèle sanitaire très différent mais des freins à l'accès aux soins de populations précaires ou migrantes sont bel et bien rapportés par les organisations les accueillant sur le terrain [48].

### Conclusion

Le poids des discriminations comme déterminant de la santé des personnes homo-bisexuelles et des personnes trans est tel qu'il devrait être intégré à tous les niveaux de la conception et de la mise en œuvre des programmes de santé publique. « *Tout ce que vous faites pour moi sans moi, vous le faites contre moi.* » Cette phrase de Nelson Mandela ici transposée suggère qu'il est nécessaire d'impliquer les personnes concernées dans les pratiques ou la réflexion. Cela ne va pas de soi, c'est compliqué à mettre en œuvre dans un pays comme la France, où la notion d'universalité s'oppose à celle de communauté, et demeure un sujet important de débat public. Mais c'est bien cette implication qui pourrait permettre de comprendre et d'accompagner la résilience. Et cette implication des personnes concernées permettrait également aux professionnel(le)s, à tous les niveaux de l'action, d'acquérir les compétences nécessaires pour gérer ces problématiques particulières et peu documentées. ●

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.*

1. *Discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe*. Éditions du Conseil de l'Europe, décembre 2011.



**L'anomalie de l'obtention du plaisir sexuel survient dans des situations et avec des degrés de gravité divers : présentation des différentes formes observées et des modèles qui tentent de les expliquer.**

**Guy Darcourt**

Professeur émérite de psychiatrie, université de Nice-Sophia-Antipolis, membre de l'Espace éthique azuréen

# Troubles des conduites sexuelles

**L**es conduites sexuelles déviantes relèvent à la fois de la pathologie et du jugement moral. Elles ne sont pas toutes illégales mais certaines peuvent conduire à des délits ou à des crimes.

Leur appréciation morale varie selon les cultures. Par exemple dans l'antiquité grecque, si l'homosexualité était réprouvée, la pédophilie était valorisée. L'homosexualité, qui dans nos cultures est considérée comme un mode de vie alternatif, est, dans d'autres cultures, interdite et même pénalisée; elle a été éliminée en tant que diagnostic par la psychiatrie occidentale depuis une quarantaine d'années. La pédophilie, qui était peu condamnée, est maintenant fortement surveillée et poursuivie.

Autrefois appelés « perversions sexuelles », les troubles des conduites sexuelles sont maintenant dénommés soit « troubles de la préférence sexuelle » selon la classification de l'OMS [1], soit « paraphilies » (du grec *para* et *philia* « à côté » et « amour ») selon la classification américaine [2], soit déviations sexuelles. Ce changement de dénomination est dû à un changement des critères de définition. Auparavant le critère était le mécanisme psychique en cause : la modalité « perverse » d'obtention du plaisir, cette appréciation était subjective, puisque due à une interprétation, et on préfère actuellement des critères objectifs qui correspondent à ce qui est observable : le comportement. Cela ne veut pas dire que les mécanismes psychiques n'existent pas, ils sont même importants à connaître.

Alors que la plupart des maladies mentales provoquent une souffrance du sujet, les para-

philies au contraire lui provoquent du plaisir. Le trouble est une anomalie de l'obtention du plaisir sexuel. Il ne survient pas dans une relation génitale visant à obtenir l'orgasme avec un partenaire consentant. Il survient dans des situations diverses avec des degrés de gravité évalués selon trois critères.

## Trois critères de gravité

Le premier, le plus évident et le mieux connu, est celui de la situation qui déclenche l'excitation sexuelle. Les circonstances qui provoquent cette excitation sont diverses. Dans le voyeurisme, c'est l'observation d'une personne nue, en train de se déshabiller ou d'avoir des rapports sexuels. Dans l'exhibitionnisme, c'est de montrer ses organes génitaux. Dans le frotteurisme, c'est le fait de toucher ou de se frotter contre une personne. Dans le masochisme sexuel, c'est le fait d'être humilié, battu, attaché ou tout autre acte entraînant de la souffrance. Dans le sadisme sexuel, c'est la souffrance d'une autre personne. Dans la pédophilie, c'est la présence d'enfants. Dans le fétichisme, c'est l'utilisation d'objets ou un intérêt spécifique pour une ou plusieurs parties non génitales du corps. Dans le transvestisme, c'est le fait de se travestir. L'inceste est une forme particulière de pédophilie exclusivement intrafamiliale. Il existe de multiples autres formes moins fréquentes de paraphilies : la scatophilie téléphonique (appels obscènes), la nécrophilie, la zoophilie, la coprophilie, la clystérophilie (lavement), l'autostrangulation pour provoquer une anoxie, etc.

