

AVIS

relatif à la santé sexuelle et reproductive

2 mars 2016

Cet avis, en réponse à la saisine du 5 février 2015 de la Direction générale de la santé (DGS), reprend de façon synthétique les éléments exposés dans le rapport relatif à la santé sexuelle et reproductive qui l'accompagne.

Introduction

La prise en charge de la santé sexuelle est morcelée entre de nombreuses institutions et dans différents plans et politiques de santé publique. Le Haut Conseil de la santé publique propose de transformer l'approche par pathologie et par risque en une démarche globale, valorisée par un parcours de santé sexuelle portant une attention particulière à l'individu, à ses spécificités et à ses choix.

Cette démarche devrait correspondre à une stratégie nationale de santé sexuelle dont l'objectif est d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité, de la naissance jusqu'à la vieillesse pour l'ensemble de la population.

Les spécificités de certains publics, qui peuvent être exposés à un risque particulier, seront prises en compte dans le respect du principe de l'universalisme proportionné.

Une stratégie nationale de santé sexuelle implique le rapprochement, la concertation et la coordination des acteurs de l'éducation, la prévention, du social et du socioculturel, du sanitaire et du médico-social.

Le HCSP a pris en considération les éléments suivants :

1 - La définition de la santé sexuelle

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis ».

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

La santé reproductive implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité avec la capacité et la liberté de décider ou non de concevoir des enfants, si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

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

La majorité des pays aborde les questions éthiques liées la sexualité. De manière générale, les trois grands axes de la sexualité (plaisir, affection, procréation) sont considérés, quelles que soient les traditions culturelles et religieuses. De manière constante, le respect de la dignité des personnes, de leur consentement, le principe d'autonomie et le principe de bienveillance s'y inscrivent. En introduction aux droits humains, ils sont rappelés dans les interventions auprès des populations vulnérables, dans la lutte contre les violences, et l'application des nouvelles technologies de la procréation.

2 - Le contexte international et en particulier européen

Cette proposition s'inscrit dans le cadre d'une approche globale prônée par l'OMS, relayée par le « European Center for Disease Prevention and Control » (ECDC), et déjà mise en œuvre par plusieurs pays d'Europe et dans le monde.

Le rapport des Nations Unies sur les objectifs du millénaire pour le développement en 2015 identifie quatre objectifs en rapport avec la santé sexuelle : assurer l'éducation primaire pour tous ; promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; améliorer la santé maternelle ; combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies.

3 - L'intégration des objectifs relatifs à la santé sexuelle dans les dispositions juridiques et les plans nationaux

De nombreux plans nationaux de santé publique et des dispositions juridiques comportent une part d'objectifs et d'actions en rapport avec la santé sexuelle et reproductive, sans toutefois d'articulation explicite les uns avec les autres : plan VIH-IST 2010-2014 ; plan hépatites virales B et C 2009-2012 ; plan national d'actions stratégiques pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014 ; plan cancer 2009-2013 ; plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 ; plan santé des jeunes 16/25 ans 2008-2010 ; le programme national d'action « améliorer l'accès à l'IVG » ; le plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité » ; le dernier 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.

4 - Les troubles sexuels et la prise en compte de la santé sexuelle au cours de la consultation médicale

Plusieurs études ont montré qu'une sexualité épanouie était associée à une meilleure qualité de vie. Il a même été suggéré que la reprise d'une fonction sexuelle pouvait avoir un effet psychologique favorable dans la prise en charge des pathologies chroniques chez la personne âgée. Le développement de la santé sexuelle comporte la prévention des risques de grossesse non désirée, d'infections sexuellement transmissibles, la prévention et la lutte contre les violences et les discriminations, la prise en charge des dysfonctionnements sexuels ainsi qu'une démarche plus large de promotion de la santé et du bien-être sexuel.

Le HCSP propose de retenir comme trouble sexuel toute situation entraînant une insatisfaction personnelle. Selon les études, entre 15 et 70 % des personnes rapportent des difficultés sexuelles. La dysfonction érectile touche 30 à 52 % des hommes de 40 à 70 ans (5,7 à 18,5 % de façon prolongée). Ces difficultés peuvent être exceptionnellement primaires ou plus souvent secondaires. Seulement 10 à 20 % des hommes souffrant de dysfonction érectile évoquent leur problème sexuel avec un médecin. Or, les médecins classent la vie affective et sexuelle parmi les trois thèmes les plus difficiles à évoquer au cours de la consultation, avec la consommation d'alcool et l'usage de drogues.

L'OMS a publié en mai 2015 le « guide sur la Communication Brève relative à la Sexualité » destiné principalement aux professionnels de soins de santé primaire. Cette approche vise à aider les personnes venant consulter un professionnel de santé à s'exprimer sur leur vie sexuelle.

5. L'évolution des structures et des dispositifs pouvant intervenir dans le champ de la santé sexuelle et reproductive

De nombreuses institutions sont impliquées dans une offre de santé sexuelle en France : les ministères chargés de la Santé, de la Famille, l'Enfance et des Droits des femmes, de l'Education nationale, de la Justice, de l'Intérieur, les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux, les rectorats, les conseils régionaux, les villes.

Elles s'appuient sur des structures publiques, les unes axées sur la prévention et/ou le dépistage, les autres axées plutôt sur le soin comme les consultations d'orthogénie, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, les centres de santé ou les consultations de services spécialisés hospitaliers (maternité, gynécologie, urologie, maladies infectieuses, médecine légale, maladies chroniques, etc.).

Elle s'appuient aussi sur des structures associatives comme les associations de lutte contre le sida et les hépatites ou le planning familial.

5.1 Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist)

Ces centres sont chargés de l'accueil, l'information, l'évaluation du risque d'exposition, le conseil personnalisé, le dépistage, l'orientation et l'accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale en cas de besoin, respectivement pour le VIH, le VHB et le VHC et pour toutes les infections sexuellement transmissibles (IST), de façon anonyme. Les Ciddist ont également une mission de diagnostic et de traitement de ces infections.

5.2 Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)

Le champ d'intervention de ces structures couvre l'accueil et l'information en matière de sexualité, d'éducation familiale et de conseil conjugal et parental, ainsi que les consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité. Les CPEF peuvent aussi assurer la prévention, le dépistage et le traitement des IST, l'accueil et le conseil en cas de dysfonctionnements familiaux ou de violences, ainsi que des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse et les entretiens qui accompagnent les IVG. Ces prestations sont gratuites pour les mineures et les non-assurées sociales, ou celles désirant garder le secret.

