



# 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'accul-

turation 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, CNCPDH, 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, conjugée 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].

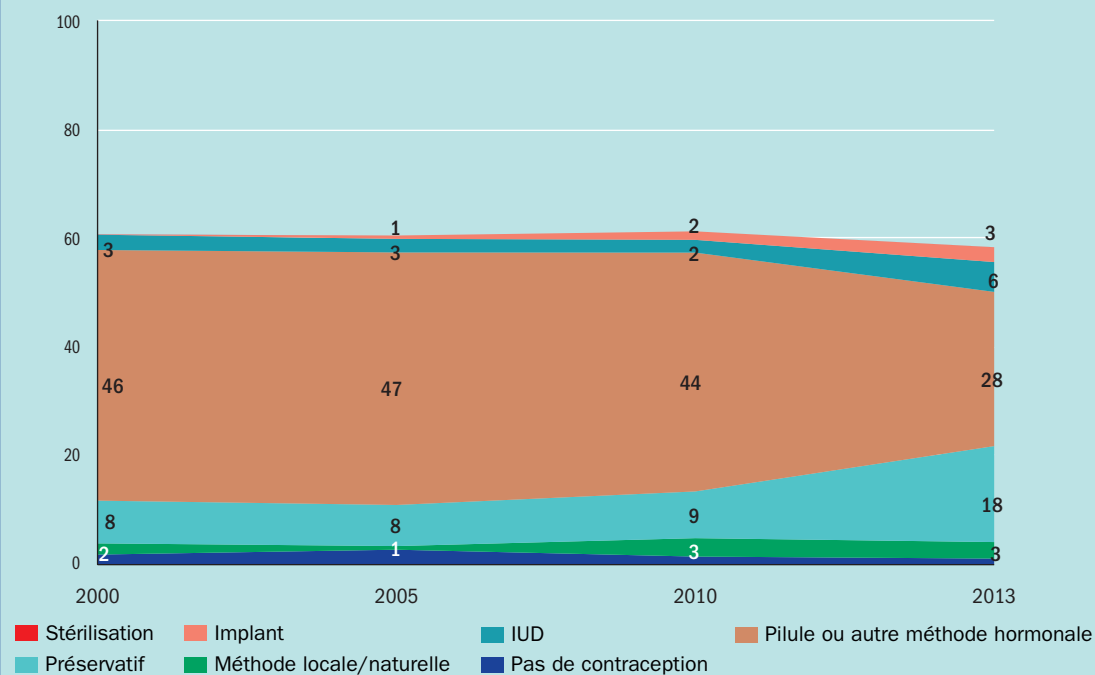
Ce manque d'efficience du modèle contraceptif français est particulièrement marqué chez les jeunes de moins de 30 ans (figure 1), qui connaissent les taux de grossesses non prévues les plus élevés. Seules 9 % des jeunes femmes de cette tranche d'âge utilisent une méthode long court réversible (implant 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

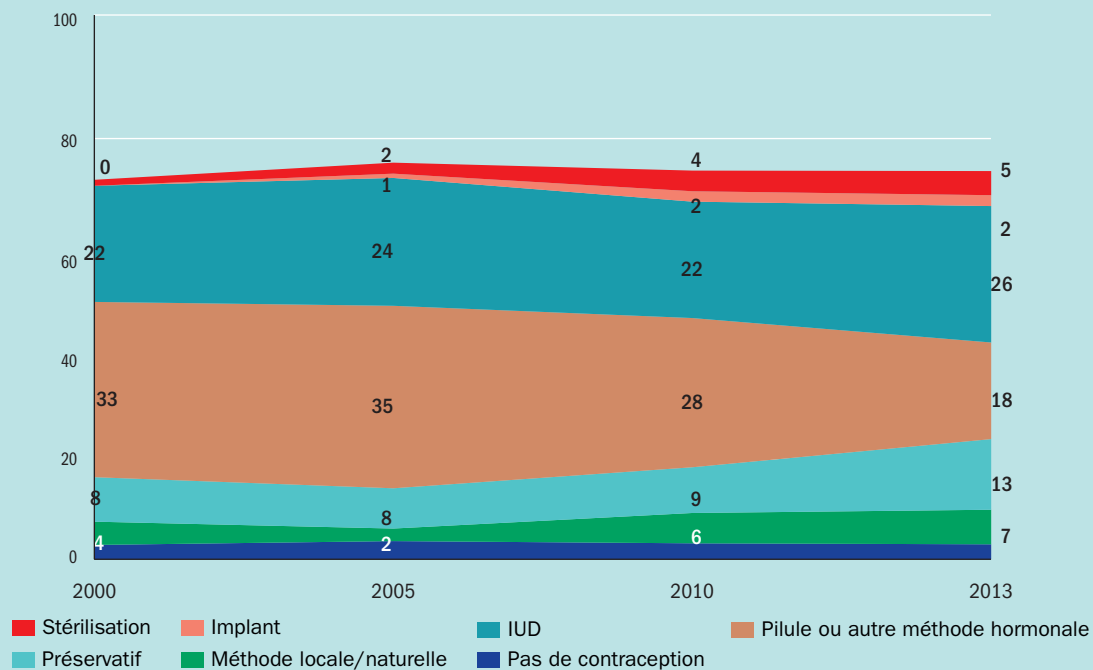
Évolutions des pratiques contraceptives chez les femmes de 15-29 ans entre 2000 et 2013 (en %)