Le deuxième concerne l'acte lui-même : ou le sujet vit en solitaire son excitation

associée à des fantasmes ou des pulsions et conduisant à un orgasme, ou il a besoin d'un partenaire non consentant. Le point important est ce non-consentement (ou même la résistance) car c'est là que réside la source du plaisir qu'éprouve le paraphile, il ne peut jouir qu'en imposant son pouvoir. Dans le premier cas, l'appréciation morale est fonction de la culture. Dans le second, elle est à la fois morale et juridique puisqu'il s'agit d'un délit.

Le troisième repose sur la place que le trouble occupe dans la vie sexuelle du sujet : certaines personnes ont besoin de fantasmes exhibitionnistes ou voyeuristes ou fétichistes ou autres dans les préliminaires d'un acte sexuel, cela reste dans les limites de la normalité ; il y a aussi des formes modérées compatibles avec une sexualité normale ; mais dans les formes sévères, ces comportements pathologiques sont exclusifs, le sujet n'a pas d'autre possibilité d'obtenir un orgasme : non seulement il a une sexualité anormale mais c'est la seule qu'il peut avoir.

Il faut noter le rôle central des fonctionnements sadiques et masochistes car ils infiltrent souvent la dynamique des diverses paraphilies. La souffrance que le sadique impose à l'autre n'est pas toujours physique, elle peut être psychique : son plaisir vient de la domination de l'autre, du fait de lui faire faire ce que celui-ci ne voudrait pas.

Dans les formes très graves comportant des crimes sexuels, de tels troubles sont fréquemment associés à d'autres troubles de la personnalité, surtout de type psychopathe ou antisocial. On constate aussi très souvent dans ces cas l'abus d'alcool ou de toxiques.

La prévalence des paraphilies est mal connue. Dans une étude réalisée en France en 2010 auprès d'une population carcérale par l'Observatoire international des prisons, sur 61 000 prisonniers (98 % d'hommes et 2 % de femmes), 14,5 % avaient commis des délits ou des crimes sexuels [3].

### Modèles explicatifs

Une publication récente fait le point sur les connaissances actuelles en ce domaine [3].

### Modèles psychologiques

La psychanalyse considère que ces comportements, qu'elle appelle pervers, sont dus à des fixations à des stades archaïques de la libido à la suite de traumatismes psychiques, fixations qui n'ont pu être corrigées par le surmoi au cours du développement affectif.

Ainsi le sadisme et le masochisme seraient la survivance du stade sadique-anal.

On a constaté aussi des distorsions cognitives dans certaines paraphilies. Par exemple, les sujets pédophiles, mais non les violeurs, se distinguent des autres sujets : « *Ils présentent des attitudes plus permissives à l'égard des enfants, surévaluent la responsabilité et l'intérêt des enfants à l'égard de leur propre sexualité et sous-évaluent, en revanche, leur responsabilité en tant qu'adulte, dans ces contacts sexuels* » [3]. Cette constatation approfondit la sémiologie de la pédophilie mais n'apporte pas d'information sur la cause du trouble.

### Modèles cérébraux

Le fonctionnement de plusieurs régions cérébrales est lié à des comportements sexuels. Certaines lésions cérébrales s'accompagnent de troubles du comportement sexuel. Les lésions situées dans le lobe frontal entraîneraient une désinhibition comportementale et sexuelle. Des lésions bilatérales des lobes temporaux semblent être responsables d'une augmentation de l'activité sexuelle.

Des réductions de volume de la substance grise dans l'amygdale droite ont également été rapportées chez des hommes pédophiles. Des anomalies du cortex orbitofrontal pourraient contribuer au passage à l'acte pédophile dans la mesure où ce cortex joue un rôle inhibiteur de certains comportements inappropriés.

L'activité cérébrale de criminels sadiques à qui l'on montrait des vidéos de personnes en train de subir des coups et blessures douloureux a été observée par scanographie. Les images montrent une activation dans l'insula antérieure, l'amygdale, l'hypothalamus et le striatum ventral que l'on ne trouve pas chez les sujets normaux [4].