5.3 La création des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd)

En juin 2001, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) constatait le développement important et non coordonné de l'offre de service en santé sexuelle et reproductive. Elle préconisait le maintien des CPEF, CDAG et les Ciddist, qui touchent des publics différents, et notait l'importance d'offrir une palette de services diversifiée. Elle suggérait que les CDAG et Ciddist élargissent leur offre à des prestations complémentaires de planification et de contrôle de la fécondité.

La réforme des CDAG-Ciddist a abouti à la création des Cegidd en janvier 2016. Leur mission est de contribuer à la prévention, au dépistage et au diagnostic des infections sexuellement transmissibles et à la recherche de soins appropriés et la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle. Les actions hors les murs vers les publics les plus exposés au risque de transmission des IST ou les plus éloignés du système de soins sont encouragées. Les Cegidd doivent se coordonner avec les CPEF.

Au niveau régional, l'ARS est responsable de la programmation stratégique. Elle peut confier la mise en œuvre opérationnelle des missions de coordination, de suivi et d'analyse des activités à un Cegidd, à un Corevih ou à un autre organisme compétent.

5.4 Les comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (Corevih)

Implantés dans les établissements publics de santé couvrant un territoire de référence à un niveau infrarégional, régional ou interrégional, les Corevih coordonnent les professionnels du soin, de l'expertise et de la recherche clinique et thérapeutique, de la prévention et de l'action

médico-sociale, ainsi que les associations de malades et des usagers ; ils assurent l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et l'évaluation et l'harmonisation des pratiques, ainsi que l'analyse épidémiologique des données VIH.

On note une montée en puissance des actions liées à la « vie affective et sexuelle des patients » (consultations, créations de centres, développement de projets liés à la santé sexuelle, création de sites internet, etc.).

5.5 Les réseaux de santé périnatalité (RSP)

Les réseaux de santé périnatalité (RSP) organisent localement une prise en charge globale et continue de la grossesse (femme, couple et enfant) par l'intervention coordonnée des professionnels concernés à l'hôpital et en ville.

Depuis juillet 2015, ils doivent participer à l'amélioration de l'accès à l'IVG en organisant notamment une procédure d'urgence pour les femmes enceintes ayant un âge gestationnel de dix à douze semaines.

Le HCSP a fait des constats et identifié des besoins dans les domaines suivants

➤ **La promotion de la santé sexuelle et reproductive**

▪ **L'information en santé sexuelle (évolution des savoirs)**

L'information et l'éducation à la sexualité contribuent à articuler les déterminants individuels, interpersonnels et sociétaux qui génèrent les conditions favorables à la santé sexuelle. Ce sont respectivement les compétences personnelles pour acquérir ces informations et les traduire en comportements ; un environnement favorable (accès aux ressources, normes sociales non défavorables) ; le partage des valeurs communes, notamment de respect et de tolérance.

Le rôle d'Internet

En France, des sites d'information sur la sexualité destinés aux jeunes, émanant d'institutions publiques (INPES, Mouvement français pour le planning familial, CHU de Strasbourg), coexistent avec de très nombreux sites de vulgarisation en santé. Certains sites, forums ou blogs ont un rôle délétère par la diffusion d'informations erronées.

La littérature concernant les conséquences de l'accès massif à la pornographie sur les connaissances, attitudes et représentations des jeunes est ambivalente. **Cependant, de plus en plus d'enfants sont exposés à la pornographie, sans leur consentement et à un âge de plus en plus jeune, ce qui, selon la loi, constitue une agression sexuelle.**

▪ **L'éducation à la vie sexuelle (évolution des savoir-être et des savoir-faire)**

Les champs de l'éducation à la vie sexuelle sont larges : biologique, psychoaffectif, social.

Approches internationales

Les programmes d'éducation à la sexualité basés sur les données provenant de la recherche peuvent, lorsqu'ils sont menés par des éducateurs formés, accroître les connaissances en matière de sexualité et diminuer les pratiques sexuelles à risque. Ils ne promeuvent pas une activité sexuelle plus précoce ou plus intense chez les jeunes.

Les programmes fondés sur l'égalité des sexes dans les relations sexuelles sont cinq fois plus efficaces dans la réduction des IST et des grossesses non désirées que ceux qui n'insistent pas sur cette égalité intrinsèque.

En Suisse romande et aux Pays-Bas, où les programmes en milieu scolaire interviennent dès le plus jeune âge et impliquent les parents, les taux d'IVG sont les plus faibles des pays d'Europe.

En Ecosse, les étudiants en médecine peuvent délivrer des cours de sexualité dans les écoles. Cette expérience augmente leur confiance en eux et améliore le dialogue et leur prise en charge ultérieure des patients concernant la santé sexuelle. Cette expérience a été reproduite en France, en région PACA avec des étudiants en médecine et pharmacie au sein de collèges ; les résultats sont encourageants, mais il n'y a pas d'évaluation nationale disponible et publiée.

Approche française : un rôle primordial confié à l'Education nationale (EN)

L'approche est résolument sociale avec l'ouverture à des champs de la prévention comme les violences sexuelles, le sexisme, l'homophobie.

En 2012, l'Education nationale disposait de 380 formateurs et de 40 000 intervenants formés. Des équipes académiques de pilotage pluricatégorielles ont été mises en place, mais on ne connaît ni la composition des équipes, ni l'impact de ces formations sur l'activité elle-même.

Le code de l'éducation impose « une information et une éducation à la sexualité [...] dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogènes ». Une grande liberté et une grande souplesse sont laissées aux directeurs et aux équipes éducatives :

- ***à l'école primaire***, le maître chargé de la classe aborde cette éducation dans un temps réparti au long de l'année ; elle vise prioritairement le respect du corps ;
- ***au collège et au lycée***, les séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires associant les différents personnels de l'établissement formés à cet effet. Ces séances sont souvent confiées aux seuls infirmiers scolaires, avec l'accord du chef d'établissement, il peut être fait appel à des intervenants extérieurs.

Aucune information concernant la mise en œuvre de ces dispositions n'est disponible au niveau national, ni aucun bilan des contenus délivrés. Ainsi il est possible de supposer qu'au-delà d'une couverture incertaine de la population scolarisée, il existe de grandes disparités de contenu entre académies, voire entre établissements.

