

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Substances psychoactives

Enquête chez les femmes enceintes

Vaccination

Le rôle clé des professionnels de santé

« Les Invisibles »

Homosexualité et parcours de vie

Dossier

Santé sexuelle: à quels professionnels s'adresser?

Mars 2013 / Numéro 423



LA SANTÉ EN ACTION LA REVUE DE LA PRÉVENTION, DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- ➔ les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- ➔ les relais d'information
- ➔ les décideurs

Rédigée par des professionnels

- ➔ experts et praticiens
- ➔ acteurs de terrain
- ➔ responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION EST DISPONIBLE GRATUITEMENT :

- ➔ en format papier sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- ➔ en format Internet pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

The screenshot shows the homepage of the Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). The main navigation bar includes 'ACCUEIL', 'L'INPES', 'ACTUALITÉS', 'ESPACES THÉMATIQUES', 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION', 'NOS PUBLICATIONS', 'ESPACES PROFESSIONNELS', and 'PRESSE'. A large banner for 'Vaccination : êtes-vous à jour ?' is visible. Below it, there are sections for 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION', 'JOUEURS INFOSERVICE', and 'CONTENUS ACCESSIBLES'. A sidebar on the right lists 'NOS PUBLICATIONS' and 'L'INPES'. The 'Santé' magazine cover is highlighted with an orange box, and an orange arrow points to it from below. The cover features the title 'Santé' and the subtitle 'Le magazine bimestriel d'information et de réflexion en éducation pour la santé.' Below the cover, there is a button labeled 'Télécharger le dernier numéro'.

la Santé en action

est éditée par :

**l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

François Beck, Sandrine Broussouloux, Michel Condé, Jennifer Davies, Nathalie Houzelle
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Jean-Christophe Azorin (Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire), **Judith Benrekassa** (InVS), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Ireps de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Annick Gardies** (Inpes), **Zoë Héritage** (Réseau français des villes santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Éric Le Grand** (sociologue, promotion de la santé), **Nathalie Lydié** (Inpes), **Claire Méheust** (Inpes), **Renaud Morin** (Inpes), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

FABRICATION

Conception et réalisation graphique :
offparis.fr
Illustrations : **Petica**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : en cours
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2013
Tirage : 40 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Éditorial

4 _ **Bienvenue à La Santé en action**
Thanh Le Luong

Addictions

5 _ **Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes**

François Beck, Jean-Baptiste Richard, Agnès Dumas, Laurence Simmat-Durand, Stéphanie Vandentorren

8 _ **À Strasbourg, « les femmes enceintes trouvent soutien, écoute et soins auprès d'un réseau »**

Entretien avec Maïca Reichert

Dossier

SANTÉ SEXUELLE : À QUELS PROFESSIONNELS S'ADRESSER ?

Coordination : Lucile Bluzat, Delphine Kersaudy-Rahib et Angélique Nugier

Enquête

50 _ **Vaccination : baisse de l'adhésion de la population et rôle clé des professionnels de santé**

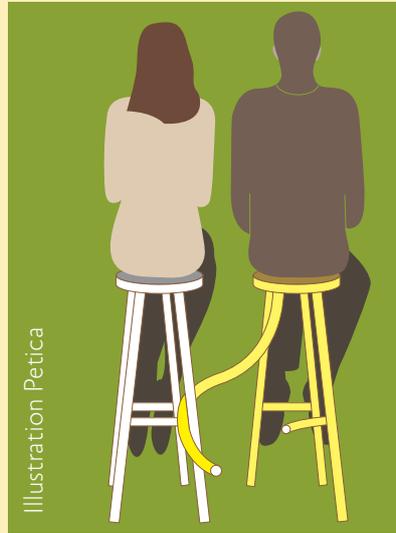
Arnaud Gautier, Christine Jestin, François Beck

Cinésanté

54 _ **Les Invisibles**
Catherine Lemaire, Michel Condé

Lectures

57 _ Céline Deroche,
Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet



Introduction

10 _ Lucille Bluzat, Delphine Kersaudy-Rahib, Angélique Nugier

De la prévention des maladies sexuellement transmissibles à la santé sexuelle

12 _ Frédérique Delatour, Katell Daniault, Thierry Troussier

Former les professionnels de santé au respect des identités sexuelles

14 _ Katell Daniault

SANTÉ, SOCIAL : LE RÔLE DES PROFESSIONNELS ET DES RÉSEAUX

« *Dans le cabinet du médecin, la dimension affective et sexuelle du patient est un continent caché* »

16 _ Entretien avec Catherine Chaumié

Sexualité, contraception : un réseau d'information et de prise en charge dans le Haut-Rhin

18 _ Françoise Warynski

« *La fréquence des consultations prénatales permet de libérer la parole* »

20 _ Entretien avec Nicolas Dutriaux

Le pharmacien : « Un rôle d'éducation, de conseil et d'orientation des usagers sur la sexualité et la contraception »

23 _ Entretien avec Florence Loyer

Pass contraception : un accès gratuit à la contraception pour les mineures

25 _ Angélique Nugier

LES LIEUX ET STRUCTURES D'INFORMATION ET DE SUIVI

Tête à Tête : ouvrir le dialogue sur la sexualité

26 _ Évelyne Dorvillius

Cybercrips/Crips Île-de-France : un espace d'information pour les jeunes

27 _ Jean-Luc Romero

Planning familial : « Un lieu d'écoute, d'accès aux soins et aux droits »

28 _ Entretien avec Véronique Séhier

Grossesses non souhaitées : un programme de sensibilisation des jeunes dans le Médoc

31 _ Laurence Kotobi

Tarn-et-Garonne : un bus du Planning pour informer sur la sexualité

33 _ Lorette Martineau, Sandy Beauvais

Infirmières scolaires : « Accompagner les jeunes dans leurs questionnements »

35 _ Marie-Françoise Derrien, Marie Garcia

ACCÈS AU DÉPISTAGE VIH-SIDA-IST : LIEUX, MODES D'INTERVENTION ET D'ÉCOUTE SPÉCIFIQUES

« Former les professionnels pour lever le tabou sur la sexualité »

38 _ Entretien avec Nathalie Spenatto

Centre de santé sexuelle : « Réunir en un lieu information, prévention, dépistage, traitement et suivi »

40 _ Entretien avec Michel Ohayon

Centre de dépistage : « Se former à l'écoute et être dans le non-jugement »

42 _ Entretien avec Philippe Dhotte

Le dépistage communautaire du VIH : un nouvel outil pour améliorer la santé sexuelle

43 _ Jean-Marie Le Gall,
Laura Rios Guardiola

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Pour en savoir plus

46 _ Laetitia Haroutunian

Bienvenue à *La Santé en action*

Vous avez entre les mains le premier numéro de *La Santé en action*, nouvelle formule de la revue *La Santé de l'homme*, que vous connaissez depuis des années, seule publication traitant de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de la santé, qui aide les professionnels dans leur pratique quotidienne.

Sa mise en page a été entièrement refondue, pour la rendre plus accessible, plus claire, plus en phase avec les habitudes de lecture qui évoluent vite. *La Santé en action* change aussi de périodicité: elle devient trimestrielle (quatre numéros par an, contre six auparavant) mais ne perd pas de vue son objectif: apporter des connaissances vulgarisées aux professionnels afin qu'ils se les approprient. *La Santé en action* a en effet un public large. Elle s'adresse aux professionnels de la santé, mais aussi du social, de l'éducation, à tous ceux qui travaillent sur le terrain. Son ambition est d'outiller les professionnels, en étant une revue d'aide à l'action. L'étude de lectorat, réalisée en 2005, démontrait de fait que *La Santé de l'homme* était largement utilisée pour la formation initiale et continue.

En soixante-dix ans d'existence, *La Santé de l'homme* a connu bien des mutations. Elle avait à l'origine pour objectif de développer l'éducation sanitaire. Pour Pierre Delore, son fondateur,

il s'agissait de « parler de santé beaucoup plus que de la maladie ». En 1972, *La Santé de l'homme* devient la revue du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), nouvellement créé. Le magazine se fait le porte-voix du réseau des comités d'éducation à la santé répartis sur l'ensemble du territoire et devient un véritable espace d'échange et de transfert de connaissances¹. Le contenu de *La Santé de l'homme* s'élargit progressivement, s'adaptant aux évolutions dans le champ de la santé. Son champ d'investigation s'étend à la promotion de la santé, au sens de la Charte d'Ottawa: « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». En 2002, en application de la loi sur le droit des malades, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) succède au CFES et poursuit la publication d'une revue dont l'utilité sur le terrain est reconnue.

En ce premier semestre 2013, nous avons donc décidé d'apporter un nouveau souffle à une publication qui plonge ses racines dans l'histoire de l'éducation à la santé. *La Santé en action* existe désormais sous deux formats: le format « papier », que vous avez en main et auquel peuvent s'abonner gratuitement tous les lieux professionnels collectifs d'exercice et d'accueil du public, dans le champ de

la santé, de l'éducation et du social (établissements scolaires, hôpitaux, centres de santé, communes et collectivités, etc.). Et le format Internet, accessible gratuitement à tous les publics: professionnels ou non, collectifs ou individuels. Depuis 2010, en effet, la revue est intégralement accessible en ligne à partir du site Internet de l'Inpes (www.inpes.sante.fr). Et, depuis 2011, vous pouvez, en quelques clics, vous abonner en ligne à *La Santé en action*, vous la recevrez ainsi dans votre boîte courriel à chaque parution.

Bonne lecture! Et, surtout, n'hésitez pas à nous faire part de vos réactions face à ces changements, nous restons à votre écoute.

Thanh Le Luong,
directrice générale de l'Inpes.

1. Voir le n° 420 de *La Santé de l'homme*, qui retrace « 70 ans d'éducation pour la santé ».

Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes

François Beck,
chef du département Enquêtes
et Analyses statistiques, Inpes,
Jean-Baptiste Richard,
chargé d'études et de recherche,
direction des Affaires scientifiques,
Inpes,
**Agnès Dumas et
Laurence Simmat-Durand**,
sociologues, Cermes 3-Cesames,
université Paris-Descartes, Sorbonne
Paris Cité/CNRS UMR 8211/Inserm
U988/EHESS),
Stéphanie Vandentorren,
épidémiologiste, Samusocial.

Les risques liés à un usage de substances psychoactives au cours de la grossesse sont désormais bien documentés et peuvent s'avérer très sévères pour l'enfant, qu'il s'agisse de l'alcoolisation fœtale [1-3], du tabagisme actif ou passif au cours de la grossesse [4, 5], de la consommation de cannabis par les femmes enceintes [6] ou encore des combinaisons de ces différentes substances [7]. Ces pratiques addictives peuvent ainsi entraîner un risque accru de fausse couche, de diminution du poids de naissance, mais aussi, dans le cas de l'alcool, un retard psychomoteur comme dans le cas du syndrome d'alcoolisation fœtale (Saf).

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées Baromètres santé, qui abordent les

différents comportements et attitudes de santé des Français [8]. La force des données mobilisées, issues de cette enquête représentative de l'ensemble de la population résidant en France et qui donc permet d'observer des prévalences nationales, est de permettre une comparaison des femmes en cours de grossesse (soit 284 femmes enceintes, âgées en moyenne de 29,1 ans) avec les femmes en âge de procréer mais qui ne sont pas enceintes au moment de l'enquête. Les comportements étudiés concernent les consommations de tabac (quotidienne, occasionnelle, ancienne fumeuse, non fumeuse), de cannabis (au cours de l'année, du mois), d'alcool (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou moins fréquente, abstinence). La fréquence d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API), soit six verres ou plus lors d'une même occasion, a également été observée. Enfin, les consommations de substances psychoactives ont été analysées selon le trimestre de grossesse : premier, deuxième et troisième trimestres.

Tabac, alcool : réduction notable pendant la grossesse

Parmi les femmes enceintes, 24 % déclarent fumer quotidiennement (20 % après le premier trimestre) et 3 % occasionnellement. Cette proportion est significativement inférieure à celle des femmes qui ne sont pas enceintes, qui comptent 37 % de fumeuses quotidiennes et 6 % de fumeuses occasionnelles. Parallèlement, la proportion de fumeuses de plus de dix cigarettes par jour est de 8 % parmi les femmes enceintes (6 % après le premier trimestre)



contre 22 % des autres femmes. La France est par ailleurs le pays d'Europe présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des pays affichant des prévalences entre 10 et 15 % [9]. En ce qui concerne la consommation de cannabis, 3 % des femmes enceintes déclarent en avoir fumé au cours des douze derniers mois contre 8 % des femmes n'étant pas enceintes.

La consommation d'alcool se révèle également nettement moindre parmi les femmes enceintes. Cette pratique renvoie avant tout à une consommation occasionnelle : 32 % d'entre elles ont conservé une telle pratique, contre 80 % des femmes du même âge qui ne sont pas enceintes. Si 3 % des femmes enceintes déclarent boire toutes les semaines (contre 25 % des femmes ne l'étant pas), 29 % boivent moins fréquemment. Environ 60 % des femmes

Addictions

Substances psychoactives : enquête auprès de femmes enceintes

qui consommaient de l'alcool avant leur grossesse ont arrêté de boire à son démarrage. Ce changement de comportement est encore plus prononcé passé le premier trimestre de grossesse, les trois quarts des femmes enceintes (74 %) ayant alors arrêté toute consommation d'alcool.

L'ESSENTIEL

■ **La consommation par la femme enceinte de substances psychoactives, en particulier l'alcool, peut avoir des effets graves pour l'enfant à naître.**

■ **D'une manière générale, même si des progrès restent attendus, les femmes enceintes réduisent notablement leurs consommations pendant la grossesse.**

■ **Toutefois, cette réduction est plus faible chez les femmes les plus jeunes et celles disposant des revenus les moins élevés.**

Si une part non négligeable des femmes continue à boire des boissons alcoolisées au cours de leur grossesse, les quantités consommées s'avèrent nettement plus faibles : la consommation hebdomadaire des femmes enceintes s'avère quatre fois moins importante en volume. Par ailleurs, seules 2 % d'entre elles ont déclaré un ou plusieurs épisodes d'API.

Fragilité psychologique : un facteur de risque

Toujours selon ces données, un état de détresse psychologique apparaît nettement associé à la consommation de tabac et aux épisodes d'API pendant la grossesse. De plus, le risque de fumer parmi les femmes ayant un diplôme inférieur au bac est trois fois plus important que pour les autres, et les femmes ayant les plus faibles revenus sont presque deux fois plus nombreuses à fumer durant leur grossesse. Ces liens entre statut socio-économique défavorisé et usage de tabac pendant la grossesse sont bien établis en France [10] ou à l'étranger [11]. Côté alcool, l'arrêt de l'API s'avère plus fréquent parmi les femmes vivant en couple durant la grossesse, ainsi qu'après le premier trimestre, et plus rare parmi les femmes ayant les revenus les plus faibles. D'autres facteurs de risque tels que le fait de vivre seule ou de se sentir stressée, triste ou déprimée, interviennent également. La dépression a été également clairement identifiée comme un frein important à l'arrêt du tabagisme. Il a été démontré dans des études antérieures que le tabagisme et les autres comportements addictifs

QUANT À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, LES TROIS QUARTS (76%) DES FEMMES QUI EN CONSOMMAIENT TOTALEMENT LEUR CONSOMMATION DURANT LA GROSSESSE, UN COMPORTEMENT DÉCLARÉ TOUTEFOIS PAR SEULEMENT LA MOITIÉ DES FEMMES DE MOINS DE 25 ANS AYANT DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTES.

au cours de la grossesse sont souvent l'indice d'une souffrance psychologique et/ou sociale [12, 13].

Concernant les grossesses passées, parmi les femmes ayant déjà été enceintes et qui fumaient avant leur grossesse, 40 % déclarent avoir arrêté lorsqu'elles ont su qu'elles étaient enceintes, la majeure partie de celles-ci (82 %) ayant repris par la suite. Quant à la consommation d'alcool, les trois quarts (76 %) des femmes qui en consommaient déclarent avoir arrêté totalement leur consommation durant la grossesse, un comportement déclaré toutefois par seulement la moitié des femmes de moins de 25 ans ayant déjà été enceintes.

Par ailleurs, 69 % des femmes déclarent avoir reçu de l'information sur l'alcool ou le tabac de la part du médecin chargé de suivre leur grossesse, tandis que 47 % rapportent que leur consommation de tabac a été évaluée par ce médecin, et seulement 22 % pour la consommation d'alcool.

Il convient de préciser qu'aucune preuve de l'innocuité de faibles quantités d'alcool bues au cours de la grossesse n'a été jusqu'à présent apportée, même si les études qui ont mis en évidence un lien entre faible consommation et conséquences délétères sur le foetus

sont rares [14]. Six femmes enceintes sur dix semblent avoir arrêté de boire de l'alcool à l'occasion de leur grossesse, et les trois quarts des femmes enceintes ne consomment plus d'alcool après le premier trimestre. Toutefois, l'arrêt de toute consommation d'alcool lors des grossesses passées apparaît plus rare parmi les plus jeunes. Ce résultat souligne une possible diminution des comportements préventifs des femmes enceintes les plus jeunes et doit attirer notre attention.

Accompagner pour réduire les consommations

Au final, nos résultats confirment l'intérêt de mettre en place des interventions efficaces en matière de sevrage tabagique, tant la prévalence reste élevée au cours de la grossesse, avec seulement un tiers des fumeuses qui parviennent à arrêter pendant cette période. Il faut souligner que certains professionnels de santé conseillent parfois de diminuer le nombre de cigarettes fumées plutôt que d'arrêter totalement, afin de limiter le stress occasionné par le sevrage tabagique. Les traitements de substitution nicotinique apparaissent comme des soutiens utiles et efficaces au sevrage tabagique [15], même s'ils sont plutôt recommandés en seconde intention, lorsque les autres approches se sont révélées inefficaces. Des résultats récents ont toutefois plutôt montré que les traitements de substitution nicotinique utilisés par les femmes enceintes pour le sevrage tabagique se révélaient inefficaces, notamment du fait d'une mauvaise observance [16], et pourraient avoir eux aussi des effets délétères, jouant notamment un rôle dans la pathogenèse des coliques du nourrisson [17]. Le fait que 82 % des femmes qui ont arrêté pour une grossesse reprennent ensuite montre qu'un soutien sur une durée plus longue que la grossesse serait important, le risque étant que seule la culpabilité les fasse arrêter le temps minimum.

L'alcoolisation apparaît pour sa part plus fréquemment abandonnée ou nettement réduite, avec des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante qui semblent très rares. Les campagnes ayant récemment appelé la nécessité

de ne pas boire du tout au cours de la grossesse ont probablement contribué à éloigner les femmes enceintes de l'alcool.

Néanmoins, certains travaux récents affirment que l'alcoolisation pendant la grossesse est sans conséquence en deçà d'un certain seuil, notamment une étude danoise portant sur 1628 femmes suivies sur six ans à partir de la grossesse, qui évoque le seuil de huit verres de boissons alcoolisées par semaine [18], contribuant à semer le trouble en terme de repères.

Développer l'information des femmes enceintes

Des actions pourraient être menées en particulier en direction des plus jeunes et des femmes en situation de précarité, qui arrêtent moins souvent leur consommation de tabac ou d'alcool pendant la grossesse. Une information émanant du gynécologue, de la sage-femme ou du généraliste, en direction des jeunes femmes envisageant une grossesse, dans le cadre de consultations préconceptionnelles par exemple, ou déjà enceintes, serait certainement utile. Dans la mesure où une proportion importante des grossesses ne sont pas prévues, la cible de la population des femmes en âge de procréer semble à privilégier. Le guide « Alcool et grossesse », édité en 2011 sous l'égide du ministère chargé de la Santé à destination des professionnels de santé, souligne la difficulté à parler à une femme enceinte de sa consommation d'alcool et suggère des pistes pour aborder ce point, en donnant notamment des exemples de prises en charge précoces. L'entretien prénatal précoce, qui offre souvent un temps d'échange long avec une sage-femme, pourrait être une ressource très utile car c'est l'occasion d'adresser les femmes à des consultations spécialisées, d'autant que les sages-femmes certifiées en addictologie sont de plus en plus nombreuses. En matière d'alcool notamment, la transmission intergénérationnelle entre mère et fille apparaît aussi comme une source d'information primordiale, invitant aussi à considérer les mères de jeunes femmes enceintes comme des relais privilégiés de la prévention. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Inserm. Exposition prénatale à l'alcool : données épidémiologiques. In : *Alcool. Effets sur la santé*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : p. 143-163. En ligne : www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/expcol_2001_alcool.pdf?sequence=1
- [2] Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation fœtale. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*, 2001, vol. 4, n° 3 : p. 176-183.
- [3] Cottencin O., Nandrino J.L., Karila L., Mezerette C., Danel T. A case-comparison study of executive functions in alcohol-dependent adults with maternal history of alcoholism. *European Psychiatry*, 2009, vol. 24, n° 3 : p. 195-200.
- [4] Ducret L. What are the epidemiological data on smoking and co-addictions during pregnancy? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, Spec N° 13S55-3S66.
- [5] Inserm. Exposition prénatale au tabac. In : *Tabac. Comprendre la dépendance pour agir*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2004 : p. 269-284. En ligne : www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/149/expcol_2004_tabac.pdf?sequence=1
- [6] Karila L., Cazas O., Danel T., Reynaud M. Short- and long-term consequences of prenatal exposure to cannabis. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2006, vol. 35, n° 1 : p. 62-70.
- [7] Simmat-Durand L., Toutain S., Vellut N., Genest L., Crenn-Hébert C., Simonpoli A.-M., et al. Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveau-nés de mères polyconsommatrices, Île-de-France, 1999-2008. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2010, vol. 39, n° 8 : p. 647-655.
- [8] Beck F. Perception des risques et surveillance des comportements de santé : l'apport des Baromètres santé. In : Astagneau P., Ancelle T. *Surveillance épidémiologique*. Paris : Lavoisier, 2011 : p. 296-302.
- [9] Zeitlin J., Mohangoo A. *The European Perinatal Health Report: better statistics for better health for pregnant women and their babies*, 2008, 282 p. En ligne : www.europeristat.com
- [10] Lelong N., Blondel B., Kaminski M. Évolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2011, vol. 40, n° 1 : p. 42-49.
- [11] Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine & Tobacco Research*, 2004, vol. 6, Suppl. 2 : S125-140. En ligne : http://ntr.oxfordjournals.org/content/6/Suppl_2/S125.full.pdf+html
- [12] Zilberman M.L., Tavares H., Blume S.B., el-Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Canadian journal of psychiatry*, 2003, vol. 48, n° 1 : p. 5-13.
- [13] Hauge L.J., Torgersen L., Vollrath M. Associations Between Maternal Stress and Smoking: Findings from a Population-Based Prospective Cohort Study. *Addiction*, 2012, vol. 107, n° 6 : p. 1168-1173.
- [14] Henderson J., Gray R., Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology*, 2007, vol. 114, n° 3 : p. 243-252.
- [15] Stead L.F., Perera R., Bullen C., Mant D., Hartmann-Boyce J., Cahill K., et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, 2008, vol. 23, n° 1 : CD000146.
- [16] Coleman T., Cooper S., Thornton J.G., Grainge M.J., Watts K., Britton J., et al. A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. *The New England journal of medicine*, 2012, vol. 366, n° 9 : p. 808-818.
- [17] Milidou I., Henriksen T.B., Jensen M.S., Olsen J., Søndergaard C. Nicotine replacement therapy during pregnancy and infantile colic in the offspring. *Pediatrics*, 2012, vol. 129, n° 3 : p. 652-658.
- [18] Skogerbø A., Kesmodel U.S., Wimberley T., Støvring H., Bertrand J., Landrø N.I., et al. The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on executive function in 5-year-old children. *BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology*, 2012, vol. 119, n° 10 : p. 1201-1210.

Au CHU de Strasbourg, le réseau Maternité et Addictions accompagne les femmes enceintes usagères de substances psychoactives dans la réduction ou le sevrage d'alcool et de tabac pendant la grossesse.

À Strasbourg, « les femmes enceintes trouvent soutien, écoute et soins auprès d'un réseau »

Entretien avec Maïca Reichert, cadre sage-femme, coordinatrice du réseau Maternité et Addictions au CHU de Strasbourg.

La Santé en action :
Comment accompagner les femmes enceintes dans la réduction, voire la suppression, de leur consommation

de tabac ou/et d'alcool ?

Maïca Reichert : La consommation de tabac et/ou d'alcool pendant la grossesse, même si les répercussions obstétricales et pédiatriques sont fort différentes, représente un enjeu de santé publique important.

Concernant le tabac, un tiers des femmes fument en France. Sur cette proportion, un tiers d'entre elles vont se sevrer pendant la grossesse, un

tiers vont diminuer leur consommation et le tiers restantes va maintenir, voire augmenter, sa consommation. Il est avéré que la consommation de tabac va diminuer le poids de naissance de l'enfant d'environ 200 grammes à terme, mais aussi contribuer à multiplier par deux le risque de pathologies obstétricales pendant la grossesse : fausse couche, menace d'accouchement prématuré, hématome rétroplacentaire, etc.

Ce sont également les femmes en situation de vulnérabilités psychosociales qui vont continuer à fumer, voire augmenter leur consommation, pendant leur grossesse, le contexte psychosocial majorant déjà en soi l'impact en termes

de risque de pathologies obstétricales.

D'où l'importance d'une proposition de soin, d'orientation adaptée qui suppose au préalable la sensibilisation des professionnels de la naissance à ces problématiques et par conséquent le repérage des consommations. C'est notre mission.

S.A. : La grossesse est-elle un « moment » propice de sensibilisation ?

M.R. : Ce temps très particulier dans la vie d'une femme qu'est la grossesse, est un moment propice à la proposition d'une offre de soin et d'orientation en vue d'une aide au sevrage tabagique, ou du moins à une diminution des consommations dans une optique de réduction des risques. Nous savons que la plupart du temps, les femmes reprennent leur consommation de tabac dans le post-partum. Mais les tabacologues nous apprennent que cette première tentative de réduction ou de sevrage est aussi une étape importante vers un sevrage ultérieur.

S.A. : Et concernant l'alcool ?

M.R. : La problématique est tout autre. L'alcool est, en France, la première cause de retard psychomoteur non génétique évitable pour lequel il n'existe pas de dépistage systématisé, contrairement à d'autres pathologies parfois moins fréquentes comme la trisomie 21. Le syndrome d'alcoolisation fœtale concerne, en France, environ 2 000 enfants par an, son pronostic est plutôt sombre. La question du repérage des consommations à toutes les étapes de la grossesse est donc particulièrement

importante, car l'existence de la grossesse et de l'enfant à naître peut mobiliser des énergies parfois insoupçonnées, chez des femmes en difficulté avec une consommation d'alcool.

Il s'agit pour les professionnels d'aborder cette question sans tabou, de connaître les risques de l'exposition à l'alcool, d'avoir des correspondants réactifs (le temps de la grossesse est court) et de permettre un véritable travail multidisciplinaire en réseau.

S.A. : Alcool, tabac : ces risques sont-ils bien connus des femmes que vous recevez tous les jours ?

M.R. : Pour le tabac, la réponse est clairement oui, même si le risque est parfois encore banalisé tant par les femmes que par les professionnels.

Pour l'alcool, la réponse est moins catégorique. On a constaté une évolution en termes de prise de conscience et de connaissances dans les dix dernières années autant du côté des femmes que des professionnels. La question de l'alcool est plutôt d'ordre « culturel », il n'y a pas si longtemps, la consommation d'alcool pendant la grossesse était considérée comme bénéfique sur un certain nombre de petits maux ou ne serait-ce que pour favoriser l'allaitement par exemple.

S.A. : Vous coordonnez le réseau Maternité et Addictions, comment fonctionne-t-il ?

M.R. : Il existe effectivement sur le département du Bas-Rhin un réseau de santé Maternité et Addictions depuis dix ans. Ce réseau a donc une aire géographique d'intervention départe-

L'ESSENTIEL

- **Maïca Reichert, sage-femme coordinatrice, met en avant l'importance d'une proposition de soins et d'orientation adaptés.**
- **Elle souligne que la grossesse et la perspective de l'enfant à naître peuvent mobiliser des énergies parfois insoupçonnées chez les femmes en difficulté avec une consommation d'alcool.**
- **Ces dernières peuvent se réunir en « groupes de parole » pour rompre isolement et culpabilité.**

mentale. Il peut être sollicité par toutes équipes hospitalières, médico-sociales, ou tout professionnel libéral, pour l'évaluation et la coordination d'une situation clinique ainsi que par les femmes elles-mêmes (30 % de la file active, ce qui montre bien que les femmes sont en recherche d'interlocuteurs sur ces questions). Ce réseau a vocation à évaluer les consommations, orienter, proposer et organiser un parcours de soin personnalisé, spécialisé et coordonné avec les différents professionnels impliqués dans la prise en charge. Une autre dimension importante du réseau est justement la sensibilisation, la formation des professionnels afin de favoriser le repérage et l'orientation des femmes. Au niveau national se sont développés différents fonctionnements ou organisations : des sages-femmes formées par un DU de tabacologie, un DIU Parentalité et addictions, parfois des temps d'intervention dédiés, des collaborations avec des équipes de liaison en addictologie, mais aussi beaucoup d'établissements où cette réflexion est en friche voire inexistante.

S.A. : Concrètement, comment travaillez-vous pour réduire les addictions chez les femmes enceintes ?

M.R. : Il faut des professionnels formés à ces questions et des temps d'intervention dédiés dans les établissements et leurs services, ce qui va permettre de faciliter le repérage par les professionnels de première ligne, ceux-ci sachant qu'ils auront une possibilité d'orientation et de soutien. Pouvoir solliciter un professionnel formé leur permettra d'aborder la question des consommations.

Les femmes concernées par ces problématiques de consommations nous disent toutes leur crainte du jugement, de la stigmatisation. À partir du moment où ces questions sont abordées sous l'angle de la réduction des risques pour la grossesse et leur enfant, avec la connaissance des processus de dépendance, il est finalement relativement facile de construire une adhésion thérapeutique avec les femmes, en partant de : « *Qu'est ce qui*

est possible pour vous ? ». Les femmes sont pour la plupart soulagées d'avoir un interlocuteur avec lequel évoquer leurs difficultés. Pour preuve, les 30 % de femmes qui s'adressent à nous directement ayant eu connaissance du réseau par le « bouche-à-oreille » ou trouvant les coordonnées de notre structure sur Internet. Il s'agit avant tout d'évaluer le contexte, les difficultés, la demande et les possibilités dans une dimension à la fois médicale (obstétricale, pédiatrique mais aussi addictologique, psychiatrique parfois) mais aussi, assurément, sur le plan social et sur le plan familial.

Au vu de cette évaluation, il sera proposé à la patiente des rencontres avec des professionnels en fonction des besoins exprimés, dans une approche nécessairement pluridisciplinaire. La condition de l'efficacité est la coordination des professionnels afin d'introduire de la cohérence et de la fluidité dans le projet de soins.

S.A. : Comment recueillir l'adhésion de la femme enceinte, qu'elle se sente « partie prenante » et que l'on ne lui impose pas une injonction ?

M.R. : L'injonction médicale est certainement inopérante dans ce domaine, comme dans d'autres. Tout dépend de la formation des professionnels et de leur philosophie du soin. On ne soigne pas un utérus, ou une consommation à risque d'alcool mais une personne avec un parcours de vie, des difficultés plus ou moins conscientes. Il faut s'appuyer sur l'énergie présente au moment de ce temps de grossesse avec ce que cela permet de libérer comme potentialités, sur l'investissement de la grossesse et la préoccupation qu'ont les femmes pour leur enfant à naître. Elles connaissent bien souvent leurs niveaux de difficultés et sont de fait soulagées de pouvoir trouver un soutien, une écoute et des propositions de soins.

S.A. : Et la culpabilité ?

M.R. : Elle doit aussi être abordée. Elle l'est bien souvent par les femmes en premier lorsqu'on laisse ouvert le dialogue à cette question. Il y a ensuite

beaucoup à expliquer, à rassurer, car comment construire une relation avec le nouveau-né si celle-ci a pour fondation un sentiment de culpabilité ?

Nous avons, depuis plus d'un an, mis en place un groupe de parole dans le cadre d'un projet financé par la Fondation de France, qui permet aussi aux femmes que nous rencontrons de bénéficier de cette espace, de sortir de l'isolement, d'énoncer leurs difficultés, d'exprimer leurs craintes et où la présence des autres femmes du groupe et l'échange que cela occasionne leur offrent un soutien indéniable.