### Facteurs hormonaux

Les hormones sexuelles, notamment la testostérone, jouent certainement un rôle, mais il demeure mal connu. Cette hormone intervient à la fois dans le comportement sexuel et dans l'agressivité. Elle est nécessaire pour une activité sexuelle, mais il n'a pas été montré d'élévation de son taux chez les paraphiles. En revanche, certaines études plaident en faveur de l'existence d'une corrélation positive entre la violence du comportement et le taux de testostérone, mais cette élévation se voit dans toutes les formes de violence, qu'il y ait paraphilie ou non. Il semble que les choses soient plus complexes qu'une simple corrélation directe

entre le taux hormonal et le comportement, et qu'il y ait un ensemble d'interactions avec d'autres hormones, notamment avec le cortisol, et des dysfonctionnements d'ensembles hormonaux, de circuits cérébraux et des interactions entre ces systèmes.

### Facteurs génétiques

Les études des caryotypes de délinquants sexuels [3] ont mis en évidence chez certains la présence de chromosomes surnuméraires, le plus souvent Y (XYY) et rarement X (XXY). Il est difficile d'établir une corrélation entre ces anomalies et la délinquance car l'immense majorité des sujets XYY et XXY ne sont pas des délinquants sexuels.

Les études familiales [3] ont montré une plus grande fréquence de crimes et de délits sexuels dans les antécédents familiaux de sujets eux-mêmes déviants sexuels. Une étude finlandaise [5] portant sur 4 000 paires de jumeaux a montré une concordance accrue de pédophilie chez les jumeaux monozygotes comparativement aux dizygotes. Cette deuxième étude est en faveur d'une prédisposition génétique, mais la première ne peut départager l'hypothèse génétique et celle du rôle de l'environnement. ●

### Références

1. OMS. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. 10<sup>e</sup> édition française (CIM-10). Paris : Masson, 1993.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>e</sup> éd. : le DSM-5, trad. française. Paris : Elsevier Masson, SAS 2016.
3. Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement. *EMC Psychiatrie*, 13(3) : 117, 2016 [Article 37-105-G-10].
4. Harenski et al. *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 63, 2012, p. 283.
5. Alanko K., Salo B., Mokros A., Santtila P. Evidence for heritability of adult men's sexual interest in youth under age 16 from a population-based extended twin design. *Journal of Sexual Medicine* 10 (4), January 2013.



# tribunes

## Le Refuge : une association d'aide aux jeunes gays, lesbiennes et personnes transidentitaires

**Témoignage de l'association Le Refuge, dont la mission est de soutenir, accompagner et accueillir, si besoin, les jeunes gens victimes d'homophobie et de transphobie.**

**Frédéric Gal**  
Directeur général  
de l'Association nationale Le Refuge

**T**rop souvent, la population homosexuelle est rejetée et mise à l'écart malgré une amélioration du système législatif protégeant ces minorités. Face à cette situation, l'accompagnement social prend toute sa place. Ce sont les instances sociales que des jeunes rejetés et se retrouvant à la rue vont rencontrer. Assistantes de service social de secteur ou scolaires, conseillers d'insertion en missions locales, etc., vont être les premiers interlocuteurs d'un public en errance, à la recherche principalement d'une écoute, d'un toit, puis d'un emploi.

Au-delà de l'aspect technique d'un accompagnement, c'est aussi une prise en compte de la spécificité du rejet lié à l'homosexualité, de ses conséquences pour le jeune, notamment sur ses capacités à se réaliser pleinement. Et là, force est de constater que la formation des travailleurs sociaux pêche par omission. Si les programmes de formation sont déjà (pour certains) assez inaudibles sur la question de la sexualité, celle de l'homosexualité est encore plus occultée, et même quelquefois taboue.

Les conséquences de cette absence ou de ces lacunes au niveau de la formation ne sont pas des moindres. En effet, les acteurs du social devront trouver *par eux-mêmes* et *en eux-mêmes* les solutions à ces questionnements pourtant légitimes. Cela suppose que ces mêmes acteurs auront l'idée et l'envie de faire cette démarche. Cela suppose aussi qu'ils puissent trouver des réponses à leurs interrogations. C'est ce que propose Le Refuge dans ses séances de sensibilisation et de formation en direction du personnel socioéducatif, et c'est bien l'esprit de la convention signée en 2011 entre Le Refuge et la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

### Rejet familial et social

L'homophobie familiale se manifeste de manière régulière par un rejet simple et catégorique... qui n'est quelquefois pas causé par l'annonce du jeune mais lorsqu'une connaissance vient le faire, à sa place, à sa famille.