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).

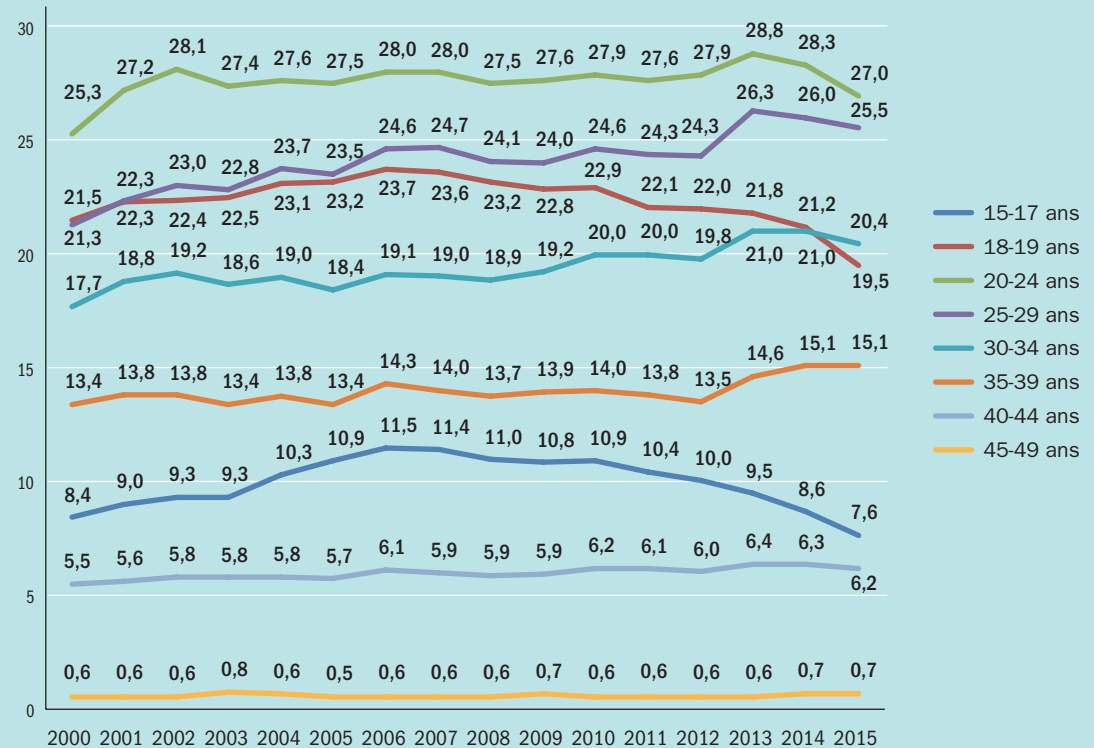
### Conclusion

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.