S.A. : Quelles sont les forces de votre travail en réseau et les difficultés rencontrées ?

M.R. : Les points forts ont été la formation et la sensibilisation de professionnels à ces problématiques, l'amélioration du repérage et l'organisation du recours à des prises en charge pluridisciplinaires.

Le réseau Maternité et Addictions connaît actuellement ses derniers mois d'existence puisqu'à la demande de l'Agence régionale de santé, cette activité de coordination clinique devra être relayée vers des structures de soins de droits communs. Nous entamons actuellement une réflexion sur la manière d'organiser ce relais avec l'objectif de ne rien perdre de ce qui a été mis en place jusque-là en termes d'accès aux soins pour les femmes concernées.

À l'instar des recommandations du Groupe d'études grossesse et addictions (Gega), présidé par le professeur Claude Lejeune, qui a été professeur de pédiatrie à l'hôpital Louis-Mourier à Colombes et anime le groupe Grossesses et Addictions au sein de cette structure, nous proposons qu'en fonction du nombre de naissances dans chaque maternité puisse être financé et mis en place en temps de sage-femme formé en addictologie dont la fonction sera l'évaluation clinique et la coordination du parcours de soin des femmes usagères de substances psychoactives. ■

Propos recueillis par Yves Géry

Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ?



Dossier

**Dossier
coordonné par
Lucile Bluzat,**
chargée de communication,
direction de l'Information
et de la Communication,
Inpes,
**Delphine
Kersaudy-Rahib
et Angélique Nugier,**
chargées d'études et
de recherche, direction
des Affaires scientifiques,
Inpes.

Vie affective et sexuelle, contraception, lutte contre les infections sexuellement transmissibles, VIH/sida : quels sont les lieux d'information, d'accueil, de prévention, de prise en charge et d'accès aux soins ? Qui sont les professionnels auxquels le public peut s'adresser ou vers lesquels il peut être orienté ? Au-delà de la prise en charge, quels sont les dispositifs de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé ?

Ce dossier de *La Santé en action* entend apporter des éléments de réponse à ces questions. Nous avons choisi de traiter le sujet sous l'angle de la « santé sexuelle » telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations*

*sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence*¹. »

En effet, au travers des dispositifs en place, différentes approches sont proposées pour répondre au mieux aux besoins des professionnels et des populations. Une évidence saute aux yeux : le recensement des dispositifs de terrain et d'accueil du public sur la santé sexuelle est complexe. Les services et les niveaux d'intervention sont multiples et non harmonisés d'un territoire à l'autre. Dans ce contexte, il nous a donc semblé pertinent de faire un point sur les principales structures et réseaux d'accueil et de prise en charge.

Sans pouvoir tous les citer ici, certains professionnels sont en première ligne. Il s'agit notamment des professionnels du monde médical, généralement non spécialisés en santé sexuelle : médecins, pharmaciens – les plus nombreux et les mieux identifiés par le public –, mais aussi sages-femmes,



gynécologues, infirmiers, professionnels scolaires, etc. Des structures spécifiques, aptes à réaliser des soins, mais intégrant une forte composante sociale et spécialisées sur la thématique sont aussi présentes sur le territoire : ce sont les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), dont ceux du Mouvement français pour le planning familial (MFPF), les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), les centres de protection maternelle et infantile (PMI) pour une part de leur activité. Il y a aussi des structures plus spécifiques, tel le premier centre de santé sexuelle ouvert à Paris, qui conjugue approche globale de la sexualité et soutien médicalisé.

L'accent a également été mis sur des structures et des professionnels qui « vont vers » les publics, c'est-à-dire se déplacent au plus près des lieux de vie et au rythme des populations, et dont l'approche est démedicalisée. En effet,

les contacts se nouent en premier lieu autour du bien-être et de la santé sexuelle au sens large, et peuvent conduire à orienter vers un professionnel de santé ou à dispenser un conseil, voire un acte médical. C'est le cas, par exemple, des permanences de l'association Aides, qui mettent à disposition des populations les plus exposées des tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) concernant le VIH/sida; des équipes du Planning familial et d'autres centres de planification et d'éducation familiale qui interviennent en milieu scolaire; des dispositifs mobiles comme le bus du Planning familial dans la région de Montauban; des lieux d'information au plus près des mouvements de la population, comme Tête à Tête, ouvert dans une galerie commerciale en banlieue parisienne.

Ce dossier a donc vocation à être un « point de départ » pour poser les jalons d'une cartographie des lieux et des personnes ressources dans le domaine de la santé sexuelle en France. Il a aussi pour ambition de fournir aux professionnels de la santé, de l'éducation et du social des clés d'orientation dans ce champ. Parmi les points forts évoqués revient la nécessité d'une formation pointue et du travail en réseau. En effet, chaque professionnel de santé possède son domaine de compétence, sa spécialité; la santé sexuelle se trouve souvent à la charnière des compétences de différents professionnels, de la santé mais aussi du social. Ce dossier permet d'identifier les différents acteurs en santé sexuelle. Pour les professionnels, il leur ouvre la perspective d'identifier les ressources

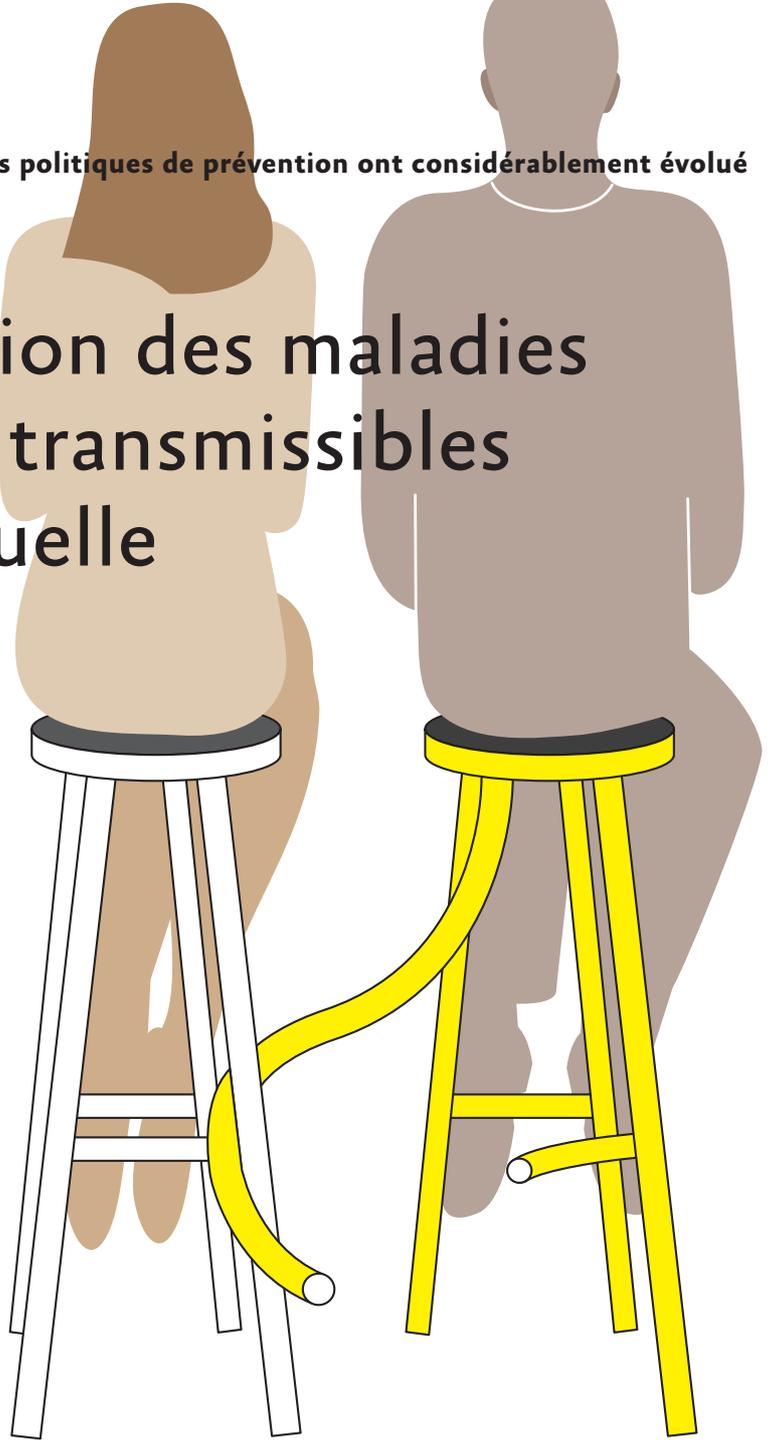
« IL NOUS A SEMBLÉ PERTINENT DE FAIRE UN POINT SUR LES PRINCIPALES STRUCTURES ET RÉSEAUX D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE. COMMENT CES STRUCTURES REÇOIVENT-ELLES LE PUBLIC, QUELS SONT LEURS SERVICES? »

à disposition, afin de pouvoir orienter les consultants de façon efficace s'ils ne se sentent pas à l'aise pour aborder ce sujet ou s'ils jugent que la prise en charge ne relève pas de leur champ.

Les contributeurs à ce numéro en font le constat : entre ces différents professionnels, le travail en réseau est indispensable afin d'apporter une réponse adaptée aux problématiques rencontrées par les populations. Nous formulons le souhait que ce travail puisse leur servir d'outil, afin, justement, de développer ce travail en réseau, dans le champ de la santé sexuelle. ■

1. http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

De la prévention des maladies sexuellement transmissibles à la santé sexuelle



Dr Frédérique Delatour,

chargée de mission Dépistage*,
Katell Daniault,
chargée de mission
Qualité de vie des
personnes atteintes*,

Dr Thierry Troussier,
chargé de mission Prévention*.

* Bureau Infections par
le VIH, IST et hépatites,
sous-direction de la
Prévention des risques
infectieux, Direction
générale de la santé.

La santé sexuelle telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002 est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou de handicap. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte ni discrimination ni violence. Ainsi, le concept de santé sexuelle ne se limite pas à l'absence de dysfonctions, de maladies ou de problèmes de santé (infertilité, avortement, infection

sexuellement transmissible-IST, etc.), mais se réfère à un « processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel associé à la sexualité » [1]. La notion de santé sexuelle et reproductive, très présente dans les programmes d'Onusida (Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida), tente de répondre aux difficultés d'un certain nombre de pays tout particulièrement touchés par le VIH et pour lesquels la grande majorité des infections à VIH est transmise sexuellement ou associée à la grossesse, à l'accouchement ou à l'allaitement. Des facteurs économiques et sociaux comme la pauvreté et l'inégalité entre les genres contribuent à la fois à la transmission du virus et à une mauvaise

santé sexuelle et reproductive. Ces programmes associent des initiatives relatives au VIH et celles qui visent la santé sexuelle, pour multiplier les chances de prévenir et de traiter les infections à VIH tout en mettant en place des services de planification familiale et de soins pour la femme et l'enfant, en apportant traitement et prise en charge aux personnes vivant avec le VIH.

1916 : création des dispensaires antivénéériens

En France, si l'idée de mettre en œuvre une stratégie visant à favoriser le bien-être de la personne est également assez récente, l'implication des pouvoirs publics pour limiter les conséquences

sur la santé des risques liés à la sexualité date du début du xx^e siècle. Elle s'est faite, à l'époque, dans une approche hygiéniste et s'est traduite par la création en 1916 de dispensaires antivénéériens (DAV) « dans le but d'éradiquer le péril vénérien qui risque de "réduire les qualités de la race française" ». Il s'agissait, pour le professeur Alfred Fournier, de proposer « des établissements aux consultations nombreuses, gratuites, faciles d'accès, ouvertes à des heures où l'ouvrier puisse s'y rendre sans préjudice pour son travail et pour sa bourse » [2].

Années 1960-1970 : légalisation de la contraception

L'approche institutionnelle en matière de sexualité évolue dans les années 1960-1970 avec l'apparition de la contraception et l'accès à l'IVG. Ainsi, le dispositif des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) mis en place par la loi Neuwirth en 1967 vise à donner aux femmes et à leurs partenaires les moyens de contrôler les naissances. Il s'agit de répondre aux besoins de la personne par une approche sanitaire, sociale et également éducative.

Aussi, au début des années 1980, la réponse institutionnelle aux risques liés à la sexualité s'organise-t-elle en complémentarité du secteur libéral, autour de deux dispositifs (DAV et CPEF), tous deux gérés par les collectivités locales (conseils généraux) et différents de par leurs objectifs, les publics qui y recourent et les modes d'intervention.

Années 1980 : l'épidémie du VIH/sida

Dans les années 1980, l'épidémie du VIH va considérablement faire évoluer ce paysage. Si l'enjeu est bien de limiter la diffusion du virus dans la population comme pour les maladies vénériennes, il apparaît qu'en l'absence de traitement efficace, l'approche doit être centrée sur la personne pour l'amener à adopter un comportement de prévention. De par les populations touchées, en particulier les publics homosexuels, les normes sur les représentations de la sexualité évoluent et s'élargissent. C'est au travers des dif-

FORMATION DES PROFESSIONNELS À LA SANTÉ SEXUELLE : UN DÉFI À RELEVER

La formation initiale et continue en santé sexuelle des professionnels de santé que ce soit pour les médecins ou les paramédicaux se trouve actuellement le plus souvent segmentée entre des enseignements universitaires multiples et non coordonnés qui portent sur la planification, la lutte contre le VIH et les IST et les approches socio-psychologiques des rapports de genre. D'après les recommandations formulées par l'Organisation mondiale de la santé en 2009, la formation en santé sexuelle et reproductive comprend les approches cliniques, psychologiques, sociales et de santé publique des différents aspects de la santé sexuelle et reproductive au regard des droits humains. La formation doit permettre le développement de compétences en counseling (approche bio-psycho-sociale) et en méthodologies d'intervention brève de type IEC (Information, Éducation et Communication); elle doit aussi permettre d'optimiser ou de conceptualiser des dispositifs d'intervention adaptés aux différents publics cibles. Cette formation est à différencier des formations de sexologue ou de sexualité humaine qui ont pour objectifs les prises en charge thérapeutiques des troubles sexuels. En France, actuellement, seule l'université Paris-Diderot propose un diplôme en santé sexuelle sur une année, formant seulement une quinzaine de professionnels par an. Des pistes de formation diplômantes sont actuellement à l'étude en partenariat avec d'autres universités.

T. T.

Pour en savoir plus

<http://www.medicine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-et-diu/454-conseiller-en-sante-sexuelle>

férents textes organisant les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'infection à VIH qu'apparaissent progressivement les notions d'information-conseil, de *counseling*¹ et d'entretien motivationnel² avec une approche centrée sur la personne.

Depuis leur création, les différentes études montrent que tous les types de publics consultent en CDAG :

jeunes, adultes, couples, hétérosexuels, homosexuels, bisexuels, transsexuels, mono ou multipartenaires, personnes qui se prostituent, précaires, migrants, etc. Si la grande majorité est séronégative, il n'en est pas moins vrai que l'entretien fait émerger d'autres problématiques telles que la reprise des comportements à risque, la recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST), le nombre constant de grossesses non désirées, les violences, l'impact des rapports de genre et des déterminants socioculturels. Ces constats ont amené à repenser l'approche institutionnelle de la prévention liée à la sexualité.

Une nouvelle approche : contribuer à la promotion de la santé

À l'instar de ce qui est déjà réalisé dans de nombreux pays industrialisés, un nouveau paradigme plus positif de la sexualité peut être proposé au travers du concept de santé sexuelle et reproductive (SSR). La stratégie qui en découle n'a plus pour seul objectif de résoudre les problèmes liés à sexualité, mais doit contribuer à la promotion de la santé. Ceci suppose une approche multidimensionnelle des déterminants de santé et des difficultés en lien avec l'exercice de la sexualité et un processus éducatif qui doit être mis en œuvre dès le plus jeune âge. Le dispositif d'accompagnement et de prise en charge des personnes – en mutualisant les moyens, les structures et modes d'intervention et de communication – ne doit plus segmenter les pathologies ou les dysfonctionnements, ni les publics. La formation des professionnels doit leur permettre d'aborder l'ensemble des questions de sexualité (orientation sexuelle, difficultés d'en parler, contraception, prévention des IST, violences sexuelles, dysfonctions sexuelles, etc.).

À ce jour, l'Angleterre et les Pays-Bas ont déjà mis en œuvre et évalué ce type de stratégie. L'impact en est posi-

L'ESSENTIEL

- D'une approche hygiéniste de la lutte contre les IST, fortement liée à l'urgence de la situation dans les années 1980, centrée sur la lutte contre le VIH/sida, on est passé à une approche comportementale plus globale, promue par l'OMS.
- La santé sexuelle est désormais clairement définie comme un état de bien-être.
- La France, comme la majorité des autres nations, intègre peu à peu ce nouveau paradigme.

tif avec des résultats probants sur les indicateurs synthétiques de SSR³, mais aussi en termes de service rendu à la population grâce à la mutualisation des moyens et des compétences (guichet unique, formation pluridisciplinaire, standardisation des pratiques, et de l'évaluation) [3, 4].

En France, l'approche de santé sexuelle s'inscrit progressivement dans le champ institutionnel au travers d'actions portées notamment par l'Éducation nationale et le ministère en charge de la Santé. L'Inpes s'est ainsi approprié cette thématique et plusieurs actions visant à améliorer la santé sexuelle des personnes ont été inscrites dans le plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014. C'est en ce sens que doit être pensé le processus de rénovation du dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH, des hépatites et des IST et l'expérimentation de centres de santé sexuelle ainsi que le préconise l'Inspection générale des Affaires sociales en 2010 [5]. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Pan American Health Organization, World Health Organization. *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*. 2000 : 58 p.

[2] Le Naour J.-Y. Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918). *Annales de démographie historique*, 2002, vol. 1, n° 103 : p. 112. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=ADH_103_0107

[3] Progress and priorities – working together for high quality sexual health. *Review of the National Strategy for Sexual Health and HIV*, 2008 : 80 p. En ligne : www.medfash.org.uk/uploads/files/p17abl1iai1e961d438j2pjl1rp7p.pdf

[4] Vanwesenbeeck I. *Sexual health behaviour among young people in the Netherlands*. Sexual Health Forum, Brussels, 13 mars 2009.

[5] Inspection générale des Affaires sociales (Igas), Jourdain-Menninger D., Lecoq G. *Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)* [Rapport]. Paris : Igas, 2010 : 80 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000044-evaluation-de-la-mise-en-oeuvre-de-la-recentralisation-de-la-lutte-contre-les-infections>

1. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel; grossesses non programmées (IVG et grossesses à terme) chez les femmes de 15 à 19 ans; utilisation de la contraception lors du premier rapport sexuel.

2. « Relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face » (English H.B., English A.C. *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*. New York: Ed. D. Mac Kay & Co, 1958 : p. 127).

3. « Méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider les changements de comportement en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller W.R. *Motivational interviewing with problem drinkers*. *Behavioural Psychotherapy*, 1983 : vol. 11, n° 2 : p. 147-172.

En ligne : <http://dx.doi.org/10.1017/S0141347300006583>).

La direction générale de la Santé a élaboré une fiche de formation pour aider le personnel soignant à avoir une approche centrée sur la personne.

Former les professionnels de santé au respect des identités sexuelles

Katell Daniault, chargée de mission Qualité de vie des personnes atteintes, bureau Infections par le VIH, IST et Hépatites, sous-direction de la Prévention des risques infectieux, direction générale de la Santé.

La santé sexuelle nécessite un environnement légal, politique et réglementaire dans lequel les droits sexuels de tous les individus sont respectés, notamment la liberté de choisir son orientation sexuelle. Selon une enquête de 2012 sur la discrimination dans l'Union européenne (Eurobaromètre de la Commission européenne), il apparaît que la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est considérée comme la

deuxième forme de discrimination la plus répandue au sein de l'Union européenne. En France, comme dans bon nombre de pays méditerranéens, la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est jugée particulièrement répandue : 61% des répondants pensent qu'elle est répandue dans leur pays, chiffre supérieur à la moyenne européenne, soit 46% [1]. Une enquête associative auprès de personnes vivant avec le VIH montre qu'en 2009, en France, 39% des participants estiment avoir subi une discrimination pour un autre motif

que le VIH, la raison le plus souvent évoquée étant l'homosexualité. Dans cette enquête, répétée en 2005, 2009 et 2012, c'est dans le domaine de la santé que les participants ont le plus rapporté un sentiment de discrimination [2].

Agir contre l'homophobie, la lesbophobie et la transphobie

Le programme d'actions gouvernemental contre les violences et les discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre du 31 octobre 2012 souligne la nécessité d'agir avec les personnels de santé contre l'homophobie, la lesbophobie et la transphobie. Le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 indique par ailleurs qu'en raison des discriminations réelles ou ressenties des personnes homosexuelles dans les services de santé, pouvant nuire à la qualité globale des soins et de la prise en charge, des actions doivent être mises en place pour aider le personnel soignant à avoir une approche centrée sur la personne, non discriminante vis-à-vis de son orientation sexuelle, afin d'améliorer la qualité de la relation avec les patients¹.

Il est important que les professionnels de santé soient en mesure de prendre en compte l'orientation sexuelle des patients pour que ceux-ci puissent se sentir assez en confiance pour aborder leur sexualité. Si les personnes craignent un jugement sur leur orientation ou identité sexuelle ou de genre, lorsque cela ne les empêche pas de consulter, cela peut les dissuader de révéler leur homo-bi-transsexualité et alors priver le soignant d'éléments d'orientation précieux.

Dans ce cadre, la direction générale de la Santé a élaboré une fiche-support² pour la formation sur le respect des identités sexuelles dans la pratique professionnelle des soignants. Dans un premier temps, cette fiche a été présentée aux conseillères pédagogiques régionales des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) en juin 2011, et diffusée à tous les instituts, ceux-ci étant libres d'inclure cette thématique dans le programme de formation de chaque école. Pour les Ifsi, cette thématique peut s'insérer de manière cohérente dans diverses unités d'enseignement : l'unité « Psychologie, sociologie, anthropologie », qui contient notamment la psychologie et la santé (souffrance psychique, schéma et image corporels, etc.), l'unité « Législation, éthique, déontologie », qui vise notamment à inculquer les droits fondamentaux des patients et l'implication de ces droits dans la pratique professionnelle ; l'unité « Processus inflammatoire et infectieux », qui permet d'aborder le VIH-sida et les hépatites ; ou encore l'unité « Soins relationnels », qui contient un enseignement sur l'adaptation des modalités de communication aux personnes et aux populations.

Renforcer les capacités d'écoute et d'intervention des soignants

La fiche-support donne des pistes, des références et des outils pour la construction par les enseignants d'un module plus complet, qui a pour objectif de renforcer les capacités d'écoute et d'intervention des soignants auprès des personnes homosexuelles et transsexuelles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Discrimination dans l'Union européenne en 2012 : perceptions, expériences et attitudes, janvier 2013. Étude commandée par la Commission européenne. En ligne : ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_393_sum_fr.pdf

[2] Enquêtes sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (2012, 2009, 2005).

En ligne : http://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/SIS_Rapport_Discrimi_2012.pdf
http://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/SIS_Discriminations_2009-2.pdf
<http://www.rsms.asso.fr/pages/10%20Diaporamas/051130sondage.pdf>

[3] Association des médecins gays, Aides, avec le soutien de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Homosexuels. Des patients comme les autres ?* Aides, 2010 : 18 p. En ligne : www.aides.org/download.php?filepath=/sites/default/files/doc/homopatient.pdf

Elle définit les notions d'orientation sexuelle, d'identité de genre et de transsexualisme et recense des études sur les discriminations liées à l'orientation sexuelle dans le domaine de la santé.

Cette fiche informe également sur l'état du droit, notamment l'évolution des droits des personnes homosexuelles en France, de la dépénalisation de l'homosexualité en 1982 à la suppression du transsexualisme de la liste des affections longue durée en 2010, en passant par la loi de 2009 Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) qui inscrit dans le Code de la santé publique les motifs de discrimination.

Elle signale également les outils existants à destination des soignants afin de les aider à avoir une approche centrée sur la personne, qui prenne en compte les différences individuelles et leur apporte informations et conseils pratiques afin d'améliorer la qualité de la relation avec ces patients [3]. ■

1. Les actions à mettre en place doivent être définies en fonction des besoins et des opérateurs. Il peut s'agir de formations, de sensibilisations, de débats...

2. Cette fiche sera prochainement téléchargeable sur le site Internet du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pour l'obtenir, dans l'attente, s'adresser à katell.daniault@sante.gouv.fr.

« Dans le cabinet du médecin, la dimension affective et sexuelle du patient est un continent caché »

Entretien avec Catherine Chaumié, médecin généraliste à Paris, membres de plusieurs réseaux professionnels¹.

La Santé en action : Quel est le rôle du médecin généraliste face à ses patients en matière de vie affective et sexuelle ?

Catherine Chaumié : Les patients viennent nous voir pour des demandes de soins, des consultations sur des thèmes très biomédicaux, à partir de leurs préoccupations corporelles et/ou de leur souffrance. Ils ne viennent pas – ou très rarement – pour nous parler d'emblée de leur vie affective et sexuelle. Ainsi, par exemple, les hommes viennent pour des infections sexuellement transmissibles (IST) avec des conduites à risques, parfois des difficultés sexuelles; les femmes, parce qu'elles ont besoin d'un moyen de contraception, qu'elles viennent demander la pilule, qu'elles ont un retard de règles, à 15 ans par exemple, qu'elles entrent en ménopause ou/et ont des bouffées de chaleur.

S. A. : **Ils ne vous consultent que pour des questions concrètes et immédiates ?**

C. C. : Ce qu'ils nous explicitent, c'est une dimension corporelle, somatique. La dimension affective et sexuelle est un continent caché derrière ces demandes somatiques auxquelles nous répondons. Notre première mission est d'entendre et de répondre correctement à ces demandes somatiques, ce qui permettra peut-être au patient de s'exprimer et au médecin de l'orienter en conséquence. Pour eux, le rôle du médecin est très clair : ils sont porteurs de symptômes ou d'une souffrance morale pouvant

relever d'un traitement médical, ils vont voir le médecin généraliste pour bénéficier d'un diagnostic et, surtout, d'un traitement. Ils viennent donc chercher chez nous une solution de type médical.

S. A. : **C'est seulement après que les questions relevant de la vie affective et sexuelle peuvent être abordées ?**

C. C. : Effectivement, la relation entre le médecin généraliste et le patient va évoluer au fil du temps. Dans certains cas, le patient se rend compte qu'il peut préciser sa demande, être entendu dans d'autres dimensions de ses interrogations, que le médecin généraliste va pouvoir peut-être l'aider, l'orienter. Ceci vient dans un second temps. Par exemple, chez les hommes, il y a beaucoup de problématiques autour de la sphère génitale ou des manifestations somatiques variées qui vont cacher des inquiétudes sexuelles que l'on va pouvoir aborder. Donc le rôle et l'approche du médecin généraliste sont de bien maîtriser toutes les étapes qui correspondent à la vie sexuelle (contraception, grossesse, fécondité chez la femme), mais aussi au chemin de vie des personnes. Le médecin doit être, non seulement très bien formé par rapport à ce champ (gynécologie/contraception pour la femme, problématiques urogénitales chez les hommes, infections sexuellement transmissibles), mais aussi être disponible pour répondre à l'ensemble de ces questions. De mon point de vue, le médecin généraliste ne doit pas de suite amener le dialogue sur ce champ de la vie affective et sexuelle, car c'est un domaine personnel, humain, que l'on va respecter sans être intrusif ou

normatif. L'enjeu est d'entendre une souffrance affective ou sexuelle.

S. A. : **N'y a-t-il pas un décalage entre ce que le médecin pense devoir apporter au patient et ce que le patient attend du médecin ?**

C. C. : Le professionnel a dans l'idée que, derrière les demandes somatiques, peuvent se cacher des difficultés affectives et sexuelles, mais en la matière il n'a pas de compétences spécifiques, si ce n'est de dialoguer avec son patient et de l'orienter – ce qui n'est déjà pas si mal. Je constate qu'en face, le patient est encore plus dans une demande strictement somatique. Quand ils viennent nous voir, les patients sont souvent en situation d'urgence, ils expriment une demande et attendent qu'on les écoute avec empathie et non avec un jugement. Une jeune femme qui vient dans mon cabinet formuler une demande d'IVG médicamenteuse est confrontée à une situation très angoissante, vit peut-être une période de crise car elle a été confrontée à un échec de contraception et que cet échec concerne aussi sa sexualité, son implication affective. C'est souvent un moment de remise en cause et les patientes ont très rarement une demande d'analyse de leur situation relationnelle. Soyons clairs : le médecin est là tout d'abord pour bien s'occuper de son corps et de cette interruption de grossesse en toute sécurité. Ce que la patiente attend le plus, c'est que l'on soit efficace et qu'on l'assure qu'elle ne va pas se faire de mal. Et c'est, si j'ose dire, le « plus » que l'on peut lui apporter par rapport à sa vie sexuelle.

S.A. : N'y a-t-il pas trop peu de temps pour une réflexion psychologique dans cet échange médecin-patient ?

C. C. : L'important, c'est la manière dont on accompagne le patient dans ces moments-là et c'est ce qu'il attend du médecin généraliste. La réflexion psychologique, c'est la personne elle-même qui la mène, elle est sous-jacente, plus ou moins verbalisée. Le médecin généraliste doit être là au bon moment, pour répondre de manière adaptée à la demande. Ainsi, toujours avec l'exemple d'un cas de demande d'IVG, nous allons nous assurer que cette personne n'est pas exposée à une IST qu'il faudrait soigner, qu'elle n'a pas subi de violences, etc. Cela fait partie des éléments que le médecin peut détecter, en posant ou non des questions directes. Le médecin se préoccupe de tous les éléments qui concernent la sécurité du corps de la personne : faire en sorte que la patiente ne souffre pas, garantir son intégrité pour qu'elle puisse continuer sa vie comme elle le souhaite. *Idem* pour une demande de contraception : nous avons toutes sortes de petits signaux qui s'allument pour vérifier que cette personne est bien en sécurité, ne se met pas en danger ultérieurement pour sa vie de femme, qu'elle n'est pas exposée à une IST, à des violences, que la contraception que l'on va lui proposer sera la moins nocive et la plus adaptée à ses besoins, qu'elle pourra la maîtriser et la comprendre. Bien sûr, au cours de ces consultations, les conflits et les souffrances psychologiques vont s'exprimer ; le médecin généraliste a une position privilégiée pour accompagner cette élaboration et être passeur vers des solutions ou prises en charge adaptées.

Plus globalement, le médecin généraliste est dans une position tout à fait privilégiée de suivi dans le temps du patient, ce qui lui permet d'aborder divers problèmes. Mais certains patients ont des problèmes qu'ils ne vont jamais nous exposer et que l'on va tout à coup découvrir après de longues années de consultation.

S.A. : Comment renforcer le rôle et l'efficacité du médecin généraliste ?

C. C. : Il faut – au-delà du seul médecin généraliste – que nous disposions des moyens de travailler en équipe,

L'ESSENTIEL

■ **☒ Ce qu'attend le patient du médecin généraliste, c'est avant tout une prise en charge médicale efficace, dans un climat d'écoute et d'empathie.**

■ **☒ Le premier rôle du médecin généraliste est donc de bien maîtriser toutes les étapes qui correspondent à la vie sexuelle (contraception, grossesse, fécondité, etc.), mais aussi au chemin de vie de ses patients.**

■ **☒ Le médecin doit être très bien formé par rapport à ce champ, et également être disponible afin de répondre à l'ensemble de ces questions.**

■ **☒ Il doit pouvoir orienter ses patients vers d'autres professionnels et travailler en réseau, deux objectifs qui se heurtent toutefois à d'importantes difficultés.**

pour pouvoir plus facilement orienter les patients, afin qu'ils puissent parler, se confier. Cela signifie améliorer l'accès au psychologue, au psychiatre, au professionnel compétent en sexologie, que cet accès soit aisé et pris en charge financièrement. En effet, dans bon nombre de cas, le recours à un professionnel sur un temps court permet au patient de cheminer, de résoudre ses problèmes. S'il travaille seul, le médecin généraliste est démuné pour orienter. L'idéal est qu'il soit par exemple connecté à un réseau ou à un centre de santé où il pourra aussi trouver des professionnels du social, où le patient pourra plus facilement consulter un psychologue ou un psychiatre. Les adolescents et les jeunes adultes ont particulièrement besoin de ces interventions plus légères qu'une longue prise en charge. Je les oriente souvent vers des psychologues, mais la prise en charge n'est pas toujours adaptée à la demande.