Lors de l'annonce par le jeune lui-même, trois réactions peuvent arriver : la joie (plutôt rare), la colère (qui signifie souvent, malgré la violence des mots, « Je t'ai entendu ») ou le silence après la nouvelle... et le déni qui s'ensuit : cette dernière étant la pire des réactions, celle qui dit « Je ne t'ai pas entendu, je nie ce que tu es, je nie cette part de ton être ».

La difficulté ressentie réside aussi dans la non-appartenance au groupe ; sortir de ce groupe hétéronormatif dans lequel tous les jeunes sont plongés : les garçons doivent aimer les filles, les filles doivent aimer des garçons.

Par conséquent, les jeunes qui découvrent leur orientation sexuelle non hétérosexuelle se retrouvent trop souvent rabaissés, désespérés et seuls à cause de l'image que la société renvoie de l'homosexualité et du peu d'information, voire de l'absence d'information donnée à ce sujet, notamment dans leur environnement scolaire.

La désapprobation du milieu scolaire est souvent couplée d'un rejet de la part du milieu familial. Ainsi, une étude américaine citée par Ryan et Frappier<sup>1</sup>, en 2000, révèle que 45 % des jeunes gays et 20 % des jeunes lesbiennes ont été victimes d'insultes ou maltraités.

Cet isolement et cette mise à l'écart

1. Ryan B., Frappier J.-Y. Quand l'autre en soi grandit : les difficultés à vivre l'homosexualité à l'adolescence. In : Welzer-Lang et al. *La Peur de l'autre en soi*. Montréal : VLB, 2000.



## 60 hébergements pour 500 demandes d'admission

**L**e Refuge est le seul dispositif en France conventionné par l'État à proposer un hébergement temporaire et un accompagnement social et psychologique à des jeunes majeurs, garçons et filles, victimes d'homophobie, en rupture familiale.

L'association, qui gère un dispositif d'accueil de 60 places en appartements-relais et structures hôtelières, est confrontée à plus de 500 demandes d'admission par an.

Plusieurs dispositifs d'hébergement sont désormais opérationnels :

- les appartements-relais de Lyon, Marseille, Montpellier, Paris, Toulouse et Choisy-le-Roi,
- les hébergements en structures hôtelières à Avignon, Bordeaux, Lille et Perpignan. ●

conduisent à une chose en premier lieu : une remise en question du jeune lui-même, avec une perte de confiance en lui ainsi qu'un mal-être, conséquence de cette souffrance.

Ce mal-être débouche sur des conduites à risques plus importantes, d'autant plus fortes auprès de cette population.

### Des conduites à risques plus fréquentes

Les conduites addictives, la prostitution, les scarifications sont autant de témoignages « vivants » de la souffrance singulière de ces jeunes. Ici une mise en danger physique, là, une volonté « d'écrire sa souffrance sur sa peau », ces comportements ne sont que des manifestations de l'homophobie intériorisée, qui représente un véritable danger pour ces jeunes-là, confrontés au rejet global de leur sexualité, de leur identité. Le jeune peut alors se placer non pas dans la situation d'une personne « normale » rejetée par les autres, mais peut finalement penser que si les autres le rejettent, c'est qu'eux ont raison, que « l'anormalité » vient du jeune lui-même. Il faut donc la combattre, ce qui sous-entend de se combattre soi-même. Les conduites évoquées plus haut ne sont que la mise en pratique de ce combat. Les tentatives suicidaires sont encore plus présentes durant cette période.

Il ressort d'ailleurs de l'étude américaine citée par Ryan et Frappier (2000) que près de 33 % de ces adolescents jettent un regard négatif sur eux-mêmes ou croient qu'ils n'ont pas autant de valeur que les autres personnes. La fréquence des dépressions est d'ailleurs nettement supérieure dans la population homosexuelle que dans la population globale : le Baromètre santé 2005 de l'Inpes relève une prévalence de 10,4 % d'épisodes dépressifs caractérisés au cours des douze derniers mois chez les homosexuels et bisexuels, à comparer à 3,9 % chez les hétérosexuels.