Il a été démontré la nécessité de programmes spécifiques et adaptés pour les élèves en difficulté ; cependant, peu d'intervenants sont suffisamment formés pour les assurer.

L'approche interdisciplinaire de l'éducation à la sexualité associant les dimensions biologiques, psychoaffectives et sociales vise à accompagner les élèves dans la construction d'un ensemble de connaissances et d'opinions raisonnées. Elle se doit notamment d'apporter la dimension psychologique indispensable à la construction de l'individu sexué.

Il est, par conséquent, primordial d'élaborer les contenus et de prévoir les modalités des interventions en relation avec ces principes et avec les besoins des élèves.

Enfin, l'éducation sexuelle s'inscrit dans la vie de l'enfant dès son plus jeune âge à travers la cellule familiale. Il est donc indispensable d'ouvrir un espace de rencontre et de parole aux parents afin de faciliter l'expression de leurs interrogations face à l'évolution de leurs enfants, notamment en période pubertaire.

➤ **Santé reproductive, nouvelles techniques, nouveaux comportements**

▪ **Contraception**

En France, la contraception orale est la plus utilisée : 45 % des femmes âgées de 15 à 49 ans, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant l'utilisent. Une femme sur cinq a recours au dispositif intra-utérin (DIU), 12 % au préservatif, 4 % à la stérilisation.

Sur prescription médicale, la délivrance des contraceptifs, à titre gratuit et anonyme, aux mineures désirant garder le secret et la levée de l'obligation de consentement parental pour l'avortement chez les mineures, ainsi que l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières des établissements scolaires aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées sont les fondements d'un accès facilité. Cependant, on ne dispose pas d'évaluation de l'impact du dispositif mis en place pour les mineurs, ni d'évaluation des dispositifs (Pass contraception) mis en place par les conseils régionaux. Selon la Cnamts, le dispositif est peu utilisé.

Certaines recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) pour le choix des méthodes contraceptives sont insuffisamment suivies par les professionnels, peut-être en raison de leur formation initiale qui n'intègre pas suffisamment l'influence des déterminants sociaux des femmes sur l'adoption de pratiques de prévention diversifiées, et des innovations permanentes ayant rendu plus complexe l'offre contraceptive.

Le coût extrêmement variable des méthodes contraceptives, dont certaines ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, incitent les personnes ayant des revenus modestes, les adolescents et les jeunes, à faire un choix principalement sur des critères financiers.

- **Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)**

Avec un taux de 15,6 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, l'IVG reste relativement stable depuis 10 ans. Les taux les plus élevés sont enregistrés entre 20 et 29 ans. Les écarts régionaux perdurent, avec des recours moyens supérieurs à 18 IVG pour 1000 femmes en Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Languedoc-Roussillon et dans les DOM.

L'IVG médicamenteuse représente 56 % des IVG ; 28 % sont pratiqués en cabinets de ville.

Depuis 1975, l'âge moyen à l'IVG s'est abaissé de 28,6 ans à 27,5 ans aujourd'hui et le nombre d'IVG à répétition augmente. Cette augmentation est plus marquée chez les femmes âgées de moins de 30 ans, celles qui vivent seules, les étudiantes et celles appartenant aux groupes les plus précaires de la population (chômeuses, femmes sans couverture médicale, étrangères).

Ceci renvoie à plusieurs phénomènes, notamment l'allongement de la durée entre le premier rapport sexuel et l'entrée en parentalité, mais il y a sans doute une plus grande facilité que par le passé à déclarer avoir eu recours à l'avortement.

La multiplicité des structures et des intervenants professionnels, leur diversité de positionnement vis-à-vis des méthodes d'IVG, sont complexes à appréhender pour les jeunes filles et les femmes d'autant qu'il existe d'importantes disparités de l'offre sur le territoire.

- **L'assistance médicale à la procréation (AMP)**

L'âge maternel à la première naissance continue de s'élever inexorablement : il contribue à augmenter les demandes d'aide médicale à la procréation et à accroître la prévalence des risques gravido-puerpéraux encourus par les femmes.

L'activité des dons d'ovocytes est insuffisante au regard de la demande. Parmi les 28 centres autorisés au don d'ovocytes, cinq assurent l'essentiel de cette activité.

Plus de 80 % des grossesses issues de dons d'ovocytes parmi les couples français proviennent de dons réalisés à l'étranger, et échappent ainsi au cadre contraignant fixé par la loi française (gratuité, anonymat, âge de la femme limité à 43 ans). Il existe, et il existera, une demande croissante de fécondation *in vitro* (FIV) avec don d'ovocytes puisque la baisse de la fertilité féminine est très liée à l'augmentation de l'âge et que de plus en plus de femmes retardent leur maternité. Un rapport de l'IGAS sur ce don a souligné la nécessité d'élaborer une politique incitative au développement de cette activité.

- **Des risques liés à la sexualité**

- **Les infections sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH**

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Depuis juin 2000, il n'existe plus aucun recueil exhaustif de données concernant les IST, hormis l'infection par le VIH. On constate cependant une recrudescence des IST, notamment dans la population des hommes ayant des relations avec des hommes (HSH), à partir des données recueillies par les réseaux de médecins et de laboratoires volontaires.

L'augmentation des infections asymptomatiques à *Chlamydiae* serait plus marquée que celle des chlamydioses symptomatiques dans les deux sexes témoignant peut-être d'un meilleur dépistage. Les femmes sont plus touchées que les hommes et surtout dans la tranche d'âge 19-40 ans. En 2003, l'ANAES recommandait le dépistage des *Chlamydiae* préférentiellement chez les femmes âgées de moins de 25 ans et chez les hommes de moins de 30 ans, ainsi qu'aux sujets ayant plus d'un partenaire dans l'année.

Les lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) et les rectites à *Chlamydiae* sont en progression chez les HSH (98 % des LGV et 90 % des rectites non LGV surviennent dans cette population).

Depuis 2008, on constate une augmentation générale de l'incidence des gonococcies mais plus marquée depuis 2011 chez les HSH.

L'incidence de la syphilis augmente régulièrement depuis 2009 et les HSH représentent 86 % des cas en 2013. En mai 2007, la HAS proposait d'augmenter le nombre de Ciddist participant au recueil épidémiologique sur la syphilis, de cibler les populations à risque (HSH) et d'avoir auprès d'elles un discours de prévention large sur l'ensemble des IST.