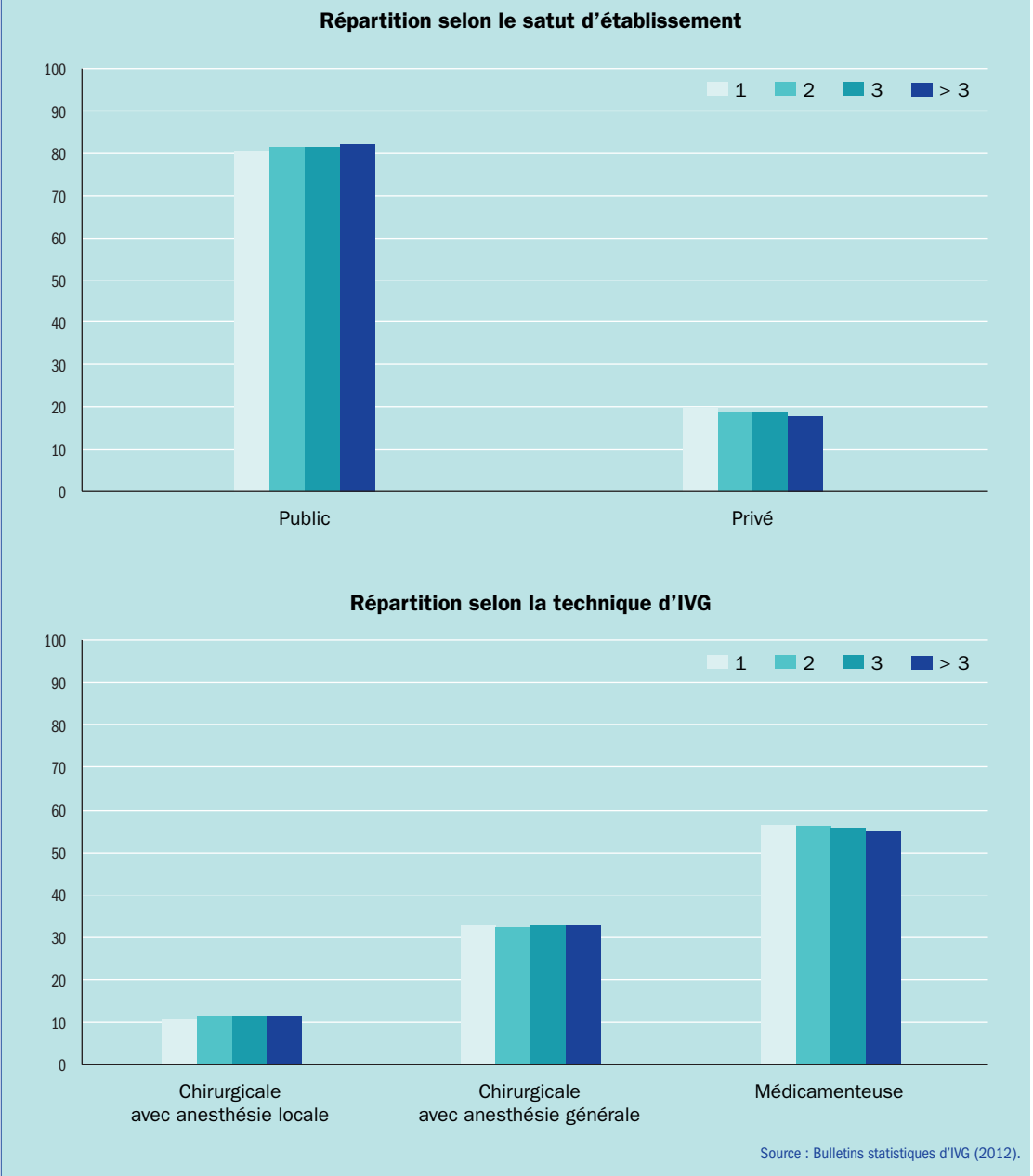
que celles de l'intervention (type d'intervention, durée de grossesse, type d'établissement) sont proches pour les premières IVG et les IVG de rang supérieur (figure 1).

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)