Or, l'homosexualité n'est pas un choix. Le

sentiment d'inadéquation personnelle ou sociale et la difficulté de s'accepter comme étant d'orientation homosexuelle ou bisexuelle contribuent aussi à ce qu'un jeune entretienne une faible estime de lui-même. Tout cela entraîne un repli sur soi et un sentiment de solitude. Cette très faible estime de soi est due à l'image négative de l'homosexualité, aux rejets vécus, à la dépréciation quotidienne et aux difficultés de socialisation avec les autres jeunes et avec l'entourage en général.

Les adolescents disposent de peu de modèles auxquels se raccrocher et ces jeunes se construisent sans modèle positif. L'homosexualité est encore associée à une image négative et les adolescents doivent composer avec cette réalité pour se construire une image positive d'eux-mêmes. L'absence de modèles positifs offerts à ces jeunes conduit à un déni de leur propre personne et à une homophobie intériorisée, qui peuvent entraîner le passage à l'acte.

Ainsi, le taux de suicide chez les jeunes homosexuels n'est pas le résultat d'une particularité intrinsèque au sujet homosexuel, mais la réponse individuelle à une stigmatisation sociale négative.

### Les jeunes accueillis et le rôle du Refuge

Parmi les jeunes accueillis par l'association, trois « populations » sont surreprésentées :

- les mineurs,
- les étrangers,
- les jeunes encore en contact avec leurs parents.

L'âge moyen des jeunes demeure quasiment identique d'une année sur l'autre : 21,1 ou 21,2 ans.

Au niveau de la répartition par genre, nous avons une grande majorité de garçons : 69 % de garçons et 24 % de filles (14 % en 2014). Pour donner une explication, comme on nous le demande souvent, elle

peut tenir en plusieurs points : l'invisibilité de la question de l'homosexualité féminine, les réseaux amicaux qui sont peut-être plus forts et plus efficaces chez les lesbiennes, l'idée que ce n'est qu'une « passade » et que la jeune fille va « changer », mais aussi l'idée que deux filles pourront malgré tout perpétrer une descendance. Malheureusement, les motifs de cette disparité ont du mal à émerger en l'absence d'études concrètes sur ce terrain en France, contrairement à ce qui est réalisé au Canada.

À 74 %, le public du Refuge est en situation de précarité, voire de grande précarité, c'est-à-dire sans revenu. Cette absence de revenu est aussi une brèche où peuvent s'infiltrer la prostitution de survie ou l'échange logement contre sexe. C'est une période où ce risque est très élevé, et où des risques supplémentaires (maltraitance, viol, agression, etc.) sont associés.

À 14 %, ils perçoivent des allocations (chômage, etc.), et 9 % sont en situation d'emploi.

Majoritairement, à 29 % (contre 33 % en 2014), les jeunes sont sans logement et sont hébergés chez un tiers (connaissances, amis...).

Enfin, à 26 %, ils viennent de la rue (contre 16 % en 2014). Cette population-là est considérée comme prioritaire selon nos critères d'urgence.

Depuis treize ans, l'association Le Refuge propose un accompagnement social et psychologique ainsi qu'une réinsertion socioprofessionnelle afin de permettre un accès à l'autonomie et un travail sur soi. Elle est composée de 15 salariés de 300 bénévoles, travailleurs sociaux, volontaires du service civique, stagiaires, tous issus d'horizons différents mais ayant l'accompagnement social comme toile de fond de leur investissement.

Le Refuge intervient aussi régulièrement auprès des professionnels dans le cadre de leur formation, et comme outil de réflexion sur leurs pratiques.