Ces infections sont des co-facteurs de risque de transmission du VIH ce qui renforce la nécessité d'un discours global sur l'ensemble des risques infectieux.

Situation du VIH-sida en France

L'épidémie VIH en France métropolitaine est considérée, selon la typologie développée par l'OMS et l'Onusida, comme une épidémie concentrée, c'est-à-dire qu'elle touche de manière disproportionnée certains groupes de la population et n'affecte que très peu la population générale. Les groupes les plus touchés sont avant tout les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et, dans une moindre mesure, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

En 2011, en métropole, la population vivant avec le VIH se répartit en 39 % des HSH, 11 % d'utilisateurs de drogues injectables (UDI), 24 % de personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne et 26 % d'autres patients.

Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2013, 39 % étaient précoces (≥ 500 CD4/mm³ ou primo-infection) et 25 % étaient tardives (< 200 CD4/mm³ ou stade sida). Le nombre de diagnostics précoces a augmenté depuis 2011 et le nombre de diagnostics tardifs a diminué depuis 2010, sauf chez les HSH où il est resté stable. Les disparités régionales observées depuis 2003 ont persisté en 2013 : le nombre de découvertes de séropositivité rapporté à la population est plus élevé dans les départements français d'Amérique (DFA) et en Ile-de-France. Le taux d'incidence de l'infection par le VIH est estimé à 39 pour 100 000 en Ile-de-France et à 11 pour 100 000 en métropole. L'incidence est forte dans les départements français d'Amérique (59 pour 100 000).

Dépistage

Les tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) ont permis de favoriser le dépistage communautaire mais la part la plus importante du dépistage a lieu dans les laboratoires de ville (76 %). La montée en charge progressive du nombre de dépistages par Trod depuis 2012 s'est accompagnée d'une évolution des types d'actions menées dans les locaux des associations ou hors les murs et d'une diversification des publics touchés par le dépistage.

Le nombre de tests positifs a augmenté de 7 % entre 2011 et 2013, permettant de penser que les propositions de dépistage seraient mieux ciblées, également grâce aux actions communautaires par Trod.

Un faible recours au dépistage est noté chez les jeunes hommes dans les départements français d'Amérique (DFA) : plus de la moitié des jeunes hommes des DFA n'ont jamais réalisé de test de leur vie, alors que 53,3 % des hommes de 18-24 ans ont indiqué avoir été engagés dans des relations simultanées au cours des cinq dernières années.

Les autotests du VIH (ADVIH), en vente en pharmacie d'officine ou sur le site internet d'une pharmacie d'officine, permettent de donner une orientation diagnostique rapide pour l'infection par le VIH. Le bilan de cette mise à disposition ne pourra être fait qu'après quelques mois d'utilisation.

Spécificités de l'infection par le VIH

L'infection par le VIH est une maladie chronique à caractère transmissible. Par ailleurs, si la prévention de sa transmission passe par la promotion de la santé sexuelle dans sa globalité et ce dès le plus jeune âge, notamment en luttant contre la discrimination et en favorisant l'estime de soi, elle passe également par la prise en compte des populations cibles particulièrement exposées et par la prévention combinée associant des mesures générales de promotion de la santé sexuelle à des mesures spécifiques telles que le dépistage, la prophylaxie pré exposition (PrEP), la prophylaxie post-exposition (PEP) et le traitement comme prévention (TASP). Il y a donc une combinaison de dimensions socio-comportementale, structurelle et biomédicale à prendre en compte dans un objectif de prévention s'adressant à des personnes le plus souvent en bonne

santé mais appartenant à des populations à risque élevé. La composante biomédicale répond également à un objectif de prise en charge de maladie chronique qui permet de maintenir les patients dans le soin et donc de réduire le risque de transmission.

Les Cegidd, au centre de la politique de lutte contre les IST, doivent bénéficier de l'accompagnement nécessaire à la mise en œuvre de la PrEP dans un contexte de promotion de la santé sexuelle.

- **La vaccination**

Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)

La stratégie de prévention des cancers du col de l'utérus repose sur le dépistage par frottis cervico-vaginal et la vaccination contre les infections à HPV.

Fin 2014, la couverture vaccinale (CV) des jeunes filles à 16 ans pour trois doses était très basse et en baisse par rapport à 2010 (17,2 % contre 28,3 %).

Cette vaccination aurait d'autant plus de sens, en termes de santé publique, qu'elle arriverait à atteindre un pourcentage élevé de jeunes filles dont celles les moins enclines à adhérer au dépistage dans leur vie de femme, qui appartiennent plus généralement aux catégories sociales les moins favorisées, dénuées de toute prévention. Elle aurait également pour effet de protéger la population des hommes hétérosexuels par immunité de groupe.

Vaccination contre l'hépatite A

Dans le calendrier vaccinal en vigueur, la vaccination contre l'hépatite A fait l'objet de recommandations ciblées sur certains groupes à risque élevé d'exposition, dont les HSH.

Vaccination contre l'hépatite B

La politique de vaccination contre l'hépatite B en France repose sur, d'une part, l'identification et la vaccination des populations à risque et, d'autre part, sur la vaccination des nourrissons et le rattrapage chez les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus. En population générale, la couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois (3 doses) a progressé et atteint 81,5 % en 2013. Elle était de 43 % chez les adolescents âgés de 15 ans en 2009.

Vaccination contre le méningocoque C

La vaccination contre le méningocoque C fait l'objet d'une recommandation par le HCSP, chez les personnes fréquentant les lieux de convivialité ou de rencontre gays ou qui souhaitent se rendre à un ou des rassemblements gays, en raison de la recrudescence de cas d'infections invasives à méningocoque C depuis plusieurs années dans ce type de contexte.

- **Discriminations et violences sexuelles**

Discriminations

Les femmes subissent plus de harcèlement sexuel dans le milieu du travail, d'agressions et de violences sexuelles. Elles sont soumises à des normes sociales concernant la sexualité qui ont des incidences sur leur santé, en les plaçant dans une situation de plus grande vulnérabilité pour la prévention (négocier l'utilisation du préservatif) et enfin, elles assument quasiment seules les problématiques de contraception.

