



Acteurs, parcours, prévention et soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quel est le contexte scientifique et social en France au début du XXI^e siècle ?

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ensemble de ces engagements politiques ont permis la création de nouvelles offres de soin en santé sexuelle telles que les centres gratuits de dépistage et diagnostic (Cegidd) en 2016. Les Cegidd regroupent les centres et consultations qui dépistaient gratuitement le VIH, les hépatites et les IST, dans une approche globale de santé sexuelle. Toutefois, cette offre est sans articulation avec les centres qui répondent aux offres de santé reproductive comme les centres de planification et d'éducation familiale. De nouveaux outils de communication officielle ont été créés sans véritables liens entre eux, comme ceux développés par l'Inpes¹, par le Mouvement français² ou par le gouvernement³.

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

1. www.onsexprime.com
2. www.parlons-ici.org
3. www.stop-violences-femmes.gouv.fr/, www.ivg.social-sante.gouv.fr/, social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle/article/sante-sexuelle-et-reproductive



Santé sexuelle et de la reproduction

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

Comment mettre en place une réelle stratégie de santé sexuelle ?

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

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

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

Le taux de recours à l'IVG varie du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 11 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire, à 22 pour 1 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur connaît le taux de recours à l'IVG le plus élevé de France métropolitaine, suivie par l'Île-de-France, le Languedoc-Roussillon et la Corse. Chez les mineures, il demeure également le plus élevé : 13,1 pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans. En France métropolitaine, il est de 15,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans¹.

Le dispositif régional d'accès à la contraception pour tous

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

publique

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

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

Éléments de bilan après trois ans de fonctionnement

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

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

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

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

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

Perspectives

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

que le droit au secret pour toutes personnes mineures.

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

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

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

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

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

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



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

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

Quels sont les enjeux pour les années à venir ?

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

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire

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

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

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

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

Enjeux de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perspectives

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

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

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

La sexualité des adolescents

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Les acteurs institutionnels et associatifs intervenant en éducation à la sexualité

Stéphanie Seydoux

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

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

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

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

Des interventions complémentaires

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

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

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

Une intervention ouvrant sur l'extérieur

Par ailleurs, il est important que les jeunes puissent identifier les structures existantes vers lesquelles se tourner s'ils en ont besoin. Les séances organisées au sein des établissements scolaires avec ces partenaires y participent, ainsi que les visites organisées parfois au sein de ces structures. Comme l'indiquait un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2009¹, « les centres de planification permettent d'apporter une

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

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

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

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

Elles développent une approche globale de la sexualité, à la charnière du social, de l'éducatif, et du sanitaire, s'agissant des CPEF, et s'appuient sur un corps de métier spécifique pour accomplir leurs missions : les conseillères conjugales et familiales, ainsi que des personnes formées à l'éducation à la vie affective, auxquels s'ajoutent un personnel médical et paramédical pour les CPEF. En 2009, près de 19 000 interventions en milieu scolaire avaient été réalisées par les CPEF². Parmi celles-ci, le Planning familial, opérateur associatif commun aux deux types de structures, a réalisé en 2014 des interventions scolaires touchant plus de 131 000 jeunes.

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

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

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

Une organisation des partenariats de proximité à promouvoir au niveau départemental

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

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

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

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

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

2. Enquête nationale PMI 2009 Drees.



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

Pr Florence Bretelle

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

Sophie Mariotti

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

Marie-Christine Pellissier

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

Raha Shojai

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

Claire Ricciardi

Planning familial des
Bouches-du-Rhône

Sophie Tardieu

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

Joelle Durant

Éducation nationale,
rectorat Aix-Marseille

Léon Boubli

André Ali Cherif

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

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

Éducation à la santé, le programme

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

État des lieux

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

Un certificat d'étude universitaire a également été créé, qui permet aux professionnels de santé et à toute personne en contact avec des jeunes (éducateur spécialisé, chargé de mission pour la santé, etc.) de suivre cette formation¹. Puis la formation a été ouverte

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

aux étudiants de 5^e année et aux internes spécialisés en gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique et médecine générale.

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

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

Perspectives

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une épidémiologie du VIH et des hépatites virales peu évolutive

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

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

La problématique irrésolue des grossesses adolescentes non planifiées

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

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

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

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

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

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

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



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

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

figure 1

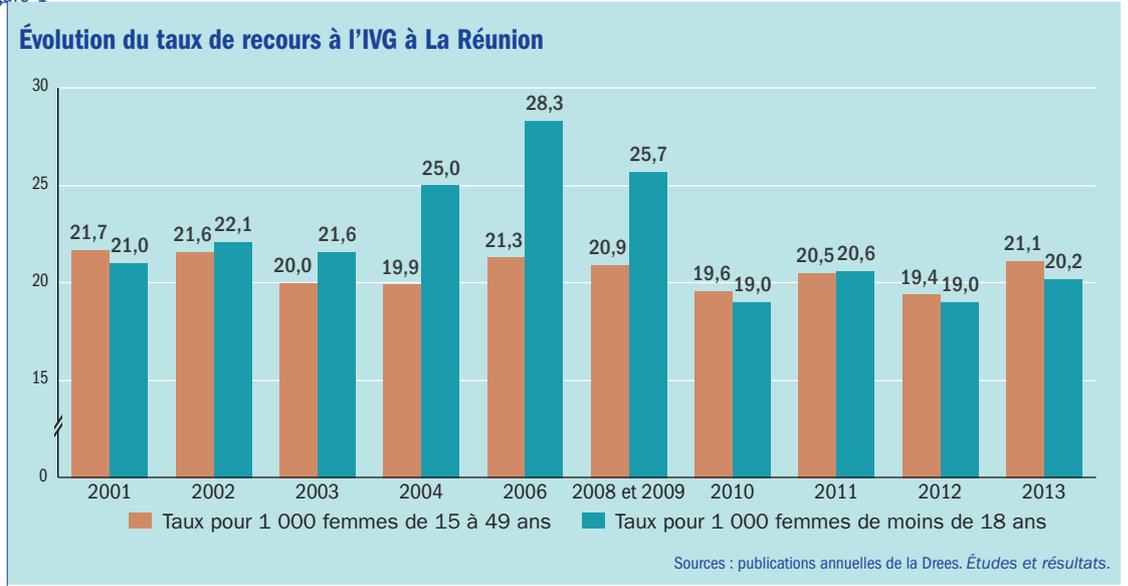
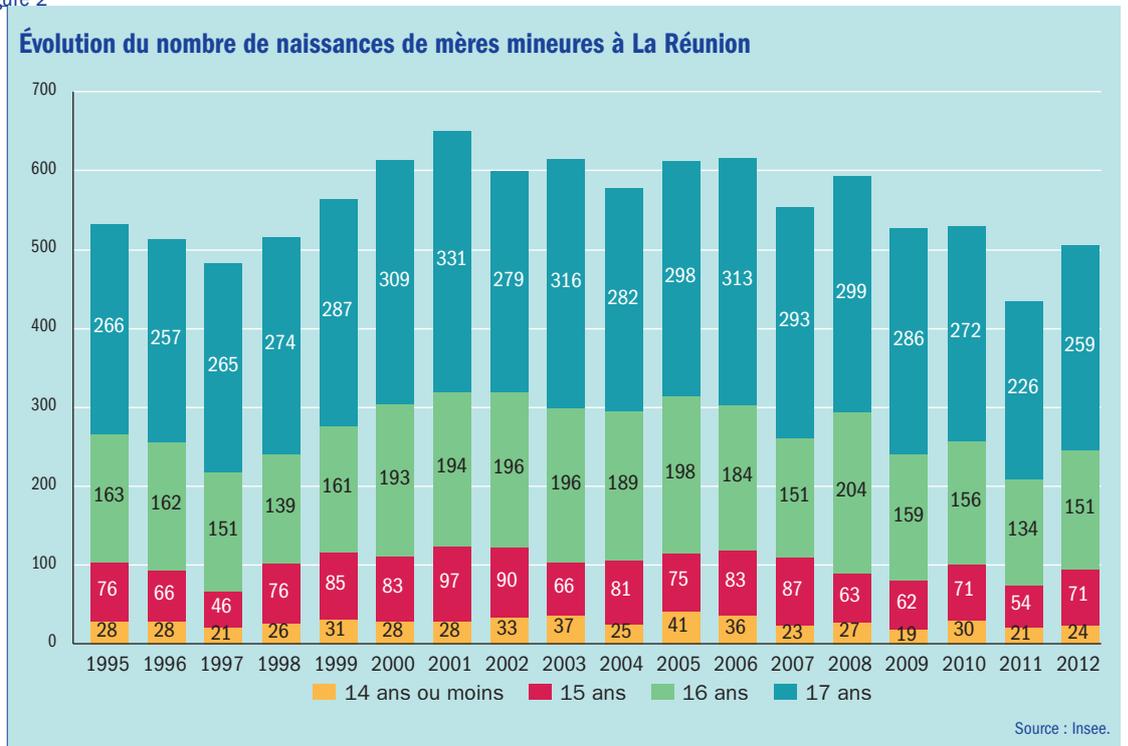


figure 2



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

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

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

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

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

La nécessaire revue des actions de prévention

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

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

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

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

Une adaptation des missions des centres de santé sexuelle

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

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

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

Conclusion

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



Sexologie et santé, des réponses possibles

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

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

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

La formation à la sexualité dans le cursus scolaire

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

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

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

Médecine sexuelle et santé

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

Certaines difficultés sexuelles telles que l'éjaculation

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

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

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

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

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

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

tableau 1

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

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

Source : [6].

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

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

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

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

Médecine sexuelle et société

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

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

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

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

Place de la médecine sexuelle dans le parcours de soins

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

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

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

Conclusion

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

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

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



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

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

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

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

Elle a pour but de répondre à deux objectifs :

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

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

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

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

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

Il assure également de nouvelles missions :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'accès à l'AMP en France

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

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

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



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

Le problème particulier du don d'ovocyte en France

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Emmanuelle Piet

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

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

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

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

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

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

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

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

Les actions auprès des enfants

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

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

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

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

Pendant la grossesse, dépister systématiquement les violences subies

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

La grossesse est un moment où la violence passée peut de nouveau faire surface et où la violence conjugale peut s'exacerber. Dans sa thèse, Hélène Joudrier¹ analyse les résultats de son enquête : chez 28 femmes victimes de violences conjugales pendant les grossesses qu'elles avaient menées avec le dernier compagnon violent, elle a recensé 51 grossesses, 10 fausses couches, 41 enfants nés vivants, dont 23 % prématurés (trois fois le taux de prématurité français), 7 % d'accouchement à domicile (taux habituel 2 pour 1 000). Toutes ces femmes avaient été victimes de violences physiques lors de leur grossesse : 30 % avaient reçu des coups sur le ventre, 82 % avaient été victimes de violences sexuelles et 62 % de viol.

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

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

Le dépistage lors des visites au Planning familial

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

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

En ce qui concerne l'entretien préalable à une IVG, une étude menée dans le département par Cécile Sarafis² a montré que la grossesse ou l'IVG sont liées à de la violence pour 23 % des femmes.

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

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

Les clés de l'aide aux victimes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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