Depuis quelques années, Le Refuge apparaît comme une structure de référence pour son expertise dans le domaine de la prise en charge de ce public. Elle est reconnue comme un outil dans la formation des professionnels (éducatif, social, de santé...) et a été régulièrement auditionnée par les commissions des Affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée nationale, par la Direction générale de la cohésion sociale, et a participé à de nombreux colloques sur les thématiques de santé. ●



### Bibliographie générale

1. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Technical report. Stockholm : ECDC, 2013, 90 p. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HVI-STI-prevention-comprehensive-approach-in-the-context-of-sexual-health-EU-EEA.pdf>
2. AFSOS. *Cancer, vie et santé sexuelle*. 2010.
3. Amsellem-Mainguy Y. (coord.), Cheynel C., Fouet A. *Entrée dans la sexualité des adolescent(e)s : la question du consentement. Enquête auprès des jeunes et des intervenant(e)s en éducation à la sexualité*. Rapport d'étude, INJEP, octobre 2015.
4. Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C. et l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés*, 2012, n° 492, 4 p.
5. Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Panjo H., Moreau C. Effectiveness of family planning policies : the abortion paradox. *Plos One*, 2014 ; 26 ; 9 (3) : e91539.
6. Bajos N., Bozon M. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris : La Découverte, 2008.
7. Bajos N., Bozon M. et équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population et Sociétés*, mai 2008, n° 445.
8. Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Sociétés*, décembre 2004., n° 407.
9. Bajos N., Rouzard-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C. et équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*, 2014, n° 511.
10. Baretts F. *Intervenir en éducation à la sexualité auprès des collégiens déficients intellectuels des unités pédagogiques d'intégration*. Mémoire de médecin de l'Éducation nationale. Rennes : ENSP, 2003, 80 p.
11. Beck F. et al. *Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire, acquis des sciences sociales et perspectives*. 2014, Inpes.
12. Belaisch-Allart J. AMP sociétale : pourquoi tant de peur ? *Gynecol Obstet Fertil* 2014, n° 42, p. 557-58.
13. Belaisch-Allart J., Darai E., Levy G., Epelboin S., Hedon B., Merviel P. et al. Réflexions sur les indications sociétales de la préservation de la fertilité féminine. *Médecine de la Reproduction Gynécologie Obstétrique*, 2013, n° 15, p. 111-18.
14. Bozon M., 2013, *Sociologie de la sexualité*, Paris : Armand Colin, 3<sup>e</sup> édition.
15. Braconnier A. (sous la dir.) *La sexualité à l'adolescence*. Collection : Fondation pour l'enfance. Éd. : Éres 2003, 120 p.
16. Bravo G. *Enquête sur les mariages forcés et l'accompagnement des victimes en Seine-Saint-Denis*. Observatoire des violences envers les femmes du conseil général de Seine-Saint-Denis, 2012.
17. Bretelle F., Shojai R., Brunet J., Tardieu S., Manca M.-C., Durant J., Ricciardi C., Boubli L., Leonetti G. Medical students as sexual health peer educators : who benefits more ? *BMC Med Educ*, 2014, 14 : 162. doi : 10.1186/1472-6920-14-162.
18. Communal L., Guigné C. *Éducation à la sexualité au collège et au lycée*. Éditions Réseau Canopé, 2016 : 180 p.
19. Confédération suisse. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS), 2012. [http://www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/05464/12494/12821/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/12494/12821/index.html?lang=fr)