L'homophobie et la transphobie sont les facteurs de risque les mieux identifiés pour la sur-suicidalité des jeunes d'identité et de pratiques sexuelles minoritaires. Il existe des liens importants entre violences et discriminations homophobes subies, consommation de produits psycho-actifs et prises de risques sexuels. Selon le Conseil de l'Europe, les femmes lesbiennes et bisexuelles ont un moindre recours au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

Les personnes non autonomes et les personnes handicapées subissent plus de violences et d'abus sexuels que la population générale. Selon l'Onusida, les personnes handicapées sont exposées à un risque au moins aussi élevé de contamination par le VIH que le reste de la population en raison du manque d'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive et sur le VIH-sida, du manque d'accès aux soins médicaux, y compris relatifs au VIH-sida, de la pauvreté et la marginalisation sociale, ainsi que d'un taux élevé de maltraitances et de violences sexuelles.

Les difficultés d'accès aux soins peuvent aussi être liées à une inadaptation des structures, de leur répartition géographique ou de la formation des professionnels à l'accueil et aux soins des populations ayant des besoins spécifiques en santé sexuelle ou en non-conformité avec les normes sociales liées à la sexualité.

Violences

Les violences sexuelles subies affectent durablement la santé physique, mentale et génésique et constituent un danger pour la santé maternelle et périnatale.

De 1993 à 2013, l'**augmentation des plaintes pour violences** a été attribuée en partie à l'augmentation des plaintes pour violences sexuelles sur mineurs. Dans 86 % des cas, la victime connaissait son agresseur.

D'autre part,

- les personnes trans ont un état de santé extrêmement précaire, et notamment lié à des violences subies ;
- les personnes en situation de handicap et/ou de dépendance déclarent deux fois plus de violences sexuelles subies au cours de la vie.

La loi du 4 août 2014 « pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes » a rendu obligatoire la formation des personnels médicaux et paramédicaux sur les violences faites aux femmes. Mais dans l'ensemble, les compétences des professionnels restent insuffisantes pour assurer l'identification et la prise en charge de ces actes.

Mutilations

Le nombre de femmes concernées en France est estimé à 53 000. Les mutilations sexuelles touchent des migrantes mais aussi des femmes nées en France de parents originaires de pays où l'excision est encore pratiquée.

➤ **Populations aux caractéristiques particulières**

▪ **Personnes âgées et personnes handicapées**

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.

Personnes âgées

L'activité sexuelle joue un rôle important dans les relations des personnes âgées de plus de 60 ans. Au Etats-Unis, plus d'un tiers des personnes âgées de 75 à 85 ans ont une activité sexuelle. En France en 2006, 89 % des hommes et 66 % des femmes âgées de 60 à 69 ans déclaraient avoir eu une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois. L'activité sexuelle diminue avec l'âge et la présence de pathologies cliniques et les situations de comorbidités. Il est difficile de chiffrer l'importance des troubles en raison de la diversité des définitions et des méthodes d'investigation entre études. Les personnes âgées éprouvant 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. Leur apparition peut cependant être un signe d'appel pour le dépistage de certaines pathologies, en particulier cardiovasculaires.

Les prises de risque vis-à-vis des IST sont plus grandes et la fréquence du dépistage moins important après 50 ans que pour les groupes d'âge plus jeunes, alors que les découvertes de séropositivité augmentent (18 % des découvertes en 2012, contre 12 % en 2003).

Bien que les différentes enquêtes démontrent que l'avancée en âge n'empêche pas une vie sexuelle active et heureuse, certaines personnes âgées ont intériorisé les attitudes négatives de la société et des professionnels du soin et du secteur médico-social et se perçoivent comme asexuées.

Enfin, la question est également complètement occultée dans la plupart des établissements pour personnes âgées. Un certain nombre d'actions sont initiées pour résoudre ces difficultés, mais ces initiatives sont locales et mériteraient d'être recensées et évaluées.

Personnes handicapées

Les adultes avec un handicap moteur depuis l'enfance ont un faible niveau de connaissance et une perception négative de la sexualité, ainsi qu'un niveau d'expérience de la sexualité plus faible que la population générale. Il existe une relation entre le bien-être sexuel et le bien-être psychologique global chez les personnes ayant un handicap physique, plus forte que dans la population générale.

Les personnes qui présentent un handicap mental n'ont pas accès à l'information et à l'éducation sur ce point, alors qu'elles ont besoin d'acquérir des compétences spécifiques pour une expression et une communication sexuelle adaptée.

Une éducation et un accès à la contraception sont nécessaires, ce qui peut nécessiter des adaptations en fonction du type de handicap. La surveillance de la grossesse et l'accouchement nécessitent également une information spécifique pour les personnes elles-mêmes et pour les personnels soignants, qui est encore peu développée en France. L'Institut mutualiste Montsouris est actuellement le seul en France à proposer une consultation grossesse spécifique pour les personnes en situation de handicap moteur, auditif et visuel.

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 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) et de limitations liées à leurs conditions de vie : manque d'intimité liée à l'intervention d'un tiers pour les activités de la vie courante ou du fait de la vie en institution, peu d'occasion de rencontrer des partenaires de par l'isolement social.

En France, diverses actions de formation sont mises en place, dans le cadre d'initiatives régionales ou départementales. Un recensement de ces programmes, assorti d'une évaluation, pourrait permettre de capitaliser et diffuser les expériences.

- **Populations immigrées**

Les femmes migrantes, en plus grand nombre que les hommes en France, subissent plus de problèmes liés à la santé sexuelle : complications propres à la grossesse et à l'accouchement, violences sexuelles. Ces états sont dépendants des conditions du pays d'origine (mutilations sexuelles, mariages forcés), du parcours migratoire (viols, trafic d'êtres humains). Ils peuvent être renforcés lors de l'arrivée dans le pays d'accueil selon les conditions sanitaires et sociales subies au cours de cette période souvent précaire.

On ne dispose pas d'informations propres à la santé de la reproduction des femmes migrantes, à leur usage des contraceptifs, ou leurs pratiques d'IVG. On sait que, dans l'ensemble, les primipares sont plus jeunes et l'usage des préservatifs moins systématique.