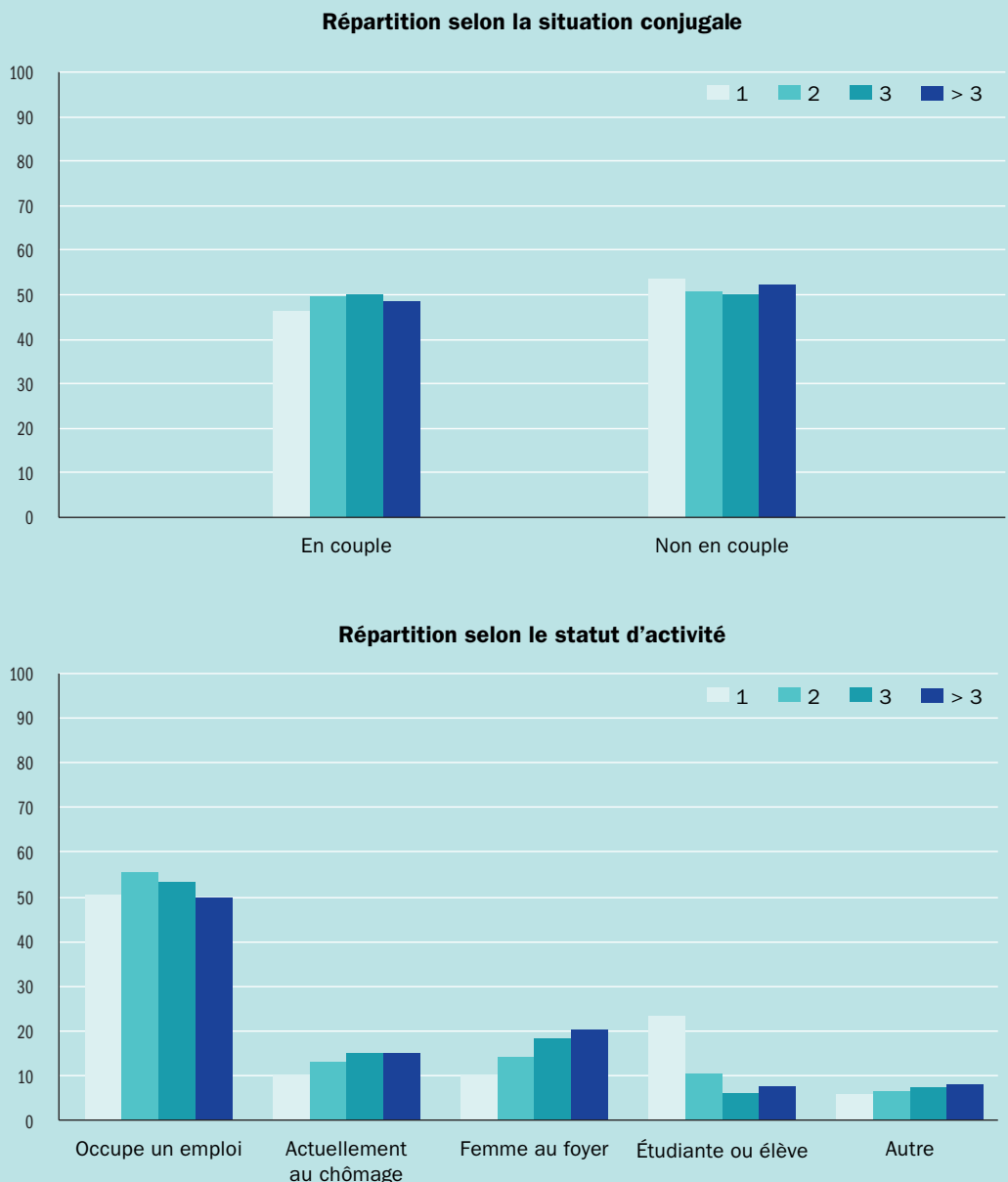
premières IVG des autres (figure 2). Les femmes nées à l'étranger déclarent plus souvent une IVG répétée ; on peut supposer qu'elles ont un accès plus difficile au système de soins de manière générale et que leurs parcours génésiques sont différents.

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'écoutes 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.