20. Cuzin B., Cour F., Bousquet P.-J., Bondil P., Bonierbale M., Chevret-Measson M., Collier F., Colson M.-H., Corman A. et col. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile (réactualisation 2010). *Sexologies*, janvier-mars 2011, 20 (1) : 66-79.
21. De Bastos M., Stegeman B.H., Rosendaal F.R., Van Hylckama Vlieg A., Helmerhorst F.M., Stijnen T., Dekkers O.M. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014 Mar 3 ; (3) : CD010813. doi : 10.1002/14651858.CD010813.pub2.
22. Department of Health. A framework for sexual health improvement in England. Londres : Department of Health, 2013 : 61 p. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/142592/9287-2900714-TSO-SexualHealthPolicyNW\\_ACCESSIBLE.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/142592/9287-2900714-TSO-SexualHealthPolicyNW_ACCESSIBLE.pdf)
23. *Discrimination dans l'UE en 2012*. Eurobaromètre spécial 393, Commission européenne, janvier 2013. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_296\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_296_fr.pdf)
24. Dupras A., Viens M.J. L'éducation à la sexualité des aînés : éléments de sexogérontologie. *Sexologies*, volume 17, Issue 3, July-September 2008, p. 135-142.
25. D'Almeida Wilson K., Lert F., Berdougou F., Hazera H. Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet. *BEH*, 240-4, juillet 2007. [http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh\\_27\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf)
26. *Enquête nationale sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie*. SOS homophobie, 2015. <https://www.sos-homophobie.org/enquete-sur-la-lesbophobie-edition-2015/enquete-sur-la-lesbophobie-edition-2015>
27. Fenton K. A., Douglas J. M. Considerations for national public health, leadership in advancing sexual health. *Public Health Reports, CDC*, 2011 Supplement 1/ Volume 128.
28. Franrenet S. *Osez parler de sexe à vos enfants*. Ed. La Musardine. Paris : 2016, 128 p.
29. Groce N.E. *HIV/AIDS & Disability : Capturing Hidden Voices*. Washington DC : The World Bank/Yale University Global Survey on HIV/AIDS and Disability ; 2004. <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Health-and-Wellness/HIVAIDS.pdf>
30. HCSP. *Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions*. Collection Avis et rapports, avril 2010 : 238-347.
31. HCSP. *Santé sexuelle et reproductive*. Collection Avis et Rapports, mars 2016, 90 p.
32. Hamel C. Immigrées et filles d'immigrées : le recul des mariages forcés. *Population et Sociétés*, n° 479, Ined, juin 2011.
33. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. *Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Rapport sur l'éducation à la sexualité*. Remis au ministère de l'Éducation et au ministère chargé des Droits des femmes, juin 2016.
34. Henrion R. Mutilations génitales féminines, mariages forcés et grossesses précoces. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2003, 187, n° 6 : 1051-1066.
35. Herbert M., Berthelot N., Gamet M.-L. Violence et abus : Victimization sexuelle chez les mineurs. In : Courtois F. et Bonierbale M. (dir.). *Médecine sexuelle. Fondements et pratiques*. Paris : Lavoisier, 2016.
36. Inpes. Éducation à la sexualité, du social à l'intime : l'émergence d'internet et des réseaux sociaux. *La santé de l'homme* n° 418 de mars-avril 2012
37. *Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux : principes et processus d'adaptation et de mise en œuvre*. Genève : OMS Europe, 2007, 29 p. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR\\_07\\_09/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/fr/)