Malgré la baisse observée au cours de cette dernière décennie, les migrants représentent encore 35 % des nouveaux cas de VIH dans l'Union européenne et l'Espace économique européen. Dix pour cent concernent les immigrés originaires d'Europe de l'Est et d'Europe centrale, et le groupe le plus important est celui des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne. On estime cependant que près de la moitié des migrants d'Ile-de-France infectés par le VIH contractent le virus après leur arrivée. L'OMS soutient le principe de tests rapides à l'arrivée, avec demande de consentement et, le cas échéant, dispensation d'un traitement. La crainte que ces dispositions augmentent l'afflux des demandeurs séropositifs est en contradiction avec les données disponibles à cet égard.

Enfin, il existe une immigration forcée chez les lesbiennes, gays, bi et trans (LGBT), menacés dans leur pays pour discrimination sexuelle.

- **Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)**

Par ailleurs, près de la moitié des HSH a vécu un épisode dépressif au cours de sa vie (un quart des moins de 25 ans au cours de l'année passée), les tentatives de suicide sont cinq fois plus fréquentes que dans la population générale. On constate un haut niveau de consommation des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs et 31 % ont été victimes d'actes homophobes au cours des douze derniers mois. Les jeunes ou les hommes faisant partie des classes sociales moins favorisées sont plus fréquemment l'objet de rejet de la part de leurs proches ou d'agressions homophobes.

- **Population trans**

Le simple fait d'être trans est toujours associé à un niveau d'exposition aux risques VIH et IST plus important qu'en population générale. On relève une prévalence de 6,9 % de l'infection à VIH parmi les MtF (*male to female*, personnes dont le sexe de l'état-civil à la naissance est masculin et qui s'identifient au genre féminin), alors qu'elle est nulle parmi les FtM (*female to male*), ce qui indique la gravité de l'épidémie dans le premier sous-groupe, a fortiori en cas d'expérience de la prostitution et d'origine étrangère (prévalence de 36,4 %).

En 2007, la population trans déclare plus de prises de risques et moins de recours aux soins : la moitié des répondants déclare ne jamais utiliser de préservatif lors de rapports de pénétration avec leur partenaire principal ; 21 % disent n'y avoir jamais eu recours au dépistage et parmi ceux qui ont déjà été testés, 5,7 % se déclarent séropositifs ; enfin, 20 % ont renoncé à consulter un médecin par peur d'être discriminé du fait de leur transsexualité tandis que 49 % ont subi une discrimination ou renoncé à un droit de peur d'en subir une.

La HAS recommandait en 2009 une clarification de la prise en charge financière des soins liés à la dysphorie de genre, l'amélioration de la durée de prise en charge et du délai d'entrée dans le parcours de soins.

- **Personnes en situation de prostitution**

Plus de la moitié des personnes en situation de prostitution sont dans un état de santé dégradé avec une vulnérabilité particulière sur le plan gynéco-obstétrical (faible prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, faible utilisation d'une contraception orale et fort recours aux interruptions volontaires de grossesse). Les personnes transgenres qui se prostituent sont plus touchées par le VIH, avec une prévalence déclarée de 44 %.

Une part importante de cette population soumise aux contraintes, aux violences et à la traite des êtres humains, cumule de nombreux indicateurs de précarité (absence de soutien social, de logement, de titre de séjour, de couverture maladie) et sont éloignées des réseaux de solidarité entre pairs, des actions de prévention et des offres sanitaires adaptées.

- **Personnes sous main de justice**

L'activité sexuelle des personnes détenues peut s'exercer de différentes façons (rapports sexuels consentis ou non). La sexualité des personnes détenues est reconnue par les textes d'organisation de l'administration pénitentiaire. Ainsi, des parloirs familiaux et des unités de vie familiale (UVF) ont été créés en établissements pénitentiaires (au nombre de 31 pour les UVF).

Les mineurs sous main de justice accueillis à la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) (hors mineurs détenus) manifestent une initiation à la sexualité plus précoce. Ils ont aussi une consommation plus importante de produits psycho-actifs que chez les adolescents de la population générale (en dehors de l'alcool), ce qui peut également les conduire à des conduites sexuelles à risque.

Au vu de ces constats, il convient de travailler sur les représentations des mineurs détenus, sur le rapport fille/garçon, sur le respect de l'autre dans les relations affectives et sexuelles, sur l'orientation sexuelle, d'informer sur les IST, sur la contraception et l'IVG, sur les contextes à risque (prise de substances, violences...).

Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées en milieu carcéral, estimées à 1,04 % pour le VIH et 4,2 % pour le VHC. Aucune étude ne permet d'apprécier l'incidence des IST en milieu carcéral.

Les femmes constituent une minorité (3,3 %) de la population carcérale, avec des peines beaucoup plus courtes que les hommes ; dans l'enquête Drees de 2003 sur les entrants en prison, elles avaient été moins en contact avec le système de soins que la population générale. Ainsi, à peine un peu plus du quart d'entre elles avait bénéficié d'une consultation gynécologique.

Le HCSP fait les propositions suivantes :

La maternité, qui relève de dispositifs spécifiques, n'est pas incluse dans cet avis, mais devrait faire l'objet d'une révision de la stratégie la concernant.

Les propositions visent à encourager l'approche positive de la sexualité et mettent l'accent sur :

- l'éducation à la sexualité dès le plus jeune âge et le rôle essentiel que doit jouer l'Education nationale en lien avec les partenaires extérieurs et les parents ;
- une approche populationnelle ;
- les Cegidd, au centre du dispositif territorial devant évoluer à terme vers des centres de santé sexuelle ;
- la formation des professionnels et de l'ensemble des intervenants dans ce secteur.

Elles se déclinent autour de 6 axes :

➤ AXE 1 : UNE COORDINATION NATIONALE ET TERRITORIALE POUR UN MEILLEUR ACCES A LA SANTE SEXUELLE

1 - Définir une gouvernance impliquant tous les ministères concernés : Santé, Famille, Enfance et Droits des femmes, Education nationale, Justice, Intérieur, pour permettre de :

- définir des objectifs communs ;
- garantir la complémentarité des approches ;
- assurer une mise en œuvre, un suivi et une évaluation concertée des programmes.

Cette gouvernance doit se doter au minimum des outils suivants :

- un comité de pilotage garant de l'approche populationnelle ;
- des dispositifs de partage des informations entre les protagonistes ;
- des indicateurs d'activité robustes au niveau national et territorial.

2 - Garantir une offre coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial

- Simplifier l'offre.
- Formaliser les engagements des partenaires.