S.A. : Avec quels professionnels souhaiteriez-vous travailler si une structure de type « centre de santé » vous permettait d'orienter vos patients ?

C. C. : Avec des assistants sociaux, des psychologues, des infirmiers, des diététiciens. Ce type de structure permet d'œuvrer en réseau. Car le médecin généraliste doit travailler le plus possible en réseau. Or cette pratique n'est pas ancrée dans la culture des profession-

nels en France ; on travaille souvent en partenariat, mais chacun a tendance à rester dans son pré carré. Et le contexte réglementaire et budgétaire n'est pas favorable : les financements manquent et sont peu adaptés pour mettre en place et faire fonctionner des réseaux.

Il serait aussi intéressant de créer du lien entre les lieux-ressources existants (centres de planification et d'éducation familiale, établissements d'information, de consultation et de conseil familial, etc.)² et les médecins, afin que ces derniers puissent s'informer et adresser leurs patients. En d'autres termes, des pôles de référence sur la vie affective et sexuelle pourraient être constitués de psychologues, d'infirmières, de sexologues, de travailleurs sociaux, des centres de planification et d'éducation familiale dont le Planning, auxquels j'adresse pas mal de patients. Le médecin pourrait se former à leur contact. Enfin, il convient de modifier le système de rémunération du médecin généraliste, car la rémunération à l'acte ne permet pas le travail en équipe, lequel prend du temps. Des consultations pourraient être créées et dotées d'un financement spécifique, pour des moments clés : contraception, préparation de la grossesse. La situation actuelle n'est pas satisfaisante en la matière.

S.A. : Que préconisez-vous en matière de formation ?

C. C. : La formation, tant initiale que continue, des médecins généralistes demeure insuffisante sur la thématique vie affective et sexuelle. Dans la formation initiale, il y a un module « santé de la femme » qui est obligatoire, mais il n'inclut pas la dimension de la vie sexuelle et ce dernier enseignement reste optionnel. D'une manière générale, les questions affectives et sexuelles requièrent chez le médecin généraliste une réflexion plus vaste, anthropologique et sociologique, un savoir peu ou pas abordé lors des études et de la formation. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. Catherine Chaumié a participé à la création du tout premier réseau de professionnels sur le VIH en France. Actuellement, elle fait partie du Réseau de santé Paris-Nord, d'un réseau périnatal qui s'occupe du suivi de grossesse et de Solipam (femmes en situation de précarité).

2. Pour les lieux-ressources existants, voir « Pour en savoir plus » à la fin de ce dossier.

Dans le département du Haut-Rhin, les professionnels organisés en réseau interviennent dans les établissements scolaires pour informer sur la sexualité. Parallèlement, un dispositif d'accueil et de consultation a été mis en place sur l'ensemble du territoire.

Sexualité, contraception : un réseau d'information et de prise en charge dans le Haut-Rhin

Françoise Warynski, gynécologue, chargée de la périnatalité, PMI, conseil général du Haut-Rhin, coordinatrice du réseau « Questions d'amour ».

Depuis plus de dix ans, le réseau Questions d'amour a été mis en place sur le département du Haut-Rhin. Il réunit les professionnels des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) : médecins, sages-femmes, assistantes sociales, psychologues, conseillères conjugales, qu'ils exercent dans les CPEF gérés directement par le conseil général ou dans les CPEF confiés à la gestion des hôpitaux, en partenariat avec les infirmières scolaires. Ce réseau a pour objectifs la prévention des grossesses non prévues et des Infections sexuellement transmissibles (IST), et plus largement, la promotion de la santé des jeunes. Concrètement, il assure les missions suivantes :

- informer les jeunes, essentiellement en milieu scolaire, sur les questions de sexualité, y compris la question des violences;
- permettre l'accès à la consultation et à l'information individuelle de contraception des mineurs dans les neuf CPEF du département et auprès des vingt-neuf médecins « réseau » en zone rurale;
- permettre l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et son accompagnement, dans cinq des neuf CPEF implantés dans les services hospitaliers réalisant les IVG dans le département.

Ce réseau repose essentiellement sur un travail d'information des professionnels auprès des jeunes, en lien étroit avec les actions de consultation menées au sein des CPEF du départe-

ment : vingt-deux intervenants des CPEF de l'ensemble du département assurent des séances d'information collective en milieu scolaire. Six coordinatrices organisent, avec les infirmières scolaires, la mise en place de ces actions, principalement dans les collèges et les lycées.

Les séances d'information durent deux heures et sont destinées prioritairement aux 14-15 ans (classes de quatrième et troisième), par petits groupes. Elles sont, autant que faire se peut, animées par un binôme de professionnels et l'infirmière scolaire de l'établissement. Le Mouvement français du planning familial assure des actions dans les écoles auprès des jeunes, en complémentarité avec ce dispositif et dans le cadre d'une convention avec le conseil général.

Ce dispositif permet un échange libre entre jeunes et professionnels, sur les questions qu'ils se posent, tant sur la contraception que sur le corps, leurs expériences et leur vécu, les lois, les interdits, les peurs. Il permet aussi de fournir des adresses, de faire connaître les acteurs de prévention et les structures locales d'accueil.

Outre les collèges, ces séances d'information sont aussi organisées dans les lycées, les centres socioculturels, en classe d'orientation, dans les instituts médico-éducatifs (IME). Onze mille jeunes en ont bénéficié, essentiellement dans les collèges (chiffre 2011).

Orienter vers les lieux de consultation

Au-delà de l'information et des échanges, ces actions permettent aux

DU CÔTÉ DES PROFESSIONNELS : « FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES »

Sage-femme en PMI sur le Haut-Rhin, elle a parmi ses missions celle d'intervenir en milieu scolaire dans le cadre du réseau Questions d'amour : « *Ce que je sais maintenant au bout de deux ans d'intervention, c'est que si l'on veut atteindre nos objectifs, ce n'est pas au travers de nos acquis d'adultes et de nos représentations que l'on peut y parvenir, mais au prix d'un questionnement sans fin de nos pratiques, au moyen de ce que les jeunes nous renvoient.* » Avec d'autres professionnels, elle se retrouve régulièrement sous la supervision d'un médecin référent, pour « *partager nos difficultés, évoluer dans nos pratiques* ».

jeunes de repérer ensuite un lieu de consultation individuelle ou un professionnel pour accéder à des informations complémentaires, une consultation médicale de contraception, un test de grossesse, un dépistage des IST ou une IVG.

Quels sont les lieux de consultation du département? Trois centres de planification de PMI sont implantés dans les principales zones urbaines, six CPEF sont implantés dans des centres hospitaliers, trois antennes sont assurées par des sages-femmes de PMI dans les centres médico-sociaux et une antenne fonctionne au sein de la Maison départementale des adolescents. Le dispositif offre ainsi des possibilités de consultations quotidiennes en ville,

Pour dialoguer avec les jeunes lors des séances d'information, les professionnels partent de cas concrets auxquels ils ont été confrontés dans le cadre du réseau : « Marie, 16 ans, vient de faire un test de grossesse. Elle est enceinte de quatre mois. Elle ne fera pas d'IVG » ; « Yasmina, 15 ans, a peur d'être enceinte, elle n'a pas utilisé de moyen contraceptif, son copain voulait absolument faire l'amour » ; « Maeva, 19 ans, à l'issue d'une soirée alcoolisée, a eu des relations sexuelles non protégées avec une connaissance. Elle consulte six semaines plus tard au CPEF pour un retard de règles. Elle est bouleversée par ce qui est arrivé car elle se décrit comme une personne qui anticipe. Elle ne comprend pas pourquoi elle s'est mise dans cette situation. Elle choisit de faire une IVG ». Ces parcours de vie permettent d'amorcer le débat avec les jeunes.

- Que pensent-ils de ces séances ? Selon une évaluation menée auprès de 1 289 élèves de troisième (via un questionnaire rempli à l'issue des séances d'information), 79 % déclarent avoir appris des choses nouvelles sur la relation garçon/fille, 83 % sur les méthodes contraceptives, 86 % sur les risques.

- Quelles informations retiennent-ils en priorité ? Les lieux où se renseigner, où aller s'ils ont un souci, choisir le moment pour avoir un enfant, ne pas se forcer si on n'a pas envie, faire des choix, en savoir plus sur la contraception, les IST.

- Ce qu'ils apprécient en priorité : la liberté d'expression, parler sans honte, être ensemble garçons et filles puis séparés pendant une heure, en parler avec une personne qu'ils ne connaissent pas, les questions anonymes, la possibilité de débattre.

- Ils formulent également des propositions : un homme pour en parler, des animateurs plus jeunes pour qu'ils soient plus à l'aise, la distribution de préservatifs à l'issue de la séance, davantage de temps pour développer certains thèmes.

F. W.

possibilité aux professionnels qui exercent dans ces centres d'intervenir dans les actions collectives et, plus globalement, s'adjoindre la collaboration de nouveaux professionnels s'avèrent des choses difficiles à réaliser dans le contexte budgétaire serré que connaissent aussi bien les collectivités territoriales que les hôpitaux. ■

L'ESSENTIEL

- 11 000 jeunes du Haut-Rhin ont bénéficié d'une séance d'information collective sur la sexualité.

- Un dispositif d'accueil et de prise en charge a été mis en place sur le département dans les centres de planification et d'éducation familiale, incluant les médecins libéraux.

- Les jeunes peuvent y trouver une écoute, un accès à la contraception, une orientation vers des structures et des professionnels adaptés.

à Mulhouse et à Colmar. Par ailleurs, tous les centres sont ouverts au minimum tous les mercredis.

Ces centres assurent des consultations médicales de contraception, gratuites, confidentielles, avec possibilité d'anonymat. Outre l'information, ils délivrent des contraceptifs gratuits pour les mineurs et les non-assurés sociaux, les jeunes majeurs souhaitant la confidentialité, le public en difficulté temporaire d'accès à la contraception, la possibilité de réaliser un test de grossesse sur place, etc. L'accueil des femmes et des couples, pour les consultations médicales liées à l'IVG, est davantage intégré à l'activité des six CPEF hospitaliers attachés au service de gynécologie en charge de la réalisation des IVG.

Vingt-neuf médecins membres du réseau

Certaines adolescentes rencontrent des difficultés pour accéder aux centres, surtout en zone rurale et dans certaines communes. L'une des principales spécificités de ce réseau est d'intégrer des médecins pour mailler le territoire. Vingt-neuf médecins « réseau », dont deux spécialistes (pédiatre, gynécologue), reçoivent à leur cabinet les jeunes qui leur sont adressés dans le cadre de ce dispositif ou qui ont simplement identifié le médecin comme membre du réseau. Les jeunes peuvent ainsi consulter en zone rurale et à proximité des établissements scolaires. Les contraceptifs sont disponibles directement au cabi-

net des médecins et leur délivrance s'effectue donc sans passage en pharmacie. À noter que l'attractivité des médecins réseau dont le cabinet est proche d'un collège et, surtout, d'un lycée, est forte.

2 100 consultations par an

L'ensemble de ces professionnels fonctionne véritablement en réseau : des réunions de coordination sont organisées régulièrement entre les différents partenaires. En 2011, concernant l'activité de consultation des centres auprès des mineurs, quelque 2 100 consultations ont été réalisées, dont un tiers environ concernent une première contraception. Les centres ont réalisé 1 390 renouvellements de contraception ; 350 jeunes filles y sont venues pour un test de grossesse ou se faire dispenser une pilule du lendemain. À souligner que les jeunes garçons viennent de plus en plus souvent, soit comme accompagnant, soit pour eux-mêmes. Le premier motif constaté de rendez-vous dans un centre est une prise de risque (rapport non protégé, par exemple). En parallèle, les médecins réseau ont permis l'accès à la contraception pour 120 jeunes filles.

Et pour l'avenir ?

Comment développer et améliorer ce dispositif de prévention efficace et cité comme bonne pratique par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans l'un de ses rapports ? Plusieurs axes identifiés sont nos pistes pour l'avenir. Dans les lycées, développer des actions complémentaires davantage axées notamment sur l'accès à la consultation. Développer la fonction de « professionnels ressources » dévolue aux médecins et sages-femmes des CPEF, au profit des médecins généralistes, sur la contraception, les prises de risques. Mieux communiquer aux jeunes sur les adresses utiles. Mieux adapter nos informations aux hommes. Et, enfin, développer des actions auprès du public déscolarisé (jeunes accueillis en Maison d'enfants à caractère social, protection judiciaire de la jeunesse, jeunes en situation de handicap). Pour atteindre ce dernier objectif, des moyens supplémentaires sont nécessaires afin de former les professionnels à l'abord de ces publics. Préserver la

« La fréquence des consultations prénatales permet de libérer la parole »

Entretien avec Nicolas Dutriaux, sage-femme libérale, secrétaire adjoint du Collège national des sages-femmes de France.

La Santé en action :
À titre de rappel, quelles sont les missions principales des sages-femmes ?

Nicolas Dutriaux :
Cette profession médicale assure le suivi des grossesses normales, dont les échographies prénatales, la préparation à la naissance et à la parentalité, la surveillance et la gestion du travail et de l'accouchement, la prise en charge des suites de naissance

pour la mère et l'enfant, la rééducation périnéale, les suivis gynécologiques de prévention et le suivi contraceptif des femmes en bonne santé... Et cette liste n'est pas exhaustive.

S.A. : Est-il facile pour vous d'aborder les questions de santé sexuelle en consultation ?

N.D. : Oui... et heureusement ! La sage-femme est confrontée à des questions de sexualité à chacune de ses consultations. La grossesse et ses suites sont des moments importants pour les couples qui vont, pour nombre d'entre eux, modifier leur sexualité. Les consultations prénatales et la préparation à la naissance sont donc des temps d'écoute et de réponses aux éventuelles questions que les couples peuvent se poser, d'autant que la libido évolue et fluctue pour les femmes comme pour les hommes tout au long de la grossesse. À la suite de la naissance de l'enfant, le nouveau rythme

qu'impose son arrivée signe souvent une période d'abstinence plus ou moins longue ainsi qu'une reprise sporadique des rapports avec des craintes liées au déroulement de l'accouchement (cicatrice périnéale, épisiotomie, peur de la douleur, etc.).

Suivent les séances de rééducation périnéale qui permettront notamment à la femme de se réapproprier son corps suite aux modifications importantes qu'il a pu connaître lors de la grossesse puis de l'accouchement. Ces séances ont également pour objectif de traiter d'éventuelles dyspareunies (douleur au cours des rapports sexuels) ou dysfonctions sexuelles causées par des lésions périnéales.

S.A. : Quels sont les autres domaines d'intervention des sages-femmes en matière de sexualité ?

N.D. : Leurs compétences s'étendent également à la santé génésique des femmes en assurant des consultations gynécologiques de prévention, ainsi que la prescription et le suivi de l'ensemble des contraceptions des femmes en bonne santé. Toute consultation gynécologique ou de prescription de contraception amène régulièrement à parler de la sexualité. Il en est de même lorsque la sage-femme est confrontée à une demande d'interruption volontaire de grossesse : pourquoi cette grossesse non programmée ? S'il y a eu échec de contraception, quelles sont les causes de cet échec ? Etc.

La sage-femme, profession médicale à compétences définies, se positionne donc comme spécialiste de l'éducation en santé, de la prévention et du dépis-

tage, bien évidemment dans le cadre du suivi de la grossesse mais aussi des risques liés à la sexualité (infections sexuellement transmissibles-IST, grossesses non désirées, rapports forcés, etc.). Ceci est assez peu connu, mais en matière de prévention et d'éducation à la santé, les sages-femmes sont amenées à intervenir auprès des adolescents lors de séances d'éducation affective et sexuelle [dans les centres de planification et d'éducation familiale-CPEF, par exemple – ndlr].

Il faut aussi souligner les interventions fréquentes des sages-femmes territoriales (travaillant en centres de PMI ou dans les centres de planification) auprès de collégiens et/ou de lycéens. Ces interventions répondent à l'obligation des établissements, depuis la loi de 2001, de prévoir des heures d'information et d'éducation à la vie affective et à la sexualité auprès des classes du primaire et du secondaire, adaptées au niveau de compréhension des élèves. Selon l'organisation locale, ces interventions peuvent s'intégrer dans un projet pédagogique de l'établissement. Des élèves peuvent également se rendre au centre de planification pour découvrir son organisation et les consultations qui leur sont accessibles.

S.A. : Quelles sont les missions des sages-femmes en matière de santé sexuelle ?

N.D. : La première mission est la prévention des risques liés à la sexualité (IST, grossesses non désirées en premier lieu) : promotion du « safe sex ». La démarche d'information et

d'éducation en santé est ici primordiale. Proposer ou orienter vers des consultations de dépistage et de prise en charge des IST, vers une consultation de contraception, etc., cela ne peut se faire qu'en replaçant les images et les stéréotypes éventuels dans leur réalité, notamment auprès des jeunes. L'hypersexualisation de la société ne permet pas toujours aux adolescents en pleine découverte de leur propre sexualité, de retrouver les limites et le cadre nécessaires.

Le ou la sage-femme peut assurer cette mission dans le cadre de consultations gynécologiques de prévention et de suivi contraceptif. Nous pouvons également aborder les adolescents dans le cadre de sessions d'information et d'éducation à la vie affective et à la sexualité (cf. ci-dessus). L'exercice territorial (de PMI) et l'exercice libéral offrent plus facilement accès à ces activités. Les sages-femmes hospitalières devraient cependant être de plus en plus sollicitées également pour ces consultations dans les établissements de santé ou en centre périnatal de proximité, où certaines assurent déjà de telles consultations. Les sages-femmes peuvent également exercer en centre d'orthogénie (IVG) où elles accompagnent les femmes en demande d'IVG – les statistiques montrent une part importante de la tranche d'âge 15-25 ans dans des grossesses non désirées conduisant à une IVG.

Toutefois, il convient de ne pas être trop intrusif. Il ne faut pas vouloir s'immiscer dans la vie intime des couples. Il n'y a pas de « normes », le rôle du professionnel de santé est d'éventuellement déculpabiliser et décomplexer ses patients. En cas de troubles ou de pathologies réelles détectés, les sages-femmes et, fruit du travail en réseau, l'ensemble des professionnels de santé pourront apporter une assistance psychologique et médicale face aux dysfonctions et pathologies sexuelles et reproductives (consultation de sexologie, par exemple).

S.A. : Rencontrez-vous des difficultés à aborder la santé sexuelle avec certaines de vos patientes ?

N.D. : Oui, parce que la sexualité reste taboue, en France comme dans

L'ESSENTIEL

▣ **La sage-femme est en première ligne pour faire de la prévention, de l'information, de l'écoute et de l'accompagnement autour de la vie affective et sexuelle, et, tout particulièrement, de la contraception.**

▣ **Son rôle en matière de prévention et de prescription de contraception est souvent méconnu.**

▣ **Nicolas Dutriaux souligne l'importance du travail en réseau avec les autres professionnels, et structures, du type centres de planification et d'éducation familiale.**

d'autres pays. L'abord des questions de sexualité n'est pas aisé pour toutes. Un professionnel de santé sachant se montrer à l'écoute et à l'aise en santé sexuelle permet de lever les barrières personnelles, traditionnelles ou religieuses. Cependant, chaque femme et/ou couple vit à son propre rythme, et tous ne franchiront pas le pas de se confier ou d'oser aborder les questions de sexualité dès le premier rendez-vous. Un suivi régulier est donc nécessaire, et le climat de confiance s'installera en suivant le rythme de chacun.

S.A. : N'y a-t-il pas aussi une forme de tabou du côté de certains professionnels ?

N.D. : Du point de vue du professionnel, chacun possède également ses propres limites (personnelles, selon son éducation et sa culture, sa formation et son expérience), et certaines questions ou pratiques peuvent gêner, voire heurter sa propre sensibilité. Il ne faut pas penser que c'est une honte, un signe d'incompétence ou un quelconque manquement ; en revanche, il est important d'en être conscient pour pouvoir et savoir orienter vers d'autres si cela devient nécessaire. Les difficultés surviennent lorsque l'on ne sait pas utiliser les ressources de son réseau.

S.A. : La sage-femme reçoit des femmes, rarement des couples. Cela ne pose-t-il pas un problème ?

N.D. : Effectivement, en tant que sage-femme, l'une des principales difficultés est notre champ de compétence. Qui dit santé sexuelle de la femme dit santé sexuelle de son ou de ses partenaire(s) masculin(s). Ainsi, lorsque nous sommes dans une démarche de dépistage d'une IST, l'obligation de moyens nous dicterait d'étendre la démarche à son ou ses partenaire(s). La « connaissance de la femme » (étymologie de l'intitulé de notre profession de « sage-femme ») amène un cadre législatif limité à la femme, pas à son partenaire masculin ! Les sages-femmes orientent donc volontiers ces hommes vers leur médecin traitant ou les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

S.A. : Plus largement, quelle est l'importance du travail en réseau ?

N.D. : En cas de difficultés conjugales relevées dans le discours ou de dysfonctions sexuelles, le travail en réseau permet d'orienter vers une conseillère conjugale ou un médecin/sage-femme sexologue. Lorsqu'il s'agit d'une jeune fille devant assumer seule sa contraception en secret de ses parents, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) des conseils généraux, par exemple, représentent une alternative à nos consultations libérales.

S.A. : Quelles sont les questions de santé sexuelle posées le plus fréquemment aux sages-femmes ?

N.D. : En premier lieu, les questions portant sur la sexualité pendant la grossesse. La fréquence des consultations prénatales permet de libérer la parole sur les troubles sexuels éventuels qui, pour certains, sont bien antérieurs à la grossesse. Les questions se font plus faciles.

Les sages-femmes intervenant également en dehors de la grossesse, les questions de contraception surviennent aussi fréquemment. Compte tenu de l'actualité concernant les pilules de troisième et quatrième générations, les femmes s'interrogent beaucoup sur le type de pilules qu'elles utilisent. Pourquoi a-t-on choisi de leur proposer tel

moyen de contraception plutôt qu'un autre? Elles s'interrogent également sur leur choix contraceptif et sur comment amener la discussion avec le praticien qui la suit habituellement sur le fait qu'elle est en droit de choisir « sa » contraception. Par ailleurs, lors de la rééducation périnéale *post-partum*, c'est le moment d'aborder plus précisément les troubles sexuels éventuels, les dyspareunies et leur traitement. Les questions directes sur ces sujets font partie intégrante du bilan périnéal¹ qui oriente ensuite vers la technique la plus à même de convenir à la patiente.

Enfin, parfois, nous percevons que la femme a besoin ou souhaite une information complémentaire. Ainsi, si elle souhaite chercher des informations sur Internet, nous l'incitons à consulter des sites [officiels et non marchands – ndlr] où l'information est contrôlée, dans le sens validé par des experts qui ne sont pas confrontés à des conflits d'intérêt.

S.A. : *La formation – initiale et continue – est-elle suffisante pour répondre aux besoins de vos patients en santé sexuelle?*

N.D. : La formation initiale des sages-femmes comprend notamment de nombreuses heures de gynécologie – contraception, de psychologie, de sexologie, d'éducation en santé, notamment en santé sexuelle (prévention, dépistage et traitement des IST, prévention des grossesses non désirées, etc.). Elle prépare donc les futurs professionnels aux principales formes d'exercice de la profession, notamment donc aux questions de santé sexuelle.

La formation continue est cependant indispensable. Les DU/DIU de gynécologie, de sexologie, etc., sont nombreux. Les organismes de développement professionnel continu (DPC) proposent également beaucoup de formations sur ces questions. Pour ma part, j'assure des enseignements dans l'un d'entre eux sur la consultation de choix de contraception.

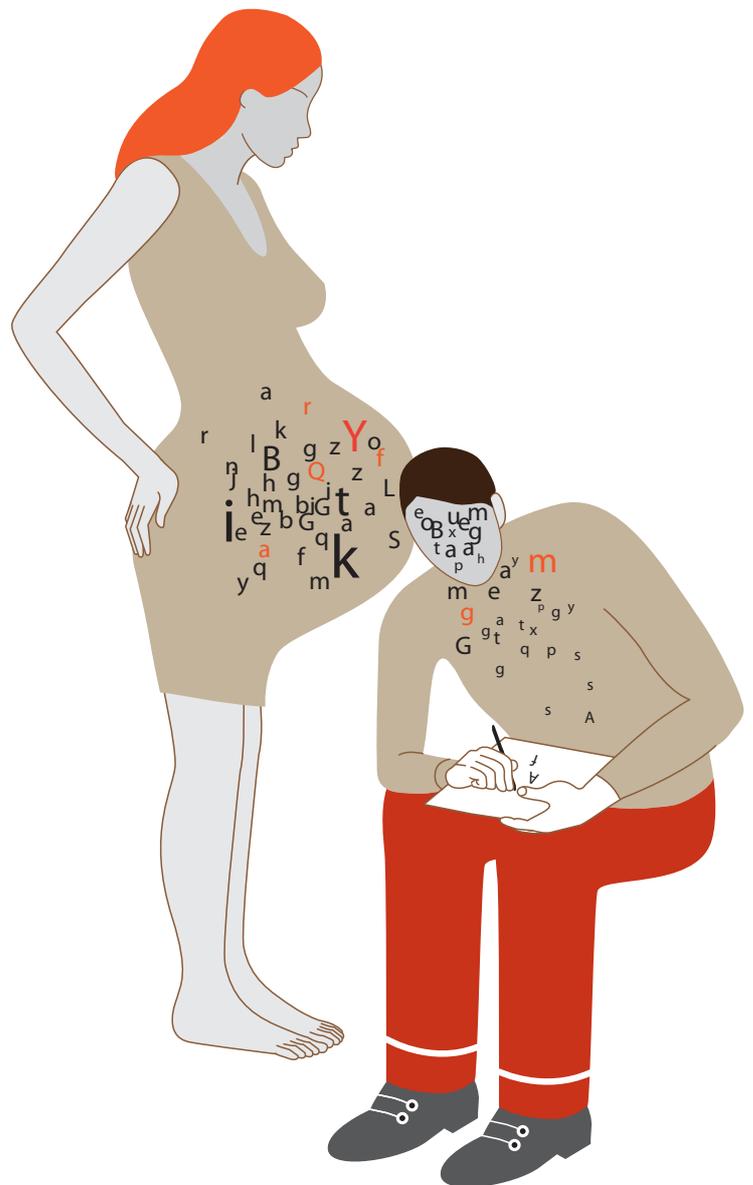
S.A. : *Comment faciliter le dialogue entre sage-femme et patiente en matière de santé sexuelle?*

N.D. : Outre ce que nous avons décrit ci-avant, un élément important est de poursuivre les campagnes

d'information (contraception, dépistage *chlamydiae*, etc.). En effet, à la suite de la diffusion de spots TV ou radios, les patientes abordent volontiers ces questions avec nous. Les dépliants et fiches d'information qui leur sont dédiés en salle d'attente les incitent à poser leurs questions en consultation. De même, les affiches qui ornent les murs du bureau de consultation montrent aux patientes que c'est un lieu d'échange et d'écoute sur ces sujets. Leur demander si elles ont connaissance de ces campagnes permet aux professionnels de rendre les questions plus légitimes. ■

Propos recueillis par Lucile Bluzat

1. Modalités des accouchements passés, cicatrices périnéales, calendrier mictionnel, existence de dyspareunie d'intromission ou profonde, baisse de sensibilité pour l'un et/ou l'autre des partenaires, troubles de lubrification en *post-partum*, examen clinique dont testing, etc.



Le pharmacien : « Un rôle d'éducation, de conseil et d'orientation des usagers sur la sexualité et la contraception »

Entretien avec Florence Loyer,

pharmacienne, Coignières (Yvelines).

La Santé en action : **En matière de santé sexuelle et de vie affective et sexuelle, quel est le rôle du pharmacien ?**

Florence Loyer : Le pharmacien est un professionnel de santé facilement accessible sur l'ensemble du territoire, disponible sans rendez-vous, sur une grande amplitude horaire, six jours sur sept, sans compter le système de garde. De ce fait, il est souvent spontanément sollicité en premier recours par la population.

Le pharmacien a dans tous les domaines, en particulier en matière de santé sexuelle, un rôle d'éducation, de conseil et d'orientation, si nécessaire, vers d'autres professionnels de santé. Ce rôle a été renforcé par la mission qui nous a été confiée autour de la délivrance de la contraception d'urgence. Cette mission ne se limitant pas à la dispensation du produit demandé, nous devons prendre le temps :
– de questionner notre interlocuteur, le plus souvent une femme, afin de comprendre le contexte pour la conseiller au mieux;
– de s'assurer que le délai de prise est respecté;
– de rappeler, si besoin, les risques d'IST en cas de rapports non protégés;
– de l'informer sur les différents moyens de contraception;

– de l'orienter vers un professionnel de santé adapté en fonction de la situation. Par exemple, tenir compte du besoin de confidentialité par rapport aux parents ou encore par rapport au conjoint. Nous pouvons, dans ce cas, orienter la personne vers un centre de planification et d'éducation familiale où elle pourra bénéficier d'une prise en charge anonyme et gratuite.

S.A. : **Quelles sont les attentes de la population vis-à-vis du pharmacien ?**

F.L. : Les demandes sont variées et l'approche doit être très différente suivant les personnes. Il faut être conscient qu'aborder un sujet qui concerne la sexualité n'est pas toujours aisé. Il nous faut parfois savoir décoder une demande détournée et faire en sorte que notre interlocuteur se sente en confiance pour aller plus loin. Les questions sont très diverses; les plus fréquentes concernent un accident de préservatif, un oubli de pilule, un rapport non protégé, la contraception en *post-partum* ou encore pour une mycose vaginale, etc.

La personne qui vient nous trouver attend de pouvoir s'entretenir avec un professionnel de santé, d'être écoutée, rassurée, de trouver une réponse à un problème donné. Cette réponse ira d'un simple conseil à une orientation vers un autre professionnel de santé. C'est également l'occasion pour nous de diffuser des messages d'éducation à la santé et de remettre une documentation sur le sujet abordé (méthodes de contraceptions, IST, conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, etc.).

S.A. : **Quelles sont les « missions » du pharmacien ?**

F.L. : Elles ont été précisées par l'article L.5125 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) :

« Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :
1° contribuent aux soins de premier recours¹;
2° participent à la coopération entre professionnels de santé;
3° participent à la mission de service public de la permanence des soins;
4° concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé;
5° peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients². »

Autrement dit, le pharmacien, au-delà de la dispensation de médicaments, a un rôle de prise en charge de premier recours du patient, de conseil, d'éducation et d'orientation, si nécessaire vers un autre professionnel de santé.

S.A. : **A-t-il les moyens de remplir ce rôle ?**

F.L. : Nous avons à notre disposition quelques outils comme les brochures élaborées par l'Inpes et diffusées par le Cespharm, des formations proposées par les organismes de formation ou bien encore des cahiers de formation proposés par des revues pharmaceutiques³. Notre métier est en pleine évolution. Il faut que les pharmaciens puissent s'organiser pour s'adapter au mieux à ces nouvelles missions. Mais nous avons besoin de moyens financiers pour pouvoir y consacrer du temps. Une première étape est en train de se

mettre en place avec des entretiens pour le suivi des patients sous certains traitements anticoagulants (AVK), pour lesquels nous recevons une rémunération spécifique.

S.A. : *Quels facteurs facilitants et quels freins à l'exercice de ces missions ?*

F.L. : Les facteurs facilitants sont notre accessibilité sur l'ensemble du territoire, sur une grande amplitude horaire, et ce sans rendez-vous, ainsi que notre proximité avec notre clientèle que nous connaissons bien. Nous avons aussi la possibilité de suivre des formations – cette possibilité existe et va se développer avec la mise en place du développement professionnel continu (DPC). Enfin, nous disposons d'un certain nombre d'outils, notamment des brochures. Les freins sont pour l'instant le manque de moyens financiers qui nous permettraient de consacrer davantage de temps à ces nouvelles missions.