38. Jackson G., Boon N., Eardley I., Kirby M., Dean J., Hackett G., Montorsi P., Montorsi F., Vlachopoulos C., Kloner R., Sharlip I., Miner M. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus. *Int J Clin Pract.* 2010 Jun; 64 (7) : 848-57.
39. Jaspard M. et al., 2003, *Enquête sur les violences à l'encontre des femmes*. Paris : La Documentation française.
40. Kaas M.J. Geriatric sexuality breakdown syndrome. *Int J Aging Hum Dev*, 1981; 13 (1) : 71-7.
41. La Ruche G., Le Strat Y., Fromage M., et al. Incidence of gonococcal and chlamydial infections and coverage of two laboratory surveillance networks, France, 2012. *Euro Surveill.* 2015; 20 (32) : pii = 21205. Article DOI : <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES2015.20.32.21205>
42. Lemieux A. *La Gérontologie : une nouvelle réalité*. Éditions nouvelles, Montréal, 2001.
43. Mann J. (dir.). *Santé publique et droits de l'homme*. Paris : Espace éthique de l'AP-HP, 1997.
44. Mariages forcés, la situation en France. *Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes*, n° 3, octobre 2014.
45. Mazuy M., Toulemon L., Baril E. Le nombre d'IVG en France est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*, 2014, n° 69 (3), p. 365-398.
46. Mazuy M., Toulemon L., Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Population et Sociétés*, 2015, n° 518, 4 p.
47. Mignot J., Troussier T. *Santé sexuelle et droits humains : un enjeu pour l'humanité*. Paris : Ed. Deboeck Solal, 2015, 443 p.
48. *Migrants/étrangers en situation précaire, soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, édition 2015*. Comede, 2015.
49. Moreau C., Bohet A., Trussell J., the Fecond working group, et Bajos N. Estimates of unwanted fertility over the last decade in France as a function of contraceptive behaviors. *Contraception*, 2014; 89 (4) : 314-21.
50. Moreau C., Trussell J., Desfreres J., Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion : results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 2010; 82 (4) : 337-44.
51. Moreau C., Trussell J., Rodríguez G., Bajos N., Bouyer J. Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey. *Hum Reprod.* 2007; 22 (9) : 2422-7.
52. Nichols M. *Devenir à moyen terme des mères adolescentes et de leur enfant. Étude de cohorte cas-contrôle réalisée à La Réunion*. Thèse de médecine. 2013.
53. Nosek M.A., Clubb Foley C., Hughes R.B., Howland C.A. Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 2001, 19, Issue 3, 177-189.
54. Philbin Morgan M., Parker Caroline M., Parker Richard G., Wilson Patrick A., Garcia Jonathan, Hirsch Jennifer S. The promise of pre-exposure prophylaxis for black men who have sex with men: an ecological approach to attitudes, beliefs and barriers. *AIDS Patient Care and STDs*. Juin 2016, 30 (6) : 282-290.
55. Pourchez L., Dupé S. Les grossesses précoces chez les mineures à La Réunion (Étude anthropologique). *ARS océan Indien. Infos Réunion, études et statistiques*. 2011; (21) : 1-7.
56. Programme national de promotion de la santé affective et sexuelle. Luxembourg : Le gouvernement du Grand Duché de Luxembourg : 2013, 9 p. <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2013/07/sante-affective-sexuelle/programme-national-promotion-sante-affective-sexuelle.pdf>
57. Périnatalité. Les actions de santé publique. Schéma d'organisation des soins. Projet de santé Réunion-Mayotte 2012-2016.
58. Rapport de M. Teychenne au ministre de l'Éducation nationale. *Discriminations LGBT-phobes à l'école : état des lieux et recommandations*. Juin 2013.
59. Rapport de la Commission nationale sur les données et la connaissance de l'IVG. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiqués-de-presse/article/publication-du-rapport-de-la-commission-sur-les-données-et-la-connaissance-de-l>
60. *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*.
61. *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes*. Rapport du HCS, juin 2016. [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_2016\\_06\\_15-3.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-3.pdf)
62. Rossier C., Michelot F., Bajos N. Cocon Group. Modeling the process leading to abortion : an application to French survey data. *Studies in Family Planning*, n° 38, octobre 2007 : 163-72.
63. Santé publique France. *Bulletins des réseaux de surveillance des IST*, données au 31 décembre 2014. Santé publique France, 2016. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
64. Taylor A., Gosney M.A. Sexuality in older age: essential considerations for health-care professionals. *Age Ageing*, 2011, 40 (5) : 538-543.
65. Teleporos G., McCabe M.P. The impact of sexual-esteem body esteem and sexual satisfaction on psychologic well-being in people with physical disability. *Sexuality and disability*, 2002, 20, 177-183.
66. The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons. *Fertil Steril* 2006, n° 86, p1333-35.
67. Toskin I., Hawkes S., Garcia Moreno C., Caceres C., Zohrabyan L. Sexual health : conceptual framework and recommendations for indicators. *Sex Transm Infect*, 2013; 89 : A7-8.
68. Tricot A., Collin C., Zureik M. Impact of the sharp changes in the use of contraception in 2013 on the risk of pulmonary embolism in France. *J Thromb Haemost*, 2015 sept; 13 (9) : 1576-80. doi : 10.1111/jth.13053. Epub 2015 Jul 31.
69. Vaughan J.P., AbouZahr C. Reproductive health : widening horizons. *Bull WHO*, 2000, 73 : 569-73.
70. Velter A., Bouyssou A., Saboni L., Bernillon P., Sommen C., Methy N, et al., *Enquête presse gays et lesbiennes 2004*. Saint-Maurice : InVS, 2004.
71. Velter A., Bouyssou A., Saboni L., Bernillon P., Sommen C., Methy N., et al. *Enquête presse gays et lesbiennes 2011*. Saint-Maurice : InVS, novembre 2012. [http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL\\_ReunionAssos\\_2012.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL_ReunionAssos_2012.pdf)
72. Velter A., Saboni L., Sommen C., Bernillon P., Bajos N. Semaille C. Sexual and prevention practices in men who have sex with men in the era of combination HIV prevention: results from the Presse Gays et Lesbiennes survey, France, 2011. *Euro Surveill.* 2015; 20 (14) : pii = 21090. Article DOI : <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES2015.20.14.21090>
73. Vilain A. Les interruptions de grossesse en 2015. Drees : *Études et Résultats*, 2016, n° 968, 6 p.
74. WHO. *Developing Sexual health programmes: a framework for action*. WHO, 2010, WHO/RHR/HRP/10.22. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?ua=1)