➤ AXE 2 : INFORMATION, EDUCATION, FORMATION

3 - Adapter les sources et les outils d'information aux différents publics

- Favoriser les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).
- Impliquer les acteurs locaux en particulier dans les départements d'outre-mer.
- Faire connaître les ressources et structures de recours.
- Créer une base de données publique de partage des supports de communication.

4 - Priorité aux programmes d'éducation à la vie sexuelle dès le plus jeune âge

- Mise en place effective des programmes complets et adaptés aux différents âges en milieu scolaire et non scolaire, en commençant par l'école primaire, avec un langage et un mode d'expression adapté à chaque public et en insistant sur la lutte contre les discriminations.
- Augmenter la collaboration entre Education nationale et professionnels de santé extérieurs.
- Expérimenter l'intervention, en milieu scolaire, par les étudiants en médecine, pharmacie, élèves sages-femmes ou infirmiers.
- Renforcer les compétences des détenteurs de l'autorité parentale pour mieux comprendre le développement de la vie sexuelle de leurs enfants.

5 - Améliorer les pratiques des professionnels du soin, du médico-social et de la justice

- En formation initiale des professionnels de santé.
- En formation continue des professionnels de santé et des autres intervenants.

➤ **AXE 3 : SANTE DE LA REPRODUCTION**

6 - Assurer une contraception adaptée aux plus jeunes et aux plus démunis

7 - Communiquer mieux et plus sur :

- les différents modes de contraception ;
- la gratuité et l'anonymat des mineures pour l'accès à la contraception.

8 - Etendre la confidentialité et la gratuité de la contraception aux jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans

9 - Renforcer les connaissances des professionnels de santé sur les modes de contraception et leurs indications recommandés par la HAS

10 - Augmenter les chances de procréer

- Informer sur la baisse de la fertilité féminine après 30 ans.
- Améliorer l'aide médicale à la procréation.

➤ **AXE 4 : PREVENTION ET DEPISTAGE DES IST**

11 - Se donner les moyens d'augmenter la couverture vaccinale de certaines IST

- contre le papillomavirus (HPV),
- contre l'hépatite A et l'hépatite B des personnes à risque élevé d'exposition,
- contre le méningocoque C des adultes âgés de 25 ans et plus à risque élevé d'exposition.

12 - Mieux dépister les infections sexuellement transmissibles

- Généraliser le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur le territoire national.
- Recommander le dépistage des infections à *Chlamydiae* chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans, les hommes âgés de moins de 30 ans et les multipartenaires.
- Promouvoir le dépistage de la syphilis en priorité auprès de la population homosexuelle, des détenus, des personnes en situation de prostitution, des migrants.
- Dépister les personnes ignorant leurs facteurs de risque d'infection par le VIH.
- Développer et financer une offre de dépistage combinée des maladies sexuellement transmissibles y compris par TROD concernant VIH, VHB, VHC.
- Développer l'offre de dépistage (TroD, autotest) en direction des personnes en situation de prostitution.
- Former les professionnels de santé au repérage des situations cliniques évocatrices d'infection par le VIH.
- Mettre en place un système de surveillance des IST, notamment au sein des Cegidd.

➤ **AXE 5 : PRISE EN COMPTE DE POPULATIONS AUX CARACTERISTIQUES PARTICULIERES**

13 - Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en institutions

- Favoriser le regard de la société sur l'existence de la sexualité des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Permettre l'expression d'une vie sexuelle au sein des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

14 - Adapter les stratégies au ciblage des personnes à haut risque d'IST

- Aller vers les populations les plus éloignées du système de prévention et de soins : HSH, migrants, trans, personnes en situation de prostitution, personnes sous main de justice.
- Mobiliser des ressources spécifiques aux besoins de ces personnes.

➤ AXE 6 : RECHERCHE

15 - Améliorer les moyens d'intervention

- Promouvoir la recherche interventionnelle.
- Repérer les expériences locales prometteuses et les évaluer (Pass Santé, HANDISES, etc.).
- Labéliser les « actions probantes » et les déployer sur le territoire.

16 - Développer les connaissances pour adapter les dispositifs et anticiper l'avenir

La recherche dans le domaine de la santé sexuelle couvre de nombreux domaines. Elle pourra plus particulièrement porter sur :

- les besoins en matière de santé sexuelle de publics spécifiques, notamment les migrants, les personnes en situation de handicap hors institution, les personnes trans ;
- les problématiques observées et leur surveillance dans les DOM ;
- l'apport éventuel des bases de données médico-administratives pour la connaissance de la santé sexuelle de la population ;
- les déterminants de certains comportements ou recours en santé de la reproduction ;
- les effets de certaines expositions ou pratiques ;
- l'évaluation de l'utilisation et l'impact de dispositifs mis en place ;
- assurer la promotion de la recherche en santé sexuelle tout en maintenant l'activité autonome de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales.

LE HCSP PROPOSE DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE.

Une stratégie nationale de santé sexuelle se décline en objectifs, activités et déterminants impactés, en veillant à réduire les inégalités sociales de santé :

- Objectifs généraux : garantir à l'ensemble de la population
 - une vie sexuelle satisfaisante,
 - en toute sécurité,
 - avec la capacité de concevoir des enfants,
 - et la liberté de décider de concevoir des enfants ou non.
- Conditions de mise en œuvre :
 - démarche universelle de promotion de la santé sexuelle,
 - dispositions spécifiques à certaines tranches d'âge et publics.
- Déterminants impactés :
 - l'environnement physique (accès à l'offre et aux services),
 - l'environnement socioculturel (respect, discrimination...),
 - les comportements individuels.

Les indicateurs sont donc de natures diverses : indicateurs d'activités, indicateurs sociaux, indicateurs comportementaux, indicateurs de connaissance et indicateurs de santé.

1) Les indicateurs d'activité proposés :

AXE 1 : UNE COORDINATION NATIONALE ET TERRITORIALE POUR UN MEILLEUR ACCES A LA SANTE SEXUELLE

- Rapport annuel concerté d'évaluation et de suivi des programmes.
- Mise en place et alimentation d'une base de données d'informations et d'activités partagée concernant les programmes et les activités.
- Bilan des financements attribués aux structures et associations.
- Bilan d'activité annuel standardisé des Cegidd.
- Prise en compte de la santé sexuelle dans les schémas régionaux de santé.
- Nombre de conventions entre l'ARS et les acteurs (rectorat, collectivités territoriales...).
- Nombre de conventions entre les Cegidd et les acteurs régionaux.
- Nombre d'actions en faveur de la création de centres de santé sexuelle.

