



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)

Dans 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^e 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 développement¹ (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 2017-2021².

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 développement³.

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^e 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

Choisir 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 2005¹, 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
 - ◆ 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 2030¹. Pour obtenir ce résultat il faut

1. 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