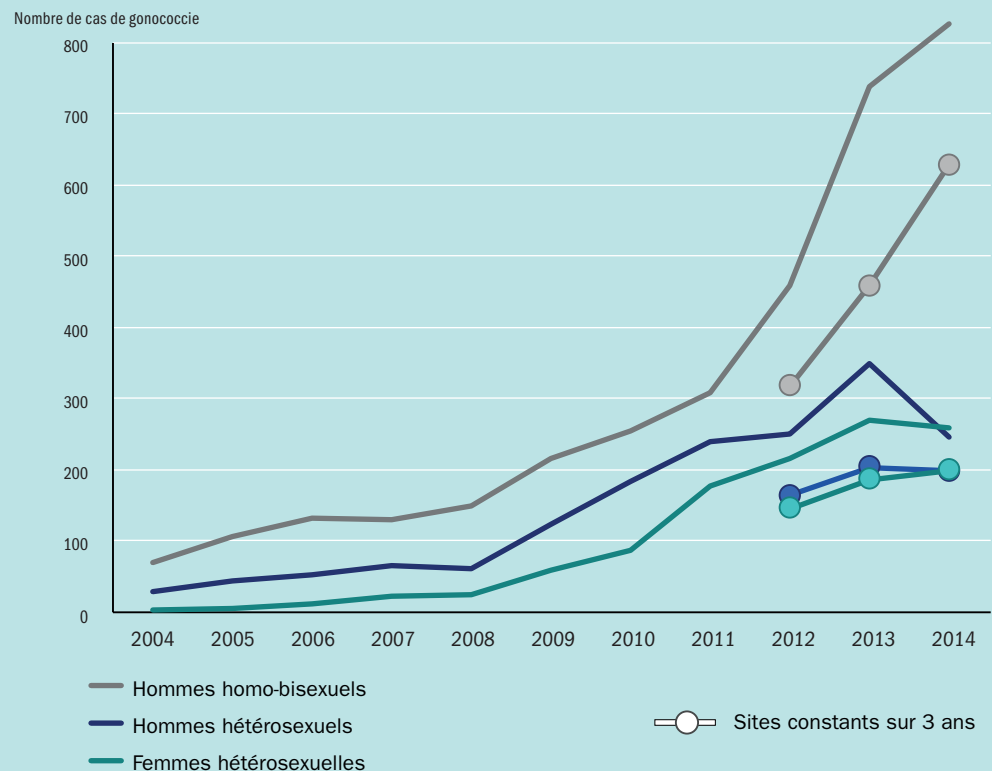
### Syphilis précoces (de moins d'un an)

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 gono-coques 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.

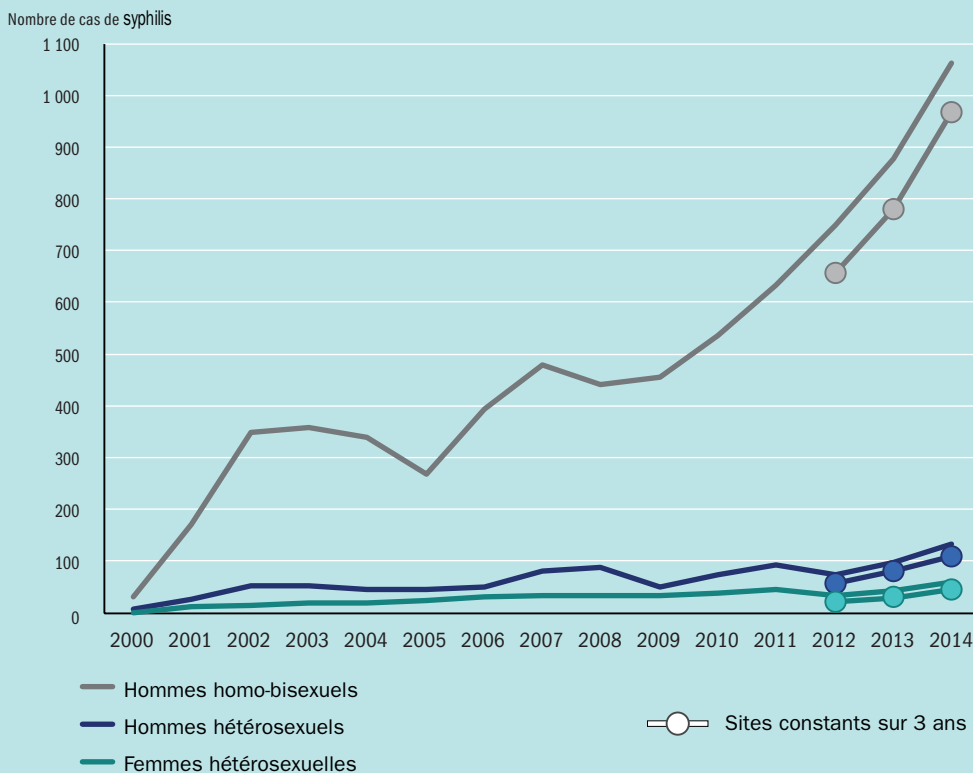
Face à ces constats, dans un contexte de prévention combinée vis-à-vis du VIH, où le préservatif n'est plus le seul outil de prévention, un dépistage précoce des patients et de leurs partenaires suivi d'un traitement rapide est indispensable pour interrompre la transmission des IST. La notification des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