L'ESSENTIEL

▣ **Florence Loyer souligne que le pharmacien a un triple rôle d'éducation, de conseil et d'orientation.**

▣ **Mais les pharmaciens manquent de moyens financiers pour se consacrer à ces missions définies par la loi.**

▣ **Florence Loyer plaide par ailleurs pour le développement de réseaux de proximité – entre professionnels – autour de la santé sexuelle.**

interlocuteur qui n'est pas toujours à l'aise pour poser directement la question qui l'intéresse. Si besoin, on peut le diriger vers un espace de confidentialité. Toutes les pharmacies ne sont pas encore équipées de ce type d'espace, mais ceci est en train d'évoluer, et ils seront indispensables à l'avenir pour assurer les nouvelles missions confiées aux pharmaciens. Les nouveaux aménagements d'officine prévoient systématiquement un espace de confidentialité. En attendant, le pharmacien a toujours la possibilité de recevoir les patients dans son bureau. La conversation peut également être engagée lors de la dispensation d'une ordon-

« L'ORIENTATION VERS D'AUTRES PROFESSIONNELS FAIT PARTIE DE NOTRE QUOTIDIEN. »

nance de contraceptifs; dans ce cas, c'est l'occasion de rappeler l'importance de l'observance, de rappeler la conduite à tenir en cas d'oubli. Une fois le sujet abordé, c'est notre rôle d'aller plus loin, de poser des questions, de s'adapter à notre interlocuteur et de le mettre en confiance.

S.A. : *Comment le pharmacien travaille-t-il ou peut-il travailler en réseau avec d'autres professionnels ?*

F.L. : L'orientation vers d'autres professionnels de santé fait partie de notre quotidien. Il n'est pas rare que nous prenions contact, selon les cas, avec le médecin traitant, un gynécologue, une sage-femme, un centre de planification et d'éducation familiale, un psychologue, les services de protection maternelle et infantile, des numéros d'aide à distance – Fil Santé jeunes, Sida Info Service, Planning familial – ou des sites Internet (www.choisirsacontraception.fr, www.filsantejeunes.fr, planningfamilial.org, etc.). Nous avons également des brochures à distribuer aux patients (on retrouve sur ces documents les numé-

ros d'appels et les sites Internet). Il serait souhaitable de développer les relations entre les professionnels de santé et de créer des réseaux de proximité autour de la santé sexuelle.

S.A. : *Quels dispositifs faciliteraient l'inclusion des sujets relatifs à la santé sexuelle dans la pratique professionnelle des pharmaciens ?*

La formation des pharmaciens concernant la santé sexuelle et la contraception doit être intégrée dans le DPC. En dehors d'une partie purement scientifique, cette formation doit également porter sur la manière d'aborder la santé sexuelle. Il faut que le pharmacien soit lui-même à l'aise avec ce sujet pour que son interlocuteur se sente en confiance. Idéalement, ces formations devraient se faire en interprofessionnel. Localement, ce serait l'occasion de créer des liens entre les professionnels de santé de proximité et de leur permettre d'apprendre à se connaître, ce qui faciliterait par la suite l'orientation vers le professionnel de santé le mieux adapté à la situation, donc le travail en réseau.

S.A. : *Vous travaillez sur le projet d'un entretien contraception qui serait mené par les pharmaciens. N'est-ce pas un peu révolutionnaire*



de consacrer ainsi le rôle du pharmacien comme professionnel de première ligne sur ces sujets?

F. L. : Cela n'a rien de révolutionnaire, car nous sommes déjà en première ligne. L'objectif est simplement d'aller plus loin et de donner des outils pour aider le pharmacien. L'idée de ce projet est venue du constat de la méconnaissance générale de la population autour de la contraception, des IST, de la présence d'idées reçues responsables entre autres d'un grand nombre de grossesses non désirées, de la prise de conscience du rôle que peut jouer le pharmacien du fait de sa proximité avec la population et du nombre de personnes vues chaque jour par l'ensemble des pharmacies. Ce projet doit être à nouveau présenté à l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France après une première étude de faisabilité sur quelques pharmacies. Son objectif est d'éduquer la population sur la santé sexuelle, de lutter contre les fausses idées et de proposer un entretien contraception sur rendez-vous dans un espace de confidentialité pour les personnes intéressées. Pour cela, nous mettons à disposition des pharmaciens des outils (Post-it avec trois questions d'accroche à coller sur les boîtes de contraceptifs ou les tests de grossesses, quiz, trousse de contraceptifs factices permettant de présenter les différents modes de contraception) pour les aider dans cette mission. Le préalable pour participer à l'expérimentation sera, pour le pharmacien, de suivre une formation spécifique qui s'effectuera en deux temps :

- une formation classique sur la santé sexuelle et la contraception sous forme d'un e-learning;
- une formation plus spécifique sur l'expérimentation avec mise en situation, formation faite en collaboration avec un médecin gynécologue et, sans doute, un conseiller conjugal.

S. A. : Cela ne risque-t-il pas de faire grincer les dents?

F. L. : Il n'y a pas de raisons. Nous ne souhaitons en aucun cas prendre la place d'autres professionnels de santé, mais bien au contraire collaborer avec eux. Pour travailler sur ce projet, nous sommes d'ailleurs en contact avec un gynécologue, l'Union régionale des

professionnels de santé (sages-femmes), l'Association française pour la contraception et le Planning familial. Du fait de notre facilité d'accès, nous sommes naturellement sollicités par la population pour répondre à des questions concernant la santé sexuelle.

S. A. : Dans votre formation initiale, estimez-vous avoir été assez préparée? La formation continue vous paraît-elle nécessaire?

F. L. : Ma formation initiale date un peu et notre pratique évolue continuellement. Pour exemple :

- la contraception d'urgence n'existait pas à l'époque de mes études;
- de nouvelles méthodes de contraception sont disponibles;
- un décret nous permet depuis peu de renouveler, dans certaines conditions, les ordonnances de contraceptifs oraux au-delà de la durée prescription initiale.

PASS CONTRACEPTION : UN ACCÈS GRATUIT À LA CONTRACEPTION POUR LES MINEURES

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception garantit un accès gratuit et anonyme aux jeunes filles mineures à la contraception. En effet, la méconnaissance des risques sexuels, le manque de confidentialité du circuit de remboursement pour un jeune, les difficultés de financement et d'accès à la contraception sont des obstacles rencontrés par cette population.

Imaginé et mis en place en 2009 par le conseil régional de Poitou-Charentes puis développés dans plusieurs régions de France (Alsace, Île-de-France, Rhône-Alpes, Aquitaine, etc.), les Pass contraception ont pour objectifs de :

- permettre aux jeunes filles mineures d'accéder de façon anonyme et gratuite à l'ensemble de l'offre contraceptive sans autorisation parentale;
- responsabiliser les jeunes sur la question de la contraception et plus globalement sur leur vie sexuelle;
- donner aux jeunes les plus éloignés de la contraception, pour des raisons sociales, familiales, culturelles, territoriales ou financières, un accès prioritaire

Il est donc tout à fait souhaitable que ce sujet, comme beaucoup d'autres, soit intégré dans le DPC et, bien sûr, dans la formation initiale. Au-delà du côté scientifique ou technique, il est important que ces formations incluent la façon d'aborder ce sujet particulier qu'est la santé sexuelle. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. Définis à l'article L.1411-11. En ligne : <http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/65-code-de-la-sante-publique/549131/article-11411-11>.
2. Définies aux articles L.1161-1 à L.1161-5.
3. Pour exemple, l'Utip, ma formation officinale qui propose un e-learning en plusieurs modules, a récemment publié un dossier d'Actualités pharmaceutiques intitulé « Aspects pratiques et rôle éducatif du pharmacien dans la contraception » (vol. 51, n° FPC27, septembre 2012, p. 1-27).

à un dispositif complémentaire au circuit traditionnel de droit commun ;

- prévenir et identifier les risques d'infections sexuellement transmissibles ;
- favoriser la dynamique d'information, d'écoute, de conseil et d'accompagnement des jeunes autour des questions de sexualité et de contraception, tout en respectant leur anonymat.

Délivrés à la demande du jeune par les infirmières scolaires au sein des lycées, les Pass contraception se présentent sous la forme de chéquiers papier numérotés comportant plusieurs coupons faisant office de paiement pour :

- deux consultations médicales chez un médecin (généraliste, gynécologue, pédiatre) ou une sage-femme ;
- une prise de sang ou un prélèvement local et des analyses médicales pour la contraception et/ou le dépistage des IST ;
- l'obtention de contraceptifs dans les pharmacies, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) pour une durée de six mois, renouvelable une fois. Les professionnels de santé sont rémunérés directement par le conseil régional en application de la tarification de l'Assurance maladie, soit celle du secteur 1, après envoi du coupon.

Angélique Nugier,
chargée d'études et de recherche,
département Évaluation et Expérimentation,
direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Tête à Tête : ouvrir le dialogue sur la sexualité

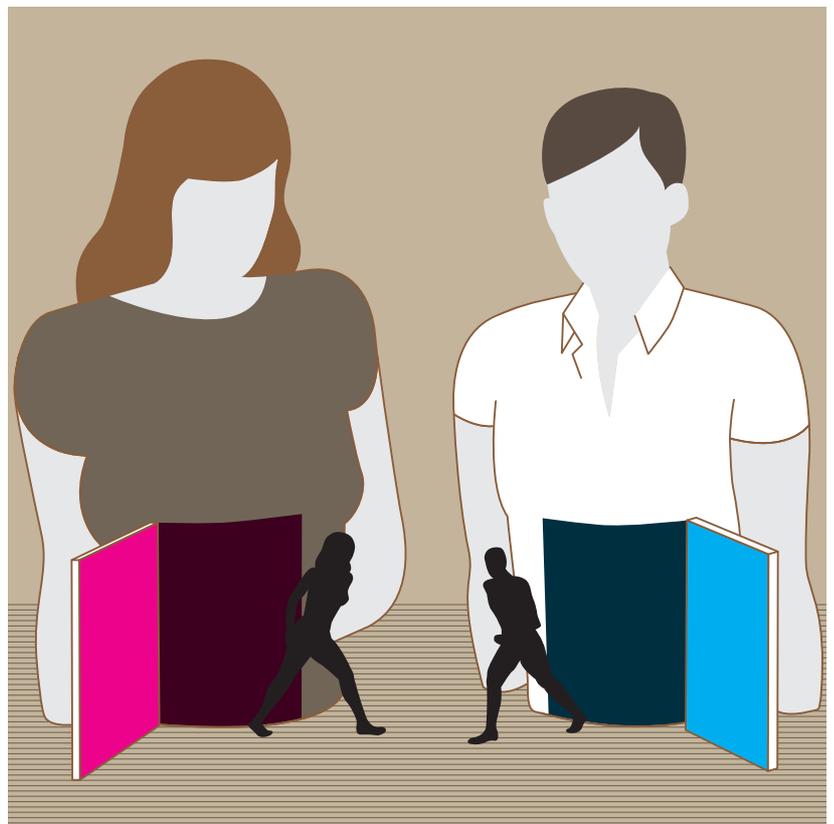
Évelyne Dorvillius,
responsable adjointe,
Tête à Tête,
conseil général
de la Seine-Saint-Denis.

Initié par la Mission de prévention des conduites à risques du conseil général de la Seine-Saint-Denis, l'espace Tête à Tête est un dispositif destiné à répondre aux préoccupations des jeunes sur les problématiques liées à la sexualité, à l'usage de produits psychoactifs, au mal-être et aux violences. Depuis juin 2006, une équipe pluridisciplinaire d'intervenants en prévention des conduites à risques (éducateurs, animateurs, etc.) accueille, écoute et/ou oriente les adolescents et les jeunes adultes du département.

Au Tête à Tête, l'accueil est libre et l'anonymat respecté. Les jeunes vont, viennent ou reviennent au gré de leurs curiosités, envies ou besoins. Divers outils interactifs en libre accès (ateliers pédagogiques, expositions temporaires ou permanentes, bornes informatiques,

espace vidéo) permettent à l'équipe d'amorcer les échanges et d'ouvrir le dialogue sur le corps, l'amour, la contraception, les IST et le sida. Ces supports constituent des outils de médiation incomparables pour déclencher des discussions sur ces thèmes. L'équipe s'appuie

également sur un maillage de partenaires institutionnels et/ou associatifs du département (PMI, Ciddist, etc.), qui constituent autant de relais possibles lorsqu'une situation se révèle problématique. Si, au cours d'un échange, des conduites à risques liées



à la sexualité sont évoquées, une orientation vers les professionnels de santé est recommandée. Dans certains cas, un accompagnement physique vers un centre de dépistage ou de planification peut être envisagé. Quelle que soit la situation, une écoute adaptée est développée par l'équipe afin d'établir une relation d'aide en vue de passer la main à des professionnels spécialisés.

Un accueil sans condition, seul ou en groupe

Par une approche de prévention de proximité et sans condition, Tête à Tête vise à démultiplier les échanges

informels, mais non moins utiles, entre ses intervenants et les jeunes. Le public peut ainsi choisir le moment opportun pour s'informer, s'interroger ou poser des mots sur une situation difficile. La relation au corps et à l'autre ou les moments de détresse liés à une rupture sentimentale deviennent alors des sujets qu'il est possible d'aborder sans crainte d'être jugé par une personne, même bienveillante, de son entourage. C'est dans cette perspective d'échange et d'écoute que s'inscrit la démarche de Tête à Tête. Offrir la possibilité de verbaliser certaines difficultés et permettre ainsi au public de prendre de

L'ESSENTIEL

- ▣ **Atypique dans le paysage de la prévention, ce lieu est conçu pour éveiller la curiosité et susciter l'intérêt du public sur des sujets parfois difficiles à évoquer.**
- ▣ **Il constitue ainsi un dispositif de première ligne.**

la distance (sans minimiser, ni dramatiser) demeure un objectif majeur pour l'équipe.

Ce lieu propose également des animations de groupe (soit deux à trois par jour) sur différents thèmes : les produits psychoactifs, la sexualité, les écrans, l'estime de soi, etc. Il accueille alors des jeunes d'un foyer, d'un institut spécialisé, d'un établissement scolaire, d'un service jeunesse ou encore d'un dispositif d'insertion. Ces espaces d'expression créent des moments privilégiés. En trouvant les mots justes, les intervenants instaurent un climat de confiance permettant de libérer la parole du public. Là encore, pas de tabou. Tout peut être dit ou questionné dans le respect de la parole de l'autre.

76% de jeunes satisfaits des échanges à Tête à Tête

En 2011, une enquête¹ à la fois qualitative et quantitative a été menée à Tête à Tête. Elle visait à mieux connaître les attentes du public afin de permettre à l'équipe de proposer des réponses encore mieux adaptées.

Le profil type du visiteur est assez équilibré concernant le genre : 58% de garçons, 42% de filles. Âgé de 17 ans, il vient des villes des environs. C'est par ses amis ou par son école qu'il a le plus souvent entendu parler du lieu. Il s'y rend plutôt avec des copains que seul et y reste entre un quart d'heure et une heure, selon ses besoins.

Pourquoi venir à Tête à Tête ? C'est l'ambiance globale qui semble satisfaire le visiteur type. Le fait d'avoir des informations sur « le sexe » et des préservatifs (féminins ou masculins) à disposition gratuitement est plébiscité. L'aspect humain joue un rôle très important, puisque le public insiste sur les atouts que sont la convivialité de l'équipe ainsi que le fait de retrouver des jeunes du même âge. Ils apprécient tout particulièrement cet espace de liberté de parole autour des questions relatives à la sexualité.

L'expérience acquise depuis l'ouverture montre que les problématiques et les risques liés à la vie sexuelle correspondent aux préoccupations majeures des jeunes rencontrés. Si la majorité a reçu une information sur ce sujet et connaît les moyens de contraception comme le préservatif, les

connaissances sur le corps, le fonctionnement des organes sexuels, les risques comme celui d'une grossesse non désirée, des IST ou du VIH/sida restent souvent partielles, voire approximatives.

Développer davantage d'actions innovantes

Force est de constater que de nouvelles modalités d'informations se développent et se diversifient. Toutefois, elles demeurent encore insuffisantes, souvent ponctuelles et parfois mal adaptées à la temporalité et aux questionnements des publics. Pour ces raisons, Tête à Tête doit redoubler d'effort pour proposer des services et des actions adaptés. Il doit également faire preuve

de créativité afin de trouver de nouvelles approches et permettre à chacun d'élaborer sa propre stratégie de prévention et ainsi devenir l'acteur privilégié de sa santé. ■

1. Étude réalisée par Malika Amaouche et Thomas Sauvadet, sociologues.

Pour en savoir plus

Tête à Tête, du lundi au samedi de 10h00 à 18h30. Gratuit, libre d'accès et anonyme. Centre commercial Rosny 2 (porte 2, niveau 1) Tél. : 01 48 12 01 01. Courriel : teteatete@cg93.fr.

CYBERCRIPS/CRIPS ÎLE-DE-FRANCE : UN ESPACE D'INFORMATION POUR LES JEUNES

Le Cybercrisp Île-de-France est un espace convivial, attractif, ludique et interactif d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation autour de la santé, qui s'adresse aux jeunes de 13 à 25 ans, mais aussi aux relais de prévention qui travaillent en direction des jeunes.

Les thématiques auxquelles le Cybercrisp se consacre sont principalement la vie affective et sexuelle (puberté, sexualité, orientation sexuelle, contraception, grossesse, VIH, infections sexuellement transmissibles), mais aussi l'usage de substances psychoactives, licites et illicites, surtout alcool, tabac et cannabis, les trois produits les plus consommés par les jeunes.

Depuis sa création, le Cybercrisp a permis à 167 000 jeunes de bénéficier de ces actions de prévention. En 2012, 12 000 jeunes ont fréquenté le lieu dont 1 036 ont pu s'entretenir individuellement avec un ou une chargé(e) de prévention formée aux techniques de *counseling*. La satisfaction exprimée par le public sur ces actions nous conforte sur la pertinence du lieu. Cependant, le Cybercrisp organise la prévention sur le concept de santé sexuelle mais ne prend pas en charge la santé des jeunes. Il ne développe donc pas le concept de prévention par le soin,

les dépistages de l'infection à VIH par exemple. Beaucoup de jeunes qui franchissent la porte du Cybercrisp ou après avoir échangé avec les chargés de prévention demandent des tests de grossesse, une contraception d'urgence ou des tests de dépistage. Ils sont orientés vers les structures adaptées à leur demande, mais font bien alors souvent face aux contraintes administratives et pédagogiques qui y sont liées.

Le Cybercrisp est utilisé et reconnu par de nombreux professionnels de la prévention mais aussi du secteur sanitaire, social et éducatif. En revanche, son implantation au cœur de Paris ne permet pas ou très difficilement d'atteindre les publics jeunes de moyenne et grande banlieue parisiennes, territoires où les structures de prévention santé ne sont que peu ou pas présentes. Ces territoires regroupent pourtant des populations concernées par les missions du Cybercrisp, présentant de nombreux facteurs de vulnérabilité en lien avec leur santé sexuelle, parmi lesquels on distingue l'éloignement et le manque d'information. Le Crisp va ainsi mettre en œuvre, en 2013, une « Unité mobile » qui permettra d'adapter les actions et outils du Cybercrisp hors les murs, d'identifier les structures ressources et d'accès aux soins sur un territoire et ainsi mettre en place un réseau personnalisé pour orienter les jeunes et de créer des événements spécifiques, en partenariat.

Jean-Luc Romero,
président,
Crips Île-de-France, Paris.

Planning familial : « Un lieu d'écoute, d'accès aux soins et aux droits »

**Entretien avec
Véronique Séhier,**
conseillère conjugale
au centre de planification
du Planning familial
de Lille et coprésidente
du Planning familial.

La Santé en action :
**Pourquoi ce choix d'un
lieu anonyme pour
ce centre du Planning
familial à Lille?**

Véronique Séhier :
Nous sommes implantés
dans un quartier assez

neutre, nous avons choisi d'être proches des transports pour être facilement accessibles, et en même temps dans un local peu repérable, en rez-de-chaussée d'immeuble. On peut donc franchir notre porte discrètement, sans être repéré. Nous y tenons. Nous sommes ouverts de 14 à 19 heures tous les jours, et le samedi matin, de sorte qu'une personne qui travaille ou qui est dans un cursus scolaire peut trouver un créneau pour se rendre au centre.

**S.A. : Quelles sont les missions
d'un centre du Planning familial?**

V.S. : L'écoute, l'accueil et l'information sur les droits en matière de sexualité, le conseil conjugal, l'éducation à la sexualité en allant vers les publics scolaires et non scolaires. Une partie des centres du Planning familial – c'est notre cas à Lille – sont aussi centres de planification et assurent des consultations médicales pour la délivrance et le suivi de la contraception¹. Dans un centre de planification comme le nôtre, il y a toujours un binôme conseillère/médecin ou sage-femme, donc des conseillères présentes lors des consultations médicales. Et, dans bien des centres, de l'accueil collectif. C'est très important, car la contraception, ce n'est pas seulement du médical.

**S.A. : Et, plus spécifiquement,
dans votre centre de Lille?**

V.S. : Ce sont les mêmes missions : l'accueil, l'écoute et l'information du public en demande de contraception et d'IVG, et, au-delà, sur tous les aspects de la sexualité (homosexualité, questions de genre, violences, risques IST et VIH, information sur les droits en matière de sexualité et d'accès aux soins). Notre seconde mission est la délivrance de contraception, dans des délais rapides, avec l'accueil médicalisé et le suivi gynécologique. Point important : l'accueil et la délivrance de contraception sont anonymes, confidentiels et gratuits pour les mineur(e)s. Nous accueillons beaucoup de mineures qui viennent demander un test de grossesse parce qu'elles ont pris des risques.

Autre point majeur : nous travaillons beaucoup en partenariat avec d'autres structures opérant sur le champ de la sexualité et de la contraception, parmi lesquelles les centres IVG, une maison de santé qui réalise des IVG médicamenteuses, un centre Lesbien, Gay, Bi, Trans (LGBT), etc. Au niveau national, il existe des textes qui régissent les missions et activités des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et des centres de planification², mais il n'y a pas de modèle pour les centres du Planning familial. Les configurations sont différentes selon le territoire, les acteurs déjà présents, le partenariat, la politique mise en œuvre par les collectivités territoriales, qui varie d'un territoire à l'autre. Par exemple, à Lille, nous n'avons pas d'activité de dépistage anonyme et gratuit, un CDAG étant opération-

nel dans le quartier. Mais il est vraiment important pour nous de pouvoir apporter une réponse globale aux personnes qui viennent ici, dont le dépistage et la prise en charge des IST (*chlamydiae* notamment).

**S.A. : Qui sont les usagers
de votre centre?**

V.S. : Des jeunes, de lycée, de collègue (environ 60% de notre public a moins de 20 ans), ou non scolarisés, des étudiants, etc. Nous sommes en effet identifiés comme un lieu anonyme et gratuit d'accueil et de délivrance de contraception pour les mineurs comme le stipule la loi de 1974. Nous pouvons prendre en charge les jeunes majeurs jusqu'à 20 ans, grâce à la politique mise en œuvre par le conseil général du Nord.

S.A. : Et les plus de 20 ans?

V.S. : Nous ne fermons la porte à personne ! Nous prenons en compte toute demande de contraception d'une personne qui se trouve en situation d'urgence, par exemple des femmes étrangères ou toute personne ne pouvant faire valoir ses droits par ailleurs. Nous recevons ainsi des femmes qui veulent garder la confidentialité, qui souhaitent que rien n'apparaisse sur les relevés de Sécurité sociale. La majorité de nos usagers dépend de la Sécurité sociale et/ou de la mutuelle de leurs parents. La règle, ici, est que l'on ne laisse jamais une personne partir sans prendre en compte sa demande, pour quelque raison que ce soit. Nous accueillons beaucoup de personnes en situation de précarité avec des res-

sources très modestes, ne pouvant bénéficier de la CMU, ne voulant pas forcément en référer à leurs parents pour l'accès à la contraception.

S.A. : Quels professionnels formez-vous ?

V.S. : Nous formons des professionnels relais : par exemple, dans le cadre d'un programme intitulé « Contraception/Sexualité/Vulnérabilité » financé par la direction générale de la Santé, nous formons des éducateurs, des animateurs d'insertion, de missions locales, etc. Ils nous rappellent à quel point il est compliqué pour un jeune de s'investir sur un projet professionnel alors qu'il est confronté à des problèmes de santé, ou à des risques de grossesse pour les jeunes femmes. Nous travaillons avec eux sur la sexualité, la contraception, les rapports filles/garçons, tous ces problèmes étant liés. Nous les aidons à travailler sur leurs propres représentations, afin de pouvoir entendre et écouter les jeunes avec qui ils travaillent. Cela peut déboucher sur des groupes de parole avec les jeunes. Nous formons aussi des

conseillères conjugales pour nos centres et pour d'autres centres de planification du Nord-Pas-de-Calais. Une quinzaine de conseillères sont actuellement en formation et un nouveau cycle de formation commencera fin 2013.

S.A. : Comment intervenez-vous en milieu scolaire ?

V.S. : Nous faisons de l'éducation à la sexualité au centre même mais aussi à l'extérieur, en « allant vers » les établissements scolaires. La loi prévoit trois séances d'éducation à la sexualité par an tout au long de la vie scolaire, du primaire à la terminale. Lors de ces séances, faute de temps disponible, la demande est souvent de parler aux jeunes des risques liés aux IST, du préservatif, des moyens de contraception, de se protéger. Nos interventions visent à avoir une approche globale et positive de la sexualité : nous ne venons pas pour faire passer des messages, mais pour ouvrir des espaces de parole, être à l'écoute des jeunes, faire un bout de chemin avec eux sur les questions qui les concernent : les rapports filles/garçons, les différentes sexualités.

Nous partons de leurs questions et de leurs propres représentations, pour les aider à faire leurs propres choix.

Pour les jeunes des collèges, nous avons réalisé un outil d'animation sur les rapports filles/garçons, puis nous avons formé des professionnels du milieu scolaire sur la question des rapports filles/garçons : nous les avons fait travailler sur les stéréotypes, à partir d'outils qu'ils peuvent utiliser avec les jeunes. En lien avec le conseil général du Nord, nous avons organisé sur sept territoires une journée de sensibilisation pour les professionnels de l'Éducation nationale (infirmiers, conseillers principaux d'éducation, principaux, adjoints, professeurs, assistantes sociales), du social et de l'insertion (clubs de prévention, centres sociaux). Il est très important de travailler en réseau.

L'ESSENTIEL

- ▣ Le centre de planification du Planning familial reçoit plus de 7 500 personnes par an, surtout des jeunes et des personnes qui ne connaissent pas toujours leurs droits.
- ▣ Le centre informe, délivre les moyens de contraception, fait de l'éducation à la sexualité, notamment en milieu scolaire, sensibilise les professionnels, travaille en réseau avec d'autres structures.



Dossier

Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ?

S.A. : *Comment allez-vous vers les publics qui ne fréquentent pas votre centre?*

V.S. : Nous travaillons en partenariat avec des structures comme les missions locales, les foyers, mais aussi avec des associations et des institutions, dans une démarche d'« aller vers » qui fait partie de notre stratégie. Nous intervenons auprès des professionnels de l'éducation et de l'insertion, qui sont eux-mêmes en contact avec les populations. Par exemple, nous animons des groupes de parole dans un centre social d'un quartier en difficulté à Lille. Nous avons constaté que nombre de ces femmes n'ont plus de suivi gynécologique, ni d'accès à la contraception depuis longtemps. Suite à ces groupes de parole, certaines sont venues au Planning, y ont vu l'animatrice qui intervient dans les groupes de parole, se sont senties en confiance. Certaines bénéficient désormais d'un suivi gynécologique et d'une contraception. Or ce sont des personnes qui ne seraient jamais venues spontanément au Planning. *Idem* pour les jeunes : quand on intervient en milieu scolaire, on voit parfois arriver au Planning des lycéen(ne)s qui osent faire la démarche parce qu'ils connaissent une animatrice. Nous intervenons régulièrement aussi auprès d'un public en situation de handicap mental, de jeunes aveugles, auprès de sourds et de malentendants, à la demande de ces structures. Là aussi, nous partons de leurs questions et de leurs représentations.

S.A. : *Que trouve-t-on dans votre centre que l'on ne trouve pas ailleurs?*

V.S. : Nous appartenons à un mouvement féministe et d'éducation populaire, et notre action s'organise autour de ces valeurs. Permettre à des femmes, à des hommes, de pouvoir aborder en toute confiance – avec des professionnels qui vont les écouter et les entendre – des sujets qui touchent à la sexualité, aux rapports hommes/femmes. Beaucoup nous disent ne pas avoir d'autre lieu pour parler sexualité, contraception, IVG, orientation sexuelle, etc. Les personnes trouvent dans nos centres une équipe pluridisciplinaire, n'abordant pas que la contraception mais s'efforçant d'avoir une

approche globale. Nous n'avons pas de message à faire passer, nous sommes là pour les aider à aller là où elles souhaitent aller, dans le respect de leur choix. Nous travaillons à mettre en valeur leurs compétences : ces personnes que l'on accueille ont toutes un potentiel, l'objectif est qu'elles puissent faire leurs propres choix, en toute autonomie. Enfin, le centre et son équipe ne se placent pas simplement dans une démarche d'accès aux soins : nous travaillons aussi avec ces personnes sur l'accès à leurs droits. Les droits en matière de sexualité font partie des droits fondamentaux, ceci a parfois tendance à être oublié. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. Sur les 76 centres du Planning familial existant en France, les deux tiers sont des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et un tiers ont une activité complémentaire de centres de planification. Certains de ces centres du Planning familial ont également une activité de centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

2. Référence au rapport Igas 2011 sur les centres de planification et d'éducation familiale et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial.

UNE CONTRACEPTION REMBOURSÉE À 100% POUR LES MINEURES D'AU MOINS 15 ANS

Les mineures d'au moins 15 ans bénéficient désormais d'une contraception 100% gratuite. C'est ce que confirme un décret publié au *Journal officiel* du mercredi 27 mars 2013¹. En pratique, les jeunes filles mineures qui veulent obtenir la délivrance gratuite d'une contraception en pharmacie doivent consulter un médecin ou une sage-femme leur prescrivant une contraception adaptée, puis présenter l'ordonnance au pharmacien et la carte Vitale (ou l'attestation de droits), le pharmacien délivrant alors le contraceptif sans avance de frais et en toute confidentialité. Les centres de planification et d'éducation familiale (dont ceux du Planning familial) délivrent également gratuitement une contraception aux jeunes filles mineures souhaitant garder le secret. (Source : *Direction de l'information légale et administrative – Premier ministre, 4 avril 2013.*)

1. À la suite de l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013.

Grossesses non souhaitées : un programme de sensibilisation des jeunes dans le Médoc

Laurence Kotobi,
anthropologue, maître de conférences,
université de Bordeaux,
UMR 5185 ADES CNRS.

Cet article s'appuie sur une recherche en cours, menée par une équipe d'anthropologues et de sociologues. Le sujet traité : les inégalités d'accès aux soins en santé reproductive, sur le Médoc, un territoire rural aquitain en proie à une désertification médicale. Financée par l'Iresp-Inserm sur trente-six mois (2010-2013)¹, cette étude qualitative décrypte les effets des dispositifs – existants, y compris les plus récents – sur l'accès et le recours/non-recours aux soins de femmes « précaires » et/ou « migrantes ». Elle examine également les réponses apportées par les professionnels aux besoins des populations dans le champ de la santé sexuelle.

Cet article ne traite pas de l'ensemble de cette recherche, mais uniquement d'un aspect : alors que notre enquête se déroulait sur le terrain, une action de prévention des grossesses non souhaitées (GNS) a été mise en place à partir de 2010, à l'initiative du conseil régional. Notre équipe de recherche a été invitée à y collaborer. Il s'agit d'une action de sensibilisation et de prévention, dans le cadre de la politique d'éducation pour la santé et de lutte pour l'égalité entre les femmes

et les hommes mise en œuvre par la Région. La conception et la mise en œuvre ont été confiées à la Fédération régionale du mouvement français pour le planning familial (MFPF) et au Réseau aquitain d'éducation pour la santé (Ireps).

Autre nouveauté qui a modifié le contexte : depuis la rentrée 2012, la Région Aquitaine a mis en place à titre expérimental un « Pass Accès contraception » à destination des jeunes filles et des garçons âgés de 16 à 25 ans². Des dispositifs similaires existent dans d'autres régions de France, dont Poitou-Charentes qui en a été à l'initiative (*voir page 25*). Il s'agit de permettre aux jeunes mineures un accès anonyme et gratuit aux méthodes contraceptives, afin justement de prévenir les grossesses non souhaitées.

Les missions du dispositif

Déclinée dans les cinq départements d'Aquitaine, l'action de prévention des grossesses non souhaitées inclut une campagne de sensibilisation et d'information. Elle a pour mission de faire connaître aux jeunes les lieux ressources de la région afin de leur faciliter l'accès à la contraception. Comment ? En relayant des messages de prévention ciblés auprès des adolescents et des jeunes adultes par le biais de structures et de personnes ressources.

En 2010, une première campagne d'affichage a été réalisée et des tracts (flyers) ont été diffusés, essentiellement dans les lycées, les centres de formation d'apprentis (CFA), les missions locales et les Points Information

Jeunesse (PIJ). Ces documents renvoient à un site Internet dédié aux jeunes Aquitains³.

En 2012, dans le cadre de cette action, un groupe de professionnels a été constitué sur les grossesses non souhaitées et des rencontres se sont déroulées avec les professionnels de terrain dans douze territoires aquitains, dont le Médoc, en vue de développer des actions adaptées aux problématiques locales. C'est donc une « phase 2 », plus seulement constituée d'une campagne mais d'un accompagnement des structures et des professionnels sur le terrain. L'action ainsi élargie poursuit un double objectif :
– améliorer le repérage des lieux et des acteurs ressources dans le domaine pour faciliter ensuite l'accès à la contraception ;
– créer et renforcer les partenariats entre professionnels sur le territoire, accompagner les équipes relais dans la mise en œuvre d'un projet sur le territoire.

Pour ce faire, une journée de sensibilisation a été organisée pour un large public de professionnels et trois demi-journées avec le groupe technique plus restreint.

Les publics destinataires des actions

Sur le territoire médocain, la journée, organisée en mai 2012, s'est inscrite de fait dans les missions de ce territoire : cohésion sociale et promotion de la santé, en vue d'un meilleur accompagnement des publics fragilisés vers la prévention et les soins. La structure « Pays Médoc » qui a servi d'appui s'est

en effet dotée depuis 2008 d'un réseau Solidarité Médoc Santé. Les professionnels sensibilisés lors de cette journée exercent des responsabilités éducatives auprès des jeunes de 15 à 25 ans (mission locale, espace jeunesse, principaux lycées et collèges, services jeunesse municipaux). D'autres professionnels travaillent avec l'ensemble de la population : centres communaux d'action sociale, centres de planification et d'éducation familiale, centres de protection maternelle et infantile, maisons départementales de la solidarité et de l'insertion du conseil général de Gironde. En revanche, des professionnels de « première ligne » étaient absents : médecins généralistes, gynécologues (très peu nombreux sur le territoire), pharmaciens, etc.

Trois priorités ont émergé :

- renforcer le travail en réseau entre professionnels sur l'échange d'informations et d'expériences;
- améliorer l'orientation des jeunes vers les professionnels et structures les plus adéquates, en développant l'information en direction de ces jeunes (*via* des points santé et des dispositifs itinérants);
- mettre à disposition des professionnels des connaissances plus larges sur la vie affective et sexuelle des jeunes, la législation, l'accès aux droits.

Les besoins des professionnels

De cette journée et de ces réunions émerge le constat suivant sur le territoire du Médoc : les professionnels ont exprimé un vif intérêt pour cette thématique de la vie affective et sexuelle des jeunes, toutefois certains professionnels disent manquer de connaissances en la matière. Parmi ceux-ci, des assistantes sociales, des personnels des maisons départementales de la solidarité et de l'insertion, des animateurs, des psychologues, des infirmières scolaires, des conseillers principaux d'éducation, etc. Ils sont demandeurs d'informations sur les dispositifs tels que le « Pass Accès contraception », certaines techniques contraceptives, le cadre réglementaire, en particulier l'obligation des pharmaciens de délivrer la contraception d'urgence sans ordonnance, la possibilité d'accompagner une mineure dans

le cadre scolaire pour un IVG, les ressources possibles pour eux.

Cette journée était organisée en ateliers, avec des restitutions en séance plénière qui ont mis en débat des situations professionnelles réelles. Elle a permis d'informer ces professionnels et, pour certains, de réactualiser leurs connaissances. L'une des discussions les plus marquantes s'est nouée autour de la « pilule du lendemain ». Constat a été fait que ce terme n'est pas approprié, en raison de la possibilité de prendre cette pilule jusqu'à 72 ou 120 heures après le rapport sexuel non protégé. Le vocable de « contraception d'urgence » serait plus juste et précis, comme l'ont souligné nombre d'experts au niveau national.

Autre domaine sur lequel l'information n'était pas connue de tous les professionnels présents : la délivrance gratuite par les pharmaciens de cette contraception d'urgence et le fait que tout manquement peut être signalé par téléphone à l'ordre des pharmaciens. Cette discussion a contribué à faire émerger dans le groupe une prise de conscience sur la nécessité de mieux connaître les droits en tant qu'accompagnateurs, afin de pouvoir orienter ou conseiller.

À l'heure du bilan

À l'heure du premier bilan, les points forts sont notables. Tout d'abord, cette action s'est bien articulée avec le réseau Solidarité Médoc Santé déjà existant. Ensuite, les techniques d'animations de groupe utilisées lors de la journée et au cours des réunions ont favorisé les débats sur les représentations autour des questions de la sexualité des jeunes, point central que les professionnels souhaitent discuter. Ces professionnels sont issus de champs d'intervention différents. Fortement motivés, ils attendent une aide à la pratique pour mettre en œuvre une démarche de promotion de la santé : « Pourquoi ne pas inviter des jeunes à participer au groupe? », ont-ils interrogé. Certains ont traduit ces connaissances dans leur pratique. Ainsi, dès la rentrée 2012, la conseillère principale d'éducation et l'infirmière scolaire d'un collège et d'un lycée du Médoc ont intégré des informations pratiques relatives à la contraception dans le

livret d'accueil et de correspondance des élèves.

Côté faiblesses, le manque de temps, de moyens humains et de matériels est le principal écueil mis en avant. La création de ce nouveau groupe « grossesses non souhaitées » s'ajoute aux nombreuses activités du réseau Solidarité Médoc Santé. Élément facilitateur, certains participent à ce nouveau groupe dans le cadre de leur formation continue. Mais comme ils sont très sollicités, leur présence est irrégulière et souvent conditionnée à l'accord de leur structure. L'avenir de l'action dépend de la capacité de ce groupe à poursuivre le travail. En 2012, il s'est réuni quatre fois.

Ce groupe pourrait élaborer une méthodologie concrète d'intervention en prévention, éducation et promotion de la santé. Les professionnels pourraient faire remonter leurs expériences de terrain et aussi s'appuyer sur la participation croisée d'utilisateurs et de chercheurs, établir un diagnostic local, analyser les inégalités sociales – de genre, mais aussi de territoire – existantes. Et faire émerger cette problématique auprès des décideurs, pour qu'un plan d'action soit élaboré au niveau local. ■

1. Le projet est mené à l'université de Bordeaux, sous la direction scientifique de Laurence Kotobi (maître de conférences en anthropologie, UMR 5185 ADES CNRS), avec Béatrice Jacques (maître de conférences en sociologie, UMR 5116 CED CNRS), Lorena Anton (post-doctorante en anthropologie, ADES), Sonia Purgues (chargée d'études sociologiques, CED) et Clara Lemonnier (doctorante en anthropologie, ADES).

2. http://jeunes.aquitaine.fr/sante/act-7.50.95_presentation_du_dispositif.html. Il est indiqué sur le site : « Le Pass Accès contraception se présente sous la forme d'un chéquier comprenant plusieurs coupons de prise en charge médicale, donnant l'accès à toutes les contraceptions, deux visites chez le médecin, les analyses en laboratoire et la contraception d'urgence. Les coupons feront office de moyen de paiement pour les utilisateurs. La Région prendra en charge les remboursements des prestations des professionnels. »

3. <http://grossessesnonsohaitees.wordpress.com>.

Dans le Tarn-et-Garonne, une camionnette du Planning familial sillonne le département pour apporter l'information sur la sexualité au plus près des populations.

Tarn-et-Garonne : un bus du Planning pour informer sur la sexualité

Lorette Martineau,
conseillère conjugale et familiale,
responsable du Bus à l'oreille,
Planning familial, Montauban,
Sandy Beauvais,
conseillère conjugale et familiale,
Planning familial, Montauban,
coordinatrice régionale du
Planning familial Midi-Pyrénées.

Créé par le Planning familial de Montauban¹, le Bus à l'oreille est une petite camionnette aménagée de façon conviviale. Il se déplace sur dix sites différents, sept collèges et trois espaces publics (deux quartiers de Montauban « politique de la ville », Quartier Est et Centre-Ville, et le parc de Clairefont, à Castelsarrasin). Objectif : que l'information et l'éducation à la sexualité touchent tous les publics, y compris les plus isolés socialement et géographiquement. Le caractère fortement rural de notre département est souvent pénalisant pour les populations les plus éloignées de Montauban. Il conduit à priver une partie importante de la population de l'accès à l'information. En 2001, nous avons donc convaincu le conseil général et le conseil régional de l'intérêt d'un bus itinérant.

Ouvert à tous, cet espace de convivialité et d'information et d'accompagnement est animé par une conseillère conjugale et familiale. Il assure des permanences itinérantes (Lauzerte, Castelsarrasin, Beaumont-de-Lomagne, Saint-Antonin-Noble-Val, Valence-d'Agen, Nègrepelisse, Grisolles) et propose des accueils sur rendez-vous, à la demande du public. Il organise

aussi des animations, des ateliers et des débats d'aide à la parentalité. Il fait notamment office de relais de diffusion des préservatifs féminins et masculins.

Le Bus est un outil de formation à l'autonomie et à la responsabilité. On y vient apprendre, échanger. Il permet d'atteindre les populations vulnérables. Il sert de relais d'information vers les acteurs du territoire (maison des ados, centre de planification, CMS, CIDFF, Epice 82, etc.).

Accès réduit à la contraception

Le département cumule certains handicaps en matière d'information sur la sexualité et d'accès à la contra-

ception, notamment un accès à la prescription anonyme et gratuite très réduit. L'objectif demeure de permettre à chacun(e) de choisir en toute connaissance une contraception adaptée, ce qui permet de vivre mieux sa sexualité.

Selon une enquête réalisée en septembre 2011, auprès de collégiens de trois établissements qui bénéficient du passage du Bus, les jeunes qui viennent ont en moyenne 12 à 13 ans, avec une petite majorité de garçons, qui y trouvent un lieu d'expression pour parler de leur corps. Ils viennent essentiellement grâce au bouche-à-oreille entre élèves. Les collégiens qui



fréquentent Le Bus y reviennent souvent. Deux élèves sur trois viennent pour la convivialité, l'ambiance, l'échange. « *Je m'y sens libre* » dit ainsi l'un d'eux. Plus d'un sur trois vient afin de pouvoir poser toutes les questions sans tabou, 3 % pour avoir des préservatifs. Parmi ceux qui reviennent, plus d'un tiers dit avoir modifié son comportement, envers les autres – famille, ami(e)s, enseignant –, mais aussi envers eux-mêmes.

Un lieu pour aborder les sujets tabous

Globalement, le Bus est perçu comme un lieu d'expression apprécié par les jeunes parce qu'ils y trouvent un accueil chaleureux, la possibilité de s'exprimer librement, d'aborder des sujets tabous. Autre point fort mis en avant : le fait que le Bus offre une expertise dans le domaine des violences, notamment intrafamiliales.

À l'heure du bilan, on peut mettre en avant les points positifs suivants : une possibilité de dialoguer avec un adulte au regard bienveillant, qui a du temps et manifeste de l'intérêt pour ce qu'ils/elles disent, le droit d'être soi-même – comme ils le disent : « *Ma parole vaut* » – ; un lieu d'échange et de réflexion sur différents thèmes pour construire sa propre identité, pour renforcer l'image de soi, car beaucoup ont une image dévalorisée d'eux-mêmes. À noter : les bonnes relations avec les conseillers principaux d'éducation (CPE) des collèges et les infirmières dans la plupart des sites visités par le Bus.

Mais il y a aussi des points négatifs qui perdurent. On peut ainsi citer : peu d'accès à un droit de prescription de contraceptifs au niveau local (sur Montauban, Castelsarrasin et Moissac, certains jours) ; un important déficit de dialogue avec les équipes éducatives des collèges bénéficiant des permanences du Bus à l'oreille ; des informations incomplètes délivrées par les adultes concernant les lois qui encadrent la sexualité des jeunes, ce qui équivaut à une non-reconnaissance de leur sexualité ; la persistance, chez certains jeunes, de stéréotypes extrêmement offensants : les filles sont très souvent traitées de « putes » ou de « salopes ».

ILS DOUTENT DE LEUR CAPACITÉ À « ÊTRE AIMÉ » PAR L'AUTRE

Que disent les jeunes qui viennent au Bus à l'oreille ? Ils font part de leurs angoisses, leurs problèmes, leurs difficultés relationnelles. Parmi les thèmes qui reviennent le plus souvent : le regard des autres, les difficultés liées au fait de n'être pas à la norme, l'apparence physique, la parole émergente sur l'homosexualité, les difficultés relationnelles dues aux assignations de genre. Les difficultés à être soi-même, se montrer telles qu'ils/elles sont. La peur d'être jugés revient très souvent également dans leurs propos, les empêchant d'avoir confiance en eux.

Un besoin de reconnaissance de la part des parents est formulé : ils doutent souvent d'être aimables dans le sens « dignes d'être aimés ». Ils angoissent à l'idée de donner une mauvaise image d'eux-mêmes à leurs parents par rapport à l'école et à leurs comportements. Ils font état de la difficulté d'être soi tout en étant à la hauteur des attentes de ses parents. Ils expriment des doutes dans leur capacité à être aimés par l'autre.

Nos perspectives sont de travailler à la construction d'un réseau sur l'ensemble du territoire du département. À cette fin, un partenariat vient d'être établi avec deux maisons de santé et des conventions sont prévues courant 2013 avec trois médecins, suite à une formation sur l'IVG impulsée par le Planning familial. ■

1. Les autres activités du Planning familial de Montauban (Tarn-et-Garonne) sont les suivantes : permanences d'écoute et d'information, programmes de prévention, d'éducation sexuelle et de non-violence, accueil de jour pour les femmes victimes de violences, actions grand public avec son association sœur l'Union des femmes africaines de Montauban (Ufam) et formations à destination des professionnels.

Difficulté de « dire non »

Ils font état de la « difficulté de dire non » à quelqu'un(e) que l'on apprécie, avec des répercussions dans les relations amoureuses : si l'autre insiste, une incapacité dans certains cas à maintenir le non. Parfois par référence à l'éducation parentale, avec l'impossibilité pour certains parents de poser un cadre et leur dire non.

On le voit, leurs questionnements et leurs attentes dépassent largement la seule question de la vie affective et sexuelle. Ils évoquent ainsi les difficultés liées à la recomposition de la famille, les conflits de loyauté. Ils abordent la notion d'intrusion par rapport à son corps ou son intimité psychique, le non-respect de l'espace privé : beaucoup sont confrontés à l'impossibilité de se fermer à clé dans leur chambre, aux toilettes ou dans la salle de bains.

Le Bus permet pour eux d'aborder certaines questions taboues : chez les garçons, la gêne provoquée par une érection. Par ailleurs, la mort de proches parents est revenue à plusieurs reprises. Plus globalement, le Bus est un lieu d'apprentissage de la non-violence et d'expérimentation de la bienveillance, au travers de discussions sur les limites, les règles, les lois. Nombre de violences psychologiques *via* des actes d'humiliation à l'école sont rapportées. À cet égard, les toilettes sont souvent évoquées comme lieu de danger.

Les professionnels qui les écoutent leur expliquent qu'aller demander protection lorsque l'on est victime n'est pas de la délation, qu'en aucun cas on ne peut être traité de « balance », ce qui revient à renverser les rôles entre victime et agresseur. Nous leur rappelons fréquemment le devoir qu'ont les adultes de protéger les enfants. Nous les aidons à réfléchir sur les manières de venir en aide à une personne victime, les encourageons à intervenir plutôt en faveur de la victime qu'en faisant alliance avec l'auteur(e) de l'agression. Pour les garçons, nous entendons leur difficulté à ne pas répondre à la violence par la violence, à faire l'apprentissage de la gestion de leurs émotions.

L. M.

Infirmières scolaires : « Accompagner les jeunes dans leurs questionnements »

**Marie-Françoise Derrien,
Marie Garcia,**
infirmières, formatrices en éducation
à la sexualité, Éducation nationale.

Les missions de l'infirmière en établissements publics locaux d'enseignement (EPLE) sont définies par une circulaire. La contribution spécifique apportée par les infirmières scolaires en éducation à la sexualité, se traduit principalement par :

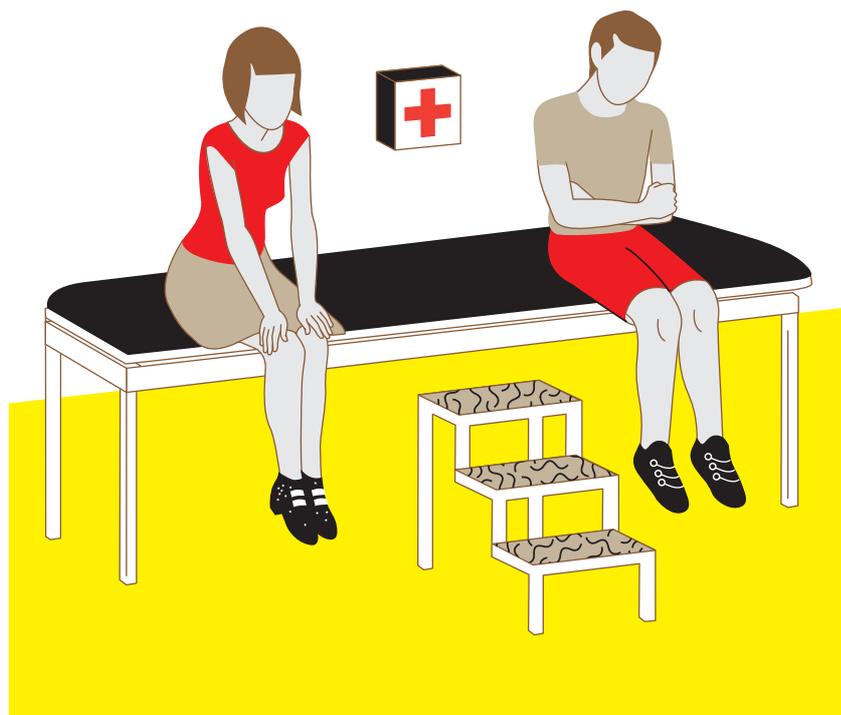
- les conseils, les informations dispensés aux élèves lors des passages à l'infirmierie, des dépistages infirmiers ou encore d'entretiens personnalisés;
- la coordination qu'elles sont appelées à assurer en leur qualité de référent santé avec les autres partenaires institutionnels et les intervenants extérieurs;
- la participation à l'élaboration du projet de santé de l'établissement, à la mise en place des séances d'éducation à la sexualité;
- l'implication dans le dispositif de formation initiale et continue des personnels en éducation à la sexualité.

Être infirmière en EPLE aujourd'hui, c'est se situer au cœur d'un dispositif mis en place autour de l'enfant et de l'adolescent, afin de lui permettre de faire des choix responsables y compris en matière de vie affective et sexuelle. Notre mission est bien la participation à la construction de la personne et

du citoyen, dont la sexualité est une composante essentielle, dans le respect et la tolérance des différentes cultures, des différentes valeurs, des différentes religions et en complémentarité avec le rôle des parents.

Soumis au secret professionnel nous garantissons la confidentialité de la parole donnée. C'est dans un double mouvement d'accueil (ils viennent pousser la porte de l'infirmierie) et de rencontres (où nous allons vers eux) que se tissent des liens de confiance, une parole libérée dans le respect de chacun, de leur âge, de leur sexe, de leurs différences.

L'infirmière scolaire accueille tout élève qui la sollicite pour quelque motif que ce soit. Elle se présente à tous en début d'année, participe à de nombreuses actions de prévention, effectue des dépistages par tranche d'âge, et, enfin, reçoit les jeunes à la demande des parents, des enseignants ou tout autre personne. Elle est repérée comme professionnelle ressource dans l'établissement. En matière d'éducation à la sexualité, elle facilite toute information sur l'ensemble des méthodes contraceptives, sur la pilule d'urgence et sur les relais agréés. Elle peut, à titre exceptionnel, administrer



la contraception d'urgence à une élève afin d'éviter une grossesse non désirée, et elle est, à présent, habilitée à renouveler pour une période de six mois la pilule contraceptive.

Elle doit rester formée et informée pour être au fait de l'actualité médico-pharmaceutique afin de répondre au plus juste et d'orienter au mieux, être capable de réagir aux sollicitations liées à l'actualité (par exemple sur les pilules de troisième et quatrième générations).

Enfin, elle active le lien avec tout un réseau de partenaires dans et hors de l'Éducation nationale :

le médecin scolaire, l'assistante sociale, les enseignants, les centres de documentation et d'information (CDI), les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les médecins du secteur, etc. Elle relaie les informations des plans régionaux de santé, les axes de prévention nationaux et les coordonnées des structures pouvant accueillir, informer, guider et orienter les jeunes en matière de sexualité.

L'ESSENTIEL

- ▶ Les entretiens individuels permettent aux élèves de solliciter l'infirmière scolaire en toute confidentialité.
- ▶ Les infirmières peuvent délivrer la pilule d'urgence, en cas de rapport non protégé ou de toute autre prise de risque.
- ▶ Elles sont le pivot des séances d'éducation à la sexualité, désormais obligatoires de la maternelle à la terminale.

Accompagner les jeunes dans leurs questionnements

L'infirmière scolaire accompagne également les jeunes dans leurs questionnements dans le cadre du suivi infirmier ou des entretiens individuels, soit au moment des visites de dépistage infirmier réalisées au cours de la sixième année (en suivi des visites d'admission au CP réalisées par le médecin scolaire), en CE2 ou en sixième, soit à la demande, tout au long de la scolarité. Ainsi, au cours de ces rencontres, elle peut être sollicitée dès l'école primaire, par exemple lorsqu'une petite fille se masturbe en classe ou qu'un petit garçon veut que ses copines lui touchent le sexe. Les enseignants ou les conseillers principaux d'éducation lui font part de leurs inquiétudes concernant tel ou tel élève.

L'infirmière scolaire est compétente aussi pour aider les équipes éducatives à ne pas projeter sur des enfants leurs propres représentations, et donc leurs propres interprétations.

Mettre en place l'éducation à la sexualité

Depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et sa circulaire d'application dans l'Éducation nationale du 17 février 2003, l'institution a pour obligation de mettre en place « une information et une éducation à la sexualité qui seront dispensées dans les écoles, dans les collèges et dans les lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âges homogènes de la maternelle à la terminale par du personnel volontaire et formé ».

L'École a donc une place légitime en matière d'éducation à la sexualité. Dans une complémentarité éducative avec la famille, l'école, lieu d'apprentissage et d'échanges, peut permettre d'aborder le sujet de la sexualité dans la sphère publique. L'éducation à la sexualité dans ce cadre sera explicite, verbale et formelle, avec des objectifs définis, dans un cadre dont les adultes intervenants sont les garants.

Nous mettons en place une relation éducative, qui est un acte d'accompagnement et non de transmission d'un savoir.

L'infirmière scolaire participe à la mise en place de ces séances d'éducation à la sexualité. Son rôle est incontournable dans la formation des binômes d'intervenants imposés par la charte académique, et pour cela elle a le plus souvent suivi une formation adaptée. Sur le plan national, de nombreuses infirmières scolaires sont formées pour assurer à leur tour ces formations et donc augmenter, en

pluricatégoriel, le nombre de personnes qui souhaitent faire de l'éducation à la sexualité.

Des séances pour échanger en groupe...

Ma semaine commence à l'infirmier par deux séances d'éducation à la sexualité auprès des élèves d'une classe de troisième. Pour cette deuxième rencontre de l'année, en demi-groupes, filles et garçons sont cette fois-ci réunis. Dans le cadre de notre projet d'établissement et du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc), ces échanges sont inscrits dans notre emploi du temps et celui des élèves. Je n'ai plus à quémander des heures, et je ne suis plus identifiée comme « madame Sexe » de l'établissement. Ils attendent nos échanges, ils espèrent cette rencontre, cet espace de paroles, comme un cadeau.

« Madame, c'est pas facile de parler de sexe » ; « Et il paraît qu'il existe des préservatifs pour femmes... vous nous montrerez aussi ? » ; « Moi M'dame, je voudrais savoir si ça fait mal la première fois » ; « Et moi, pourquoi les garçons y pensent qu'à ça ? »...

Depuis quelque temps déjà, ils ont pris l'habitude de nos échanges, et la gêne ou l'excitation des premières heures ont disparu. Nous intervenons en binôme, aujourd'hui avec l'assistante sociale, si possible de manière mixte et intercatégorielle. Nous nous enrichissons mutuellement de nos expériences. Nous installons les élèves en cercle, proches les uns des autres



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Circulaire n° 2001-014 du 12/01/2001 relative aux missions des infirmiers(ères) scolaires. BO n° 1 du 25/01/2001. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm#5>
- *Éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guides Repères*. En ligne : <http://eduscol.education.fr/cid46850/ressources-nationales.html>
- Code de l'éducation. Article L.312-16. En ligne : www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnArticleDeCode?code=CEDUCATL.rcv&art=L312-16
- Circulaire n° 2003-027 du 17/02/2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. BO n° 9 du 27/02/2003. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
- Loi n° 2000-1209 du 13/12/2001 relative à la contraception d'urgence. En ligne : http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/print/id_fiche/8358
- Décret n° 2012-35 du 10/01/2012 relatif au renouvellement des contraceptifs oraux. En ligne : basedaj.aphp.fr/daj/public/index/pdf/id_fiche/10014
- Décret n° 2001-258 du 27/03/2001 pris en application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. En ligne : http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/print/id_fiche/5106
- Picod C., Pelège P. *Éduquer à la sexualité*. Lyon : Chronique sociale, coll. Savoir communiquer, 2010 : 280 p.
- Communal L., Guigné C., Rozier C. *Éducation à la sexualité au collège et au lycée*. Grenoble : CRDP Académie de Grenoble, coll. Vie scolaire, 2010 : 324 p.
- 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. Décret n° 2012-35 du 10/01/2012 relatif au renouvellement des contraceptifs oraux. En ligne : basedaj.aphp.fr/daj/public/index/pdf/id_fiche/10014

et prêts à s'écouter à échanger. Il y a beaucoup plus à les écouter qu'à leur dire, à guider leurs réflexions, leurs hésitations, leurs tâtonnements. Nous commençons par préciser quelques règles de fonctionnement du groupe, indispensables – on ne se coupe pas la parole, on n'est pas là pour parler de quelqu'un, on va échanger sur tout ce qui est du domaine public, on prend rendez-vous à l'infirmier pour des questions plus intimes, etc. – et nous sommes prêts à commencer. L'objectif de cette séance : la contraception. Nous ne sortirons pas d'ici sans qu'ils sachent où et comment se procurer la pilule, sans avoir les coordonnées du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), sans avoir vu des préservatifs !

Face à l'hétérogénéité de leurs cultures, de leurs différences, de leurs repères parfois très éloignés les uns des autres, de leurs ancrages familiaux si disparates, nous misons sur le développement de leur esprit de tolérance, sur la richesse de cette connaissance d'un ailleurs autre ; que chacun puisse trouver le chemin qui lui convient le mieux entre nature, culture, esprit critique et choix personnel.

Et je les regarde, ces jeunes, ces hommes et ces femmes en devenir, en construction, en mouvement, qui argumentent, qui réfléchissent, et je vois dans leurs yeux une ébauche de réponse, leur réponse, celle que chacun s'approprie.

Parlons un peu de ces différences entre hommes et femmes. De cette particularité anatomique ne naîtrait pas cette incompréhension entre nous ? *« Oui, les garçons ils veulent toucher les fesses des filles... mais nous, ce qu'on veut, c'est qu'ils nous caressent les cheveux. »*

Et ensemble, mais avec un parcours et un chemin différent, ils se retrouvent pour partager, à peu près au même âge, leur première relation sexuelle aux alentours de 17 ans...

« Et madame, et quand on aime quelqu'un du même sexe ? »

« Et les violences, le mariage forcé, la pornographie, la publicité, on voit des femmes nues pour vendre des voitures. »

« Et les maladies ? IST, sida. »

« Et les grossesses ? Et les IVG. »

« Et les rencontres sur Internet ? »

« Et l'amour, comment on sait que c'est le bon ? Le grand ? »

« Moi je ne saurais pas le reconnaître... Avec la tête que j'ai... »

Les deux heures sont terminées. Les prochaines séances sont programmées.

... et assurer les prises en charge individuelles

Je retourne à l'infirmier où un jeune garçon m'attend. Il demande à me parler, je le fais entrer, s'asseoir. Il est livide, tremble. Je perçois l'angoisse dans sa voix : *« C'est pas pour moi, c'est pour ma copine, elle a un retard de règles de quinze jours. Elle a peur, n'ose en parler à personne, on ne sait pas quoi faire... »*

Plus tard, sa copine et lui reviennent. Nous parlons, faisons le point, envisageons les différents scénarios. Je lui rappelle mon devoir de secret. Nous appelons ensemble le CPEF, prenons rendez-vous, je lui propose de faire un test de grossesse. *« Là, maintenant, tout de suite ? – Oui, c'est possible ! »* Je la rassure de par ma présence et mon soutien, quel que soit le résultat de leur décision.

Le téléphone sonne : une collègue qui se sent seule devant une situation de prise de risque et désire partager ses possibilités de choix. Un rapport non protégé hier soir et une demande de pilule du lendemain. Au regard de l'heure tardive et de la situation de détresse avérée, elle décide de la lui donner.

Deux prérequis : formation et partenariat

Tout notre challenge à présent est de se saisir de ce que nous offre la loi : la charte d'intervention qui met noir sur blanc notre cadre pour ces échanges, les formations. Plus il y aura de personnes formées, plus il y aura de binômes.

Nous pouvons imaginer des formations interinstitutionnelles (avec le Planning familial, par exemple) de façon à partager un discours commun et à démultiplier les séances.

Il est important d'améliorer les partenariats avec des relais agréés, accessibles, gratuits, vers lesquels les jeunes pourraient se tourner au plus près de leur lieu de vie et où ils disposeraient de l'information, de l'écoute et de la prise en charge nécessaires. ■

« Former les professionnels pour lever le tabou sur la sexualité »

Entretien avec Nathalie Spenatto, médecin, responsable du CDAG-Ciddist de Toulouse¹.

*La Santé en action :
Quelles sont les compétences nécessaires à un professionnel pour aborder des sujets ayant trait à la santé sexuelle avec ses patients ?*

Nathalie Spenatto : Le concept de santé sexuelle a été défini en 2002 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. » La santé sexuelle fait donc partie intégrante de la santé et de la qualité de vie de l'ensemble des personnes que peut rencontrer un professionnel, elle ne se situe pas que dans le champ classique du soin.

Les patients doivent tout d'abord pouvoir bénéficier d'informations, de soutien et d'écoute leur permettant d'adopter une conduite en conformité avec leurs désirs en toute sécurité. Ils doivent pouvoir accéder à des professionnels formés en prévention, conseil, éducation et promotion de la santé.

Ils doivent également pouvoir bénéficier de dépistages adaptés (pour le VIH, les hépatites, les IST, sans oublier le frottis cervico-vaginal pour les femmes), de soins de prévention dans le domaine des grossesses non désirées (contraception, orthogénie) et de vaccinations (hépatite B, papillomavirus). La prise en charge des IST, de l'infection par le VIH et les hépatites, et des dysfonctions sexuelles est bien sûr essen-

tielle. Les questions de santé mentale relatives ou associées à la santé sexuelle sont également un élément important. La question des violences dans le domaine de la santé sexuelle doit pouvoir être abordée et sa prise en charge maîtrisée. La prise en charge en santé sexuelle dans sa globalité peut faire appel à des domaines médicaux ou paramédicaux très variés (dermatovénérologie, gynécologie, infectiologie, urologie, sexologie, psychologie, psychiatrie, etc.), mais aussi à des notions non médicales de droit ou d'éthique, par exemple.

S. A. : **Le professionnel ne se situe donc plus uniquement dans une vision médicale ?**

N. S. : Effectivement, il ne s'agit plus pour les professionnels concernés de « faire du soin » mais plutôt de « prendre soin », ce qui sous-entend, de ne pas agir dans le but unique d'une guérison en s'occupant uniquement de la maladie ou de la dysfonction, mais de prendre en charge les personnes

dans leur globalité (aspect moral/physique et social). Ainsi, tout professionnel œuvrant dans le champ de la santé sexuelle devrait élargir le concept de soins (« cure ») au concept de « care » anglo-saxon, c'est-à-dire « prendre soin de ».

Il devra mettre en œuvre une approche centrée sur la personne dans la globalité de sa vie sexuelle, aussi bien biologique que psychosociale. La capacité à écouter et à explorer les expériences sans jugement est un élément essentiel de la prise en charge. Ces éléments doivent être partagés par l'ensemble des professionnels exerçant dans ce champ.

Acquérir des compétences approfondies dans l'ensemble de ces domaines est un challenge bien difficile à relever pour un professionnel de premier recours. La capacité à travailler en équipe multidisciplinaire ou à fonctionner en réseau semble difficilement contournable.

S. A. : **Que préconisez-vous pour améliorer les pratiques des professionnels dans le domaine de la santé sexuelle ?**

N. S. : Pour améliorer la pratique des professionnels, deux conditions me semblent essentielles :

- d'une part, l'appropriation et l'intégration dans la pratique du professionnel du concept de santé sexuelle de l'OMS (voir ci-dessus) et donc de la notion d'approche globale du « care » centré sur la personne ;
- d'autre part, la possibilité d'accès à une formation polyvalente abordant l'ensemble des champs médicaux et

« LA SANTÉ SEXUELLE FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE LA SANTÉ ET DE LA QUALITÉ DE VIE DE L'ENSEMBLE DES PERSONNES QUE PEUT RENCONTRER UN PROFESSIONNEL, ELLE NE SE SITUE PAS QUE DANS LE CHAMP CLASSIQUE DU SOIN. »

non médicaux nécessaires pour tous les professionnels concernés.

Il faut en premier lieu apprendre à décloisonner les pratiques entre les différentes spécialités reconnues.

Il ne s'agit pas que tous les professionnels aient une compétence dans tous les domaines (ce qui est en pratique impossible), mais, au minimum, qu'ils soient capables d'établir un « état des lieux » global des personnes dans le champ de leur santé sexuelle, d'identifier les éventuels problèmes ou difficultés, et d'orienter ensuite vers les personnes compétentes si nécessaire. Il faudrait donc définir un niveau de formation « de base » en santé sexuelle pour les soins de premier recours, puis favoriser le développement de réseaux de professionnels sensibilisés à la thématique, qui puissent répondre d'une manière coordonnée aux différentes problématiques plus spécialisées rencontrées. En ce sens, une formation commune à différents corps de métiers pourrait être intéressante. Des diplômes universitaires en santé sexuelle existent déjà, il faudrait favoriser leur développement. Les dispositifs de formation médicale continue devraient également intégrer une formation spécifique à ce sujet.

S.A. : Ce type de formation n'existe pas à ce jour en France ?

N.S. : Contrairement à certains pays anglo-saxons, où la médecine génito-urinaire est une spécialité à part entière, il n'y a pas en France de spécialité médicale individualisée dans le champ de la santé sexuelle. La création d'un diplôme d'études complémentaires médical dans ce domaine serait certainement une avancée notable.

De même, l'absence de terrains de stage pour les futurs médecins ou professionnels de santé est une carence importante qui devrait être corrigée. Si des centres de santé sexuelle en réseau sur le territoire existaient, ils pourraient, via la formation d'étudiants, inculquer une « culture » dans ce champ et ainsi améliorer la prise en charge des personnes sur l'ensemble d'un territoire de santé. En effet, il y a souvent des freins pour les professionnels à aborder la sexualité des patients qui

« LA DIFFICULTÉ PRINCIPALE D'APPROCHE DANS LA SANTÉ SEXUELLE RESTE LE TABOU SUR LA SEXUALITÉ. LA SEXUALITÉ FAIT PARTIE DE L'INTIME, DU CACHÉ. »

relève du champ de l'intime, donc du secret.

La santé alimentaire, le sommeil, le tabagisme, etc., font partie des éléments de base habituellement recueillis dans les dossiers des patients. Il faudrait que le champ de la santé sexuelle devienne un élément comme un autre, incontournable, de l'interrogatoire de base des personnes. En l'absence de professionnels formés, non seulement sur le plan théorique (diplôme) mais aussi sur le plan pratique (terrains de stage), on ne peut que craindre que l'abord de la sexualité reste un tabou.

S.A. : Quels conseils donneriez-vous à un professionnel rencontrant des difficultés face à des sujets liés à la santé sexuelle ?

N.S. : Je crois qu'il faut en premier lieu « dédramatiser ». La difficulté principale d'approche dans la santé sexuelle reste le tabou sur la sexualité. La sexualité fait partie de l'intime, du caché, elle reste un « tabou » dans son acception la plus générale, c'est-à-dire « un sujet qu'il serait malséant d'évoquer en vertu des convenances sociales ou morales d'une société donnée ». Ainsi, pour le professionnel comme pour le patient, aborder le sujet même de santé sexuelle, dans quelque composante que ce soit, reste difficile, chacun campant sur une idée *a priori* de l'autre, sur le fondement de sa pensée, de ses croyances et de ses limites. Le tabou reprend ici tout son sens initial : « *Mot polynésien, désignant ce que les profanes ne peuvent toucher sans commettre un sacrilège.* » Il faut pouvoir arriver à ce que l'abord de la santé sexuelle ne soit plus « sacrilège », aussi bien pour le patient que pour le professionnel. Il faut donc que le professionnel travaille sur ses propres représentations de la sexualité, ses propres freins, ses propres tabous, non pas pour se renier dans sa personnalité intime mais plutôt pour apprendre à s'en détacher dans l'inté-

rêt des personnes qu'il reçoit. Il faut que les patients perçoivent une empathie, une bienveillance chez le professionnel, celle-ci ne pouvant être perçue que si le professionnel est à l'aise dans le domaine concerné, donc qu'il a travaillé sur sa propre notion de l'intime. Il faut donc faire un point sur soi, ceci n'est pas une chose facile, mais cela devrait être abordé au cours de la formation de tous les professionnels de santé.

S.A. : Former les professionnels pour dédramatiser la thématique de la sexualité ?

N.S. : Dédramatiser, c'est aussi percevoir que, pour la plupart des personnes, les mêmes problématiques d'intime surgissent lors du passage chez un professionnel. Dans la plupart des cas, l'attente du déclenchement de la question sur la santé sexuelle est forte et espérée, il n'est pas facile pour le patient de verbaliser en premier. Avec l'expérience, on voit bien que l'amorce d'une discussion sur la sexualité en général est souvent parfaitement bien acceptée, elle est souvent source de « soulagement » de la part des patients qui étaient en attente de conseils sans oser en déclencher la demande.

Les mots d'ordre sont donc dédramatisation et empathie. Le sujet « santé sexuelle » n'est pas « techniquement » plus difficile que d'autres sujets de santé, il l'est simplement plus psychologiquement ou sociologiquement. Les patients sont en attente forte de la part des professionnels, il faut donc oser « aller vers eux » à ce sujet, sans aucun *a priori*. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) – Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) – Hôpital La Grave, place Lange, 31052 Toulouse Cedex.

L'ESSENTIEL

- Les patients doivent bénéficier d'information, d'écoute et de soutien.
- Il s'agit pour les professionnels de prendre en charge les personnes dans leur globalité ; il convient donc de les former et de les inciter à travailler en réseau, en équipe multidisciplinaire, et à décloisonner les pratiques.
- La difficulté principale d'approche dans la santé sexuelle reste le tabou sur la sexualité.
- Les patients ont de fortes attentes, les professionnels doivent oser « aller vers eux » sur ce sujet, sans *a priori*.

Dossier

Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ?

Centre de santé sexuelle : « Réunir en un seul lieu information, prévention, dépistage, traitement et suivi »

Entretien avec Michel Ohayon, médecin, directeur du centre de santé sexuelle 190, Paris.

La Santé en action :
Quelles sont les missions de votre structure en matière de santé sexuelle ?

Michel Ohayon : Le 190 est une émanation de Sida Info Service.

Nous développons donc une offre en santé sexuelle susceptible d'infléchir le cours de l'épidémie dans les groupes les plus exposés. Contrairement à un schéma bien connu, il s'agit ici de réunir dans une unité de lieu, de temps et d'équipe, l'information, la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des pathologies associées à la sexualité, qu'il s'agisse des IST, de l'infection par le VIH, des troubles sexuels et des addictions susceptibles d'exposer au VIH/sida. C'est une proposition de prévention par le soin ou, plutôt, de prévention avec le soin comme porte d'entrée.

S.A. : Quelle est la stratégie développée afin de répondre à ces missions ?

M.O. : Notre travail est centré sur deux offres. La première concerne ce que nous appelons le « contrôle technique ». C'est une proposition de dépistage exhaustif des IST, à destination des séropositifs comme des séronégatifs, incluant des prélèvements bactériologiques, orientés non pas sur les symptômes mais en fonction des pratiques sexuelles, avec pour résultat un nombre de diagnostics extrêmement élevé pour les IST et

très élevé pour le VIH (environ 2% de tests positifs). La seconde concerne les personnes vivant avec le VIH auxquelles nous proposons un suivi basé sur quelques principes : le traitement systématique de la primo-infection, une proposition de traitement universel à tous les stades de l'infection, et un accompagnement au centre duquel nous plaçons la sexualité, suivant l'idée que l'épanouissement sexuel favorise la prévention. À tout moment il est possible d'engager un travail spécifiquement axé sur la sexualité, ses troubles et ses difficultés. Nous accueillons dans l'équipe une psychologue qui est également sexologue, un médecin addictologue, un dermatovénérologue, et nous allons étendre notre activité à d'autres disciplines (psychiatrie dès à présent, gynécologie, soins dentaires, etc.). Et nos deux infirmiers font un travail qui dépasse largement la réalisation des actes de prélèvement ou d'injection. Enfin, le centre est ouvert l'après-midi et jusqu'à 20 heures.

Il faut noter que l'une des spécificités du 190 est de faire cohabiter les séropositifs et les séronégatifs, la prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'équipe est pluridisciplinaire mais surtout polyvalente, si bien qu'il n'y a pas une consultation « VIH » ou une consultation « prévention-dépistage ». L'ensemble de l'offre est déployé, et il n'y a pas de professionnels spécifiquement consacrés à l'une ou l'autre activité. Évidemment, l'addictologie est la personne référente pour les

questions d'abus de substances, mais c'est parce que l'ensemble de l'équipe est au fait des pratiques addictives en contexte sexuel (notre « cheval de bataille ») qu'une prise en charge en addictologie est possible. Pareil pour la consultation de sexologie. L'orientation fonctionne mieux si elle est faite par l'équipe au sein du centre.

S.A. : Quels sont les publics destinataires de vos actions et quels bénéfices en retirent-ils ?

M.O. : Nos deux principaux publics sont les personnes vivant avec le VIH, quels que soient leur sexe, leur orientation sexuelle et leur mode de contamination, et les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes. Pourquoi ? Parce que ce sont les deux populations au sein desquelles le VIH circule le plus et parmi lesquelles la prévention par le soin peut avoir un impact. Notre population est globalement celle qui avait été approchée par l'enquête Prevagay, au sein de laquelle l'incidence du VIH était estimée à 3,8% par an. Au bout de trois ans, nous n'avons constaté aucune contamination chez les personnes qui ont adhéré à notre proposition de suivi en santé sexuelle. S'il ne s'agit pas d'une étude prospective proprement dite (du moins pas encore), nous avons désormais un recul suffisant pour penser qu'il n'y a pas qu'un hasard dans ces résultats, très au-delà de nos objectifs initiaux.

Pour ce qui est des séropositifs, nous nous inscrivons initialement dans une offre assez enveloppante, très axée

sur le *cocooning*. C'est particulièrement important avec notre population vivant avec le VIH qui, au 190, est particulièrement jeune (plus du quart de nos nouveaux usagers ont 25 ans et moins et la quasi-totalité a moins de 40 ans), qui arrive au moment du diagnostic de l'infection. Cela se traduit par un accueil immédiat (souvent le jour même du diagnostic) et un accompagnement très serré, partagé entre tous les professionnels du centre, avec un rôle très important de l'équipe d'infirmiers. Nos patients n'ont pas le temps d'entrer dans la peau d'un malade et peuvent se projeter d'emblée dans l'avenir. Le fait de travailler autour de la sexualité implique un droit à une sexualité, ce qui n'est pas évident au moment de la contamination. La proposition thérapeutique que nous faisons, clairement justifiée par l'intérêt individuel mais aussi par la prévention de la transmission, rencontre un écho très favorable, et permet aux personnes de se reconstruire d'emblée.

S.A. : Quel bilan dressez-vous des actions développées par votre structure dans le domaine de la santé sexuelle ?

M.O. : Quitte à sembler prétentieux, nous constatons que notre idée de départ s'est révélée pertinente. Au point que notre expérience inspire un bon nombre de Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) en France, qui nous consultent afin de construire leur propre offre en santé sexuelle. Nous sommes en train de développer une « clinique » de la santé sexuelle en lien avec le VIH, car nous découvrons tous les jours des choses nouvelles. N'oublions pas que nous sommes en face de minorités sexuelles (du fait de l'orientation ou de la séropositivité) au sein desquelles les cultures mutent à grande vitesse. Le fait d'avoir une population relativement ciblée permet d'observer des phénomènes qui seraient invisibles ailleurs. Nous avons été les premiers à lancer l'alerte concernant l'expansion du « slam », une pratique d'injection de drogue de synthèse en contexte sexuel, qui était auparavant considérée comme totalement marginale alors qu'elle s'étend très rapidement depuis environ deux ans. Nous

L'ESSENTIEL

- **À Paris, une structure d'accueil, le 190, est ouverte depuis février 2010.**
- **Ce lieu rassemble des professionnels pluridisciplinaires (psychologue, dermatologue, addictologue, infirmiers, etc.).**
- **Il assure une information et une prise en charge sur la vie affective et sexuelle, la prévention, le dépistage et traitement des IST et du VIH/sida, etc.**
- **Les principaux publics du 190 sont les personnes vivant avec le VIH et les homosexuels masculins.**

assistons à une évolution des perceptions du VIH chez de très jeunes hommes, plutôt aisés, qui s'accompagnent de contaminations très précoces. Il ne faut jamais oublier qu'une structure comme la nôtre a un rôle d'observatoire essentiel dans la lutte contre l'épidémie.

Notre force, aujourd'hui, c'est notre reconnaissance par nos usagers, qui viennent au 190 essentiellement par le bouche-à-oreille et donc en confiance. C'est une explication à notre taux à peu près nul de contaminations chez nos patients. La faiblesse, c'est qu'une structure comme le 190 ne rentre dans aucune « case » du système de soins. Malgré les invocations des autorités de santé, il est économiquement très difficile de faire à la fois de la prévention et du soin, dans la mesure où le mode de financement de la médecine ambulatoire est strictement basé sur la rémunération du soin. Vingt-trois euros de recette pour une consultation qui va durer en moyenne trente minutes, faire intervenir un médecin, un infirmier, parfois un psy et un secrétaire qui doit gérer un accueil bienveillant ainsi que les contraintes du tiers-payant, c'est moins payé que le shampoing-coupe-brushing chez la plupart des coiffeurs parisiens. L'échec que nous déplorons le plus est d'avoir dû supprimer les consultations de conseil communautaire, qui étaient assurées par des écoutants de Sida Info Service et qui permettaient un espace de parole à la fois professionnel et non médicalisé, qui avait son intérêt, mais était totalement impossible à financer.

S.A. : Quelles sont les perspectives d'évolution de vos actions afin d'optimiser le service rendu ?

M.O. : D'abord, déménager. Nous souffrons d'une localisation un peu excentrée dans Paris, près du Père-Lachaise, qui limite le public auquel nous nous adressons. C'est surtout sensible pour l'offre de dépistage. Il est encore difficile pour les usagers d'identifier ce qui nous distingue fondamentalement des autres structures, et de ce fait peu de gens traversent Paris pour venir chez nous. Nous déménagerons au cours du premier semestre 2013 dans le centre de Paris. Ensuite, il nous faut élargir notre offre, à la fois en volume (ouvrir plus longtemps, avec plus de praticiens) et en diversité. Une consultation de psychiatrie va débuter en février, et nous espérons mettre en place une consultation de gynécologie dès que nous aurons trouvé quelqu'un qui veuille bien s'occuper de notre population un peu atypique (femmes séropositives, lesbiennes, transsexuels femme vers homme, etc.).

Enfin, nous allons ouvrir à l'occasion de notre déménagement un cabinet dentaire « séropo friendly ». Pourquoi ? D'une part, parce que les personnes vivant avec le VIH souffrent d'une discrimination fréquente et ancienne dans l'accès aux soins dentaires, ainsi que Sida Info Service l'a constaté au cours de multiples études menées sur le sujet depuis 2005. Ensuite, parce que la santé sexuelle, ça passe aussi par l'estime de soi. Prendre des antirétroviraux, avoir de super T4, mais des dents apocalyptiques parce que l'on a peur de se faire à nouveau mettre dehors, ça ne favorise pas vraiment la considération à l'égard de soi-même et, par là, la prévention.

Nous avons un gros travail d'analyse à mener afin de préciser ce qui s'est passé au cours de nos trois premières années d'activité. Nous voudrions également mener un travail de recherche plus pointu afin de mieux comprendre pourquoi nos usagers ne se contaminent pas et, donc, améliorer nos modalités d'intervention. Sida Info Service nous a donné trois années de plus pour faire encore mieux... ■

Propos recueillis par Yves Géry

Centre de dépistage : « Se former à l'écoute et être dans le non-jugement »

Entretien avec Philippe Dhotte, médecin, responsable du CMS-Cidag-Ciddist¹ du Figuier, Paris.

La Santé en action : D'après vous, quelles sont les compétences nécessaires à un professionnel pour être en mesure d'aborder avec

ses patients des sujets ayant trait à la santé sexuelle?

Philippe Dhotte : Avant même les compétences, il me semble essentiel de poser des prérequis qui me paraissent importants pour qu'un professionnel de santé puisse facilement aborder les sujets concernant la santé sexuelle. Une réflexion personnelle sur les *a priori* et les préjugés que ce pro-

fessionnel éprouve lui-même ou perçoit dans son entourage personnel, social et professionnel, me paraît fondamentale afin de savoir les écarter ou les canaliser au mieux. Il va s'agir alors d'intégrer d'éventuels besoins de formation(s) spécifique(s) pour mieux appréhender des points susceptibles de le gêner dans son exercice. Et, malgré une indispensable ouverture d'esprit et une acceptation sincère des différences qui me paraît fondamentale, certaines

techniques d'écoute et de posture peuvent s'apprendre pour se sentir le plus « à l'aise » possible lorsqu'il s'agit d'évoquer le vaste mais accessible domaine de la santé sexuelle. Le professionnel doit se donner les moyens

de pouvoir tranquillement évoquer ces problématiques de telle sorte que la personne concernée ressente véritablement sa capacité à appréhender ces sujets, sans se sentir jugée.

Dès lors, une formation à l'écoute d'une à trois journées, si possible orientée vers la santé sexuelle, dispensée par un organisme compétent dans ce domaine – certaines associations, notamment – me paraît très profitable. Les autres compétences utiles consistent en une bonne connaissance des populations évoluant sur le territoire d'action de ce professionnel, de leurs modes de rencontres, de certaines pratiques sexuelles, de certaines vulnérabilités. Là encore, la sollicitation d'un réseau associatif local me paraît très intéressante, la compétence de terrain pouvant alors être acquise en les rencontrant pour bénéficier de leur expérience, voire en les accompagnant à l'occasion de certaines actions.

S. A. : Que préconisez-vous pour améliorer les pratiques des professionnels dans le domaine de la santé sexuelle?

Ph. D. : L'amélioration de ces pratiques passe probablement par une attitude proactive de deux acteurs : aux associatifs de se rapprocher des professionnels en demande afin de les inciter à un accompagnement approprié visant à une meilleure efficacité de leurs actions auprès des personnes, et à l'État, aux régions ou à la Sécurité sociale d'aider, par le financement de formations dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé, pour l'acquisition des compé-

tences nécessaires à une appréhension optimale de la santé sexuelle dans leur champ d'action.

S. A. : Quels conseils donneriez-vous à un professionnel rencontrant des difficultés face à des sujets liés à la santé sexuelle?

Ph. D. : Je lui proposerais volontiers de se rapprocher du réseau des centres régionaux d'information et de prévention du sida (Crips) où nous trouvons des professionnels connaissant très bien ce domaine et une documentation qui va souvent bien au-delà des problématiques concernant le sida, et des associations telles que Sida Info Service (notamment SIS Formation) ou Aides qui, elles aussi, peuvent contribuer aux contacts nécessaires pour progresser dans ce domaine, au prix de relativement peu de contraintes pourvu qu'une réelle motivation anime ce professionnel. Un bagage complémentaire étant acquis, je rappellerais simplement à ce professionnel que, en conscience des limites de chacun, une des clés essentielles est le principe du « non-jugement » et de l'acceptation des différences, qui doivent être perçus par l'usager et pas seulement éprouvés par le professionnel, ainsi qu'une connaissance correcte du terrain sans qu'elle soit pour autant exhaustive. ■

Propos recueillis par Yves Géry

¹. Centre médico-social, consultation d'information, de dépistage anonyme et gratuit, centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles – Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES), sous-direction de la Santé (SDS), Mairie de Paris.

L'ESSENTIEL

-
- ▣ Philippe Dhotte souligne que le professionnel doit en premier lieu faire le point sur ses propres représentations, identifier ses *a priori* et ses préjugés.
- ▣ Pour ce faire, il doit se former, avec, en particulier, les professionnels des associations de terrain.
- ▣ Se former à l'écoute et à la prise en compte du contexte et des réalités vécues par les populations auxquelles il s'adresse.
- ▣ Et avoir toujours à l'esprit ses propres limites et l'impératif éthique du non-jugement et de l'acceptation des différences.

Le dépistage communautaire du VIH : un nouvel outil pour améliorer la santé sexuelle

Jean-Marie Le Gall, responsable mission Innovation Recherche Expérimentation (Mire),
Laura Rios Guardiola, responsable Qualité et Évaluation,
Beata Mairesse Umbye, chargée de mission, coordination nationale Dépistage, Aides.

En 2008, l'association Aides¹, avec l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) et le professeur Yazdan Yazdanpanah, initiait une recherche visant à démontrer la faisabilité et l'acceptabilité d'une offre de dépistage rapide du VIH par des intervenants communautaires non médicaux [1]. En novembre 2010, s'appuyant sur les résultats de cette recherche, le ministère de la Santé a publié un arrêté [2] autorisant l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) par des acteurs non médicaux dans le cadre des activités de prévention du VIH portées par les associations. Forte de ce nouvel outil, Aides décide, en 2011, d'intégrer l'offre de dépistage communautaire dans toutes ses actions de réduction des risques avec les populations les plus exposées au VIH en France métropolitaine et dans la Caraïbe (Guyane, Martinique et Saint-Martin).

Dépistage communautaire du VIH : de la recherche à l'action

Un passage, aussi rapide, de la recherche à l'action a été rendu possible grâce à trois éléments clés :

- une analyse des besoins de dépistage conduite de longue date avec les

groupes de populations concernées, les plus exposées, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les communautés afro-caribéennes vivant en métropole, les populations vivant dans les départements français de la Caraïbe ;

- un vivier de militants déjà formés à la réduction des risques qui ont acquis une compétence supplémentaire sur le dépistage (274 militants formés en 2011) ;
- l'utilisation directe des résultats de la recherche pour construire un guide des bonnes pratiques d'intervention en dépistage communautaire.

Un travail de déconstruction des représentations

La formation au dépistage des mili-

tants dure quatre jours (venant s'ajouter aux six jours de la formation initiale suivie par tous les acteurs de Aides) et est conforme au cahier des charges de l'arrêté du 9 novembre 2010. Y sont abordés, outre les informations biomédicales relatives au VIH, les éléments d'assurance qualité encadrant le Trod, le *counseling* et les entretiens autour de la santé sexuelle, ainsi que, bien évidemment, la réalisation pratique des Trod.

La posture d'acteurs communautaire qui se saisissent d'un outil jusque-là réservé exclusivement aux professionnels de la santé nous a amenés à faire un travail de déconstruction de nos représentations : il n'y aurait eu aucun intérêt à faire du « pseudo-médical » là où c'est notre longue expérience de



Dossier
Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ?

réduction des risques en santé communautaire qui est notre réelle plus-value. Par ailleurs, tout au long de l'année, des temps d'analyse de pratiques et des offres de formations complémentaires sont offertes aux militants de Aides, qui leur permettent de continuer à perfectionner leur pratique. L'offre de Trod² se situe dans le cadre d'une offre globale de réduction des risques qui associe un entretien pré-test et post-test, la réalisation d'un test à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, puis la remise d'un résultat écrit (anonyme ou non en fonction du choix de la personne). L'ensemble de la procédure prend environ trente minutes et elle est gratuite. Les personnes recevant un résultat positif se voient proposer un accompagnement vers un test de confirmation et vers une première consultation médicale.

Il aura fallu seulement un an pour que Aides se mette en capacité d'offrir ce dépistage dans vingt-trois régions françaises en obtenant l'habilitation par les agences régionales de santé (ARS) et des conventions de financement avec la direction générale de la Santé (DGS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

Une année de dépistage à la rencontre des populations les plus exposées

L'année 2012 a permis de proposer 22 000 Trod et nous présentons ici une analyse réalisée sur l'activité des trois premiers trimestres 2012, soit 12 695 tests.

Conscients du fait qu'un des obstacles est la difficulté d'accès aux services proposant les tests, nous avons choisi de privilégier une intervention de proximité en allant à la rencontre des populations, dans des lieux fixes ou mobiles (bus, tente, etc.). Ainsi, 70 % des dépistages sont réalisés à

« L'OFFRE DE TROD SE SITUE DANS LE CADRE D'UNE OFFRE GLOBALE DE RÉDUCTION DES RISQUES QUI ASSOCIE UN ENTRETIEN PRÉ-TEST ET POST-TEST, LA RÉALISATION D'UN TEST À PARTIR D'UNE GOUTTE DE SANG PRÉLEVÉE AU BOUT DU DOIGT, PUIS LA REMISE D'UN RÉSULTAT ÉCRIT. »

l'extérieur des locaux de Aides. Le lieu diffère en fonction de la population à rejoindre : bars, saunas et lieux de rencontre extérieurs pour les HSH, actions régulières dans les commerces ou dans les quartiers fréquentés par les communautés afro caribéennes, quartiers et villages en Guyane ou encore dans les locaux d'autres associations (par exemple, Médecins du monde, centres LGBT), et dans des centres d'hébergement ou de soins. Le côté « mobile » de cette offre se déploie en maintenant des garanties de confidentialité et de qualité grâce à des critères d'intervention et du matériel adapté. Il nous a ainsi fallu acquérir des véhicules équipés (vans ou camions) dans plusieurs régions qui n'en disposaient pas jusqu'alors.

La recherche nous avait montré qu'il y avait une grande satisfaction à être dépisté par des pairs, avec lesquels les personnes disent qu'il est plus facile de parler de ses pratiques exposant au VIH (pratiques sexuelles, pratiques de consommation de substances psychoactives). Par ailleurs, aujourd'hui, 42 % des dépistages donnent lieu à un entretien de réduction des risques, qui dure de trente minutes à une heure.

Très globalement, notre activité est répartie pour 40 % auprès des HSH, pour 30 % auprès de personnes issues de la migration (Afrique, Caraïbe, Maghreb) et pour 30 % auprès de personnes considérées comme appartenant aux populations vulnérables (usagers de drogues, travailleur(e)s du sexe, multipartenaires, etc.).

Complémentarité avec les dispositifs existants

Bien que la majorité des personnes dépistées aient plus de 30 ans, 30 % faisaient un test pour la première fois. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être primo-testants. Ce taux monte à 42 % pour les personnes issues de la migration et montre combien ce type d'offre permet de rejoindre des personnes qui ne se dépistent pas de manière spontanée. Dans l'ensemble,

L'ESSENTIEL

-
- ▣ Lancés en France en 2010, les tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) peuvent être réalisés en une demi-heure maximum.
- ▣ Ils sont gratuits, techniquement simples : une goutte de sang est prélevée au bout du doigt.
- ▣ Ils sont réalisés par des intervenants communautaires non médicaux.
- ▣ Ces tests sont en majorité effectués sur les lieux de vie des populations.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Champenois K., Le Gall J.-M., Jacquemin C., Jean S., Martin C., Rios L., *et al.* ANRS-COMTEST : description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*, 2012, vol. 2, n° 2 : 9 p. En ligne : <http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000693.full.pdf>

[2] *Journal officiel de la République française*, n° 0266 du 17 novembre 2010. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20101117&numTexte=19&pageDebut=20499&pageFin=20503

[3] Cazein F., Le Strat Y., Le Vu S., Pillonel J., Lot F., Couturier S., *et al.* Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2011. *BEH*, 2012, n° 46-47 : p. 529-533. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/51642/218195/version/7/file/BEH_46_47_2012.pdf

[4] Fayard A., Caria A., Loubières C. coord. *Empowerment et santé mentale [dossier]*. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 7-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/413.asp>

L'implantation du dépistage communautaire non médicalisé du VIH dans le paysage de la santé publique française n'en est qu'à ses balbutiements. Seule une évaluation collective et régulière menée avec les autres acteurs du champ permettra de savoir si c'est un progrès durable et aussi d'en ajuster les moyens et les objectifs. Du point de vue de l'*empowerment* [4] des communautés dans leur gestion des risques d'infection par le VIH, le progrès est déjà là. Elles se sont saisies de l'outil et des objectifs, elles s'impliquent, elles agissent par et pour elles-mêmes. Il reste à inscrire ce nouvel outil dans une approche française de la santé sexuelle qui n'en est aujourd'hui qu'au début de sa construction. ■

1. Réseau national de santé communautaire luttant contre le VIH et les hépatites. Pour en savoir plus : www.aides.org.

2. Démonstration pratique filmée sur le site <http://depistage.aides.org>.

3. Actuellement, le nombre de personnes ne connaissant pas leur séropositivité, en France, est estimé entre 25 000 et 30 000 personnes.

le taux de personnes ayant un Trod positif a été de 1% (taux global de 0,2% en France en 2011 et de 0,32% dans les dispositifs anonymes) [3]. Pour nous, ce taux varie en fonction des groupes d'appartenance, ainsi chez les HSH, il est de 1,9% et de 0,8% chez les personnes issues de la migration. Autrement dit, une personne HSH qui vient se faire dépister à Aides a neuf fois plus de risque d'avoir un résultat positif qu'un hétérosexuel français non immigré et vingt fois plus de risque si c'est une personne HSH issue de la migration. Logiquement, donc, cette offre rejoint spécifiquement les personnes les plus exposées au VIH. Ce faisant, elle répond à son objectif de complémentarité avec les dispositifs préexistants.

Du dépistage du VIH vers une offre de santé sexuelle

La jeunesse de ce dispositif ne permet pas encore d'en percevoir tous les points forts et toutes les limites, mais certains sont déjà partageables. Parmi les points forts déjà apparents, il y a l'extraordinaire accueil fait par les groupes de population avec lesquels sont construites ces actions. Alors que certains craignaient le frein lié à la confidentialité, nous voyons sur les marchés, dans les bars et sur les plages, des personnes prendre leur tour et faire la queue pour se faire dépister. De même, les acteurs des communautés (gérants d'établissement gay, coiffeuses afro, leaders communautaires de quartier ou d'associations) mettent beaucoup d'énergie et d'enthousiasme pour nous aider à implanter cette offre avec eux et pour eux. Le succès du dépistage communautaire leur doit beaucoup. Sans doute pouvons-nous voir dans cet engouement les effets d'une banalisation de l'infection à VIH, malgré la stigmatisation toujours persistante des personnes infectées. Mais il s'agit aussi du résultat d'une manière de faire propre à la démarche communautaire.

De nouvelles dynamiques de partenariat ont aussi vu le jour au sein des Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) et avec des services de soin. Au niveau national, la collaboration avec des associations comme le Syndicat national des entreprises gaies (Sneg), le

Réseau des associations africaines et caribéennes agissant dans la lutte contre le sida en France (RAAC-sida), le Kiosque, qui pour certaines interviennent avec nous sur le terrain, s'est vue renforcée. La limite actuelle de ce succès tient aux ressources humaines que nous pouvons mobiliser, le financement public actuel des Trod ne permettant de couvrir que moins de la moitié des coûts engagés.

Un autre point fort est la qualité des entretiens qui sont menés. Ils nous permettent de constater des besoins en santé sexuelle qui ne trouvent pas, à ce jour, de réponse dans une simple offre de dépistage ou dans les ressources communautaires existantes. Ces besoins peuvent être d'ordre médical (dépistage des IST, vaccination contre l'hépatite B, contraception, etc.), mais aussi d'ordre psychosocial (troubles de la sexualité, violences liées au genre, etc.). Cela doit nous mobiliser pour la construction de réponses en santé sexuelle adaptées car, lorsque la demande s'exprime dans ce cadre, nous pouvons craindre qu'une simple orientation vers des ressources peu accessibles ne suffise pas.

Inscrire le dépistage comme un outil régulier de prévention

Autre point très important, difficilement évaluable cette première année, c'est l'inscription du recours au dépistage dans la durée. En effet, pour réduire la dynamique de l'épidémie dans les groupes les plus exposés, il convient, comme l'a écrit la Haute Autorité de santé (HAS) en 2009, de diminuer le nombre de personnes nouvellement infectées qui ne se savent pas séropositives³ et qui, de ce fait, ne peuvent pas bénéficier d'un traitement pour réduire le risque de transmission à autrui. Cet objectif ne peut être atteint que si les personnes de ces groupes se dépistent plus fréquemment, et ce indépendamment du sentiment subjectif d'exposition au risque. Autrement dit, il nous faudra constater si les primo-testants rencontrés reviennent se faire dépister dans ce dispositif ou dans un autre. Inscrire le dépistage comme un outil régulier et banal de prévention dans le cadre de la santé sexuelle reste à faire.

Pour compléter ce numéro consacré aux structures d'accueil en santé sexuelle, nous avons souhaité ici présenter un ensemble de ressources en deux parties. La première partie est constituée d'une sélection bibliographique incluant des publications sur les structures d'accueil. Cette bibliographie présente plusieurs aspects de la santé sexuelle – dépistage, contraception... – et met l'accent sur le rôle des professionnels dans la consultation en santé sexuelle. La seconde partie présente les principaux organismes de la santé sexuelle en France, la liste des contacts utiles, ainsi qu'un aperçu des outils disponibles.

Laetitia Haroutunian,
documentaliste
à l'Inpes.

SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

ASPECTS LÉGISLATIFS, RECOMMANDATIONS, CHIFFRES CLÉS

● Surveillance du VIH et des IST : quelques chiffres clés de 2012.

Remaides, hiver 2012, n° 83 : p. 22-23. En ligne : http://www.aides.org/download.php?filepath=/sites/default/files/remaides/121221_Remaides83_S.pdf

● **Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014.** Paris : ministère de la Santé et des Sports, novembre 2010 : 266 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

● **Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 en direction des populations d'outre-mer.** Paris : ministère de la Santé et des Sports, novembre 2010 : 58 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf

● **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).** *Journal officiel de la République française*, 17 novembre 2010, n° 0266 : 8 p. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/fo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20101117&numTexte=19&pageDebut=20499&pageFin=20503

● **Organisation mondiale de la santé (OMS). Apporter les bases de la santé sexuelle et génésique : bilan des réalisations.** Genève : OMS, 2009 : 22 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_HRP_08.13_fre.pdf

● **Haute Autorité de santé (HAS). Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage : synthèse et recommandations.** Saint-Denis : HAS, octobre 2009 : 41 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf

● **Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.** En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>

● **Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.** En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=&categorieLien=id>

DÉPISTAGE VIH ET IST : DISPOSITIFS, PRATIQUES

● **Crips Île-de-France.** Le dépistage du VIH : les tests rapides. *Site web Crips Île-de-France*, 2012. En ligne : <http://www.lecrips-idf.net/article2361.html>

Le Crips Île-de-France met à disposition en ligne une rubrique sur les tests rapides (Trod). Après une brève définition, l'article présente plusieurs articles liés au Trod : aspects techniques et législatifs, expériences de terrain.

● **Delaugerre C., Simon F. Les « Trod » : des outils pour le dépistage du VIH?** *Feuillets de biologie*, janvier 2012, vol. LIII, n° 304 : 9 p. En ligne : <http://www.lecrips-idf.net/IMG/pdf/87066-1.pdf>

● **Picard O., Valin N., Fonquernie L., Ouazene Z., Guyon H., Morand-Joubert L., et al. Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010-janvier 2011).** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n° 42 : p. 438-440. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/23362/133093/version/14/file/BEH_42_2011.pdf

● **Ugidos A., Messenger D., Delatour F., Le Vu S., Demoor P., Lert F., et al. Dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques.** *La Lettre du Crips*, 2007, n° 83 : 8 p. En ligne : <http://www.lecrips-idf.net/lettre-info/lettre83/lettre83.pdf>

● **Conseil national du sida (CNS). Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France.** Paris : CNS, 2006 : 17 p. En ligne : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article263>

CONTRACEPTION ET PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

● **Poletti B. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures.** Paris : Assemblée nationale, 2011 : 62 p. En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3444.pdf>

● **L'intervention volontaire de grossesse [numéro spécial].** *Revue française des affaires sociales*, janvier-mars 2011, n° 1 : 236 p.

● **Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives.** *Politiques sociales et familiales*, 2010, n° 100 : p. 104-109. En ligne : [http://www2.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/01528e1b583effc1c1257754004a617f/\\$FILE/PSF100-2-Yaelle%20Amsellem-Mainguy.pdf](http://www2.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/01528e1b583effc1c1257754004a617f/$FILE/PSF100-2-Yaelle%20Amsellem-Mainguy.pdf)

● **Aubin C., Jourdain-Menninger D., Chambaud L.** *La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication [rapport]*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2009 : 109 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/104000048/0000.pdf

● **Aubin C., Jourdain-Menninger D.** *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2009 : 99 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/104000049/0000.pdf

● **Aubin C., Jourdain-Menninger D., Chambaud L.** *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2009 : 93 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf

● **Poletti B.** *Rapport d'information sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. Paris : Assemblée nationale, 2008 : 41 p. En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/11206.pdf>

● **Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.** *Stratégie d'actions en matière de contraception*. Paris : ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2007 : 92 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategies_2007.pdf

● **Nisand I., Toulemon L.** *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*. Paris : Haut Conseil de la population et de la famille, 2006 : 28 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/074000104/0000.pdf

STRUCTURES D'ACCUEIL

● **Mouvement français pour le planning familial (MFPF).** *Construire l'accès à la contraception en réseau au plus près des dynamiques locales pour toutes et tous : un projet porté par le Planning familial*. Paris : MFPF, février 2012 : 249 p.

● **Ohayon M.** *Centres de santé sexuelle : quelle feuille de route?* *Transcriptases*, 2011, n° 145 : p. 33-35. En ligne : <http://www.vih.org/20110418/centres-sante-sexuelle-quelle-feuille-route-22476>

● **Aubin C., Branchu C., Vieilleribière J.-L., Sitruk P.** *Les Organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan*. Paris : Inspection générale des affaires sociales,

2011 : 164 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000405/0000.pdf

● **Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS).** *Évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité*. Paris : CSIS, 2004 : 78 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/054000610/0000.pdf

MÉDECINS GÉNÉRALISTES, INFIRMIÈRES SCOLAIRES, STRUCTURES PRÉVENTIVES : QUEL RÔLE À JOUER DANS LA SANTÉ SEXUELLE ?

● **Monnot Courtois M.** *Attentes des adolescents concernant l'abord de la sexualité avec leur médecin généraliste [thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]*. Villeurbanne : université Lyon-1, 2012 : 101 p.

● **Huber J.** *La prévention des risques liés à la sexualité chez l'adolescente en médecine générale : évaluation d'un outil de formation à l'aide d'une enquête prospective sur la pratique de médecins lors de consultations avec une adolescente complétée par un focus group [thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]*. Strasbourg : université Strasbourg-1, 2012 : 191 p.

● **Amsellem-Mainguy Y.** *Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé*. *Santé publique*, 2011, vol. 23, n° 2 : p. 77-87.

● **Segond, A.** *Les médecins généralistes français face au dépistage du VIH*. *vih.org*, 2011. En ligne : <http://www.vih.org/20110829/medecins-generalistes-francais-face-au-depistage-vih-25559>

● **Grand A.-C.** *Parler de sexualité avec son médecin généraliste, un problème pour les 15-18 ans : enquête en Île-de-France 2010-2011 [thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]*. Paris : Université Paris-7, 2011 : 97 p.

● **Lert F., Lydié N., Richard J.** *Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques?* In : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 136-155. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/depistage-VIH.pdf>

● **Gruman M.** *Déterminants et modalités de l'éducation sur la santé sexuelle faite par les médecins généralistes parisiens et de France métropolitaine auprès de la population âgée de 15 à 30 ans : recherche qualitative par focus group et entretiens individuels semi-structurés [thèse pour le diplôme d'État*

de docteur en médecine]. Paris : université Paris-6, 2009 : 255 p.

● **Pascau M. Le conseiller conjugal et familial dans les entretiens autour de l'IVG.** *Dialogue*, 2009, n° 4 : p. 115-126.

● **Roger H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième [thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine].** Rouen : université de Rouen, 2009 : 142 p.

● **Guyard L. La consultation gynécologique : un espace de liberté de parole pour les femmes.** In : Le Gall D. *Genres de vie et intimités. Chroniques d'une autre France.* Paris : L'Harmattan, coll. Sociologies et environnement, 2005 : p. 237-349.

● **Benhammou M.-M. L'administration de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires.** *Revue de l'Infirmière*, 2003, n° 91 : p. 27-29.

● **Bécar F., Ader M.-N. L'éducation sexuelle au collège et ses paradoxes.** *Dialogue*, 2002, vol. 155, n° 1 : p. 105-115.

● **Moula H., Mercier Nicoux F., Velin J. Un questionnaire, amorce de dialogue, peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale?** *Revue du Praticien Médecine générale*, 2001, vol. 15, n° 533 : p. 741-746.

● **Huerre P., Lauru D. Les professionnels face à la sexualité des adolescents : les institutions à l'épreuve.** Toulouse : Érès, 2001 : 232 p.

ORGANISMES

● **Les Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)** proposent gratuitement des informations, des conseils et du matériel de prévention sur la sexualité, la contraception, les IST, le sida. En 2010, 1 118 Centres de planification ou d'éducation familiale étaient identifiés en France; ceux-ci sont gérés par les départements, soit en régie départementale directe, soit en gestion déléguée à des établissements hospitaliers, associations, communes.

Liste des CPEF : <http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html>

● **Les Établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)**, à l'instar des CPEF, proposent également des informations en prévention sur la sexualité, la contraception, les IST, le sida. Financés par des subventions d'État, environ 390 EICCF sont répartis sur le territoire national.

Liste des EICCF : <http://www.sante.gouv.fr/les-etablissements-d-information-de-consultation-et-de-conseil-familial-eiccf.html>

● **Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF)** est une association loi 1901

créée en 1960. Mouvement féministe d'éducation populaire, le planning familial a pour objectif d'être un lieu d'échanges concernant la sexualité, et milite pour le droit à la contraception, à l'avortement et de façon plus générale pour le contrôle des naissances. Le site Web de l'association informe le grand public sur l'actualité française et internationale en santé sexuelle, fournit des dossiers d'information sur la contraception, l'avortement, le VIH et les IST, les sexualités, les violences, et permet au public d'interroger le centre de documentation sur un grand panel de ressources (22 000 références) : articles, ouvrages, vidéos, matériel pédagogique, sélection de revues, etc.

<http://www.planning-familial.org/>

Centre de documentation : <http://www.documentation.planning-familial.org/>

● **Le réseau des Centres régionaux d'information et de prévention du sida (Crips)** est un réseau national dont le but est d'informer le grand public sur les thématiques VIH/sida, les hépatites, les usages de drogues et les conduites à risque des jeunes. Il a pour objectif d'aider à l'élaboration de produits adaptés en matière de prévention et à la mise en œuvre d'actions. À ce jour, le réseau est constitué de sept centres; ils sont présents en Auvergne, Aquitaine, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais/Picardie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes. Ces centres alimentent en commun une base de données documentaire (près de 35 000 ressources à ce jour), qui recense de la littérature (ouvrages, rapports, articles, etc.) et des supports d'intervention et de prévention. Cette base de données peut être interrogée en ligne à l'adresse : <http://mediatheque.lecrips.net/>

Depuis 2001, le Crips Île-de-France propose un lieu d'accueil et d'échanges pour les 13-25 ans en accès libre et gratuit (le Cybercrips). Les jeunes peuvent s'informer sur les thématiques de l'éducation à la vie affective et sexuelle, la prévention des conduites à risque, des usages de drogue et le bien-être/mal-être, à travers des expositions, des bornes multimédia, des mises en situation, etc.

Cybercrips – Crips Île-de-France

Rez-de-chaussée de la Tour Montparnasse, 75015 Paris. Du mardi au samedi, de 13h00 à 19h00.

info@cybercrips.net

<http://www.lecrips.net/reseau.htm>

● **Les Centres de santé sexuelle.** Encore peu nombreux en France, les centres de santé sexuelle font partie d'un des objectifs du

plan national 2010-2014 de lutte contre le sida et les IST; le plan souligne l'importance de mettre en place une offre globale de lutte contre le sida et les IST, et d'implanter des centres de santé sexuelle qui proposeraient des volets de prévention, d'éducation à la sexualité et de dépistage. À ce titre, le « 190 » a ouvert ses portes en décembre 2009 en Île-de-France; à la fois centre de santé et lieu associatif, il est né de la volonté de SIS Association (Sida Info Service) de proposer un service de soins, de dépistage, d'information et de prévention.

Le 190

190, boulevard de Charonne, 75020 Paris. http://www.le190.fr/documents/190_RA_2011_Web.pdf

● **Les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG)** proposent de dépister le VIH, l'hépatite B ou C. Ils sont accessibles sans rendez-vous, gratuits et anonymes. À l'instar des CDAG, les **centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist)** font également du dépistage, mais ils s'attachent à dépister des IST plus spécifiques. De plus, dans un Ciddist, un traitement peut être administré au patient. Le Crips Île-de-France met à disposition une brochure explicative sur ces centres de consultation : http://www.lecrisps-idf.net/IMG/pdf/CDAG_CIDDIST_2012.pdf
Annuaire des CDAG-Ciddist par département http://www.sida-info-service.org/?page=ann_departements

OUTILS

OUTILS POUR LES PROFESSIONNELLS

- 1 **Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). Informations et ressources pour les professionnels de santé** [brochure]. Saint-Denis : Inpes, 2011 : 11 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
- 2 **Mouvement français pour le planning familial (MFPF). Contraception : faciliter l'accès à la contraception. Un guide pour agir ensemble** [brochure]. Paris : MFPF, 2012 : 28 p.
- 3 **Dépistage du VIH et des IST.** Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, novembre 2007 : 4 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf>
- 4 **Comment aider une femme à choisir sa contraception?** Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, 2005 : 4 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
- 5 **Jeune et homo sous le regard des autres** [outil d'intervention]. Saint-Denis : Inpes, mars 2010 : 59 p. Livret d'accompagnement de l'outil téléchargeable en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1275.pdf>

Pour commander l'outil : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1275&order=undefined#>

OUTILS ET DOCUMENTS D'INFORMATION POUR LE GRAND PUBLIC

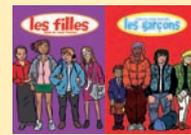
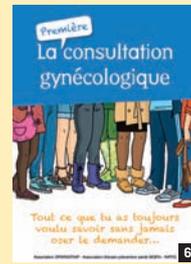
- 6 **La première consultation gynécologique. Tout ce que tu as toujours voulu savoir sans jamais oser le demander...** [brochure]. Paris/Saint-Denis : Association Sparadrap – Adosen prévention Santé MGEN-Inpes, 2012 : 20 p. En ligne : http://www.sparadrap.org/gyneco/pdf/sparadrap_guide_premiere_consultation_gynecologique.pdf
- 7 **Les filles/Les garçons** [brochure]. Paris : Crips, mars 2011 : 32 p. En ligne : http://www.lecrisps-idf.net/IMG/pdf/filles_garcons_2011.pdf
- 8 **Préservatif féminin mode d'emploi** [brochure]. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 24 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1327.pdf>
- 9 **Préservatif masculin mode d'emploi** [brochure]. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 24 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1328.pdf>
- 10 **Le livre des maladies sexuellement transmissibles** [brochure]. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 28 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1211.pdf>
- 11 **Choisir sa contraception** [brochure]. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 12 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1371.pdf>

Pour les documents et les outils communautaires homosexuels masculins, contactez Lucile Bluzat : Lucile.Bluzat@inpes.sante.fr

VOIR AUSSI

- 12 **Laurent-Beq A., Housseau B. coord. Éducation à la sexualité, du social à l'intime : l'émergence d'Internet et des réseaux sociaux.** *La Santé de l'homme*, mars-avril 2012, n° 418 : p. 9-43. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-418.pdf>
- 13 **Lydié N. coord. Prévention du sida : de multiples défis à relever.** *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2005, n° 379 : 62 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-379.pdf>
- 14 **Pelégé P., Douiller A. coord. Éducation à la sexualité, de l'intime au social.** *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2001, n° 356 : 45 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-356.pdf>

Les liens hypertextes vers le texte de la ressource sont indiqués quand ils sont disponibles; ces liens ont été consultés le 25 mars 2013.



Dossier
Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser?

Vaccination : baisse de l'adhésion de la population et rôle clé des professionnels de santé

Arnaud Gautier, chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction des Affaires scientifiques, Inpes,
Christine Jestin, responsable du pôle Maladies infectieuses – Santé environnement, direction des Programmes, Inpes,
François Beck, chef du département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Parmi les interventions sanitaires dont on dispose aujourd'hui, la vaccination représente sans doute l'action publique la plus efficace et la plus rentable pour sauver des millions de vies [1]. Celle-ci, accompagnée de l'amélioration de l'hygiène et du développement des antibiotiques, a participé à faire régresser de façon spectaculaire de nombreuses maladies infectieuses au cours du siècle écoulé [2].

En contrepartie, la « faible visibilité » actuelle des maladies infectieuses qui peuvent être prévenues par un vaccin a pu conduire à une certaine perte de conscience collective par rapport à l'environnement infectieux et donc à une relative dévalorisation de la vaccination [3]. Au cours des années 1990, certains vaccins ont été remis en question : celui contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, accusé à tort de favoriser l'autisme ou la maladie de Crohn chez les enfants; celui contre l'hépatite B, suspecté d'avoir un lien, non confirmé, avec les affections démyélinisantes. Plus récemment, les campagnes de vaccination de masse contre la grippe A(H1N1) n'ont pas rencontré l'adhésion de la population [4] et la question de l'innocuité des adjuvants est régulièrement évoquée.

Si la couverture vaccinale observée en France est très élevée chez les enfants

pour les vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite), elle est encore insuffisante pour d'autres vaccinations recommandées [5]. Ainsi, dans le cas de la rougeole, la persistance d'un nombre important de sujets réceptifs (non vaccinés ou n'ayant pas contracté la maladie dans l'enfance) a rendu possible l'apparition de l'épidémie de rougeole qui a sévi entre 2008 et 2012 en France. De même, l'insuffisance de couverture vaccinale contre l'hépatite B explique la persistance de la contamination annuelle de près de 2 500 personnes chaque année [6].

L'observation régulière des pratiques vaccinales et des opinions s'avère donc indispensable pour définir les priorités des politiques vaccinales, les évaluer et mettre en place les stratégies adaptées pour améliorer les résultats de ces politiques. Les Baromètres santé, enquêtes transversales de l'Inpes répétées régulièrement, le permettent depuis près de vingt ans (voir encadré p. 52). La dernière vague, réalisée fin 2009-début 2010, soit pendant la pandémie grippale A(H1N1) et la désaffection de la campagne de vaccination, permet d'observer ces indicateurs dans ce contexte tout à fait particulier. Elle permet aussi de faire le point sur les principales évolutions observées au cours de la première décennie des années 2000.

Une diminution de l'adhésion à la vaccination

Moins des deux tiers des personnes âgées de 15 à 75 ans (61,5 %) déclarent être favorables à la vaccination en

2010 (15,2 % « très favorables » et 46,3 % « plutôt favorables »); la diminution observée est importante par rapport aux résultats de 2000 et 2005 ($p < 0,001$): neuf personnes sur dix déclaraient alors y être favorables (voir Figure 1). Par ailleurs, plus de la moitié des personnes interrogées (52,4 %) déclarent en 2010 être défavorables à certains vaccins.

Ces résultats sont bien évidemment à relier à la période du recueil des données (pendant la pandémie grippale) : parmi les personnes qui déclarent être défavorables à certaines vaccinations, 77,7 % déclaraient être défavorables à la vaccination contre la grippe A; ce pourcentage atteint 84,7 % si l'on y associe les personnes citant « grippe sans autre précision ». Les vaccins cités ensuite sont : l'hépatite B (17,0 %), le BCG (tuberculose, 2,1 %), le ROR (rougeole-oreillons-rubéole, 1,8 %) et le HPV (papillomavirus humain, 1,0 %). Signalons qu'une petite proportion de ces personnes se dit spontanément défavorable à toutes les vaccinations (3,7 %).

Vers un « désinvestissement » de la population ?

Parmi les 15-75 ans, quelque 56,3 % déclarent en 2010 être sûrs d'être à jour de leur vaccination et 24,8 % déclarent l'être probablement. À l'inverse, 8,6 % déclarent être certains de ne pas être à jour.

Interrogés spécifiquement sur leur dernière vaccination, plus de la moitié des 15-75 ans (58,2 %) déclarent que celle-ci a été réalisée au cours des cinq dernières années, et près d'un quart

(23,6%) entre cinq et dix ans. Malgré une vaccination récente pour une majorité, plus d'un quart (28,0%) sont incapables de nommer la nature de leur dernier vaccin : cette proportion apparaît en augmentation puisqu'elle n'était que de 20,5% en 2000 et de 26,2% en 2005 ($p < 0,001$).

Pour 42,2% des personnes ayant déjà été vaccinées, c'est le médecin traitant qui leur a proposé ou conseillé de pratiquer la dernière vaccination; pour 16,1%, il s'agit d'un autre médecin (médecin du travail, médecin scolaire, spécialiste, etc.), alors qu'un quart évoque une décision personnelle et moins de 10% l'entourage familial. Ainsi, pour près de six personnes sur dix, la décision de faire la vaccination revient à un médecin : ils n'étaient que quatre sur dix en 2000 et 2005 (voir Figure 2). La proportion de personnes déclarant être elles-mêmes à l'initiative de leur dernière vaccination a, dans la même période de temps, diminué de moitié ($p < 0,001$).

Augmentation de la vaccination ROR chez les enfants

L'ensemble des parents interrogés étaient, par ailleurs, questionnés sur la vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole (ROR) et sur la vaccination contre l'hépatite B de chacun de leurs enfants âgés de moins de 16 ans.

Près de neuf parents sur dix (89,4%) déclarent, en 2010, que tous leurs enfants âgés de 1 à 15 ans ont été vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (première dose recommandée à 12 mois), soit une augmentation très significative par rapport aux Baromètres santé précédents (81,1% en 2000 et 81,9% en 2005). Pour 2,5% des parents, certains des enfants ont été vaccinés mais pas la totalité, alors que 3,0% déclarent qu'aucun d'entre eux n'a été vacciné (5,1% ne se prononcent pas sur sa réalisation).

En revanche, la vaccination contre l'hépatite B, dont la première dose est particulièrement recommandée pour tous les nourrissons dès 2 mois, est insuffisamment réalisée : 53,3% des

parents d'enfants de moins de 16 ans déclarent en effet, en 2010, qu'aucun de leur enfant n'a été vacciné.

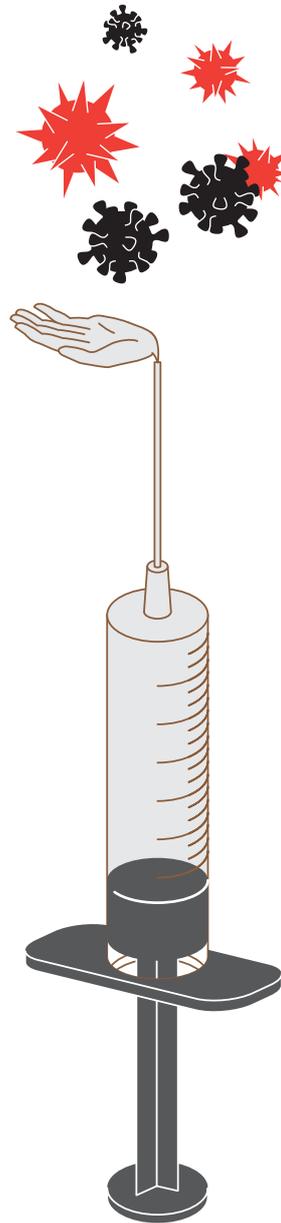
Selon les déclarations des parents, une part non négligeable des motifs de non-vaccination de leurs enfants de moins de 16 ans est « attribuable » au médecin : contre-indication pour raison médicale ou parce que l'enfant était à l'époque trop jeune. Le fait que le médecin ne l'ait pas proposé, ne le jugeait pas obligatoire ou bien encore pas nécessaire, a notamment été cité par 22,4% des parents dont les enfants n'étaient pas vaccinés pour le vaccin ROR et par 38,3% pour le vaccin contre l'hépatite B.

Plus de la moitié (55,9%) des parents ayant un enfant non vacciné contre la rougeole accepteraient de le faire

vacciner si un médecin leur proposait, mais seulement 41,1% s'il leur proposait la vaccination contre l'hépatite B.

Des différences selon le niveau d'études et la situation économique

Contrairement à ce qui avait été observé précédemment [7], les personnes disposant des diplômes et des revenus les plus élevés sont, en 2010, plus favorables à la vaccination que les autres : ainsi, 76,2% des personnes de 15 à 75 ans disposant d'un diplôme au moins équivalent à bac +5 déclarent être favorables à la vaccination en général (versus 51,8% des non-diplômés; $p < 0,001$). Elles sont 63,7% parmi les personnes « à l'aise » financièrement versus 55,4% parmi les personnes



VACCINATIONS : 9000 PERSONNES INTERROGÉES

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, un dispositif d'enquêtes appelées « Baromètres santé », qui abordent les opinions, connaissances et pratiques de santé de la population française. Ces enquêtes téléphoniques sont répétées tous les cinq ans.

Le terrain de l'enquête 2010, confié à l'institut GfK-ISL, s'est déroulé du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010. L'échantillon comprenait 27 653 personnes qui ont répondu à un questionnaire multithématique d'une durée moyenne de 32 minutes, sur téléphone fixe ou sur téléphone portable. Parmi elles, 9 179 personnes âgées de 15 à 75 ans ont été interrogées sur la thématique de la vaccination [1].

[1] Beck F, Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In: Tremblay M.-E., Lavallée P., El Hadj Tirari M. dir. *Pratiques et méthodes de sondage*. Paris: Dunod, coll. Sciences Sup, 2011: p. 310-314.

déclarant que leur situation financière est difficile ($p < 0,001$). Ces personnes connaissent par ailleurs plus souvent la nature de leur dernière vaccination et en sont plus fréquemment à l'initiative. Enfin, les personnes déclarant des revenus par unité de consommation supérieurs à 1 800 euros par mois ont une probabilité supérieure d'avoir fait vacciner l'ensemble de leurs enfants contre l'hépatite B par rapport à celles déclarant des revenus inférieurs à 1 100 euros (OR ajusté = 1,6; $p < 0,01$). Aucune différence n'est retrouvée concernant la vaccination ROR, l'acceptation de cette vaccination étant massive et donc généralisée quels que soient les revenus. Ainsi, c'est parmi les populations les plus défavorisées que l'image de la vaccination semble s'être dégradée par rapport à 2005.

Les conséquences de la pandémie grippale sur la vaccination

L'adhésion à la vaccination est restée relativement stable entre 2000 et 2005, avec une très grande majorité de personnes favorables à la vaccination. La pandémie de grippe A(H1N1) et la crise de confiance dans les campagnes de vaccination contre cette grippe, concomitante au terrain du Baromètre santé 2010, ont altéré cette adhésion comme le montrent les résultats retrouvés dans cette enquête.

La proportion de personnes très favorables a, en effet, été divisée par trois entre 2005 et 2010, témoignant ainsi de l'énorme influence qu'ont pu avoir le contexte de pandémie grippale et la suspicion très médiatisée à l'égard de sa campagne de vaccination. Des données plus récentes¹ indiquent néanmoins une amélioration de la confiance. Pourtant, même si les effets de la polémique se sont atténués, une méfiance de l'opinion à l'égard de la vaccination, notamment véhiculée par Internet et les médias sociaux, est encore observée aujourd'hui et risque de perdurer.

La confiance de la population dans son médecin généraliste

Un Programme national d'amélioration de la politique vaccinale pour la période 2012-2017 a récemment été mis en place. L'un des cinq axes qui le composent (« Inciter à la vaccination ») vise notamment à « communiquer auprès du public ». Il a également pour objectif de « promouvoir l'accès aux connaissances de prévention vaccinale pour les professionnels de santé ».

Les médecins généralistes occupent en particulier une place primordiale pour informer et faire adhérer leurs patients à la vaccination. Comme le montrent les résultats du Baromètre santé 2010, la population semble se reposer de plus en plus sur les médecins pour le bon suivi de ses vaccinations, ce qui semble pouvoir être un des effets du dispositif « médecins traitants ». Les résultats positifs observés concernant les pratiques des parents quant à la vaccination ROR peuvent en partie être mis au bénéfice de ces professionnels de santé. Les résultats du Baromètre santé médecins généralistes 2009

L'ESSENTIEL

■ Dans le cadre de son enquête régulière Baromètre santé, l'Inpes a suivi l'évolution de l'adhésion de la population française à la vaccination.

■ Les résultats, recueillis en pleine polémique sur la vaccination contre la grippe A, en 2010, montrent un impact sur cette adhésion et le rôle grandissant des professionnels de santé.

avaient en effet montré une adhésion très forte des généralistes à cette vaccination [8].

Des améliorations à suivre

L'épidémie de rougeole, dont le pic a été observé en France en mars 2011, l'information importante qui en a découlé, la campagne de communication de l'Inpes et la campagne de vérification des antécédents de vaccination ROR et d'information des collégiens et des lycéens par les infirmières scolaires, ont, par ailleurs, probablement contribué à l'amélioration de la couverture vaccinale depuis la réalisation de ce Baromètre santé 2010.

D'autres améliorations sont observées, notamment autour de la vaccination contre l'hépatite B, grâce à la baisse du nombre d'injections et au remboursement en mars 2008 du vaccin hexavalent – comprenant, en plus des valences tétanos, poliomyélite, diphtérie, coqueluche et *Haemophilus influenzae* type b (Hib), la valence hépatite B. Les données provisoires de couverture vaccinale montrent ainsi une nette augmentation de la proportion d'enfants de 2 ans ayant reçu les trois doses en 2010 (64,6 %) [5].

De même, une meilleure identification des périodes de la vie pour se faire vacciner devrait permettre une amélioration de la couverture vaccinale chez les adultes avec la simplification du calendrier des vaccinations mis en œuvre en 2013. ■

1. Enquête BVA pour l'Inpes, avril 2011.

RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Perronne C. La vaccination : première méthode de prévention [éditorial]. *Actualité et dossier en santé publique*, juin 2010, n° 71 : p. 2.

En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/ad710202.pdf

[2] Folkmann M., Laurent-Beq A., Gougeon M.-L. Vers une pédagogie de la vaccination *Actions Santé* [dossier], mars 2011, n° 171 : p. 5-17.

[3] Balinska M.-A., Léon C. Opinions et réticences face à la vaccination. *La revue de médecine interne*, 2007, vol. 28, n° 1 : p. 28-32.

[4] Épidémie de grippe A(H1N1) 2009 : premiers éléments de bilan en France. *BEH*, juin 2010, n° 24-25-26 : p. 257-288.

En ligne : www.invs.sante.fr/beh/2010/24_25_26/beh_24_25_26_2010.pdf

[5] Guthmann J.-P., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D. *Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources et données actuelles*. Saint-Maurice : InVS, novembre 2012 : 4 p.

En ligne : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Mesure-de-la-couverture-vaccinale-en-France>

[6] Antona D., Couturier E., Larsen C. Épidémiologie des hépatites virales en France. *La Revue du praticien*, 2011, vol. 61, n° 1 : p. 25-27.

[7] Baudier F., Léon C. Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 279-296.

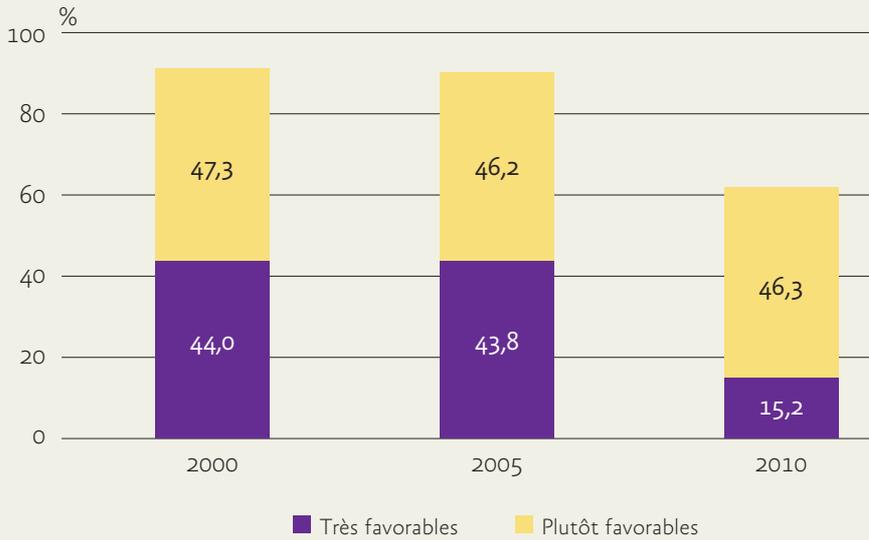
En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf

[8] Jestin C., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D., Gautier A. Opinions et pratiques vaccinales des médecins généralistes. In : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : p. 87-115.

En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf

Figure 1.

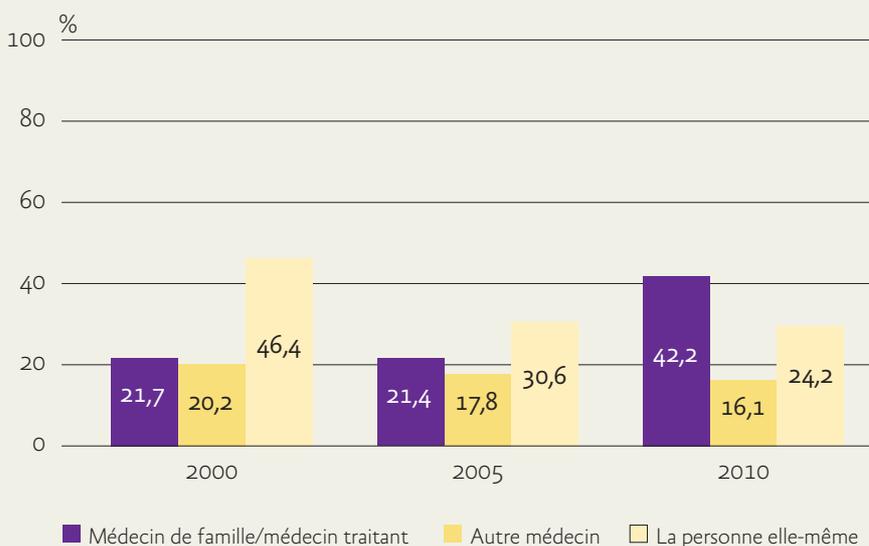
Opinions favorables à la vaccination en général, en 2000, 2005 et 2010.



On observe une diminution importante du pourcentage de personnes se déclarant favorables à la vaccination. De neuf personnes sur dix en 2000, elle passe à six sur dix en 2010.

Figure 2.

Initiative de la dernière vaccination effectuée, en 2000, 2005 et 2010.



En 2010, pour près de six personnes sur dix, la décision de se faire vacciner revient à un médecin. Elles n'étaient que quatre sur dix en 2000 et 2005.

Enquête
Vaccination : le rôle clé des professionnels

Les Invisibles

Un film de Sébastien Lifshitz

France, 2012, 1 h 55

Catherine Lemaire,
animatrice,
Michel Condé,
docteur ès lettres, animateur,
Centre culturel Les Grignoux,
Liège (Belgique).

Le film

Délicatement, brisant sa fragile coquille, un oisillon émerge sous le regard attentif de Pierre et Yann. Cette belle scène d'ouverture dit déjà que ce film sera une œuvre de cinéma et pas un reportage, un film qui prendra le temps de faire surgir des situations, des contextes et une parole libérée. *Les Invisibles* est composé de portraits d'hommes et de femmes très différents, qui se racontent face à la caméra sensible de Sébastien Lifshitz. Leur point commun : ils ont tous plus de 70 ans et assument leur homosexualité avec panache et humour.

Un vieux couple, dans son appartement, qui se chahute et raconte sa rencontre ; un autre couple qui narre la bêtise d'une stigmatisation qui lui a fait perdre son boulot mais trouver une fermette ; une femme à l'allure fière qui mêle son militantisme aux Gouines Rouges et son incapacité à parler à sa mère de son homosexualité...

Il n'y a pas d'apitoiement, pas de regrets. Le regard est franc et volontiers rieur. Ils en ont vu d'autres. Et d'ailleurs, ils vont nous le raconter. Certains n'hésiteront pas à nous dire qu'ils font un bilan très positif de leur vie amoureuse, d'autres qu'ils ont gâché leur jeunesse à se chercher et à se fuir jusque sous les tropiques ou dans l'Antarctique...

À quels spectateurs est destiné le film ?

Émouvant, chaleureux, avec beaucoup d'humour, ce documentaire s'adresse à un large public à partir de 15 ans environ. S'il donne la parole à des homosexuels, on verra que tout le traitement cinématographique permet d'élargir largement son propos qui trouvera certainement un écho chez pratiquement tous les spectateurs.

Relations avec la problématique santé

L'homophobie continue à hanter bien des esprits et, dans le pire des cas, à provoquer des actes haineux. Face à ces préjugés tenaces, le documentaire de Sébastien Lifshitz est sans doute le meilleur des antidotes, parce qu'il ne discourt pas mais qu'il montre et raconte des parcours de vie à la fois ordinaires et exceptionnels d'homosexuels, hommes ou femmes, tous âgés. Et leurs expériences marquées sans doute par les luttes pour l'égalité, l'incompréhension de l'entourage ou l'hostilité de certaines personnes, traduisent surtout une très grande joie de vivre, ainsi qu'une aptitude au plaisir et au bonheur, contre lesquelles se brisent les préjugés les plus tenaces. Enfin, l'âge des protagonistes, qui pourrait éloigner semble-t-il les spectateurs plus jeunes, renforce la pertinence de leurs histoires.

Il ne faudrait cependant pas réduire le film à son thème le plus apparent, à savoir l'homosexualité : il aborde en effet d'autres sujets, comme le vieillissement, les relations amoureuses, les manières de concevoir la sexualité, la place même de la sexualité (ou de

certaines sexualités) dans notre société... C'est en cela que ce documentaire peut « parler » à tous les spectateurs, quelle que soit leur orientation sexuelle.

Quelques pistes d'animation

Les témoins choisis par Sébastien Lifshitz se signalent autant par leur vitalité que par leur expressivité, et leurs propos ne manqueront pas de faire réagir les différents spectateurs. On peut néanmoins suggérer quelques grands axes de discussion et de réflexion qui devraient permettre à chacun d'aborder – que ce soit en groupe ou individuellement, de façon publique ou silencieuse – des problématiques plus personnelles. On en abordera trois ici.

Les âges de la vie

Si l'on compare les différents récits de vie des *Invisibles*, on y repère une série de ressemblances mais également de différences. Un des intérêts du film est sans aucun doute de présenter des expériences diversifiées, qui remettent en cause les stéréotypes attachés à l'homosexualité et, plus largement, à la sexualité (homosexuelle ou hétérosexuelle), à l'érotisme, à l'amour, qui se vivent – surtout subjectivement – différemment pour chacun des protagonistes, même si nous pouvons également reconnaître dans les histoires d'autrui une part de nous-mêmes.

L'animation que l'on suggère ici consiste à retracer les histoires racontées par les différents témoins, à en cerner les principales étapes, à repérer comment chacun d'entre eux a vécu – ou ignoré – ces étapes, sans doute de façon

L'ESSENTIEL

➤ Face aux préjugés tenaces de la société qui débouchent parfois sur de l'homophobie, le documentaire de Sébastien Lifshitz est un bon antidote.

➤ Pas de discours, le réalisateur montre et raconte des parcours de vie.

➤ Ce documentaire peut être utilisé en séance collective, afin d'aborder des questions comme la vie affective et sexuelle ou l'homosexualité.



© DR

spécifique. Pour les participants à cette animation, ce sera l'occasion de comparer leur propre expérience (même si elle n'est sans doute pas aussi longue) à celle des intervenants : cette comparaison se fera généralement de façon implicite et silencieuse. L'intérêt de l'exercice sera précisément de ne pas proposer un modèle unique, perçu nécessairement comme normatif, mais de montrer des parcours diversifiés par rapport auxquels chacun peut réagir de façon spécifique.

Concrètement, on propose d'utiliser un tableau à double entrée, reprenant, d'une part, l'ensemble des intervenants apparaissant dans *Les Invisibles* et, d'autre part, une série d'étapes plus ou moins caractéristiques de la vie sexuelle ou amoureuse. En se basant sur leurs souvenirs, les participants essaieront de caractériser comment chaque témoin du film aborde, retrace ou ignore cette étape : comment a-t-il, a-t-elle vécu – ou non – ces différents moments ? Comment se situent-ils par rapport à ces différentes expériences ?

Parmi les grandes étapes, on peut ainsi citer :

- l'origine et le milieu social ;
- l'enfance et l'adolescence ;
- la découverte de l'orientation sexuelle ;
- la solitude éventuelle ;
- la première expérience sexuelle ;
- la première expérience homosexuelle ;
- le *coming out* et/ou l'acceptation de soi ;
- une éventuelle mise en couple ;
- le vieillissement.

Sans préjuger des réponses des uns et des autres, on remarquera que ces parcours illustrent des manières très

différentes de vivre la sexualité qui mettent sans doute à mal certains clichés concernant les gays et les lesbiennes, mais également les normes implicites en matière de sexualité, d'amour et d'érotisme : si certains protagonistes semblent effectivement privilégier la dimension affective de leur relation (au moins dans leurs propos, sinon dans leurs attitudes), d'autres, en revanche, affirment leur préférence pour des rencontres brèves et hasardeuses ; si d'aucuns illustrent par leurs gestes un amour réel mais apparemment apaisé, d'autres ne manquent pas de rappeler le caractère excessif, perturbant, incontrôlé des passions qu'ils ont pu éprouver.

Les Invisibles questionnent également les stéréotypes de genre, et il est effectivement difficile, lorsque l'on entend ces différents témoignages, de dresser un supposé modèle masculin ou féminin en matière de sexualité ou de relations amoureuses. Les parcours des uns et des autres révèlent notamment l'importance de certains moments – la découverte de soi, la première relation, une passion exceptionnelle, une rencontre inattendue... – que chacun ou chacune expérimente à sa façon sans que l'on puisse parler d'une bonne ou d'une mauvaise manière de faire.

Plus fondamentalement sans doute, beaucoup de témoins soulignent le rôle important mais aussi complexe de la

sexualité dans leur parcours individuel : certains sont partis au bout du monde pour échapper – sans doute de façon temporaire – à la solitude amoureuse et à l'incompréhension dont ils se sentaient l'objet ; d'autres ont trouvé dans le militantisme politique une façon parfois provocante d'assumer leur orientation sexuelle ; d'aucuns, enfin, ont vu leur vie basculer – parfois à un âge avancé – lorsqu'ils ont découvert ou compris la vérité de leurs désirs profonds... De tels parcours révèlent des manières différentes de vivre la sexualité – parfois heureuses, parfois plus difficiles –, de trouver également des solutions, évidemment personnelles, aux difficultés éprouvées, de donner un sens à des expériences vécues dans le présent souvent de manière confuse et implicite : chaque spectateur pourra ainsi réagir à sa manière aux différentes « leçons de vie » que délivrent sans moralisme les différents témoins des *Invisibles*.

Homosexualité, bisexualité, sexualités...

Si les témoins des *Invisibles* revendiquent leur homosexualité (ou bisexualité), leurs propos révèlent rapidement combien un partage trop tranché sur la seule base de l'orientation sexuelle (hétérosexuelle vs homosexuelle) peut être réducteur et stigmatisant. Alors même que certains d'entre eux évoquent

les clichés dont ils ont pu être victimes (des collègues malveillants demandant ironiquement : « *Est-ce que c'est lui qui fait le bouc ? ou bien la chèvre ?* »), les récits – même s'ils ne sont pas nécessairement explicites – révèlent des pratiques mais aussi des sentiments, des émotions, des attitudes beaucoup plus larges que la plupart d'entre nous peuvent partager et éprouver de façon plus ou moins singulière.

À travers les témoignages recueillis par Sébastien Lifshitz, il est donc possible de s'interroger sur les différentes manières de vivre la sexualité (au sens le plus large), en attirant notamment l'attention des spectateurs sur les dimensions suivantes :

- peut-on parler dans ce documentaire uniquement de pratiques homosexuelles ? Certaines personnes ont-elles ou ont-elles eu des pratiques bisexuelles ? ou hétérosexuelles ?;
- quelle est la fréquence ou la « temporalité » de la sexualité ? S'agit-il de pratiques très fréquentes ? Y a-t-il des périodes d'absence de sexualité ? ou des moments privilégiés ?;
- remarque-t-on une stabilité des relations ou au contraire leur multiplication ?;
- peut-on parler d'un caractère satisfaisant ou au contraire insatisfaisant de certaines relations sexuelles ?;
- la sexualité est-elle facilement évoquée ou bien est-elle plutôt passée sous silence au profit d'autres aspects de la vie affective ?;
- quelle importance la sexualité semble-t-elle avoir pour les différentes personnes ?;
- peut-on reconnaître de grandes périodes ou de grands moments dans la vie sexuelle ou cela n'a-t-il pas de sens ?;
- la sexualité implique-t-elle un rapport à l'autre mais également à soi (à travers par exemple le soin accordé à l'apparence corporelle) ? Comment les individus expriment-ils leur sexualité ? Comment la disent-ils ? Comment la manifestent-ils ? ou non ?

Bien entendu, ces questions s'adressent également – de façon indirecte – aux participants eux-mêmes : même s'il ne s'agit pas de solliciter de façon indiscreète des réactions personnelles par rapport aux témoignages du film, il est sans doute possible dans un dialogue ouvert (qui dépendra bien sûr de la composition du groupe) de permettre aux uns et aux autres d'exprimer leur point de vue en la matière. Comme ces témoignages



© DR

sont très divers, sinon même contrastés, on pourra par exemple demander aux participants de signaler ceux ou celles des protagonistes qui les ont marqués, touchés, émus ou dont les propos leur ont paru particulièrement pertinents ou remarquables.

Vieillir

Le troisième thème que l'on voudrait aborder, celui du vieillissement, peut paraître moins problématique, mais il est peut-être plus délicat ou plus sensible qu'on pourrait *a priori* le penser. L'âge, et surtout le grand âge, suscite, on le pressent, des sentiments contrastés. Dans le film, par exemple, l'un des témoins signale qu'il a toujours été attiré par des personnes aux cheveux gris ou blancs, mais une autre signale combien le passage de la cinquantaine fut pour elle problématique car elle a su alors qu'elle ne pourrait plus séduire par son corps : « *Là, j'ai eu beaucoup de tristesse* » confie-t-elle.

Comment chacun d'entre nous peut-il aborder ou affronter cette réalité ? Il n'y a évidemment pas de réponse toute faite à une telle question, mais un film comme *Les Invisibles* permet précisément de partager des expériences diverses à ce propos, certaines plus positives, d'autres plus pessimistes sans doute. Quelques questions devraient permettre ici aussi aux participants de réagir de façon plus personnelle :

- à votre avis, pourquoi le réalisateur a-t-il choisi de ne s'intéresser qu'à des personnes âgées ? Votre impression aurait-elle été différente si les témoins avaient été moins âgés (des quadragénaires ou des quinquagénaires, par exemple, ou même des adolescents) ?;
- est-ce que les témoins modifient l'image

que l'on peut se faire habituellement de la vieillesse ? Révèlent-ils des aspects inattendus de cet âge de la vie ? Est-ce que certains ou certaines ont suscité en vous une sympathie particulière ?;

• est-ce que l'image de la vieillesse que l'on retire du film est plutôt positive ou négative ? Y a-t-il des aspects positifs et d'autres plus négatifs de cet âge de la vie qui sont perceptibles dans le film ?;

• est-ce habituel selon vous que des personnes âgées s'expriment sur des sujets comme la sexualité ? Cela vous dérange-t-il ou, au contraire, cela suscite-t-il votre intérêt ?;

• les souvenirs évoqués vous ont-ils semblé lointains, extrêmement différents de ceux que vous-mêmes pourriez raconter ? Ou au contraire, certaines expériences racontées – bien que différentes – vous semblent-elles toujours d'actualité ?

Les témoignages recueillis par Sébastien Lifshitz devraient donc permettre aux spectateurs d'aborder de façon beaucoup plus personnelle des réalités comme le vieillissement ou la sexualité qui sont souvent traitées à travers des idées générales (ou des prises de position essentiellement idéologiques) ou de manière relativement abstraite ou détachée. Même si l'expression est peut-être passée de mode, on a donc envie de dire que le film de Sébastien Lifshitz est sans doute libérateur, au sens le plus positif du terme, dans la mesure où il donne à chacun – témoin ou spectateur – la possibilité de réfléchir à ses choix les plus profonds et à éventuellement les exprimer. ■

Pour en savoir plus

<http://www.grignoux.be/dossiers-pedagogiques-345>

25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones

Coordination Lisandra Lannes et Ysaline Lannes

En 1986, l'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, lors de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, fut le fruit d'acteurs engagés qui ont jeté les jalons d'un « *nouveau mouvement de santé publique* » dans le monde. Ce texte marque une étape importante dans l'histoire de la santé publique moderne en affirmant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé, plus particulièrement sur ses déterminants sociaux, soit les conditions sociales et économiques influant la vie des populations. La charte pose les « *conditions préalables* » ainsi qu'un ensemble de « *perspectives favorables à la santé* ».

Le but de cet ouvrage est de susciter une réflexion d'ensemble sur l'évolution de l'influence de la charte sur les pratiques de santé publique au cours des vingt-cinq

dernières années et d'en envisager une meilleure utilisation future. Cette publication regroupe des textes originaux et des points de vue d'auteurs en provenance d'Amérique

Moyen-Orient et d'Europe, qui décrivent ou analysent des exemples concrets d'application de la Charte d'Ottawa dans les domaines de la recherche, de la pratique, de l'enseignement et de la gestion. Ils portent sur les quatre thématiques suivantes : l'évolution de l'influence de la Charte d'Ottawa sur la pratique de santé publique; l'avenir de la pratique de promotion de la santé; les enjeux futurs liés à l'utilisation de la charte; les pistes d'amélioration de son utilisation dans les interventions de santé publique. Ces contributions tendent à démontrer que la Charte d'Ottawa constitue encore aujourd'hui un des textes fondateurs de la promotion de la santé et qu'elle restera encore probablement longtemps un document de référence pour de nombreux intervenants et professionnels de santé, gestionnaires et décideurs.

Sandra Kerzanet

Montréal : Réfips, coll. Partage, 2012, 97 p.

Gratuit en ligne : www.refips.org/files/international/Retombeescharteottawa_vf.pdf



La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses

Sous la direction de Lise Demailly et Michel Autès

Le présent ouvrage propose une description et une analyse synthétique de la politique de santé mentale en France. Le document rappelle les principaux repères législatifs et passe en revue l'histoire de la politique de la psychiatrie et de la santé mentale. L'analyse de cette politique est effectuée sous un angle pluridisciplinaire (sociologie économie, science politique). Les auteurs resituent cette politique dans son contexte social, scientifique et technologique. Dans la seconde partie de l'ouvrage, les modes actuels de régulation de l'action publique sont mis en évidence; les auteurs expliquent comment les instruments de régulation (statistiques, outils d'évaluation, logiciels de gestion) s'appliquent en psychiatrie et en santé mentale. Ils analysent ensuite les enjeux et les effets de cette régulation. La dernière partie de l'ouvrage met en avant quelques aspects concrets de cette politique publique et propose des évolutions.

Sandra Kerzanet

Paris : Armand Colin, coll. Recherches, 2012, 231 p., 24,50 €.

La revue *Agora* publie les premiers résultats du Baromètre santé 2010 sur la santé des jeunes

La revue *Agora débats/jeunesses*, publiée à l'initiative de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), entend approfondir la connaissance sur les jeunes au travers d'articles de recherche en sciences humaines et sociales. Le numéro 63 de la revue présente les résultats de l'enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes.

La santé des jeunes est au cœur du débat public ces dernières années. Elle a souvent été étudiée au seul prisme de facteurs de risque et de protection, alors même que les logiques sociales sont plus complexes et plus nuancées que cette simple dichotomie. En quoi le fait d'être jeune change-t-il le rapport à la santé et le regard porté sur celle-ci? L'objectif de ce dossier, intitulé « La santé des 15-30 ans. Une lecture du Baromètre santé », est de porter un regard quantitatif et comparatif sur les comportements de santé des jeunes, au sein de la population jeune elle-même (15-30 ans), mais aussi avec les autres âges de la vie. Ce dossier thématique a été coordonné par François Beck et Jean-Baptiste Richard (Inpes). Paris : n° 63, 2013(1), 170 p., 17 €.

Les Éductions en santé. Éducation en santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours

Stéphane Tessier

Comme le précise l'éditeur dans sa présentation de l'ouvrage, l'éducation en santé recouvre trois activités :

- l'éducation pour la santé, qui est l'action d'accompagner les personnes dans leurs choix de vie en leur apportant les connaissances pour faire ces choix;
- l'éducation thérapeutique du patient, qui confère aux patients les compétences de gestion de leur traitement;
- l'éducation à porter soins et secours, qui donne aux individus et aux familles les capacités d'agir et de réagir face aux diverses situations de la vie courante.

Ces trois éducations, au-delà de leurs spécificités, partagent une approche commune et une éthique justifiant leur ras-

semblement dans un même ouvrage. Les soignants, en particulier, pourront ainsi en extraire les contours d'un nouveau rôle, celui d'« éducateur-soignant » leur permettant de s'adapter à l'évolution actuelle des attentes des individus. À ces conditions, l'exercice du soin s'en trouve considérablement enrichi, en cela qu'il dépasse la seule technicité pour s'adresser à la globalité de la personne, en tant qu'être humain libre, responsable et autonome.

L'auteur de ce livre, Stéphane Tessier, médecin de santé publique, est membre du comité de rédaction de *La Santé en action*. Il enseigne notamment l'éducation en santé et l'éducation du patient.

Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2012, 216 p., 25 €.



Atlas des jeunes en France. Les 15-30 ans, une génération en marche

Yaëlle Amsellem-Mainguy et Joaquim Timotéo

Cet atlas est une synthèse de nombreuses études récentes (Insee, ministère de l'éducation nationale, Drees, Inpes, CNC, Crédoc, Eurostat, Ifop, Commission européenne, etc.). Les données ont été réunies par deux chargés d'étude et de recherche de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation Populaire/Observatoire de la jeunesse (INJEP) : Yaëlle Amsellem-Mainguy est sociologue, spécialiste des questions de santé, et Joaquim Timotéo est économiste, spécialiste des questions d'emploi et de formation.

L'atlas dresse le portrait de la génération des 15-30 ans en tenant compte de l'évolution et du contexte dans lequel vivent les jeunes. Cent vingt cartes et infographies permettent d'illustrer les thématiques de santé, éducation, emploi, logement, alimentation, amour et sexualité, loisirs et addictions, valeurs et engagement politique.



Les chapitres sont introduits par un extrait de la bande dessinée de Riad Sattouf, *La Vie secrète des jeunes*. Ils présentent les réponses des politiques de la jeunesse aux problématiques exposées ainsi qu'une comparaison aux situations des différentes jeunesse en Europe.

Céline Deroche

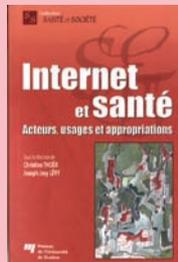
Paris : Éditions Autrement, coll. Atlas Monde, 2012 : 96 p., 19 €.

Internet et santé. Acteurs, usages et appropriations

Sous la direction de Christine Thoër et Joseph Josy Lévy

Dans cet ouvrage, les contributions croisées d'experts canadiens, québécois, français et suisses, visent à analyser les caractéristiques et les conséquences de la médiation particulière de l'information santé que produit le développement du Web 2.0. Cet ouvrage présente un panorama détaillé des enjeux du développement d'Internet comme source d'information sur la santé.

Il vise à mieux cerner les usages et les modes d'appropriation de cette information par les différents publics et à comprendre le potentiel de l'outil. Les aspects méthodologiques et éthiques de l'intervention et de la recherche en ligne ainsi que des études de cas



sont proposés, ouvrant ainsi des perspectives de recherche et de réflexion.

Les auteurs abordent la question des inégalités sociales de santé face à l'Internet, ainsi que le rôle des plates-formes d'échanges et de soutien social en matière de santé, et la place d'Internet dans le champ de la promotion de la santé. L'Internet santé et les problématiques liées à des thématiques et des populations spécifiques sont ensuite approfondis : la contraception, les seniors, la santé mentale, les groupes « ethnoculturels », les minorités sexuelles, les sites d'aide en ligne pour la prévention des dépendances.

Sandra Kerzanet

Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. Santé et société, 2012, 506 p., 39 €.

ERRATUM

Dans l'article paru dans le n° 416 de la revue *La Santé de l'homme*, pages 32 et 33, le titre était erroné. Il fallait lire « *Le premier master de santé publique enseigné à distance qui intègre une spécialité de promotion de la santé* » au lieu de « *Le premier master de santé publique enseigné à distance intègre une spécialité de promotion de la santé* ». En effet, le master de Santé publique de l'Ispe

Épidémiologie de terrain. Sept études de cas IDEA

Sous la direction de Thierry Ancelle, Pascal Crépey et Brigitte Helyncz

L'épidémiologie d'intervention en France est enseignée depuis 1984 au sein de l'Idea (Cours international d'épidémiologie appliquée), inspiré des cours de l'Epidemiologic Intelligence Service (EIS) des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains. La coordination pédagogique de l'Idea est aujourd'hui assurée par la collaboration entre l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Cet ouvrage à visée pédagogique met ainsi à disposition des étudiants et des professionnels de santé quelques cours d'épidémiologie (études de cas) dispensés au sein du cursus Idea. L'introduction de l'ouvrage reprend d'ailleurs une brève description de la manière dont est enseigné ce cours (déroulé, nombre de participants, organisation de groupes de travail, rôle des « facilitateurs »).

Deux parties composent ensuite l'ouvrage : dans une première partie, sont présentées sept études de cas sur des thématiques différentes (dont quatre investigations de toxi-infection alimentaire collective). Pour chaque étude de cas, sont présentés les objectifs pédagogiques, l'énoncé de la situation, des questions, un épilogue et une brève bibliographie. La seconde partie de l'ouvrage comprend le « guide des réponses », reprenant l'énoncé de la question posée dans l'étude de cas, un rappel des objectifs, une note pédagogique, et la réponse à la question. Véritable manuel pédagogique, l'ouvrage illustre de manière très concrète les apports de l'épidémiologie à la santé publique.

Laetitia Haroutunian

Rennes : Presses de l'EHESP, 178 p., 18 €.



de Bordeaux a été mis en place en 2007 sans spécialité IPS (Intervention en Promotion de la santé). Le master Santé publique & Environnement de l'ESP de Nancy a été mis en ligne en 2009 avec une spécialité IPS. Rappelons que l'Ispe et l'ESP ont régulièrement collaboré ces dernières années pour promouvoir l'enseignement en santé publique dans les pays francophones.

La Fabrique à menus, la santé dans votre assiette en quelques clics

Comment composer des menus qui sortent de la routine ? Comment bien manger tout en se faisant plaisir ? L'Inpes propose la Fabrique à menus sur mangerbouger.fr, un service gratuit qui allie plaisir et santé en quelques clics.

La Fabrique à menus combine près de 2300 recettes pour composer des menus qui tiennent compte des repères nutritionnels du Programme national nutrition santé (PNNS). Chaque famille d'aliments y est représentée afin d'assurer un bon équilibre nutritionnel : féculents, fruits, légumes, etc. Les menus proposés sont personnalisables selon les goûts, le temps disponible, etc.

En pratique, la Fabrique à menus, ce sont :

➔ **des menus pour le déjeuner et/ou le dîner sur une période de 2 à 7 jours**, puisqu'une alimentation équilibrée se construit sur plusieurs repas ;

➔ **des menus pour 1 à 8 personnes**, sachant que le nombre de portions peut être modifié pour chaque repas ;

➔ **des menus faciles à préparer**, les recettes proposées ne nécessitant pas de compétences culinaires particulières ;

➔ **des menus pour toutes les envies**, car il est possible à tout moment de générer un autre repas ;

➔ **des menus pour les plus pressés**, avec une catégorie de repas « express » à réaliser en moins de 20 minutes ;

➔ **des menus pas chers**, avec des ingrédients saisonniers, la possibilité d'utiliser des surgelés ou des conserves. Avec petit-déjeuner, déjeuner et dîner, cela revient environ à 6 euros par personne et par jour.

Pour essayer la Fabrique à menus, rendez-vous sur www.mangerbouger.fr



équilibrés

Abonnez-vous gratuitement !

Tous les mois, recevez *Équilibrés*, la newsletter de l'Inpes.

➔ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...

➔ Un panorama riche en informations et en initiatives.

➔ *Équilibrés* s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr



Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr



10^{ème}



UNIVERSITÉ francophone
en SANTÉ PUBLIQUE



UNIVERSITÉ d'ÉTÉ francophone en SANTÉ PUBLIQUE

Dix ans :
de formations
d'échanges
de forums
de débats
de conférences
de rencontres...

L'Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté et la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon, ainsi que leurs partenaires, organisent la 10^e Université d'été francophone en santé publique. Elle se déroulera à Besançon, du 30 juin au 5 juillet 2013.

Cette semaine de formation et d'échanges s'adresse particulièrement aux professionnels, élus, usagers citoyens œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Quatorze modules de formation, nouveaux ou revisités en fonction de l'actualité, se dérouleront tout au long de la semaine. Ainsi, chaque participant prendra part au module qu'il aura choisi parmi différents thèmes de santé publique comme :

- Réduire les inégalités sociales de santé : comprendre pour mieux intervenir
- La place des démarches communautaires dans les projets locaux de santé
- Les adolescents face à la violence agie et subie : mesurer les enjeux et construire des réponses

- La santé dans toutes les politiques publiques : les évaluations d'impact sur la santé
- Éducation thérapeutique : apports interdisciplinaires, pratiques interprofessionnelles
- Production et utilisation de données qualitatives dans le champ de la santé publique

Des tables rondes, des débats, des stands de diverses institutions ou associations... seront organisés tout au long de la semaine pour faciliter les échanges entre participants et intervenants originaires de nombreux pays de la francophonie. Chaque matin, le journal de l'Université d'été donnera les dernières nouvelles sur la vie du campus.

NE MANQUEZ PAS CETTE ÉDITION ANNIVERSAIRE !

Nous vous attendons nombreux pour fêter les 10 ans de l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon sans oublier les Universités "sœurs" qui poursuivent également leur chemin : Dakar, 5 ans ; Bruxelles, 3 ans et Tunis, 2 ans.

RENSEIGNEMENT OU INSCRIPTION

Lara DESTAING
Université d'été francophone
en santé publique,
Faculté de médecine et de pharmacie,
19 rue Ambroise Paré
25030 Besançon cedex.
Tél : 03 81 66 55 75
fax : 03 81 83 22 05
Courriel : lara.destaing@ars.sante.fr
Site : www.ars.sante.fr/Univete.96210.0.html



en collaboration avec :

- L'École de Santé publique, Faculté de médecine, Nancy-Université
- L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne

BESANÇON
du 30 juin au 5 juillet 2013

Ref. Inpes 125-42313 R