AXE 2 : INFORMATION, EDUCATION, FORMATION

Education des jeunes

Par région et par niveau d'établissement d'enseignement :

- Nombre de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle organisées.
- Nombre d'élèves de chaque niveau ayant bénéficié des trois séances annuelles prévues.
- Nombre et qualification des intervenants extérieurs dont étudiants en santé
- Nombre d'actions éducatives en dehors du milieu scolaire.

Information de la population

- Nombre et évaluation des campagnes d'information généralistes incluant les réseaux sociaux.
- Nombre de campagnes adaptées à des publics spécifiques, incluant les départements d'outre-mer.
- Existence d'une base de données publique des supports de communication créés localement.

Formation des professionnels

- Nombre de stages proposés dans les CPEF et dans les Cegidd et nombre de stagiaires.
- Nombre de formations inscrites au DPC et nombre de personnes formées.
- Nombre de formations des professionnels de santé à la santé sexuelle, la contraception, l'accueil des populations spécifiques, violences, repérage des situations cliniques évocatrices d'infection par le VIH, etc.
- Nombre de formations des professionnels de la PJJ et des prisons.
- Nombre d'actions de sensibilisation des professionnels de premier recours au repérage des situations cliniques devant faire évoquer une infection par le VIH et promulguant la BSC proposée par l'OMS.

AXE 3 : SANTE DE LA REPRODUCTION

- Nombre de campagnes grand public et taux d'exposition.
- Taux de recours à la gratuité et anonymat de la contraception.
- Nombre de dons d'ovocytes.
- Nombre d'autoconservation par vitrification.

AXE 4 : PREVENTION ET DEPISTAGE DES IST

Vaccins

- Couverture vaccinale pour le HPV, l'hépatite A, l'hépatite B, le méningocoque C.

IST

- Nombre de dépistage des *chlamydiae* chez les publics cibles.
- Nombre de dépistage de la syphilis parmi les HSH, détenus, personnes en situation de prostitution et migrants.
- Moyens alloués aux associations œuvrant auprès des personnes en situation de prostitution.
- Evolution des financements attribués aux TROD et autotests
- Niveau d'informatisation des Cegidd, CPEF et centres de santé sexuelle.

AXE 5 : PRISE EN COMPTE DE POPULATIONS AUX CARACTERISTIQUES PARTICULIERES

- Nombre d'actions (ouvrages, films, campagnes...) donnant une image positive de la sexualité chez les personnes âgées et les personnes handicapées.
- Existence de programmes de santé sexuelle auprès des personnes âgées, personnes en situation de handicap, de leurs familles et des professionnels des établissements d'accueil.
- Nombre de règlements intérieurs intégrant la santé sexuelle.
- Nombre d'établissements avec aménagement des espaces au sein des institutions (notamment chambres doubles).
- Nombre d'actions spécifiques allant vers les publics les plus exposés et les plus vulnérables au VIH.
- Nombre de dépistages VIH (TROD et autotest) en fonction du public.
- Nombre de programmes d'éducation pour la santé sexuelle en milieu pénitentiaire.
- Evolution des financements attribués aux interprètes.
- Evolution de la prescription du Truvada en recommandation temporaire d'utilisation (RTU).

AXE 6 : RECHERCHE

- Nombre d'appels d'offre de recherche incitant à des recherches dans le domaine.
- Nombre de projets soumis et de projets retenus.
- Nombre d'actions potentiellement probantes repérées et évaluées.
- Nombre d'actions d'efficacité prouvée diffusées.
- Nombre de projets soumis et de projets retenus concernant les DOM.
- Nombre de projets portant sur l'impact de la pornographie sur la santé sexuelle.

2) Les indicateurs sociaux, comportementaux, de connaissance et de santé proposés

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Proposition non exhaustive d'indicateurs
Vie sexuelle satisfaisante	Rapports sexuels consentis	Prévalence des premiers rapports sexuels non consentis, éventuellement ventilés selon comportements homo/bi
		Age aux premiers rapports
		Pourcentage de femmes et d'hommes victimes de violences sexuelles
		Fréquence du harcèlement sexuel en entreprise
		Violences sur enfants
	Orientation, comportement sexuel reconnu, respect et autonomie	Pourcentage de la population HSH, bi, FSF, trans
		Attitudes et comportements des professionnels de santé
		Fréquences de comportements ou d'actes homophobes (entourage, travail)
	Satisfaction sexuelle	Prévalence des dysfonctionnements
		Satisfaction au cours des relations : fréquence, qualité, autonomie
		Respect du droit à la santé des populations spécifiques : sensibilisation et formation des professionnels, installation de locaux adaptés
		Nombre de partenaires
En toute sécurité	Réduction des risques infectieux (exposition/transmission/ prise en charge VIH-IST)	Fréquence d'utilisation du préservatif notamment lors du premier rapport
		Evolution de l'incidence des ISTs et du VIH (notamment chez les migrants et les jeunes)
		Proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade sida
		Proportion de personnes ayant un traitement efficace
Liberté de décider de la conception	Possibilité d'usage de contraception adaptée	Connaissance des méthodes de contraception chez les 15-25 ans
		Connaissances et pratiques des médecins en matière de contraception
		Fréquence d'utilisation des différents modes de contraception selon âge, niveau éducation, ruralité, FSF
		Fréquence de la contraception d'urgence
	Réduire les grossesses non désirées	Pourcentages d'IVG répétées
		Taux de grossesses chez les adolescentes
		Fréquence des IVG chez les mineures, notamment dans certaines régions (DOM, IDF, PACA, Corse, Languedoc-Roussillon)
	Faciliter l'IVG en cas de grossesse non désirée	Connaissance des ressources et lieux de recours par les professionnels et la population
		Pourcentage d'IVG non prises en charge par les établissements de santé par région
		Méthodes d'IVG utilisées
	Augmenter les chances de concevoir	Activité d'AMP
		Age à la 1ère maternité
		Taux de fécondité

Références bibliographiques

Se reporter au rapport accompagnant cet avis.

La CSPEPS a tenu séance le 2 mars 2016 : 9 membres qualifiés sur 13 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt ; le texte a été approuvé par 9 votants, 0 abstention, 0 voix contre.

Avis produit par la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé
Le 2 mars 2016

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr