

la **Santé** *en action*

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Dossier

Santé sexuelle : travailler en réseau, au plus près des populations

Décembre 2016 / Numéro 438

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 numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur inpes.santepubliquefrance.fr



la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
inpes.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yvèlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Isabelle Dolivet** (Santé publique France), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Fnes), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Santé publique France), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Santé publique France), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Photographies : **Alex Basilio / Agência Olhares,**
François Chobeaux, ATD Quart Monde / François
Philiponeau, Viviane Dalles, Christine Plenus
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 49 33 23 07)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 4^e trimestre 2016
Tirage : 12.000 exemplaires

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

Précarité

4 _ Jeunes en errance : état des lieux et modalités d'accompagnement

François Chobeaux

6 _ « Offrir un travail aux jeunes en errance »

Entretien avec Jean-Hugues Morales

8 _ Réseau AcSanté 93 : « Rassembler les acteurs pour éviter d'aggraver la précarité »

Entretien avec Anne Festa

10 _ ATD Quart Monde : « Créer un environnement bienveillant pour les familles en grande précarité »

Entretien avec Yann Bertin

Dossier

SANTÉ SEXUELLE : TRAVAILLER EN RÉSEAU, AU PLUS PRÈS DES POPULATIONS

Coordination :

Delphine Rahib, Lucile Bluzat,
Laurence Kotobi, Anh-Dao Nguyen,
Nathalie Spenatto

Introduction

12 _ Delphine Rahib, Lucile Bluzat,
Laurence Kotobi, Anh-Dao Nguyen,
Nathalie Spenatto

Enquête

38 _ Entrer dans la sexualité à l'adolescence : le consentement en question

Yaëlle Amsellem_Mainguy, Constance
Cheynel, Anthony Fouet

Cinésanté

41 _ La fille inconnue

Michel Condé



Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux

14 _ Zeina Mansour, Éric Billaud

L'enseignement en santé sexuelle en France

18 _ Thierry Troussier, Joëlle Mignot

Île de la Réunion : centres de santé sexuelle et intervenants en milieu scolaire

19 _ Anh-Dao Nguyen, Joëlle de Boisvilliers,
Sylvie Boukerrou

En Essonne, les intervenants formés à l'éducation à la sexualité

22 _ Isabelle Prieur

Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention

24 _ Emmanuelle Piet

Adolescence

44 _ Équipe mobile pour préadolescents et adolescents en difficulté : « À la rencontre du jeune en souffrance et de sa famille »

Entretien avec Sylvie Tordjman
et Matthias Wiss

Inclusion

46 _ Association d'entraide Vivre : accompagner les personnes en souffrance pour qu'elles trouvent leur place dans la société

Entretien avec Pascal Cacot

Violences faites aux femmes : la prévention par les professionnels des maternités

27 _ Mathilde Delespine

Des professionnels formés à la vie affective et sexuelle dans les établissements médico-sociaux

29 _ Mathilde Bibouda

Sexualité : information, prévention, droit aux soins dans les squats bordelais

31 _ Catherine Bouic-Peña

La formation des professionnels en santé sexuelle : un gage de qualité

33 _ Gilberte Voide Crettenand

Pour en savoir plus

35 _ Laetitia Haroutunian

Travail de rue

48 _ « Un accompagnement social, de santé et administratif aux personnes prostituées »

Entretien avec Céline Bressieux

Lectures

50 _ Laetitia Haroutunian

Jeunes en errance : état des lieux et modalités d'accompagnement

François Chobeaux,
travailleur social,
sociologue, animateur
du réseau national
Jeunes en errance,
Ceméa.

Les jeunes en errance active, revendiquée, sont apparus sur la scène sociale française à la fin des années 1980. Alors peu visibles, sauf dans les périphéries festives et festivières, ils sont aujourd'hui présents sur l'ensemble du territoire. On estime leur noyau dur à quelques dizaines de milliers [1].

Il existe de multiples formes d'errances contemporaines. Ces jeunes ont la particularité de ne pas se présenter en sujets souffrants, victimes, mais en sujets assumant leur statut, qui affirment avoir choisi cette forme de vie afin de mettre leurs actes en accord avec leurs convictions. Mais si, pour certains, l'évidence de la construction active d'une marginalité militante est bien présente, pour la plupart, il semble que cette revendication serve inconsciemment à masquer un gigantesque vide intérieur, l'action permanente nécessitée par l'errance venant combler ce vide sisyphien [2].

Ils ne croient plus en eux

Comment en sont-ils arrivés là ? Beaucoup d'entre eux, alors mineurs, faisaient partie de ces incasables, que les institutions éducatives spécialisées ne réussissent pas à aider, souvent par rigidité institutionnelle. Placés dès leur enfance ou à l'adolescence, ils ont vécu nombre de ruptures de placement entraînant autant de ruptures relationnelles, éducatives et affectives. Ils ne croient plus en rien, ni en eux, souffrant de personnalités mal construites et présentant parfois des signes de psychopathologie grave non prise en charge. Ces jeunes sont

lentement entrés dans les dynamiques d'errance par des fugues de plus en plus longues, avant de décider de rejoindre ce monde, un jour de mal-être devenu insupportable. Suivent alors plusieurs années de « lune de miel » avec l'errance, les sentiments et les vécus de liberté totale et de toute puissance venant masquer tous les aspects destructeurs de cette vie. Vient alors l'approche de la trentaine, période des grandes interrogations et des premiers bilans qui ne sont absolument pas positifs. Les constats de maladies, de décès, de souffrance de la précarité, d'avenir bouché, de dépendance aux produits psychoactifs, d'absence de relations humaines profondes et sincères entraînent un espace dépressif et des demandes d'aides bien tardives.

Apporter un repère stable

Vient alors le travail avec l'errance et les jeunes qui s'y sont engagés. La phase de lune de miel peut être vécue de façon désespérante par des intervenants sociaux qui n'ont pas forcément conscience du poids de cette dynamique, laquelle rend les jeunes assez inaccessibles à toute parole sensée. Pour autant, ne peut-on pas ériger les fondations d'une relation ? Il s'agit alors de réussir à être identifié comme étant un repère stable, de parvenir à être une balise, afin de maintenir en permanence un lien avec la normalité et l'action sociale. Ceci, même si beaucoup de jeunes se méfient énormément des travailleurs sociaux et des pys, échaudés par des années de contacts éducatifs imposés et inadaptés.

Durant cette phase dépressive, les fonctions et les compétences des travailleurs sociaux sont revalorisées, et c'est là que les liens précédemment tissés et la confiance installée trouvent toute

L'ESSENTIEL

- ▣ Placés, souvent ballottés d'un dispositif à l'autre, les jeunes en errance ont en commun d'avoir vécu nombre de ruptures relationnelles, éducatives et affectives.
- ▣ Éducateurs, équipes de rue, accueils de jour, l'intervention des professionnels dans le cadre de dispositifs novateurs a démontré sa pertinence.
- ▣ Il convient toutefois de ne pas ignorer les importants écueils à surmonter et d'accepter le fait que nombre de ces jeunes vont avoir besoin d'un soutien et d'un accompagnement de longue durée, sous des formes qui respectent ce qu'ils sont et ce qu'ils souhaitent.

leur utilité : enfin, une demande est formulée, à laquelle il est possible de répondre avec les outils de la panoplie professionnelle. Encore que...

La prévention par l'estime de soi

Peut-on alors anticiper le risque de désocialisation ? Comme pour les addictions, comme pour l'ensemble des comportements à risques, il est aujourd'hui évident que la meilleure des préventions réside dans le développement pour tous des compétences psychosociales contribuant à l'estime de soi et aux attentions à soi. Travailler en permanence, dans toutes les situations de la vie, avec tous les enfants et tous les adolescents, leurs capacités à exprimer, verbaliser, débattre, écouter, projeter... Voilà un vaste programme.

Des actions plus spécialisées, existant çà et là, peuvent également être renforcées, massifiées, de façon à soutenir des adolescents demandeurs d'aide ou apparaissant fragiles. Points

d'accueil et d'écoute pour les jeunes, accueils décentralisés de maisons de l'adolescent, consultations destinées aux jeunes consommateurs, etc. Il est possible d'améliorer ces actions. Avant même le recours à cet appareillage spécialisé, pourquoi ne pas porter plus attention aux possibilités d'accompagnement et de soutien que tous les adultes éducateurs devraient pouvoir mettre en œuvre dans le cadre de leurs fonctions, qu'ils soient enseignants, animateurs, entraîneurs, etc. ?

Des méthodes éprouvées et de nouvelles orientations

Comment faire ? Des équipes se sont spécialisées auprès de ce public. Équipes de rue intervenant au titre de la prévention spécialisée, de la médiation urbaine ou de la psychiatrie de rue [3] ; accueils de jour dits « à bas seuil d'exigence », où il n'est pas obligatoire de décliner son identité, d'être aimable, d'être à jeun ; équipes engagées sur des projets d'hébergements longs et inconditionnels... Les modes opératoires sont connus, expérimentés, transférables.

Des expérimentations publiques, des programmes de recherche sont lancés par l'État : dans sept départements, les services de l'Aide sociale à l'enfance et les services de l'État (direction départementale de la cohésion sociale, protection judiciaire de la jeunesse, administration pénitentiaire) travaillent à la prévention des ruptures se traduisant par le passage à la rue à 18 ans, à l'issue de la période de prise en charge. Un laboratoire de recherche a été sélectionné, au printemps 2015, par la direction générale de la Cohésion sociale pour conduire une étude de fond sur la prise en compte des jeunes dits « incasables ». La Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement finance, depuis 2013, des expérimentations portant sur des accès inconditionnels à l'hébergement de longue durée. Et voici plusieurs années que des missions locales et des professionnels de l'urgence sociale ont lancé des dispositifs locaux d'emploi à la journée, récemment rejointes par le dispositif Travail alternatif payé à la journée – Tapaj (voir les contributions de Jean-Hugues Morales et de David Mourgues ci-après). Ces dispositifs sont soutenus par la Mission interministérielle

de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et au titre de la prévention de la délinquance.

Des outils performants existent. Reste le « *Encore que* » qui concluait un précédent paragraphe. Quel avenir pour la plupart de ces jeunes ? Un avenir d'insertion sociale et professionnelle idéale est largement illusoire. Il est nettement plus réaliste de penser que nombre d'entre eux vont avoir besoin de soutiens et d'accompagnements pendant très longtemps, sous des formes qui respectent ce qu'ils sont et ce qu'ils souhaitent. On parle de handicap psychique tel qu'il est défini dans la loi de 2005. De nouveaux chantiers s'ouvrent alors avec ce bouleversement du paradigme de l'insertion. ■



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Chobeaux F., Aubertin M.-X. *Jeunes en errance et addictions. Recherche pour la Direction générale de la santé*. Ceméa, 2013 : 113 p. En ligne : http://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr/IMG/pdf/Jeunes_en_errance_et_addictions_-_Recherche_CEMEA_Jt_2013.pdf

[2] Douville O. *De l'adolescence errante. Variations sur les non-lieux de nos modernités*. Nantes : Plein Feux, coll. L'Impensé contemporain, 2007 : 59 p. En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00113256/document>

[3] Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005, relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf

« Offrir un travail aux jeunes en errance »

Entretien avec Jean-Hugues Morales,

sociologue, coordinateur national, association Travail alternatif payé à la journée (Tapaj) France, Bordeaux.

La Santé en action : Dans quel contexte le programme Tapaj se développe-t-il ?

Jean-Hugues Morales : Tapaj signifie « travail alternatif payé à la journée ». Le comité d'études et d'informa-

tion sur la drogue (CEID) de Bordeaux s'est inspiré de l'action menée par un organisme communautaire québécois qui paye de jeunes sans domicile fixe (SDF) toxicomanes à la journée pour nettoyer les pare-brise des voitures. Cette idée pouvait répondre à certaines difficultés

que nous rencontrons en France, où le parcours soin-hébergement-insertions sociale et professionnelle n'est pas adapté à tous les jeunes en errance. Pour certains, intégrer un chantier de réinsertion sociale représente un trop grand pas à franchir, soit parce qu'ils n'en n'ont pas les capacités physiques, en raison de consommations excessives d'alcool ou de drogues, soit parce qu'ils refusent le cadre d'une société où ils estiment ne pas avoir leur place. Le programme Tapaj s'adresse donc à ces jeunes, entre 18 et 25 ans, sans domicile fixe, en rupture familiale et rejetant les institutions, consommateurs de substances psychoactives et vivant de la mendicité ou de ressources illégales. Un engagement simple leur est proposé, qui apporte des changements limités dans leur vie : quatre heures de travail, rémunérées dix euros de l'heure par chèque échangeable en espèces dans un bureau de poste. Bordeaux expérimente ce programme depuis 2012.

S. A. : Quel est l'intérêt de ce dispositif ?

J.-H. M. : Tapaj a pour objectif de capter le public le plus éloigné de l'emploi. Dans cette première phase, on ne demande ni C.V. ni qualification ; le contrat de travail est signé le jour même ; des éducateurs sont présents pour réaliser avec les jeunes les tâches du chantier : ce partage des tâches permet de créer un espace de discussion qui pourra être approfondie ultérieurement. Le chèque est toujours remis au centre de soins, afin que les jeunes s'accoutument au lieu et qu'après un temps d'approvisionnement, il soit éventuellement possible d'aborder les questions de santé. La seconde phase s'inscrit dans un temps plus

L'ESSENTIEL

- ▶ La rue abîme très vite ceux qui y vivent ; le programme Travail alternatif payé à la journée permet de travailler à l'heure et ouvre en parallèle un accès plus précoce aux soins et une réduction des risques induits par la consommation de substances psychoactives, même si les jeunes n'ont pas encore intégré un parcours stabilisé.
- ▶ Avoir un travail est valorisant et contribue à pouvoir se reconstruire une estime de soi.
- ▶ Dix villes vont mettre en œuvre ce programme expérimental d'ici fin 2016.

long : l'association propose des contrats pouvant aller jusqu'à trois jours, une mise à plat de la situation administrative, un accompagnement plus individualisé. Elle ouvre une nouvelle porte vers les soins et une prise en charge plus globale, médicale et sociale, avec une recherche d'hébergement par exemple. La troisième phase est un passage de relais aux dispositifs d'insertion classiques : expérimentation de chantier autonome avec les associations partenaires ou entrée dans une formation qualifiante.

S. A. : À quelles difficultés l'association Tapaj est-elle confrontée ?

J.-H. M. : Le montage juridique et administratif de Tapaj nous a pris quatre ans, tant le droit du travail français est peu adapté à ce type de projet. C'est une association intermédiaire, ARE 33, qui est juridiquement l'employeur du jeune : elle assure sa rémunération et édite en fin de mois un bulletin de salaire, reprenant le décompte des heures travaillées. Le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et le Centre d'accueil et d'accompagnement à la

LE DISPOSITIF TAPAJ S'ÉTEND À TOUTE LA FRANCE

La journée nationale Travail alternatif payé à la journée (Tapaj), qui a eu lieu le 2 juin 2016, a permis de faire le bilan de l'année écoulée et d'annoncer la naissance de Tapaj France. La convention signée à cette occasion avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) marque la reconnaissance d'une structure désormais nationale. Le dispositif sera déployé dans dix autres villes d'ici à fin 2016.

L'essai de Tapaj, modélisé en juin 2012, à l'initiative du Comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions (Céid) de Bordeaux, se fait à ce jour dans douze villes françaises avec l'appui de la Fédération Addiction. Le conseil d'administration de Tapaj France est aujourd'hui constitué de l'ensemble des associations à l'origine du déploiement national : Céid-Addictions, Fédération Addiction, Spectre de Rue (Montréal), le Centre médical spécialisé de l'enfant et de l'adolescent (CMSEA), Drogues & Société, Groupe SOS Solidarités, Ithaque, Oppedia, Clémence Isaure.

réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) animent le dispositif, accompagnent les jeunes pendant les sessions de travail et démarchent les partenaires – entreprises ou collectivités locales – qui proposent les missions : entretien d'espaces verts, de rues et de trottoirs, manutention de chariots, nettoyage de matériels, affichage et publipostage, etc. La fluctuation des heures de travail proposées par les partenaires est une fragilité du programme, dont l'autonomie de fonctionnement repose sur un modèle économique novateur. Cela oblige à constamment démarcher et prospector pour convaincre les partenaires de confier des missions à Tapaj plutôt que de faire appel à de l'intérim. Ce n'est pas le cœur de métier de cette association.

S. A. : Quels sont les résultats de Tapaj, en matière de réinsertion et de lutte contre les addictions ?

J.-H. M. : Bordeaux compte environ 150 personnes en errance urbaine. En 2015, 40 jeunes ont participé au programme, dont 48 % étaient des femmes. Leur engagement a représenté 2 637 heures travaillées, contre 2 121 en 2014. Tapaj comptabilise 47,5 % de sorties positives vers l'emploi (contre 45 % l'année précédente) : un tiers est en contrat à durée déterminée, voire en contrat à durée indéterminée ; un tiers a intégré un chantier d'insertion ; le dernier tiers suit une formation qualifiante. L'association ne prétend pas apporter de réponse à tout, mais ce sont des chiffres relativement conséquents. 45 % des « tapageurs » sont également dans une démarche de soins, et cette proportion monte à 77 % pour ceux qui sont dans la phase deux du dispositif. La rue abîme très vite ceux qui y vivent ; Tapaj permet un accès aux soins plus précoce et une réduction des risques, même si les jeunes n'ont pas encore intégré un parcours stabilisé.

S. A. : Quelle incidence cette expérience a-t-elle sur les compétences psychosociales des jeunes errants ?

J.-H. M. : C'est un point fort de Tapaj. Les chantiers sont des travaux utiles, fournis par de vrais employeurs. Il ne s'agit pas de proposer à ces jeunes des animations. Le travail ne requiert pas de qualification, mais il existe une exigence

de résultats. Les éducateurs discutent avec eux *in situ* du soin à apporter à son apparence, du rapport aux autres, de la qualité des tâches à accomplir ; les jeunes ne ressentent donc pas cela comme des règles imposées par une hiérarchie. De ces chantiers, ils ont un retour immédiat, un revenu légal, la considération des riverains, la satisfaction de l'employeur, etc. Valorisants, ces travaux leur permettent de reconstruire une estime de soi. Considérés comme de jeunes adultes capables, ils peuvent ainsi se projeter dans une autre vie.

S. A. : Quel est le devenir de Tapaj ?

J.-H. M. : En 2014, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) a inscrit l'extension de l'expérimentation Tapaj au rang des priorités du Plan

gouvernemental de lutte contre les drogues. Dix villes, dont Bordeaux qui en a été l'initiatrice en France, sont actuellement engagées dans ce dispositif, et une quinzaine d'autres souhaitent le déployer. En avril 2014, l'association Tapaj a été créée pour accompagner les acteurs locaux et mieux structurer les relations avec les partenaires, notamment avec les grandes entreprises dont les programmes de responsabilité sociale des entreprises (RSE) – qui soutiennent nos chantiers – sont d'envergure nationale. Réduire la vulnérabilité du modèle économique de Tapaj est l'un de nos principaux axes de travail, de même que la conduite d'une évaluation large du programme. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

TAPAJ : « Le travail d'abord » pour les jeunes en rupture

David Mourgues,
*anthropologue, centre de soins,
d'accompagnement et de prévention
en addictologie (Csapa)
Clémence-Isaure, Toulouse.*

Le programme Travail alternatif payé à la journée (Tapaj) s'adresse aux jeunes de 18 à 25 ans, en errance sociale et très éloignés du monde du travail. Ces jeunes sont assez connus des structures en addictologie, en particulier des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud). Dans le cadre de leurs missions, les intervenants vont à la rencontre de ces publics, notamment par un travail de rue.

Il existe également d'autres formes d'errance. Des jeunes habitent des quartiers classés administrativement en zones urbaines sensibles (ZUS) ou en zones de sécurité prioritaires (ZSP), concentrant des taux de chômage élevés, des difficultés sociales et économiques, une grande vulnérabilité de leur population, etc. Une partie d'entre eux sont aussi en errance, sans projets professionnels ou personnels, sans perspectives, sans formation, sans diplôme, sans emploi, exposés à diverses formes de délinquance ; certains sont usagers de substances psychoactives.

L'idée est d'expérimenter Tapaj comme un outil de réduction des risques et d'accès aux soins pour ces jeunes. Il s'agit d'offrir une modalité d'activité permettant d'avoir – au plus vite et avec le minimum de contraintes – une source de revenu légal, dans un cadre journalier. « *Le travail d'abord* », comme levier au changement, une première marche afin d'amorcer un cercle vertueux pour ces jeunes : « *J'ai travaillé une demi-journée, j'y suis arrivé, j'ai été payé le jour même, j'ai une fiche de paye ; pourquoi ne pas recommencer ?* ». L'objectif est de renforcer l'estime de soi et de révéler les capacités à faire et, ainsi, de se projeter dans sa vie : faire valoir ses droits (santé, etc.), prendre soin de soi, avoir des projets, se donner des perspectives autres que de rester toute la journée à l'entrée des immeubles.

À Toulouse et à Marseille, le programme s'adresse à ces jeunes à partir de 16 ans, dès qu'il y a rupture scolaire, afin de proposer une alternative à laquelle ces derniers peuvent croire. Des partenariats sont noués avec des entreprises qui proposent des heures de travail et des missions. Le comité de pilotage de Tapaj et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) ont validé cette expérimentation qui a été lancée en 2015 et fera l'objet d'une évaluation spécifique. ■

Réseau AcSanté 93 : « Rassembler les acteurs pour éviter d'aggraver la précarité »

Entretien avec

Anne Festa,

responsable de la cellule de coordination d'AcSanté 93, réseau territorial de santé au service des personnes atteintes d'un cancer et/ou d'une maladie chronique grave.

La Santé en action : Quelles sont les raisons de la création de votre réseau, qui réunit acteurs médicaux et sociaux ?

Anne Festa : Au départ, en 2003, le réseau réunissait des professionnels de santé qui souhaitaient communiquer entre eux pour mieux coordonner les soins des patients atteints d'un cancer. Plus tard, un constat a conduit à changer de paradigme. Dans le département de Seine-Saint-Denis, les parcours de santé sont différents et plus compliqués à cause des déterminants sociaux. 75 % des malades inclus dans notre réseau sont en situation de grande précarité, selon le score Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres de santé (Épices) – créé au sein des centres d'exams de santé de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Seine-Saint-Denis – auquel nous avons recours.

Or, quand une maladie grave s'ajoute à la galère quotidienne, la précarité s'aggrave dans la mesure où l'accès aux soins est altéré. En effet, le contexte social difficile rend plus aléatoire un traitement long et continu. Comme faire par exemple de l'éducation thérapeutique nutritionnelle auprès d'une personne diabétique qui dort dans sa voiture et ne peut prendre des repas équilibrés ? C'est la raison pour laquelle la mission du réseau a évolué, avec l'idée

de rassembler les acteurs pour apporter un soutien global, social et médical, qui évite l'aggravation de cette précarité. Reconnue par l'agence régionale de santé comme réseau territorial de santé, l'association accompagne désormais également, depuis 2013, les patients atteints de maladies chroniques graves : diabète, VIH-sida, hépatite C, maladies cardio-vasculaires, etc.

S. A. : Concrètement, que proposez-vous à ces patients ?

A. F. : Dès son arrivée dans le réseau, chaque malade bénéficie d'une évaluation complète, médicale, sociale, psychologique, par notre équipe afin de cerner ses difficultés et ses besoins. Notre action peut prendre plusieurs formes. Nous les accompagnons dans leurs démarches administratives, afin par exemple d'obtenir le plus rapidement possible les indemnités journalières ou de monter un dossier pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). C'est une première tâche importante : que le patient ait accès à tous ses droits. Nous ne nous contentons pas d'orienter la personne, nous mobilisons les partenaires du réseau pour qu'elle entre dans le droit commun, en lui évitant le parcours du combattant des tracasseries administratives.

Il s'agit aussi d'apporter un soutien d'ordre moral ou psychologique, individuellement ou au sein d'un groupe convivial ; on peut accompagner le patient dans l'annonce de sa maladie à ses enfants ou à ses proches s'il en ressent le besoin. Nous proposons également de multiples ateliers collectifs : éducation thérapeutique nutritionnelle, méditation de pleine conscience, yoga, sophrologie ; des sessions de cuisine ont

L'ESSENTIEL

■ AcSanté 93 fédère établissements de soins, professionnels de santé libéraux, centres municipaux de santé et associations.

■ Chaque patient bénéficie à son arrivée d'une évaluation complète, médicale, sociale, psychologique, afin de cerner difficultés et besoins.

Le réseau agit en proximité.

■ Six cents personnes sont suivies chaque année. Selon les premiers indicateurs, l'intervention du réseau permet de réduire leur niveau de précarité dans un certain nombre de cas.

lieu toutes les trois semaines ; les cours de socio-esthétique, importants pour l'estime de soi, permettent d'apprendre à fabriquer des produits avec ce que l'on possède dans son placard, comme confectionner une crème de gommage avec du lait et de la semoule.

S. A. : Combien de personnes sont-elles concernées ?

A. F. : Environ un millier de patients nous sont signalés chaque année et font l'objet d'une évaluation. Tous n'ont pas besoin d'un accompagnement au long cours. Près de six cents personnes par an ont un dossier et sont suivies. Et nous avons une trentaine de malades dont la situation est extrêmement complexe. Pour ceux-ci, nous organisons une réunion de concertation pluridisciplinaire, qui rassemble l'ensemble des acteurs, du médecin traitant à l'oncologue, en passant par l'assistante sociale et des représentants de l'école où les enfants du patient sont scolarisés.

Cette réunion, où le malade est présent, permet d'écouter ses souhaits et ses contraintes ; tous les interlocuteurs échangent en même temps et chacun part avec le même objectif.

Notre intervention permet au malade de reprendre son autonomie. Il est dit au patient qu'il lui faut être acteur de son parcours de santé ; c'est très bien, mais encore faut-il qu'il puisse le faire. Il est difficile de prendre soin de soi quand rien ne va autour ; des actions coordonnées et la mobilisation des bons acteurs en temps réel améliorent le quotidien. Pour une maman atteinte d'un cancer, élevant seule ses enfants dans un studio, nous nous sommes coordonnés avec l'équipe médicale afin que les séances de chimiothérapie aient toujours lieu aux heures scolaires ; nous avons sollicité la municipalité afin que le plus jeune fils soit accueilli en crèche pour ménager à la maman des temps de repos, et nous sommes intervenus auprès du conseil départemental afin qu'il finance le reste à charge d'une aide-ménagère. Si elle ne peut reprendre son travail, nous réfléchissons avec elle à sa reconversion, en l'aidant à bâtir un projet professionnel.

S. A. : Comment le réseau fonctionne-t-il et avec quels partenaires ?

A. F. : Il regroupe actuellement vingt-deux établissements de soins, publics et privés, des structures d'hospitalisation à domicile, des médecins généralistes, des soignants libéraux (infirmiers, diététiciens, etc.), des centres municipaux de santé, des associations de patients, des associations de soutien et d'aide. Nous travaillons en lien étroit avec les acteurs institutionnels et associatifs du département : la CPAM 93, la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif), la Maison départementale des handicapés, SOS Habitat et Soins, des associations qui s'occupent de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes précaires, le centre d'ethnopsychiatrie du groupement hospitalier universitaire (GHU) Avicenne, etc.

Par exemple, pour permettre aux malades de s'adonner à une activité physique adaptée, nous avons des partenariats avec l'association du *Défi Forme Santé* à Saint-Denis ou encore avec l'association *L'Escargot randonneur*.

« LES PATIENTS DÉCLARENT SE SENTIR MOINS ISOLÉS, ILS ONT TROUVÉ DES PERSONNES SUR QUI COMPTER. »

De nombreuses communes ont mis en place des ateliers sport-santé ; il n'est donc pas utile que nous proposons cette activité dans nos locaux. C'est aussi l'esprit de notre accompagnement : agir en proximité pour les patients. Le réseau est animé par la cellule de coordination. C'est une équipe de plusieurs salariés – à temps plein et avec des temps de vacances –, qui comprend : un psychologue coordinateur, deux assistantes sociales, un ingénieur en éducation thérapeutique, deux infirmières, un responsable de projet insertion professionnelle/handicap et du personnel d'accueil pour les ateliers.

S. A. : Vos interventions ont-elles permis de réduire les situations de précarité ?

A. F. : À leur entrée dans le réseau, nous soumettons les patients au score Epices (permettant de mesurer le niveau de précarité). Nous leur faisons remplir à nouveau le questionnaire six mois plus tard. Pour 52 % d'entre eux, le score s'est amélioré. Nous avons mené une enquête auprès d'une population spécifique, à savoir cent vingt femmes en grande précarité, atteintes d'un cancer du sein, et ceci afin d'avoir une population homogène. Ces femmes ont participé à nos ateliers collectifs – méditation, socio-esthétique, cuisine, activité physique adaptée, etc. Au bout d'un an, 72 % d'entre elles ont un meilleur score et vivent moins dans la précarité. Cela ne veut pas forcément dire qu'elles sont complètement sorties des difficultés financières. Mais quand on les interroge, elles disent se sentir moins isolées, elles ont trouvé des gens sur qui compter. Le lien social est aussi un élément fort pour faire reculer la précarité. C'est une reconnaissance de l'ensemble du travail que nous menons. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérueil, journaliste.

ATD Quart Monde : « Créer un environnement bienveillant pour les familles en grande précarité »

Entretien avec Yann Bertin,

directeur,
Centre de promotion familiale,
sociale et culturelle
de Noisy-le-Grand (93),
ATD Quart Monde.

La Santé en action : Quelle est la vocation du centre de promotion familiale ?

Yann Bertin : Ce projet-pilote d'ATD Quart Monde, unique en France, vise à permettre à des familles en grande difficulté sociale et financière de se reconstruire, dans plusieurs aspects de leur vie, en priorité grâce à l'accès au logement. Cette action fait l'objet d'une convention avec l'État et a reçu un agrément de centre d'hébergement et de réinsertion sociale, depuis 1977. Elle repose sur un partenariat avec Emmaüs Habitat, propriétaire bailleur d'une trentaine de logements sociaux, et avec Habitat et Humanisme qui assure la gestion locative des appartements. Nous accueillons trente-cinq familles dans cette structure de logements sociaux temporaires pour une période de dix-huit mois renouvelable, selon les situations. Ensuite, les familles doivent être normalement relogées, dans le

département ou ailleurs. Pendant les deux années qui suivent, l'équipe continue d'accompagner quinze d'entre elles pour qu'elles réussissent leur insertion dans ce nouvel environnement.

S. A. : Quelles sont les personnes concernées ?

Y. B. : Ce sont des familles très démunies, avec au moins un enfant de moins de six ans. Elles connaissent des problèmes de logement, de travail, éventuellement de santé. Elles ont besoin de pouvoir se poser dans une habitation qu'elles savent garantie pour quelques années, afin de retrouver une vie sociale et professionnelle qui permettra de stabiliser la structure familiale. Ces familles nous sont signalées par le Service intégré d'accueil et d'orientation de Seine-Saint-Denis (SIAO 93), qui centralise les demandes d'hébergement du département, et aussi par des associations. Commence alors le travail de soutien du Centre de promotion familiale, un accompagnement global pour leur permettre, à terme, d'assumer leurs responsabilités de locataires – paiement des loyers, entretien du logement, relations de bon voisinage – et de parents, avec l'éducation des enfants, le retour à un emploi stable, le développement d'une vie sociale, etc. Pour ce faire, nous avons

une équipe de treize volontaires permanents du mouvement ATD Quart Monde et du personnel socio-éducatif ; une dizaine de bénévoles interviennent en renfort, des « alliés » qui animent des ateliers, participent à l'entretien des locaux, apportent leur soutien aux familles dans leur quotidien.

S. A. : Quelle est la particularité de votre projet ?

Y. B. : Notre projet a pour but de développer l'autonomie des familles. Nous cherchons à ce que les personnes accueillies soient actrices de leur projet familial et non en position d'assistance, en écoutant leurs souhaits, leurs besoins, leurs contraintes. Apprendre des familles est fondamental, car la réinsertion sociale ne peut être une action à sens unique. Il est aussi important de questionner les institutions et de comprendre pourquoi certaines familles se sont retrouvées dans des situations telles qu'elles n'ont pas accès à leurs droits fondamentaux et, de ce fait, qu'elles n'ont jamais pu exercer leurs responsabilités dans des conditions normales. Il faut donc trouver de nouvelles méthodes de travail avec les bailleurs et les différents acteurs ou structures locales, qui sont en contact avec des personnes pauvres, victimes d'exclusion. Et ce afin de permettre une bonne scolarisation des enfants, l'accès à la formation professionnelle, aux soins et également aux services publics, comme les centres de loisirs ou Pôle emploi.

S. A. : Comment ce soutien aux familles fonctionne-t-il concrètement ?

Y. B. : Un volet important concerne l'accompagnement dans la gestion de la vie courante, qui va de la mise à jour de la situation administrative à la constitution d'un dossier pour le relogement, ainsi que l'apprentissage de la culture de l'habitat. Il s'agit là d'une transmission de savoir. Par exemple, lorsqu'il y a une fuite d'eau, la réparation est-elle à la charge du bailleur ou du locataire ? Comment s'adresse-t-on à

« NOUS AVONS UN LIEU D'ACCUEIL, GRANDIR ENSEMBLE, POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS, OÙ L'ÉQUIPE APPORTE SON SOUTIEN POUR QU'ILS GAGNENT EN CONFIANCE DANS LEUR RÔLE PARENTAL. »

L'ESSENTIEL

- ▶ Le centre de promotion familiale d'ATD Quart Monde fournit un logement provisoire et un appui social à trente-cinq familles en grande précarité, avec des enfants en bas âge. Il effectue un accompagnement social de quinze autres familles, relogées dans un logement social pérenne.
- ▶ ATD Quart Monde leur apporte un accompagnement global : accès aux soins et aux services publics, retour à l'emploi pour les parents, lien social, soutien aux enfants.
- ▶ Cet accueil est conçu pour favoriser l'autonomie des familles : écouter leurs souhaits et leurs contraintes, sans les placer en position d'assistés.



© ATD Quart Monde / François Philipponeau

son bailleur ? Nous n'intervenons pas à leur place, mais nous leur donnons les clés pour pouvoir agir. Autre exemple : nous ne fournissons pas les meubles pour le logement, mais les familles ont la possibilité d'apprendre à bricoler dans un atelier de menuiserie animé par un allié (personne en soutien) et de fabriquer elles-mêmes des étagères ou une table à peu de frais. En complément, nous menons différentes actions pour promouvoir toute la famille et le « vivre-ensemble » dans le quartier.

S. A. : Quelles sont précisément ces actions ?

Y. B. : Nous avons un lieu d'accueil, *Grandir ensemble*, pour les parents d'enfants de moins de trois ans, où l'équipe apporte son soutien pour qu'ils gagnent en confiance dans leur rôle parental. Il ne s'agit pas de leur dire comment ils doivent se comporter. Ce sont des échanges qui permettent de répondre à certaines de leurs préoccupations : que faire lorsque l'on est fatigué et que les enfants nous cassent les pieds ? Comment jouer avec son enfant et être acteur de son développement ? Pour les 3-6 ans, nous avons un partenariat avec l'institut Montessori afin de favoriser la réussite scolaire et la participation des enfants aux activités extra-scolaires. En janvier 2017, nous ouvrirons une halte-jeux, où les parents pourront déposer leurs enfants afin de se dégager du temps et pour que les uns et les autres apprennent à accepter d'être séparés quelques heures. Pour les adultes, nous proposons un atelier de recherche d'emploi, qui s'adresse

également aux autres personnes du quartier, et de nombreuses activités culturelles ou sportives. Toutes ces actions ont pour but de créer un environnement bienveillant, permettant l'échange, la détente, le soutien mutuel, où les familles puissent se sentir en même temps accueillies et actrices de la vie locale.

S. A. : Quelles sont les principaux problèmes auxquels vous êtes confrontés ?

Y. B. : Nous rencontrons des difficultés pour trouver des solutions de relogement définitif. Après plusieurs refus de la Commission d'attribution des logements (CAL), les familles se découragent. Nous avons créé un comité d'orientation avec quelques bailleurs, dont Emmaüs et I3F, et nous nous réunissons avec leurs travailleurs sociaux pour réfléchir sur la façon dont on peut ensemble lever les freins. D'autre part, il est parfois compliqué d'avancer avec certaines familles quand le paiement du loyer demeure un problème récurrent ; mais les échecs sont plutôt rares, puisque nous recensons seulement deux expulsions en vingt ans.

Les relations entre les habitants du quartier et ceux de ce centre d'hébergement et de réinsertion sociale ne sont pas toujours simples ; lorsque des

ennuis surgissent, les familles du centre sont vite montrées du doigt. En raison de leurs difficultés financières, nous devons également être extrêmement vigilants à ce qu'elles ne soient pas impliquées dans des trafics auxquels participent des personnes qui peuvent graviter autour d'elles. Pour éviter que notre structure soit un ghetto dans le quartier, il a fallu tisser des liens avec les habitants, via La Maison pour tous, le club de football, etc.

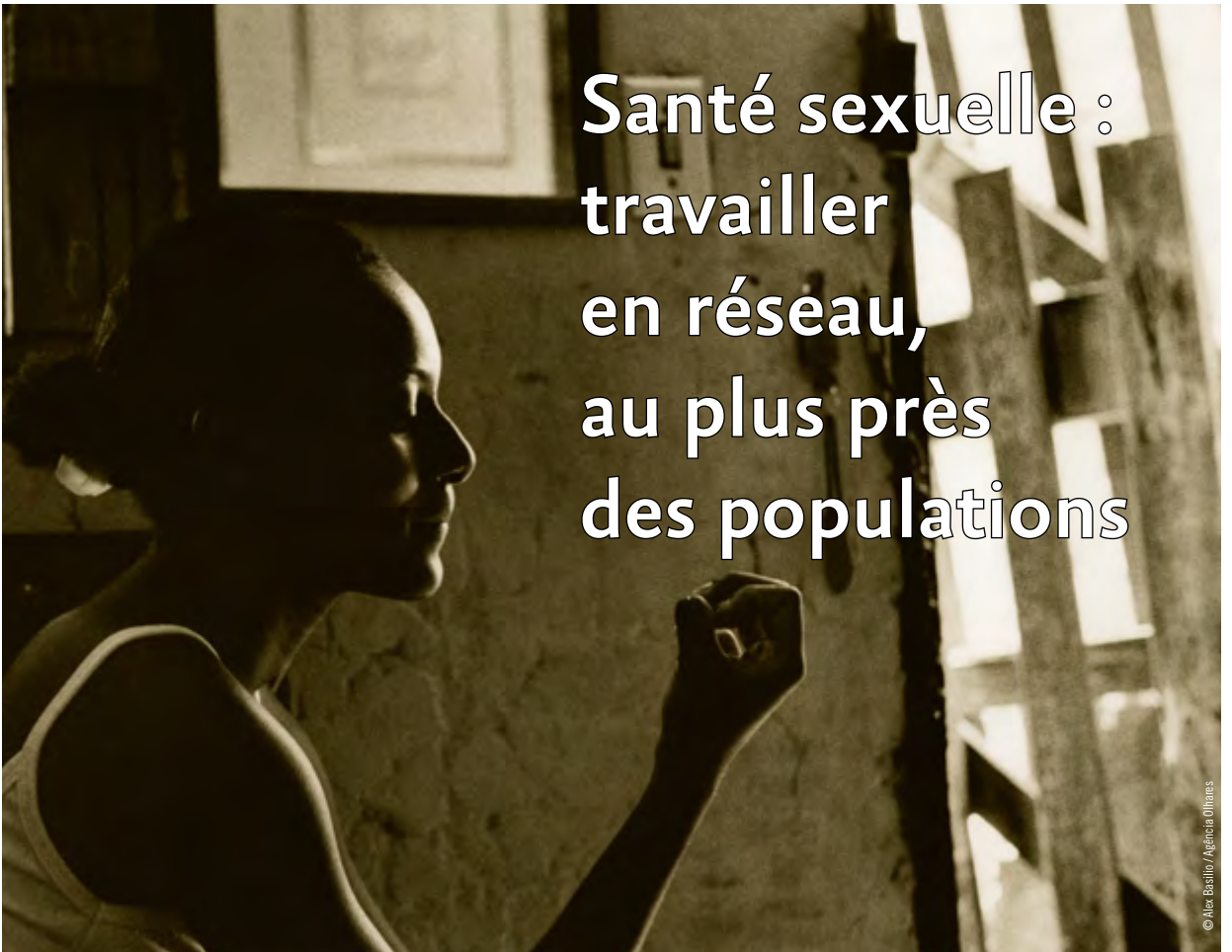
S. A. : Les évaluations du projet vous conduisent-elles à modifier vos pratiques ?

Y. B. : Ces évaluations sont à chaque fois une occasion de reconsidérer notre positionnement par rapport aux familles et les attitudes qui participent ou non à leur émancipation. Par exemple, lorsqu'une famille s'installe, nous ne l'accompagnons plus systématiquement pour meubler l'appartement ; une camionnette est à sa disposition, et nous ne l'aidons que si elle ne peut vraiment pas se débrouiller autrement. L'équilibre n'est pas évident à trouver, et il ne faut pas se laisser prendre au piège de l'empathie, en voulant régler tous les problèmes. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

« NOUS N'INTERVENONS PAS À LEUR PLACE, MAIS NOUS LEUR DONNONS LES CLÉS POUR POUVOIR AGIR. »

Santé sexuelle : travailler en réseau, au plus près des populations



© Alex Bastillo / Agencia Ollhans

Dossier

Dossier coordonné par Delphine Rahib, chargée d'études, unité santé sexuelle, **Lucile Bluzat**, responsable du marketing social unité santé sexuelle, direction de la Prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, **Laurence Kotobi**, maître de conférences en anthropologie UMR Passages 5319 CNRS faculté d'anthropologie sociale – ethnologie, université de Bordeaux, **Anh-Dao Nguyen**, médecin inspecteur de santé publique, ARS Océan Indien, délégation de l'île de La Réunion, **Nathalie Spenatto**, praticien hospitalier, Cegidd, CHU de Toulouse.

Le concept de santé, ancien, s'est construit au cœur des traditions et des cultures ; il est globalement partagé par les professionnels de santé, de l'éducation et du social. Il en va tout autrement de la notion de santé sexuelle : relativement récente, elle requiert définition et illustration.

Comme le définit l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive*

et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et

maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis ». [1, 2]

Une notion complexe, des réponses collectives

Dépassant donc les simples enjeux des pathologies infectieuses et de la reproduction, la santé sexuelle est un concept large, résolument positif ; et il est démontré qu'elle participe au bien-être physique, mental et social de l'individu. De nombreux travaux de sciences humaines en attestent. [3, 4, 5]

À une époque où la sexualité est considérée comme omniprésente et se décline sous différentes facettes, les professionnels de plusieurs champs sont confrontés dans leur pratique à de multiples interrogations. Ces questions portent sur les impacts sur les individus de la santé sexuelle dans tous les domaines (santé, éducation, social). Elles portent aussi sur le contenu et le niveau d'accompagnement que ces professionnels apportent à la population. En effet nombre d'entre eux sont quotidiennement confrontés à une variété de situations relatives à la

prévention, la contraception, la reproduction, aux violences, aux rapports entre les genres, aux discriminations, ou encore à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre... En outre non seulement ce champ est immense mais il est également transversal. Il concerne l'individu seul tout autant que l'individu dans ses relations sociales. Or le Baromètre médecins généralistes 2009 de l'Inpes/Santé publique France [6] - tout comme de nombreuses autres enquêtes - a montré que les professionnels sont mal à l'aise avec le sujet : 41 % d'entre eux trouvent difficile d'aborder la santé sexuelle.

De la nécessité de travailler en réseau

Dans ce contexte, ce dossier se propose d'illustrer, par des exemples concrets, le fait que les solutions à apporter sont souvent collectives et

impliquent donc un travail en réseau. En effet, si chaque professionnel intervient dans son domaine de compétence, il n'est pas en capacité de pouvoir répondre à l'ensemble des problématiques individuelles qui peuvent se présenter à lui. Dans ce cas, il aura à réorienter la personne vers un autre intervenant - ou vers une structure partenaire plus adaptée. Cela est indispensable pour assurer à cette personne un accès aux informations et aux services adéquats, alors que nombre de dispositifs sont encore méconnus.

Ces réseaux peuvent être informels ou formalisés et leurs modalités d'organisation sont variées. Ils s'articulent avec les différents dispositifs traitant de la santé sexuelle existants en France, ajustés au fil du temps pour s'adapter aux besoins des publics : centres de santé sexuelle, Centres gratuits d'information, de dépistage

et de diagnostic (Cegidd), Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), réseaux de praticiens... Par ailleurs, des modes d'intervention spécifiques en réseau ont été développés pour toucher les publics les plus éloignés des structures institutionnelles : interventions communautaires, approches par les pairs, groupes de parole, etc. En conclusion, ce dossier central se penche sur les modes d'intervention en réseau, avec pour objectif de fournir aux professionnels des pistes d'intervention, dans une optique de partage d'expérience. Les professionnels pourront aussi prendre connaissance de l'analyse et des recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), lequel a publié en mai 2016 son rapport intitulé « Santé sexuelle et reproductive », dont une synthèse est présentée dans ce dossier central. [7] ■

SANTÉ SEXUELLE, CONTRACEPTION : LES MESURES LES PLUS RÉCENTES MISES EN ŒUVRE

Au cours des dernières années, une série de mesures ont été prises en France, en particulier en matière de santé sexuelle et reproductive, élargissant par ailleurs les domaines d'intervention de certaines professions comme les sages-femmes et de structures comme les centres de santé. Voici une revue synthétique des principales dispositions arrêtées depuis 2012.

2012 : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

- l'IVG est remboursée à 100 % pour toutes les femmes, qu'elle que soit la méthode utilisée. L'acte est revalorisé ;
- les contraceptifs ouverts au remboursement deviennent gratuits pour les filles de 15 à 18 ans ;
- les pilules de 3^e et 4^e génération sont dé-remboursées ;
- les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et au traitement de celle-ci sont entièrement remboursées.

2014 : Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

- la notion de « détresse » pour une femme souhaitant accéder à une IVG est supprimée ;

- le délit d'entrave est élargi à l'entrave d'information (concernant l'IVG).

2015 : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

- le remboursement des examens liés à la prescription d'une contraception pour les mineures de plus de 15 ans est instauré.

2016 : Loi de modernisation du système de santé

- création des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ;
- suppression du délai de réflexion d'une semaine à respecter avant la réalisation de l'IVG ;
- autorisation pour les sages-femmes à pratiquer une IVG médicamenteuse ;
- généralisation du tiers payant pour les femmes souhaitant accéder à une IVG ;
- habilitation pour les sages-femmes d'assurer le suivi d'une grossesse et de réaliser l'accouchement d'une mineure sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale ;
- habilitation pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS), dossier thématique santé sexuelle. En ligne : http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- [2] Mignot J., Troussier T. dirs. *Santé sexuelle et droits humains. Un enjeu pour l'humanité*. Paris : Éd. de boeck/solal, 2015 : 443 p.
- [3] Guyard L. Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouvelles Questions féministes*, 2010, n° 3, vol. 29 : p. 44-57. En ligne : https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=NQF_293_0044
- [4] Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime, *Champ psychosomatique*, 2002/3, n° 27 : p. 81-92. En ligne : https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=CPSY_027_0081
- [5] Giacomoni C. Cancer gynécologique pelvien et organes « invisibles » féminins : des représentations aux conduites, *Sociologie santé*, octobre 2015, n° 38 : p. 21-32.
- [6] Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
- [7] Haut Conseil de la santé publique. *Santé sexuelle et reproductive*. Paris : HCSP, coll. Avis et Rapports, 2016 : 90 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr201600302_santesexuelleetreproductive.pdf

Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux

Zeina Mansour, directrice du comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca), présidente de la commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé » (CSPEPS), Haut Conseil de la santé publique (HCSP),

Éric Billaud, praticien hospitalier en infectiologie à l'Hôtel-Dieu de Nantes, membre de la commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé », Haut Conseil de la santé publique.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la direction générale de la Santé en février 2015 sur les orientations à donner à une stratégie nationale de santé sexuelle. L'étendue du champ de la saisine a nécessité plus de quinze mois de travaux partagés par 12 personnes

qualifiées (voir encadré page 17), la consultation de 174 publications et l'audition de 40 experts. Le rapport [1], publié en mai 2016, n'a pas la prétention d'être exhaustif, mais il pose les jalons d'une nouvelle politique de santé sexuelle et reproductive qui pourrait s'inscrire dans la durée. Voici quelques points majeurs de ce rapport.

De quoi parle-t-on ?

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

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

La grande majorité des pays aborde les questions éthiques liées à la sexualité. Elles impliquent le respect de la dignité des personnes, de leur consentement, le principe d'autonomie et le principe de bienveillance. D'une manière générale, les trois grands axes de la sexualité (plaisir, affection, procréation) sont considérés, quelles que soient les traditions culturelles et religieuses.

Pourquoi une stratégie nationale de santé sexuelle est-elle nécessaire ?

Les constats établis par le HCSP sont les suivants :

- les besoins en promotion, en prévention et en soin font l'objet de nombreux rapports et publications dont l'exégèse permet de fixer les priorités pour la population générale ;
- la santé sexuelle est disséminée dans plus de 14 plans et dispositions juridiques, sans réelle articulation entre eux. De nombreux organismes sont impliqués dans une offre de santé sexuelle en France : les ministères chargés de la Santé et des Droits des femmes, de l'Éducation nationale, de la Justice, de l'Intérieur, les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux, les préfetures, les rectorats, les conseils régionaux, les villes ;
- la santé sexuelle est disséminée dans de multiples structures, axées sur la prévention et/ou le dépistage :

L'ESSENTIEL

- Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) propose la mise en place d'une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive en concertation avec l'ensemble des acteurs, prenant en compte les besoins de chacun à tous les âges de la vie.
- Au-delà de l'accès à l'offre et aux services, cette stratégie doit prendre en compte l'environnement socio-culturel et les comportements individuels, en s'attachant à réduire les inégalités sociales de santé.
- Parmi les éléments qui fondent cette stratégie figurent une approche positive de la santé sexuelle, l'importance de l'éducation dès le plus jeune âge renforçant le respect de l'autre et l'égalité des sexes, l'estime de soi et la non-discrimination, ainsi que la formation des professionnels et des relais.

- centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) actuellement réunis en centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) ;
- établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) et centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ;
- services de Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- réseaux de santé en périnatalité (RSP) ;
- services de santé en milieu scolaire et universitaire ;
- comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine – VIH (Corevih) ;

– structures associatives, comme les associations de lutte contre le sida et les hépatites ou le planning familial ;

- d'autres structures sont axées plutôt sur le soin, comme les consultations d'orthogénie, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, les centres de santé ou les consultations de services spécialisés hospitaliers (maternité, gynécologie, urologie, maladies infectieuses, médecine légale, maladies chroniques, etc.) ;
- la diversité de l'offre et la création constante de nouveaux numéros verts (<http://destinationsante.com/vous-avez-un-probleme-trouvez-le-bon-numero.html>) supposés faciliter l'accès à l'information

concernant la santé sexuelle ne participent pas véritablement à sa lisibilité pour le public ;

- la santé sexuelle est disséminée dans de nombreuses spécialités médicales et paramédicales et abordée par la pathologie et non dans la perspective d'une approche globale de la santé de la personne. Elle est insuffisamment prise en compte dans la formation des professionnels amenés à accompagner des populations vulnérables sur le plan sexuel.

Il est nécessaire d'intégrer les organisations au service de la population et de définir une politique nationale de santé sexuelle cohérente. La récente création des centres gratuits d'information, de

dépistage et de diagnostic (Cegidd) devrait clarifier l'offre. Ils devraient évoluer vers des centres de santé sexuelle.

La proposition d'une stratégie nationale de santé sexuelle s'inscrit dans le cadre d'une approche globale prônée par l'OMS, relayée par le *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) et déjà mise en œuvre par plusieurs pays.

Quelles priorités pour la population générale ?

L'information et l'éducation à la santé sexuelle se doivent d'être adaptées à l'âge, au sexe et aux besoins spécifiques des populations. L'école joue un rôle fondamental, dès le plus

FORMER ET SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS

Voici deux exemples de formations et de sensibilisation des professionnels en santé sexuelle (voir aussi page 18 des exemples de formations universitaires) :

Formation « Prévention et santé sexuelle »

Société française de lutte contre le sida (SFLS)

La diversité des origines des acteurs et des structures implique une formation modulaire qui permette à chaque personne et à chaque structure de construire son parcours de formation en fonction de son parcours antérieur, de ses attentes et de ses fonctions. L'objectif est d'apporter aux professionnels les bases en santé publique, sociologie, psychologie et éthique de la santé sexuelle et des droits humains ainsi qu'une initiation aux techniques de *counseling* (conseil, accompagnement et orientation, techniques de relation d'aide et d'écoute, etc).

À la fin du cycle de formation, les participants doivent être en capacité d'identifier, d'initier une communication en relation avec la santé sexuelle à l'occasion d'une consultation, de prendre en charge et d'orienter une personne consultant dans le cadre d'une demande de prévention, que ce soit dans le champ de la conception, du bien-être sexuel ou de la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Les participants seront en capacité :

- de prendre en charge les populations spécifiques et d'adapter leur attitude en fonction des besoins de ces populations ;
- de développer les partenariats utiles à la prise en charge des personnes concernées ;
- d'organiser la prise en charge en équipe pluridisciplinaire ;
- de co-construire des actions en partenariat entre soignants et milieux associatifs.

La formation comprend deux volets : *e-learning* (formation *via* des cours dispensés sur Internet) et présentiel (réunions du groupe) en immersion.

En ligne : <http://www.sfls.aei.fr/>

Sensibilisation des professionnels-relais

Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca)

Cette sensibilisation, soutenue par le conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), s'inscrit dans une volonté régionale d'amélioration de la santé sexuelle de tous les publics. Le conseil régional, dans le cadre de sa politique volontariste, met en place un dispositif visant à faciliter l'accès à la contraception des jeunes de moins de 26 ans : le PASS Santé +, prévention-contraception. Il est important que les professionnels en contact permanent avec des jeunes puissent recevoir les informations nécessaires pour être des relais efficaces du dispositif. Le programme de la demi-journée d'intervention porte sur :

- la sensibilisation à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), aux structures-relais et à l'orientation des jeunes ;
- le contexte et les enjeux en matière de contraception chez les jeunes en Paca ;
- une présentation rapide des différentes méthodes contraceptives ;
- une présentation des structures-relais et de l'orientation des jeunes ;
- la présentation du PASS Santé +, prévention-contraception et de sa procédure d'obtention en ligne sur le site <http://generation.regionpaca.fr> ;
- la présentation du site du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) : www.parlons-ici.org ;
- la façon d'aborder la question de la sexualité, de la contraception et les outils présentés avec les publics jeunes ;
- les ressources existant sur le territoire pour les jeunes, pour les professionnels.

En ligne : <http://www.cres-paca.org/a/316/seances-de-sensibilisation-a-la-contraception-et-a-l-ivg/>

jeune âge, notamment dans le cadre du parcours éducatif de santé ; il en est de même pour les institutions recevant des jeunes sortis du milieu scolaire. Les professionnels – et notamment ceux impliqués dans le premier recours – doivent prendre en compte la dimension sexuelle dans la promotion et la prévention qu'ils assurent auprès de la population générale. L'OMS a publié, en mai 2015, le *Guide sur la communication brève relative à la sexualité*. Son but est d'aider les professionnels à aborder la sexualité avec leurs usagers.

Internet est utilisé à bon escient par des opérateurs qualifiés, mais de nombreux sites diffusent une information erronée échappant à tout contrôle. Les risques liés à une exposition précoce à des sites pornographiques sont peu documentés dans la littérature scientifique.

La santé reproductive implique la prévention des risques et la prise en charge ou l'accompagnement des fonctions ordinaires de la fécondité, englobant la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'assistance médicale à la procréation (AMP), le diagnostic anténatal et les interruptions de grossesse pour motif médical,

« LA SANTÉ SEXUELLE EST DISSÉMINÉE DANS DE NOMBREUSES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES ET ABORDÉE PAR LA PATHOLOGIE ET NON DANS LA PERSPECTIVE D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ DE LA PERSONNE. IL EST NÉCESSAIRE D'INTÉGRER LES ORGANISATIONS AU SERVICE DE LA POPULATION ET DE DÉFINIR UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE COHÉRENTE. »

la grossesse, l'accouchement et tout ce qui entoure la naissance. De nombreux dispositifs entendent faciliter l'accès à la contraception des mineures et des jeunes, mais leur impact n'est pas évalué. Le coût extrêmement variable des méthodes contraceptives et l'absence de prise en charge par l'assurance maladie de certaines d'entre elles creusent les inégalités de recours à des méthodes adaptées.

Le nombre d'IVG à répétition est en augmentation ; l'accès aux structures et le choix de la méthode sont très complexes et variables selon les populations.

L'âge maternel à la première naissance continue de s'élever et contribue, en partie, à augmenter les demandes d'aide médicale à la procréation et à

accroître la prévalence des risques gravido-puerpéraux encourus par les femmes. L'activité des dons d'ovocytes est insuffisante au regard de la demande, et 80 % des grossesses issues de dons d'ovocytes, parmi les couples français, proviennent de dons réalisés à l'étranger échappant au cadre fixé par la loi française.

En matière d'infections, outre la recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST), la stratégie de prévention des cancers du col de l'utérus repose sur deux moyens de prévention complémentaires : dépistage et vaccination contre les infections à *Human papillomavirus* (HPV). La couverture vaccinale HPV, en France, est faible et en baisse constante alors qu'un pourcentage élevé de jeunes filles vaccinées contribuerait à diminuer les risques d'infection, notamment chez les plus précaires, et à protéger la population des hommes hétérosexuels par immunités de groupes.

La politique de vaccination contre l'hépatite B, en France, repose d'une part sur l'identification et la vaccination des populations à risque et d'autre part sur la vaccination des nourrissons et le rattrapage chez les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

Enfin, on relève une augmentation des plaintes pour violences et, en particulier, pour violences sexuelles.

Les priorités pour les publics pouvant être exposés à un risque particulier

Les auteurs du rapport ont tenu, dans le respect de l'universalisme proportionné, à porter une attention très particulière à ces publics :

- les personnes âgées : dans nos sociétés, elles sont souvent considérées, par les professionnels et l'entourage, comme des êtres asexués. Les conséquences de

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ : UN ÉTAT DES LIEUX MITIGÉ

Le 15 juin 2016, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEFH) a rendu public son : « *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes* ». Son constat ? Chaque nouvelle génération d'adolescents est confrontée à un apprentissage délicat mais essentiel : la découverte du corps, de la sexualité et du rapport à l'autre. Or, plus que jamais, les jeunes ont accès à une multitude de contenus relatifs à la sexualité – notamment sur Internet – qui peuvent s'avérer contradictoires, insuffisants et sexistes.

Bien qu'il s'agisse d'une obligation légale en milieu scolaire depuis plus de quinze ans, le rapport dresse un état des lieux très mitigé de sa mise en œuvre – parcellaire selon les territoires et très concentrée sur quelques tranches d'âge – et de son contenu, encore très restreint aux questions de

reproduction et à la prévention des risques. Considérant l'éducation à la sexualité dès le plus jeune âge comme une condition *sine qua non* pour la construction d'une sexualité émancipatrice et libérée des violences fondées sur le genre, le HCEFH émet trente recommandations pour mieux connaître et reconnaître la sexualité des jeunes, renforcer de façon ambitieuse la politique interministérielle en la matière – et notamment au sein de l'Éducation nationale – et pour responsabiliser les espaces-clés de socialisation des jeunes hors de l'école, afin de prendre en compte leur parcours de vie.

Margaux Collet,
co-rapporteuse,
Haut Conseil à l'Égalité
entre les femmes et les hommes

En ligne : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf

cette asexualité présumée sont particulièrement importantes au niveau des institutions qui les accueillent ;

- les personnes en situation de handicap : malgré de nombreuses initiatives, des progrès restent à accomplir vers l'égalité des droits et la reconnaissance de leur sexualité ;
- les populations immigrées : elles présentent un ensemble de facteurs de vulnérabilité sociale, juridique et épidémiologique. Parmi ceux-ci, les problèmes de santé sexuelle avec les complications propres à la grossesse, à l'accouchement et aux violences. La jeunesse des primipares, l'usage du préservatif moins systématique, l'incidence et la prévalence du VIH, la prévalence de l'hépatite B justifient une prise en charge globale ;
- les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) : fortement touchée par l'épidémie du VIH, cette population mérite

une attention particulière en tenant compte de risques spécifiques concernant les IST, les hépatites et certaines vaccinations. L'exposition de certains membres de cette communauté aux drogues psychoactives est quatre fois supérieure à celle de la population générale ;

- les populations transsexuelles : également exposées à un risque important de VIH et d'IST, elles sont également soumises à de fréquentes discriminations pouvant amener à un renoncement à certains soins (traitement hormonal, chirurgie). Leurs risques restent sous-évalués ;
- plus de la moitié des personnes en situation de prostitution sont dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais avec une vulnérabilité particulière sur le plan gynéco-obstétrical. Elles sont fréquemment soumises à des violences et cumulent de nombreux indicateurs de précarité ;

- bien que la sexualité des personnes détenues soit reconnue par les textes d'organisation de l'administration pénitentiaire, la promotion de la santé sexuelle fait largement défaut, de même que l'estimation de l'incidence des IST et des troubles sexuels en milieu carcéral.

Les propositions du Haut Conseil

Le HCSP propose la mise en place d'une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive concertée, prenant en compte les besoins de chacun à tous les âges de la vie.

Son efficacité sera d'autant plus garantie qu'elle veillera à avoir un impact sur l'environnement physique – accès à l'offre et aux services –, l'environnement socio-culturel – respect, non-discrimination, etc. – et les comportements individuels simultanément, en s'attachant à réduire les inégalités sociales de santé.

Le rapport du HCSP recommande que la stratégie s'appuie sur quatre éléments fondateurs :

- une approche positive de la santé sexuelle qui ne soit pas centrée sur le risque mais sur la population, en respectant le principe de l'universalisme proportionné par l'attribution d'une attention particulière et adaptée aux publics les plus en difficulté et/ou exposés à des risques spécifiques ;
- la place de l'éducation, dès le plus jeune âge, renforçant le respect de l'autre, l'égalité des sexes, l'estime de soi et la non-discrimination. Il s'agit également de protéger le développement sexuel et de l'accompagner. Le rôle de l'école est fondamental.
- la création des Ceggid devrait améliorer la lisibilité de l'offre ; le rapport préconise leur évolution vers des centres de santé sexuelle ;
- la formation des professionnels et des relais. ■

HCSP : 12 EXPERTS POUR FORMULER DES RECOMMANDATIONS

Composition du groupe technique du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), constitué pour élaborer le rapport *Santé sexuelle et reproductive* :

- Éric Billaud, copilote, praticien hospitalier en infectiologie à l'Hôtel-Dieu de Nantes, président honoraire de la Société française de lutte contre le sida, président de la coordination régionale de la lutte contre le VIH des Pays de la Loire, membre de la commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé » (HCSP) ;
- Zeina Mansour, copilote, directrice du comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca), présidente de la commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé » (HCSP) ;
- Marie-Hélène Bouvier-Colle, directeur de recherche émérite à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), épidémiologiste ;
- Hélène Peigue-Lafeuille, professeur des universités et praticien consultant, directeur du Centre national de référence (CNR) des entérovirus/parechovirus-laboratoire associé, service de virologie du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand ;

- Lucile Bluzat, responsable du pôle Santé sexuelle au sein de Santé publique France ;
- Florence Bretelle, professeur des universités, praticien hospitalier en gynécologie-obstétrique au centre hospitalier universitaire Hôpital nord, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille ;
- Hélène Grandjean, spécialiste en gynécologie-obstétrique et en épidémiologie, directeur de recherche émérite à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale,
- Anne-Marie Monnier-Curat, sage-femme cadre retraitée, trésorière du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes ;
- Régine Lefait-Robin, médecin de santé publique, épidémiologiste, secrétaire générale du HCSP ;
- Béatrice Tran, médecin de santé publique, praticien hospitalier, chargée de mission Indicateurs – Tableau de bord au HCSP ;
- Corinne Le Goaster, médecin épidémiologiste, chargée de mission Maladies transmissibles au HCSP ;
- Pierre-François Chaboureau, stagiaire HCSP.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Haut Conseil de la santé publique. *Santé sexuelle et reproductive*. Paris : HCSP, coll. Avis et Rapports, 2016 : 90 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp201600302_santeseuelleetreproductive.pdf

L'enseignement en santé sexuelle en France

Thierry Troussier,

responsable de la chaire Unesco Santé sexuelle et Droits humains, et du pôle universitaire Santé sexuelle, Sexologie et Droits humains, université Paris-7 Diderot,

Joëlle Mignot,

membre du comité exécutif de la chaire Unesco Santé sexuelle et Droits humains, directrice du pôle universitaire Santé sexuelle, Sexologie et Droits humains, université Paris-7 Diderot.

L'offre de formation en santé sexuelle permet une synergie nouvelle et tournée vers l'avenir de la santé sexuelle et de la sexologie en France. Ces formations universitaires (voir *présentation ci-après*) répondent aux besoins des professionnels de santé, confrontés aux problèmes liés à la sexualité. D'une part, au travers d'approches somatiques : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), infections sexuellement transmissibles (IST), grossesses non prévues, violences, mutilations génitales, dysfonctions sexuelles – maladies chroniques –, infertilité et également au travers des préoccupations et des difficultés liées à la sexualité. D'autre part, une approche positive et globale de la sexualité répond aux demandes gouvernementales d'éducation et de conseil en santé sexuelle.

Objectifs de la formation en santé sexuelle

- Apporter aux professionnels intervenant dans les champs sanitaire, social et éducatif les bases théoriques en santé sexuelle : cliniques, psychologiques, sociales et en matière de droits humains.
- acquérir des connaissances de base :
 - en clinique : sur les IST – dont le VIH –, sur les différents aspects de la santé reproductive, sur les plaintes sexuelles ;
 - en santé publique : sur les comportements sexuels, l'épidémiologie, la lutte contre les IST et le VIH, les politiques de régulation des naissances, les conduites sexuelles à risque ;
 - en sociologie : sur l'histoire, la politique et l'anthropologie appliquées à la sexualité ;
 - en psychologie : sur les rapports de genre, les couples et l'orientation sexuelle ;

- sur les droits humains : l'éthique en santé, les valeurs humanistes, la loi et le sexe, la lutte contre les violences, les abus, les mutilations, les discriminations, le respect de soi et d'autrui.

- Développer les compétences en *counseling* (techniques de relation d'aide et d'écoute, N.D.L.R.) et en méthodologies d'intervention brève de type information, éducation et communication (IEC).

- Renforcer les capacités d'intervention des participants :

- en développant les capacités à l'écoute active et impliquée dans l'empathie ;

- en optimisant les facultés à poser des questions, à évaluer la gravité d'une situation par rapport à la personne et à la société, en cernant au mieux les besoins et les demandes des personnes.

- Développer les capacités à la réflexivité, la réflexion sur la pratique et l'analyse de ses propres attitudes à l'égard de la sexualité.

- Optimiser, conceptualiser des dispositifs d'intervention adaptés aux différents publics-cibles : prises de risque sexuelle, adolescents en danger, violences, abus, mutilations, handicaps, troubles liés au genre, troubles liés à l'orientation sexuelle :
 - développer des sessions d'éducation à la vie sexuelle et affective auprès des publics cibles ;

- organiser et réaliser des consultations de dépistage et de prévention centrées sur la prise de risque sexuel ;

- développer des actions et des projets de prévention en direction des populations exposées, des consultants et des malades, d'accompagnement psychosocial prenant en compte la sexualité des patients et de leur entourage ;
- apprendre à travailler en réseau avec les différents acteurs pour favoriser l'orientation et le suivi des prises en charges.

Enseignements en santé sexuelle en France

Les quatre universités ci-après proposent chacune un programme de formation en santé sexuelle différent, avec une base commune.

- L'université Lille-2 dispense en deux ans une attestation universitaire d'études complémentaires en sexualité humaine. Les professions éligibles sont des professionnels (hors champ médical) du champ du conseil et de l'éducation : éducateurs, enseignants,

conseillers conjugaux et les professionnels pouvant justifier de la nécessité d'une telle formation complémentaire. Le responsable de l'enseignement est le Dr Francis Collier (tél. secrétariat : 03 20 62 68 12). <http://www.univ-lille2.fr>

- L'université Toulouse-3 Paul-Sabatier propose sur deux ans un diplôme universitaire de formation en éducation sexuelle, dédié aux médecins scolaires, de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), de directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), aux psychologues, aux sages-femmes, aux professions paramédicales, aux assistantes sociales, aux professeurs de l'Éducation nationale, aux éducateurs, etc. Le responsable de l'enseignement est le professeur Éric Huygue (secrétariat : huyghe.sec@chu-toulouse.fr). <http://www.univ-tlse3.fr>

- L'université Paris-7 Diderot propose la formation Éducation et Conseil en santé sexuelle et Droits humains, sur une année (140 heures). Cette formation est dédiée aux médecins généralistes et spécialistes, internes, pharmaciens, sages-femmes, infirmières, psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs pour la santé, assistantes sociales, conseillères conjugales, etc. Les professeurs Thierry Troussier et Laurent Mandelbrot sont responsables de cet enseignement qui est dirigé par Joëlle Mignot et coordonné par Stéphanie Estève-Terre (secrétariat Catherine Briquet ; tél. : 01 47 60 63 39 ; e-mail : secretariat.mandelbrot@lmr.aphp.fr). <http://www.univ-paris-diderot.fr>

- La faculté de médecine de l'université Lyon-1 Claude-Bernard présente un diplôme universitaire Conseils et Éducation à la sexualité (DU CES), accessible en un an. Sont éligibles toutes les personnes titulaires d'un diplôme de niveau III, impliquées dans des actions d'information, de conseil, d'écoute et d'éducation en matière de sexualité, comme les conseillers conjugaux, infirmiers, le personnel de l'Éducation nationale, le personnel associatif du secteur médico-social, le personnel de police, les éducateurs spécialisés (protection de l'enfance ou protection judiciaire de la jeunesse –PJJ).

Le professeur Hervé Lejeune est responsable de cet enseignement (secrétariat : Sonia Zinck ; tél. : 04 78 77 70 65 ; e-mail : sonia.zinck@univ-lyon1.fr). ■

Île de la Réunion : centres de santé sexuelle et intervenants en milieu scolaire

Anh-Dao Nguyen,

médecin inspecteur de santé publique, agence régionale de santé océan Indien, délégation de l'île de la Réunion,

Joëlle de Boisvilliers,

infirmière, coordinatrice adjointe, Réseau périnatal Réunion (Repère),

Sylvie Boukerrou,

sage-femme, coordinatrice, Réseau périnatal Réunion (Repère).

Confrontée au problème de la persistance d'un haut niveau de grossesses non désirées à l'adolescence – sept fois plus élevé que pour l'ensemble du territoire français – la Réunion a pris l'initiative de développer des actions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, bien avant les instructions ministérielles de 2003 [1]. Ainsi, au plan départemental d'éducation sexuelle dans les collèges de 1994 a succédé, en 1996, le programme régional de santé « Santé sexuelle ». À partir de 2009, des adultes-relais, portés par deux associations (Association réseau prévention suicide – ARPS et l'association départementale de la Réunion du Mouvement français pour le planning familial – MFPP-AD 974), ont mené dans certains collèges et lycées des actions de prévention et d'information, sous forme d'ateliers collectifs et d'écoute individuelle. La même année ont été créées des structures hospitalières, appelées Dépist, qui assurent des fonctions à la fois de centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et de centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), par la

suite réunis dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd). Les actions se sont également étendues aux écoles primaires avec la création d'une bande dessinée [2] servant de support aux enseignants pour aborder avec les enfants le programme d'éducation à la sexualité et à la vie affective.

L'éducation à la sexualité et à la vie affective jalonne ainsi le parcours éducatif des enfants et des adolescents. Compte tenu de la diversité des intervenants (enseignants, professionnels de santé et du secteur social, animateurs de prévention), une réflexion a été initiée pour garantir la cohérence des discours et des pratiques d'intervention.

Un dispositif intégré de prévention et de soins par territoire de santé

Implantés dans chacun des trois territoires de santé de la Réunion, les Dépist se sont transformés progressivement en centres de santé sexuelle, à la faveur du Schéma d'organisation des soins [3] et de la réforme des CDAG et des Ciddist [4]. Au-delà des missions de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, les centres de santé sexuelle proposent une offre d'orthogénie (prise en charge des interruptions volontaires de grossesse – IVG et planification familiale) et s'articulent avec les consultations hospitalières d'addictologie afin de favoriser une approche globale des conduites à risques. Le centre de l'Ouest est adossé en outre à un réseau d'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales. Les trois centres ont

vocation à s'engager également dans les actions de prévention primaire dans le cadre de leurs missions hors les murs.

Tenant compte de cette offre, l'agence régionale de santé océan Indien (ARS OI) a décidé – en concertation avec le rectorat, le département, la région et les opérateurs associatifs et hospitaliers – de structurer les modalités d'intervention en milieu scolaire, sur la base d'un projet EVA à expérimenter en trois axes :

- structurer le maillage territorial des opérateurs associatifs, de façon à favoriser l'articulation avec les centres de santé sexuelle et faciliter ainsi l'orientation des personnes en difficulté ;
- cibler les établissements scolaires prioritaires selon les critères établis par le rectorat ;
- acter, dans la charte régionale, le principe d'intervention en binôme. Le binôme est constitué d'un intervenant extérieur et d'un personnel de l'Éducation nationale (ou d'un intervenant associatif, et d'un professionnel de santé ou du secteur social d'un centre de santé sexuelle).

L'émergence de besoins de formations croisées

Au démarrage du projet expérimental, les intervenants associatifs et hospitaliers ont été interrogés sur leurs besoins de formation. Le questionnaire [5] a exploré les champs des connaissances, des techniques d'intervention, de la gestion des situations individuelles et de la posture à adopter. La lecture croisée des réponses a permis de construire un cahier des charges [6] de formation visant à consolider les

L'ESSENTIEL

➤ À la Réunion, le nombre de grossesses chez les mineures demeure particulièrement élevé.

➤ L'éducation à la sexualité et, plus largement, la santé sexuelle font l'objet d'un dispositif territorial spécifique ; en particulier, trois centres de santé sexuelle dispensent information et accompagnement, ainsi que des formations généralisées pour les intervenants en milieu scolaire.

compétences des intervenants dans trois domaines. Théorique, le premier domaine porte sur le développement des savoirs nécessaires pour pouvoir répondre aux questions des jeunes sous les angles biologique, médical, juridique et psychosocial. D'ordre méthodologique, le deuxième domaine consiste en l'acquisition de techniques

d'intervention en ateliers collectifs, de conduites d'entretiens individuels en dehors du soin et de méthodes de travail en réseau et en binôme. Le troisième domaine concerne la mise en pratique des savoirs et de la pratique réflexive, amenant les intervenants à réfléchir sur leur posture, sur la portée de leurs interventions. Pour cela, il a été décidé de recourir à des exercices de simulation filmés. Le programme de formation a été confié au Réseau périnatal Réunion (Repère), en raison de son implication dans la formation médicale par simulation filmée.

Une formation en deux étapes

En réponse au cahier des charges, Repère a décliné un programme de formation en deux temps. Une formation théorique a d'abord été réalisée en 2013-2014, durant cinq jours consécutifs, avec pour objectifs globaux l'acquisition des savoirs en sexualité et en fécondité, la maîtrise des techniques d'intervention visant à faire émerger la parole sans qu'elle ne déborde sur le vécu individuel et la construction de séances allant au-delà de la simple information sur les risques sexuels. Ces notions théoriques sont indispensables à un animateur de séance sur l'éducation à la sexualité et à la vie affective [7].

Une formation a été ensuite dispensée en 2016, sur deux jours consécutifs et un jour à distance pour mettre en pratique les savoirs transmis. Elle a consisté en des mises en situation en binôme, à partir de thèmes incontournables en éducation à la sexualité : interruption volontaire de grossesse, contraception, puberté, infections sexuellement transmissibles, comportements addictifs et

sexualité, identité sexuelle, sexualité et loi, impact de la e-sexualité [8]. Les mises en situation ont été filmées et suivies d'un compte-rendu critique avec les formateurs.

Un bilan encourageant en termes de développement des compétences

Afin de fournir des indicateurs fiables sur la qualité et sur l'efficacité des actions de formation proposées, des évaluations individuelles auprès des intervenants formés ont été mises en œuvre, sous forme d'auto-questionnaires avant la formation et à son issue. La mise en pratique des savoirs a été évaluée sur la base d'une grille d'observation. Les outils d'évaluation ont été élaborés à partir d'un référentiel spécifique de compétences, conformément aux nomenclatures édictées dans les textes législatifs et réglementaires [9]. En fin de formation, Repère a remis à chaque participant un livret et une attestation de compétences.

L'analyse des réponses obtenues, par catégories socio-professionnelles, a confirmé l'hétérogénéité du profil des intervenants (enseignants, animateurs, infirmiers, travailleurs sociaux, médecins), dont la majorité ne justifiait que d'une à deux années d'expérience. Plus des deux tiers ont déclaré avoir amélioré ainsi leurs pratiques. Par ailleurs, alors que les questions relatives à la maîtrise de la fécondité étaient leur principal point faible lors de l'évaluation préalable à la formation, plus des deux tiers d'entre eux avaient amélioré notablement leurs connaissances à l'issue de

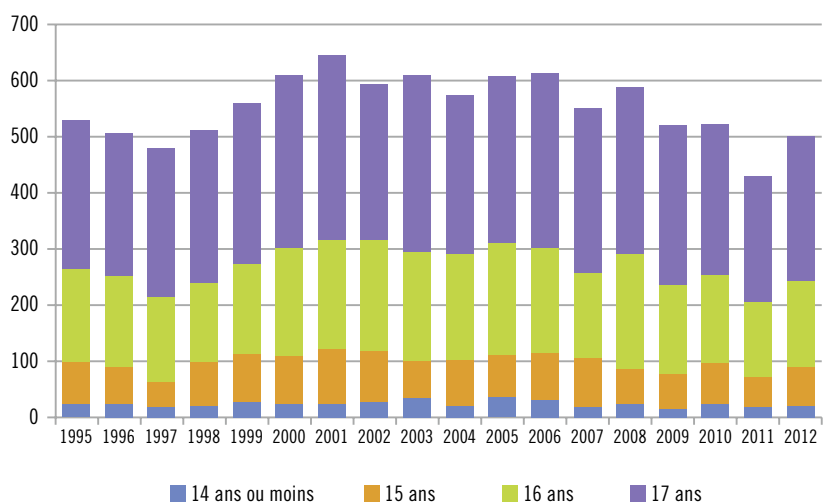
la deuxième session de formation. La moitié des intervenants restait toutefois mal à l'aise sur la conduite à tenir en cas de révélation de violences sexuelles et, parmi ces derniers, la moitié a déclaré avoir également besoin d'approfondir les connaissances sur le lien entre addictions aux substances et sexualité.

Lors de ses rencontres annuelles avec les associations, l'ARS OI a pu échanger avec les participants associatifs sur l'impact du transfert des savoirs. L'approfondissement des savoirs théoriques ainsi que la méthodologie de travail en binôme et en réseau sont unanimement appréciés, au point qu'un atelier de construction d'outils communs a pu se mettre en œuvre avec Repère. La formation par simulation filmée a suscité beaucoup de réflexions. La présence de la caméra a gêné certaines personnes, alors que d'autres l'ont intégrée comme outil d'analyse des pratiques. La majorité des intervenants a déclaré accepter d'être observé, avec ou sans caméra, lors des séances d'intervention dans les établissements scolaires, dans le cadre d'une évaluation externe. Enfin, certaines personnes regrettent que la formation, trop centrée sur la sexualité, n'ait pas suffisamment exploré les dimensions éducative et affective.

La nécessité d'aller vers les parents

À ce jour, l'ensemble de ce dispositif n'a pas eu d'impact sur le niveau des naissances d'enfants de mères mineures à la Réunion, surtout chez les 15 ans et moins (voir figure 1).

Figure 1 : Évolution du nombre de naissances de mères mineures à la Réunion.



Source : Insee, état civil.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ministère de l'Éducation nationale. *L'Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*, 2003, circulaire n° 2003-027, 17 février 2003. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
- [2] Chevallier L., Téhem. *Zizi, Zézette, zistoir lamour*. Saint-Denis : Des bulles dans l'Océan, 2010 : 72 p.
- [3] Agence régionale de santé océan Indien. *Périnalité. Les actions de santé publique. Schéma d'organisation des soins. Projet de santé Réunion-Mayotte 2012-2016*. Saint-Denis : ARS OI, 2016 : p. 143-147. En ligne : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARSPRS/PRS2012/VDEF_24_juillet/PRS_schemas_org_des_soins_24_07.pdf
- [4] Direction générale de la santé. *Instruction relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles*, 2015, DGS/RI2 n° 2015-195, 3 juillet 2015. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-07/ste_20150007_0000_0043.pdf
- [5] Agence régionale de santé de l'océan Indien. *Questionnaire d'évaluation des besoins de formation des intervenants en éducation à la sexualité et à la vie affective auprès du public scolaire*. ARS OI, mars 2013.
- [6] Agence régionale de santé de l'océan Indien. *Cahier des charges Formation des intervenants en éducation à la vie affective et sexuelle*. ARS OI, août 2013.
- [7] Programme EVA. *Formation niveau 1*. Repère, Novembre 2013, avril 2014, mai 2014.
- [8] *Programme de formation niveau 2*.
- [9] *Référentiel de compétences et de savoirs de l'intervenant en Éducation à la vie affective et sexuelle*. Repère, 2015.
- [10] Lebreton M.-A. *Approche préventive innovante des grossesses à l'adolescence. Étude de faisabilité d'un programme de leur transmission générationnelle à l'île de la Réunion*. [Mémoire de master 2 de santé publique et environnement]. Dijon : UFR des sciences de santé de Dijon, septembre 2016.
- [11] *Auto-évaluation des interventions en sexualité dans les établissements scolaires selon la liste prioritaire fixée par l'ARS – année scolaire 2015/2016*.

La relative stabilité du nombre des naissances chez des mères âgées de 15 ans et moins conduit fortement à s'interroger sur le contexte familial. Or, de l'avis de tous, les parents sont très difficiles à mobiliser, et l'école ne semble pas être le milieu idéal pour les atteindre. Pour construire le lien avec les parents, il est nécessaire d'explorer des pistes innovantes d'interventions. Parmi celles-ci figure le programme de prévention de transmission générationnelle des problématiques familiales, développé au Québec et en France pour les thématiques des addictions et des violences intrafamiliales. Une étude est actuellement en cours pour évaluer sa transférabilité dans le champ des grossesses à l'adolescence et à la Réunion [10].

Accroître le nombre d'heures d'éducation à la sexualité

La dynamique partenariale engagée entre les partenaires institutionnels – rectorat, département et région – et les opérateurs associatifs et hospitaliers constitue l'atout majeur du travail réalisé, même si les résultats d'impact ne sont pas à la hauteur attendue. Sur ce point, certains opérateurs n'ont pas hésité à questionner l'efficacité des deux heures annuelles d'éducation à la sexualité par classe. Pour répondre à ces interrogations, au-delà de l'auto-évaluation réalisée sur un support régional commun [11], une évaluation externe est à mettre en place ; l'ARS OI y travaille, en rédigeant un cahier des charges qui intégrera les sciences sociales. ■

SANTÉ SEXUELLE : CHIFFRES ET TENDANCES

Quel est l'état de nos connaissances sur la santé sexuelle ? Ce champ d'études s'est construit autour des risques et des pathologies. Ainsi, les données produites au cours du temps (en particulier par l'Inserm) concernent les risques infectieux et les grossesses non prévues.

L'épidémie de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en France métropolitaine est considérée, selon la typologie développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme une épidémie concentrée, c'est-à-dire qu'elle atteint de manière disproportionnée certains groupes de la population et n'affecte que très peu la population générale. Le nombre de nouvelles contaminations par an (taux d'incidence) est estimé à 17 cas pour 100 000 personnes. Ce taux est particulièrement élevé chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) – 1 006 pour 100 000 – et chez les hommes et les femmes nés dans un pays d'Afrique subsaharienne, respectivement 29 fois et 69 fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle française. D'un point de vue géographique, les taux d'incidence sont les plus élevés en Île-de-France – 39 pour 100 000 – et dans les départements français d'Amérique – 59 pour 100 000 –, principalement en Guyane – 147 pour 100 000.

Le paysage contraceptif français se caractérise par une forte couverture médicale et un

schéma stéréotypé : l'entrée dans la sexualité est accompagnée du préservatif, puis rapidement de la pilule. Ainsi, 33 % des femmes de 15-17 ans utilisaient le préservatif en 2013, 47 % la pilule et 12 % utilisaient les deux. Entre 18 et 24 ans, c'est la pilule qui est de loin le contraceptif le plus utilisé (dans plus de 65 % des cas). L'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU) s'installe après 25 ans, avec 16 % d'utilisatrices à cet âge et jusqu'à 35 % entre 45 et 49 ans. La contraception définitive, quant à elle, n'intervient qu'après 40 ans (10 %). Malgré une bonne couverture contraceptive, le nombre de grossesses non prévues reste important, et près de deux tiers des interruptions volontaires de grossesse (IVG) interviennent chez des femmes utilisant une contraception ; ceci met en évidence des défauts d'utilisation ou d'adéquation du contraceptif (source : Inserm).

Sources

- Santé publique France. *Infection à VIH et Sida* [page Web]. 10 juin 2013. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Incidence-de-l'infection-par-le-VIH>
- Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*, mai 2014, n° 511 : 4 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
- Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*, 2011, n° 1 : p. 116-147.

En Essonne, les intervenants formés à l'éducation à la sexualité

Isabelle Prieur

infirmière conseillère technique, direction des services départementaux de l'Éducation nationale de l'Essonne.

construction de la personne et de l'éducation du citoyen. Elle s'inscrit dans la promotion de la santé avec une approche positive qui doit permettre à chaque individu d'avoir un plus grand contrôle sur sa santé (voir définition en encadré page 23).

L'approche hygiéniste et sanitaire d'antan, restrictive voire moralisatrice, n'est bien évidemment pas adaptée. Or, le constat est douloureux mais réaliste : il est toujours aussi difficile pour les professionnels de l'éducation d'aborder l'éducation à la sexualité, en toute sérénité, avec la distance et l'empathie nécessaires pour accompagner les élèves dans leur réflexion.

Le rapport des adultes à la sexualité a évolué, ce qui a entraîné des modifications comportementales,

Il n'est plus à démontrer que l'éducation à la sexualité est une composante essentielle de la

ces modifications sociétales, l'évolution de l'éducation parentale, les recherches scientifiques. De plus, depuis la parution de la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 (portant sur la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves), cette approche doit s'inscrire dans le parcours éducatif de santé de chaque élève, de la maternelle au lycée, afin de s'adapter à son développement et à ses besoins, en favorisant le développement des compétences psycho-sociales (voir à ce propos La Santé en action [1] et [2]). Les personnels de l'Éducation nationale pourront s'appuyer également sur la formation proposée dans le cadre de la formation continue sur l'égalité filles/garçons.

Le rapport relatif à l'éducation à la sexualité du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes – HCEFH (voir encadré dans ce même dossier en page 16) observe que l'application des obligations légales en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire demeure parcelaire et inégale selon les territoires, car dépendante des bonnes volontés individuelles.

C'est la raison pour laquelle les adultes et les professionnels doivent être en perpétuelle observation pour ne pas se trouver en décalage ou en difficulté quand ils interviennent auprès des jeunes sur la thématique de la sexualité. L'éducation à la sexualité doit favoriser une approche pédagogique, en intégrant

coordination, de cohésion et de cohérence entre les différents intervenants. Le conseil départemental de l'Essonne et le rectorat de Versailles ont signé une convention-cadre ; ensemble, ils élaborent un programme départemental d'éducation à la sexualité, recensent les différentes actions mises en œuvre et des personnes-ressources sur ce territoire, définissent un programme de formation continue pour les intervenants, mettent en place un suivi et l'élaboration d'une évaluation des actions menées.

Ce partenariat présente l'avantage de réunir les professionnels de différentes institutions pour réfléchir et progresser sur les interventions d'éducation à la sexualité auprès des élèves ; il permet de construire collectivement des réponses adaptées aux problèmes des élèves, en tenant compte des spécificités des territoires. Dans ce cadre, des outils d'intervention, s'appuyant sur les programmes scolaires, ont été conçus. Ce partenariat s'inscrit dans une politique de prévention articulée avec le schéma départemental « Bien grandir en Essonne 2011-2016 », dédié à l'enfance et à la famille.

Un comité de pilotage et un comité technique supervisent toutes ces actions. Ces comités sont constitués de représentants du conseil départemental de l'Essonne (directrice du service de Protection maternelle et infantile – PMI ; cheffe du pôle santé de la Direction de la protection maternelle et infantile – DPMI ; chargée de mission d'éducation à la sexualité de la DPMI), du directeur académique des services départementaux de l'Éducation nationale ainsi que des conseillères techniques, une infirmière et une assistante sociale, des représentants de la délégation territoriale de l'Essonne,

L'ESSENTIEL

Le conseil départemental et l'Éducation nationale sont réunis dans une convention pour former les intervenants et développer l'éducation à la sexualité dans les collèges.

Une infirmière scolaire et un professionnel de centre de planification interviennent en binôme auprès des classes de quatrième.

Des professionnels de tous horizons (protection judiciaire de la jeunesse – PJJ, missions locales, éducateurs) sont également formés à l'éducation à la sexualité par le conseil départemental.

des représentants de l'agence régionale de santé, des associations (le Mouvement du Nid ; le Mouvement français pour le planning familial, antenne de l'Essonne – MFPPF 91, des associations de parents d'élèves).

Interventions et formations

Pour encadrer les interventions en éducation à la sexualité, ce comité technique a élaboré une charte. Les interventions s'adressent principalement aux élèves de quatrième. Trois modalités sont possibles en fonction des besoins et des spécificités des établissements :

- dans les établissements scolaires, les interventions sont le plus souvent animées en binôme par des intervenants formés en éducation à la sexualité, soit une infirmière scolaire et un professionnel d'un centre de planification ;
- hors établissements, en collaboration avec les infirmières scolaires, des visites des centres de planification et d'éducation familiale sont organisées pour les élèves, qui peuvent ainsi rencontrer le personnel, ce qui leur permet d'identifier les lieux et les personnes-ressources extérieures à l'Éducation nationale ;
- des interventions itinérantes peuvent être organisées grâce à une structure mobile qui se déplace, à la demande, dans les établissements scolaires.

ÉDUCATION : POUR UNE VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE ÉPANOUIE

« L'éducation à la sexualité est une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit : fondée sur l'égalité des sexes et des sexualités, adaptée à l'âge, basée sur des informations scientifiques, sans jugement de valeur. L'éducation à la sexualité vise, à partir de la parole des jeunes, à les doter des connaissances, compétences et savoir-être dont ils et elles ont besoin pour une vie sexuelle et affective épanouie. Cette éducation s'inscrit dans une conception holistique de la santé et est un outil indispensable pour atteindre l'égalité femmes-hommes. »

Source : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, 2016.

À noter que depuis 2014, un travail d'éducation par les pairs est expérimenté auprès d'élèves de cinquième et de première.

Personne-relais auprès des jeunes

La formation continue proposée par le CDCESS s'adresse à tout professionnel d'une institution en lien avec les jeunes (conseil départemental, Éducation nationale, protection judiciaire de la jeunesse, mission locale, éducateurs, etc.) qui souhaite devenir une personne-relais auprès des jeunes, acquérir les apports théoriques relatifs à la vie affective, relationnelle et sexuelle, être en capacité d'associer un savoir-faire à un savoir-être. Cette formation favorise le développement d'un réseau de professionnels qui apprend collectivement un langage commun pour aborder la question de la sexualité avec les jeunes. Elle se décline en deux temps : trois jours de formation en groupe et trois jours à distance. Le temps en groupe permet une réelle réflexion et une remise en cause des pratiques de chacun.

Dans le cadre de la formation continue, cette formation est complétée, chaque année, par des ateliers d'échanges de pratiques intitulés « Comment accompagner les adolescents et communiquer sur la vie relationnelle, affective et sexuelle ». Ces temps de réflexion sont proposés à tous les professionnels du département en interaction avec les jeunes. Ainsi ces groupes d'échanges de pratiques se composent d'acteurs ayant des fonctions analogues sans qu'ils exercent pour autant le même métier. Ces groupes d'analyse sont particulièrement adaptés au développement des compétences des équipes dans des contextes à fort enjeu : accompagner le changement, améliorer la qualité, savoir-faire une relecture de sa pratique, apprendre à croiser les regards.

Enfin, chaque année, le comité technique organise les Journées départementales du CDCESS, qui rassemblent des professionnels de différents horizons afin de partager analyses et pratiques.

Harmoniser les pratiques

Ce partenariat permet en particulier de comprendre les modes d'intervention et le cadre de référence de chacun. Cette réflexion commune favorise l'harmonisation des pratiques afin d'apporter des réponses adaptées, grâce à un même discours qui renforce la confiance et permet de réduire les malentendus et les préjugés ; il apporte également un cadre de référence structurant et sécurisant. Quand le cadre n'est pas posé, l'incertitude des réponses apportées peut accroître le sentiment d'insécurité, l'incompréhension, l'incohérence, l'agressivité, le non-respect de la part des jeunes.

Ce travail doit être pérennisé pour permettre l'évolution des points de vue, d'affirmer le positionnement professionnel et de créer un climat de confiance. Concrètement, chaque nouvelle infirmière qui arrive sur le département de l'Essonne est sensibilisée au travail en partenariat, lors de la formation initiale, de la formation continue, de l'accueil et de la prise de poste.

Ainsi, ce travail de collaboration et de maillage favorise la circulation d'informations dans un climat de confiance, en particulier lors de la prise en charge des situations les plus difficiles, dans le respect du jeune, en considérant sa singularité, son histoire personnelle et familiale, et aussi son interculturelité. C'est un travail quotidien qui demande de l'attention et de la ténacité pour maintenir un niveau d'exigence à la hauteur de l'attente des jeunes accompagnés ainsi chaque année vers le chemin de l'autonomie et de la réussite. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Broussouloux S., Gasté V. Le parcours éducatif de santé : nouveau paradigme de la promotion de la santé en milieu scolaire ? *La Santé en action*, mars 2016, n° 435 : p. 35-36. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-435.pdf>

[2] Jourdan D. Le parcours éducatif de santé : la santé du point de vue des établissements scolaires. *La Santé en action*, mars 2016, n° 435 : p. 37-38. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-435.pdf>

Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention

Emmanuelle Piet,
médecin départementale
de Protection maternelle
et infantile (PMI),
Bobigny.

Le service de Protection maternelle et infantile, créé en 1945, géré par les départements depuis 1984, était d'abord destiné à lutter contre la mortalité infantile et le rachitisme des enfants. Il propose des consultations infantiles (0 à 6 ans), des consultations prénatales, des centres de planification depuis 1972. Le service joue un rôle important dans la santé des petits : vaccinations, protection de l'enfance, accueil des jeunes enfants, agrément des assistantes maternelles.

Les centres de Planification et d'Éducation familiale (CPEF) ont été créés par la loi Neuwirth du 28 décembre 1967. Une longue évolution législative et réglementaire a abouti à la forme actuelle des missions des CPEF :

- décrets d'application publiés tardivement, le 24 avril 1972 ;
- 1974 : lois sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG), confirmées en 1980 et modifiées en 2001 et 2015, suivies des décrets de 2004, 2009 et 2014 ;
- prévention : le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) avec l'amendement Calmat du 23 janvier 1990 et le décret du 6 août 1992.

Un centre de planification permet aux mineurs et aux personnes sans aucune couverture sociale de bénéficier

gratuitement au minimum d'une contraception, du dépistage et du traitement d'une IST, du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Mais ces centres proposent en plus :

- des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité, notamment la prescription de la contraception ;
- à l'occasion de ces consultations médicales, des dépistages et des traitements réalisés à la demande de la patiente (VIH, infection à chlamydia, gonococcie, etc.) ;
- l'accueil, l'information et l'orientation des jeunes (même mineurs) et des adultes pour les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (dont le VIH) ;
- des entretiens préalables à l'IVG, notamment pour les mineures, et l'accompagnement des femmes ayant subi une IVG ;
- des IVG médicamenteuses ;
- prochainement, des IVG par aspiration ;
- une diffusion d'informations soit dans le cadre d'un accueil individuel, soit à l'occasion d'actions collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale. Des réunions peuvent être organisées dans les centres et à l'extérieur, en milieu scolaire ou non ;
- des entretiens de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, ainsi que des conseils aux personnes se trouvant dans des situations difficiles, liées à des dysfonctionnements

L'ESSENTIEL

- **Dispositifs pas forcément bien connus du grand public, les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et les centres de Planification et d'Éducation familiale (CPEF) jouent un rôle majeur d'information, d'accompagnement et de prise en charge de tous les publics, y compris les moins favorisés, en matière de santé sexuelle.**
- **C'est ainsi le cas dans le département de Seine-Saint-Denis. Ces structures ont une approche globale de la santé et exercent une vigilance particulière vis-à-vis des violences faites aux femmes.**

familiaux ou victimes de violences : violences intrafamiliales, violences sexuelles.

Structures publiques

Les CPEF, qui sont des structures relevant de collectivités publiques (conseils départementaux, communes, hôpitaux, etc.) ou d'organismes privés à but non lucratif, sont financés en tout ou partie par les conseils départementaux dans le cadre des missions de PMI. Pour ouvrir un centre de planification, il faut en faire la déclaration et demander au président du conseil départemental un agrément et une convention. Un centre de planification peut être une structure isolée, mais il peut être intégré dans un centre de PMI, dans un hôpital, une association, un centre de

santé. Le personnel minimum nécessaire à un CPEF est un médecin, avec des connaissances particulières en matière de planification familiale, et une conseillère conjugale et familiale ; mais le centre peut être plus étoffé et s'adjoindre infirmières, sages-femmes, assistantes sociales.

Ces centres ne sont pas sectorisés et sont ouverts à tous. Ils garantissent la gratuité et la confidentialité aux mineures désirant garder le secret et aux personnes non assurées sociales, pour les consultations médicales, la contraception, la contraception d'urgence, les tests de grossesse, les IVG, le dépistage et le traitement des IST. Les activités d'information et de conseil conjugal sont également gratuites pour tous les publics.

Plusieurs grandes missions

Lors de ces accueils et consultations, les professionnels des CPEF vont veiller plus particulièrement à :

- **la prévention des grossesses non désirées**

Information sur les différentes méthodes de contraception et prescription des moyens de contraception. Il s'agit de proposer une méthode adaptée à la vie de la jeune fille ou de la femme et de lui donner le choix parmi les diverses possibilités. La pose de stérilet est bien sûr possible chez une jeune femme n'ayant pas eu de grossesse. Les implants, les contraceptifs injectables sont aussi des méthodes proposées.

Les informations peuvent être données lors d'un test de grossesse, d'une demande de contraception d'urgence, d'une demande d'information, d'une consultation. Lors de ces entretiens ou consultations, les professionnels portent une attention particulière au vécu des femmes dans leur vie de couple. En effet, comment prendre une pilule tous les jours si l'on ne désire pas de rapport sexuel, s'ils sont imposés, douloureux ou interdits (par la famille) ? Comment fréquenter régulièrement un CPEF quand le partenaire surveille, contrôle les sorties ou s'oppose à toute contraception ?

Afin d'éviter aux femmes une interruption dans la prise de leur contraception hormonale, il est proposé dans les CPEF de les dépanner avec une plaquette ou de renouveler la

prescription (la prolongation de six mois d'une ordonnance de contraceptif peut désormais être prescrite par les infirmières).

La contraception peut également permettre d'aborder certains problèmes rencontrés par les femmes qui viennent consulter : difficultés sexuelles, problèmes de couple, violences subies (violences sexuelles, violences conjugales, excision, mariages forcés, violences intrafamiliales, maltraitance, etc.).

La contraception d'urgence est une urgence médicale. Ses indications sont multiples. Elle est indiquée dans tous les cas où les rapports sexuels sont non ou mal protégés et accompagnés d'un non-désir de grossesse : dans les cas d'absence de contraception, d'oubli de pilule sur deux jours avec un rapport sexuel dans les cinq jours précédant l'oubli, dans les cas de déchirure, de glissement, de fuite du préservatif, dans les situations de viol.

- **les infections sexuellement transmissibles (IST) : dépistage, information et traitement**

La loi Calmat du 23 janvier 1990 a étendu les missions des centres de planification aux missions de dépistage, d'information et de traitement des IST et au dépistage du VIH pour les mineurs qui en font la demande et pour les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie.

Les IST recouvrent des infections symptomatiques (syphilis, gonococcie, candidose, herpès génital, etc.) découvertes à partir de signes cliniques et des infections asymptomatiques (VIH/sida, *Chlamydiae trachomatis*). Pour le VIH/sida, en France, 6 000 personnes découvrent chaque année leur séropositivité.

Les CPEF participent à l'information, la prévention et la sensibilisation sur le dépistage. Les centres n'assurent pas le dépistage, et les prescriptions de tests sont remises par les médecins lors de leurs consultations. Dans le cadre de la prévention du VIH, les CPEF mettent à disposition des préservatifs masculins et féminins et en font la promotion dans les centres.

- **la prévention de la stérilité**

La bactérie *Chlamydiae trachomatis* est exclusivement sexuellement transmissible. Cette IST, la plus répandue

dans les pays industrialisés, est sans symptôme, les personnes contaminées n'en ont pas conscience et ignorent leur infection. Cette bactérie évolue sous forme de salpingite responsable de stérilités tubaires féminines.

Également parmi les missions des centres figure le dépistage et la prise en charge médicale de l'endométriose, en portant une attention particulière aux douleurs de règles qui n'ont rien de naturel.

- **la prévention du cancer du col de l'utérus**

Dans les consultations, des frottis de dépistage cervico-vaginaux sont réalisés après 25 ans, ou sept ans après les premiers rapports, puis tous les trois ans. La vaccination anti-papillomavirus humain (HPV) est recommandée.

- **l'IVG**

Les conseillères conjugales ont un rôle important d'information, d'accompagnement, de soutien, lors des entretiens. L'entretien peut permettre à la femme en demande d'IVG d'être informée sur les différentes méthodes, d'aborder une situation douloureuse, une relation de couple insatisfaisante, des violences qu'elle a subies. Une étude réalisée par Cécile Safaris dans le cadre d'un mémoire de victimologie [1] montrait que 23 % des femmes en demande d'IVG souhaitaient une IVG à cause de violences graves (6 % viol, 14 % violences conjugales, 3 % violences familiales).

Les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées dans les CPEF depuis 2009. Les sages-femmes peuvent les pratiquer, et les IVG vont pouvoir être effectuées par aspiration.

- **la diffusion d'informations et d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et sur l'éducation familiale**

- Actions collectives de prévention en direction des élèves, organisées dans les établissements scolaires, dans les CPEF ou à l'extérieur de ceux-ci ;
- expositions en salles d'attente à partir d'affiches de prévention sur différents thèmes ;
- sensibilisation des professionnels de santé ou de l'enseignement aux questions concernant les CPEF.

● le dépistage des violences

La consultation médicale ou l'entretien avec la conseillère peuvent être l'occasion de parler de difficultés sexuelles, de rapports non souhaités. Les certificats de contre-indication aux rapports sexuels peuvent aider, de même que des lubrifiants.

Dès la révélation de violences, le professionnel peut dire à la victime qu'elle n'y est pour rien, que l'agresseur n'avait pas le droit et que l'on peut l'aider. Trouver un professionnel qui la comprend et ne la critique pas est déjà une aide pour la victime ; pour certaines, cela suffira. Pour les autres, une prise en charge plus soutenue, pluriprofessionnelle, pourra être entreprise, en respectant le temps de la victime (voir à ce propos l'article de M. Delespine dans ce même dossier central). Il s'agira de l'aider à appréhender la stratégie de l'agresseur qui, dans toutes les violences, met en place le même processus (choisir la victime, l'isoler, la dévaloriser, l'humilier, inverser la culpabilité, instaurer un climat de peur, agir en instaurant le moyen d'assurer son impunité, recruter des alliés, verrouiller le secret).

L'intervention d'aide aux victimes consiste simplement à faire l'inverse de ce qu'a cherché à accomplir l'agresseur. Il faut s'appuyer sur le droit, sur la loi pénale pour attribuer à l'auteur de violences la pleine et totale responsabilité de ses actes, se préoccuper d'assurer la sécurité de la victime tout en lui démontrant la dangerosité de son agresseur, l'aider à résister à l'emprise de la peur et pour cela fonder son raisonnement et ses déclarations sur la loi, qui sanctionne et réprime de tels agissements. Il faut résister aux réflexes ancestraux : déni de la gravité des faits, recours au fatalisme, paresse à affronter les personnes dominatrices, choix de procédures relevant davantage de la médiation, de l'accommodement, de la réciprocité.

Quand il y a violence, l'accueil et l'écoute des femmes victimes doivent être orientés pour soutenir leur déposition en justice, en relatant les faits de façon circonstanciée et approfondie. La femme a besoin de tous nos encouragements pour y parvenir. Pour atteindre ces objectifs, l'organisation et le fonctionnement de réseaux locaux de partenaires sont indispensables. Après la mise en sécurité vient le temps

de la prise en charge psychologique. Elle est aujourd'hui non seulement davantage adaptée aux attentes et aux besoins des victimes de violences, mais aussi davantage spécialisée, quand c'est nécessaire, dans des consultations de psychotraumatisme.

● les mutilations sexuelles

Les consultations médicales vont être le moment de dépister les mutilations sexuelles féminines. Pour les majeures, il faudra évaluer la douleur, les difficultés sexuelles, et proposer des solutions : lubrifiant, réparation, prise en charge psychologique. Pour les mineures, la question du signalement sera posée.

Outre les centres de planification, la PMI prend en compte la santé sexuelle dans les consultations prénatales organisées dans ses centres, qui permettent aussi de dépister systématiquement les violences subies : les premières visites pour une grossesse doivent être faites avec la femme seule, car le VIH, les IST, les violences ne peuvent se dépister devant le compagnon ou les enfants.

La grossesse est un moment où la violence passée peut de nouveau refaire surface et où la violence conjugale peut s'exacerber. Dans sa thèse de doctorat en médecine générale incluant une enquête au sein de l'association SOS Femmes 93 [2], Hélène Joudrier présente les résultats concernant 28 femmes victimes de violences conjugales pendant les grossesses qu'elles avaient menées avec leur dernier compagnon violent¹.

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

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

Lors de violences conjugales, le retentissement sur l'enfant est très fréquent. En effet, les enfants entendent

les mots du père, assistent aux coups et peuvent développer des syndromes post-traumatiques.

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

Par ailleurs, la PMI – avec ses accueils Mères/Enfants, la disponibilité de son personnel, la possibilité de visites à domicile – crée une relation de confiance permettant aux femmes de s'exprimer. ■

1. L'auteure a recensé, lors de son enquête, 51 grossesses, 10 fausses couches, 41 enfants nés vivants, dont 23 % prématurés (trois fois le taux de prématurité en France), 7 % d'accouchements à domicile (taux habituel: 2 %). Toutes ces femmes avaient été victimes de violences physiques lors de leur grossesse : 30 % avaient reçu des coups sur le ventre, 82 % avaient été victimes de violences sexuelles et 62 % de viol.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Sarafis C. *L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales*, mémoire de diplôme universitaire de victimologie, Université René Descartes – Paris V, 2009, 38 p. En ligne : <http://fr.scribd.com/doc/22896527/MEMOIRE-octobre-2009>

[2] Joudrier H. *Violences conjugales, grossesse et médecine générale*. Thèse de médecine, Paris-V, université Pierre-et-Marie-Curie, 2012, 51 p.

Violences faites aux femmes : la prévention par les professionnels des maternités

Mathilde Delespine,

sage-femme coordinatrice,
programme de prévention des violences
faites aux femmes,
réseau périnatal Naître dans l'est francilien,
Montreuil (Seine-Saint-Denis).

Les violences envers les femmes entraînent à court et à long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et génésique (qui a trait au fait d'engendrer, de donner la vie) pour les victimes et leurs enfants. Elles ont de ce fait des coûts sociaux et économiques élevés.

La grossesse est un catalyseur des violences et de ses conséquences, que ce soit au sein du couple, du milieu professionnel ou par la réactivation de traumatismes antérieurs.

Une enquête de 2013 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) révèle qu'une femme victime de violences conjugales a deux fois plus souvent recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) et présente un risque deux fois plus élevé de souffrir de dépression ou d'alcoolisme et une fois et demie plus élevé d'infection sexuellement transmissible (IST) qu'une femme non victime. Les enfants grandissant dans un tel contexte sont en danger.

Une femme victime n'identifie pas toujours la violence et, souvent, ne demande pas d'aide. Il y a une vraie nécessité d'être dans un positionnement bienveillant et proactif en accueillant et en encourageant sa parole par des reformulations et des verbalisations, afin de mettre des mots sur ses symptômes.

Les actions des professionnels doivent s'inscrire dans un mouvement de réhabilitation de la personne humaine, actrice de sa vie. Lui permettre de verbaliser l'événement en respectant ses limites, lui redonner la parole en lui posant des questions sont des actions thérapeutiques. Le fait de recueillir son consentement à chaque étape, de lui faire sentir qu'elle a réellement le choix dans les soins proposés va dans le même sens.

Il est indispensable de travailler à partir de sa parole et le rôle des professionnels de la périnatalité n'est pas de faire des investigations pour connaître la vérité. Il est nécessaire de croire ce qu'elle leur révèle, de le lui dire et de l'accompagner dans ses choix. Une prise en charge globale et interdisciplinaire est particulièrement indispensable.

La consultation prénatale, un moment-clé

La grossesse est un moment privilégié pour repérer les violences passées ou actuelles. La fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre la sage-femme ou le médecin et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que la femme n'a pu évoquer auparavant. De plus, la période de grossesse étant une période à risque de victimisation, la vigilance des professionnels est d'autant plus importante.

Les consultations prénatales ne sont pas le seul moment où il est possible d'évoquer les traumatismes subis. La préparation à la naissance et à la parentalité – et notamment l'entretien prénatal précoce – est également propice à l'évocation de tels événements de vie.

De façon globale, tout suivi d'une femme dans le cadre obstétrical et gynécologique doit débiter par un temps de rencontre tant sur le plan humain que médical. Il apparaît indispensable aux membres du réseau que ce temps contienne notamment des questions sur les éventuels traumatismes subis.

Le seul fait que la sage-femme s'enquière de la possibilité que sa patiente ait pu subir des actes violents est de nature à l'aider. Elle se sent potentiellement comprise, considérée. Une simple question sur son éventuel vécu de violences peut diminuer son sentiment de honte, sa peur d'en parler.

Souvent, les campagnes de prévention incitent les femmes victimes à parler de ce qu'elles subissent ou ont subi. Il serait également intéressant et productif d'encourager les professionnels à soutenir ce type de démarche. En effet, la question de l'intrusion dans l'intimité est souvent citée comme obstacle à la recherche de violences subies. Il est important de garder en tête que l'intimité ne peut pas correspondre à des actes condamnés par le code pénal. L'atteinte à l'intégrité de la personne ne fait donc pas partie de la vie privée. Quand un professionnel de santé ne recherche pas les antécédents traumatiques, c'est parce qu'il appréhende la réponse, par manque de formation et d'outil pour accompagner son patient en cas de réponse positive.

Libérer la parole

Le repérage contribue à réduire la durée de tolérance à la violence, le nombre de récurrences, l'aggravation des risques et les conséquences profondes

sur la personnalité de la victime. Cependant, si le dépistage est plus aisé lorsque l'on constate des lésions physiques évidentes, il l'est beaucoup moins face à des séquelles peu homogènes, à une décompensation de pathologies chroniques, à des troubles psychosomatiques ou à des complications obstétricales. Le repérage systématique est un pas vers la personne qui permet de libérer la parole. Il permet aussi de rompre la solitude dans laquelle une majorité de victimes se trouvent. Enfin, il donne l'opportunité aux femmes de comprendre qu'il est possible de parler de violence dans le cadre d'une consultation médicale. Poser une question est en soit un acte thérapeutique,

une porte que l'on ouvre et par laquelle la victime entrera lorsqu'elle se sentira prête.

Il est nécessaire, au cours d'un entretien avec la femme seule, de poser clairement la question de l'existence de traumatismes antérieurs y compris sexuels.

La forme de ces questions doit être propre à chaque professionnel. Ainsi, l'expérience de l'auteur l'incite à demander « si, au cours de leur vie, elles ont subi des événements qui leur ont fait du mal et qui continuent à leur faire du mal actuellement ».

Question de déontologie

Le code de déontologie indique à l'article R.4127-316 du code de la santé publique qu'une sage-femme a le devoir d'intervenir pour protéger les patientes ou leurs enfants victimes de sévices.

La constatation de violences ou de blessures sur un mineur ou sur une personne vulnérable implique d'agir dans l'intérêt de la victime et de faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires. Ceci est une dérogation légale au secret professionnel (article 226-14 du code pénal) et une obligation déontologique.

Dans ce sens, il est tout à fait possible pour une sage-femme de rédiger un certificat médical de constatation afin d'attester de l'existence de signes, de lésions traumatiques ou d'une souffrance psychologique. Cet écrit doit toujours être remis en main propre à la patiente concernée, après l'avoir vue et examinée, et il doit impérativement être daté du jour de l'examen, même si les faits relatés sont antérieurs. Il ne doit pas contenir d'affirmation quant à la responsabilité d'un tiers et n'a pas pour objectif d'estimer l'incapacité totale de travail (ITT).

De la même façon, une sage-femme peut rédiger un signalement concernant une victime mineure sans condition. Ceci est également possible pour une victime majeure à la condition qu'elle soit consentante ou qu'elle ne soit pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

Accompagner en réseau

Depuis 2013, le réseau périnatal Naître dans l'est francilien (NEF) mène un programme de prévention des violences faites aux femmes et encourage les acteurs de la périnatalité à développer des partenariats ville-hôpital. Depuis 2014, trois protocoles départementaux permettent de guider les professionnels dans leurs interventions et chaque maternité¹ a un référent Violences faites aux femmes – VFF pour que les actions se déploient localement et de façon pérenne. Les référents sont réunis une à deux fois par an pour être informés des actualités et rencontrer les associations locales.

La concertation régulière des équipes médico-psycho-sociales est un temps indispensable pour aborder les situations des femmes particulièrement vulnérables, prendre du recul sur les situations complexes et proposer à la patiente un accompagnement adapté. C'est aussi un moment privilégié pour que des professionnels de différentes structures se rencontrent et puissent mettre en place des partenariats facilitant le parcours de soins des femmes. Ainsi peuvent se rejoindre les structures hospitalières, territoriales (de centres de Protection maternelle et infantile PMI), libérales, les unités de psychiatrie périnatales (UPP), les centres médico-psychologiques (CMP), les structures de soutien à la parentalité de l'aide sociale à l'enfance (ASE), les

centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), les associations, etc. La Fédération nationale Solidarité Femmes regroupe des associations féministes engagées dans la lutte contre toutes les VFF. Elle gère le service téléphonique national d'écoute 3919 « Violences Femmes Infos » et permet de trouver une association locale adaptée. Pour l'accompagnement juridique, le Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF) possède un réseau national de proximité. Un autre réseau, cette fois d'associations généralistes d'aide aux victimes d'infractions pénales, l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (Inavem), peut également permettre de trouver des relais juridiques intéressants. Ces associations sont implantées sur tout le territoire et tiennent de nombreuses permanences dans les points d'accès au droit ou les maisons de la justice et du droit des collectivités.

Enfin, les unités médico-judiciaires (UMJ) sont des structures ambulatoires où sont réunis des experts de la médecine légale. Elles interviennent sur réquisition judiciaire, dans le cadre d'une enquête, donc le plus souvent après un dépôt de plainte par la victime. Dans certaines régions, ces structures ouvrent leurs consultations à des victimes n'ayant pas déposé plainte pour, dans un second temps, leur permettre de faire valoir leurs droits.

Ce maillage territorial permet de se créer un carnet d'adresses local pour adresser chaque femme de façon personnalisée en fonction de ses besoins. ■

Pour en savoir plus

- www.perinat-nef.org
- Santé publique France, BEH. *Violences au sein du couple*. N° 22-23 / 19 juillet 2016. Saint-Maurice. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/pdf/2016_22-23.pdf

1. Depuis 2013, les 11 maternités de Seine-Saint-Denis – Montreuil, Aulnay-sous-Bois, Bondy, Montfermeil, Saint-Denis, Les Lilas, Le Blanc-Mesnil (hôpital privé de la Seine-Saint-Denis), Stains (clinique Estrée), Tremblay-en-France (clinique du Vert-Galant), Livry-Gargan (clinique Vauban) et Aubervilliers (la Roseraie) sont partenaires du programme de prévention des violences faites aux femmes du réseau périnatal NEF. Ceci représente, en 2015, 25 212 naissances en Seine-Saint-Denis. En outre, la maternité de Meaux (Seine-et-Marne) est impliquée depuis juin 2015. Enfin, depuis novembre 2015, les 4 autres maternités du nord de la Seine-et-Marne (Jossigny, Provins, Coulommiers, Tournan) sont également impliquées.

L'ESSENTIEL

► La grossesse est un moment privilégié pour repérer les violences dont les femmes sont victimes.

► Tout suivi d'une femme enceinte doit débuter par un temps de rencontre tant sur le plan humain que médical. Une simple question sur le vécu diminue honte et peur.

► Mais les professionnels manquent de formation et d'outils.

► Le repérage systématique implique de faire un pas vers la personne, qui libère la parole et contribue à réduire violences et récidives.

► La concertation des équipes médico-sociales et de tous les acteurs (maternités et hôpitaux, professionnels libéraux, PMI, associations, etc.) permet d'apporter aux femmes un accompagnement adapté.

Des professionnels formés à la vie affective et sexuelle dans les établissements médico-sociaux

Mathilde Bibouda,
conseillère technique,
Créai Bourgogne-Franche-Comté,
Dijon.

Le programme de formation-action « Vie affective et sexuelle et handicap » est né suite à :

- un constat effectué par le Centre régional d'études, d'actions et d'informations (Créai) Bourgogne-Franche-Comté, lors de ses interventions : les représentations conduisant à une meilleure reconnaissance d'une liberté d'accès à une vie affective et sexuelle pour les personnes handicapées évoluent dans un sens plus favorable, au sein des établissements les accompagnant. Néanmoins, de nombreuses questions pratiques, cliniques, juridiques et éthiques continuent de se poser pour les professionnels ;
- un appel à consultation a été lancé en 2011 par l'agence régionale de santé Bourgogne pour bâtir un programme destiné à améliorer la qualité de vie des personnes déficientes intellectuelles ou ayant un handicap d'origine psychique accueillies dans des établissements médico-sociaux. Son objectif ? Prendre en compte leur vie affective et sexuelle et la réduction des risques qui y sont associés.

Formation et actions dans les établissements

Trois partenaires : l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Bourgogne, le service de prévention de la Mutualité française

de Bourgogne (MFB) et le Créai Bourgogne-Franche-Comté, se sont associés pour élaborer un programme de formation-action à destination des professionnels, sur le thème de la vie affective et sexuelle. L'objectif : outiller les équipes (apports théoriques, présentations d'outils, d'ouvrages, de films, temps de débat, etc.), tout en les épaulant dans la conception et la conduite d'un projet très concret à travers les étapes suivantes.

Un courrier informe les établissements médico-sociaux du programme et de la mobilisation requise pour qu'il puisse être bénéfique. En effet, la formation-action – gratuite pour les établissements, grâce au financement de l'agence régionale de santé – nécessite un temps de travail dédié de deux à trois personnes-ressources ; soutenues par un groupe-projet, elles vont construire une action en lien avec la thématique vie affective et sexuelle. Le cycle de formation/information et sensibilisation débute par une journée de formation des cadres, afin de leur permettre de mieux appréhender l'importance du rôle de l'encadrement sur ces questions et de les informer de leur responsabilité. En effet, le sujet de la sexualité en institution est facilement éludé par les inquiétudes qu'il suscite, voire réduit à la gestion des incidents.

Dans un second temps, une séance d'information de l'ensemble des personnels est organisée dans chaque structure participante, afin de présenter le programme et d'explorer l'expérience de l'établissement en la matière. Puis, une formation de deux jours permet

L'ESSENTIEL

- En Bourgogne-Franche-Comté, les professionnels des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes en situation de handicap sont formés sur la thématique de la vie affective et sexuelle. Ces établissements développent ensuite des actions de type groupes de paroles, débats, etc. au profit des personnes accompagnées.
- 92 établissements ont bénéficié de ce programme financé par les pouvoirs publics.

aux personnes-ressources de bénéficier d'apports juridiques et psychosociaux sur la thématique et sur la méthodologie de projet ; les partenaires et les outils pouvant en faciliter sa mise en œuvre leur sont également présentés.

Quelques mois plus tard, une séance d'échanges interétablissements est organisée, rassemblant tous les groupes-projets pour mutualiser les expériences. En parallèle, les trois partenaires (MFB, Ireps et Créai) se mettent à la disposition des établissements médico-sociaux pour un accompagnement individualisé de leur projet.

Enfin, une demi-journée clôture le programme, toujours en présence des groupes-projets et d'un membre de l'équipe de direction de chacune des structures, afin de faire le point sur l'année d'accompagnement écoulée et sur les actions à mettre en place afin de pérenniser le projet.

Les projets des établissements médico-sociaux peuvent être très divers : mise en place de groupes de

parole ; projection d'un film, suivie d'un débat ; organisation d'une soirée pour permettre les rencontres ; soutien à la parentalité ; refonte de documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, etc.).

Le soutien d'experts

Pour construire ce programme, il a été fait appel à plusieurs experts sur la thématique – en particulier le D^r Denis Vaginay – afin d'aider les partenaires à se doter de repères partagés sur les aspects cliniques et éthiques complexes d'un sujet passionnant et délicat et de développer certains problèmes spécifiques à des catégories de publics – polyhandicap : D^r Dominique Juzeau ; autisme : D^r Fabien Joly ; santé sexuelle : D^r Sheila Warembourg. En effet, le programme s'adresse à tous les types d'établissements : institut médico-éducatif (IME), institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (Itep), établissement et service

d'aide par le travail (Ésat), foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS), etc.

À ce jour, ce programme en est à sa quatrième année et au total les personnels de 92 établissements médico-sociaux ont été formés. L'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté envisage de l'élargir aux établissements francs-comtois, car il a fait ses preuves. Toutefois, tous les établissements ne sont pas allés au bout de leur projet, faute de temps ; un soutien pluriannuel de la part des trois partenaires pourrait contribuer à y remédier.

À souligner enfin qu'un forum intitulé « Amour, sexualité et handicap » ouvert à tous - personnes handicapées, familles, proches et professionnels – s'est tenu le 1^{er} décembre 2016 à Dijon (voir encadré ci-contre). ■

AMOUR, SEXUALITÉ ET HANDICAP

Le forum « Amour, sexualité et handicap » s'est tenu le 1^{er} décembre 2016 à Dijon et a réuni 870 participants ; il fait office d'acte de clôture de cette formation-action sur la vie affective et sexuelle qui s'est déroulée dans les établissements médico-sociaux de Bourgogne (voir article ci-avant). Le forum s'est ouvert sur des saynètes, préalables aux échanges. Parmi les thèmes abordés : présentation par les établissements médico-sociaux de leur travail sur l'amour et la sexualité ; explication du corps, des émotions et des désirs par Akim Boudaoud, sexologue ; définition par une assistante sexuelle de son rôle au sein de l'association Corps solidaires ; présentation de la salle d'intimité d'un institut médico-éducatif (IME) ; présentation d'outils pédagogiques et d'éducation par Sheila Warembourg, sexologue, et du magazine *J'existe et je veux* ; etc.

Pour en savoir plus

• <http://www.creaibfc.org>

DES GROUPES DE PAROLE À L'INSTITUT MÉDICO-ÉDUCATIF SAINTE-ANNE, À DIJON

Cet établissement de l'Acodège accueille des usagers déficients intellectuels moyens, profonds à sévères avec troubles associés. Suite à une sollicitation de l'agence régionale de santé en juillet 2014, un groupe-ressource Vie affective et sexuelle (VAS) a été créé, composé d'une aide médico-psychologique, d'une monitrice éducatrice, d'une éducatrice spécialisée et d'une psychologue.

En décembre 2014, ce groupe a bénéficié d'une formation « vie affective et sexuelle et handicap », organisée par le centre régional d'études, d'actions et d'informations (Creai) Bourgogne – Franche-Comté (voir article ci-avant). Suite à cette formation, il a paru nécessaire à ce groupe d'explorer certains documents institutionnels de l'institut médico-éducatif (IME) – livret d'accueil, règlement de fonctionnement et projet d'établissement – afin de voir dans quelle mesure la vie affective et sexuelle des usagers était prise en compte. La dimension « droit et reconnaissance de la vie affective et sexuelle » n'apparaissant pas, il a proposé à la direction qu'elle y soit inscrite de façon plus explicite et que les personnes accuei-

lies aient le droit à un accompagnement dans leur vie affective amoureuse et sexuelle, conformément à la loi du 2 février 2002, réaffirmant le droit au respect de l'intimité des usagers et le principe de non-discrimination.

Le groupe-ressource VAS a donc proposé d'aborder la VAS via les thèmes suivants : connaissance du corps, développement physique et psychoaffectif, notions de choix, de consentement, de pudeur et d'intimité. Deux questionnaires ont été élaborés, l'un destiné aux professionnels éducatifs et de santé afin de déterminer et de recenser les besoins des jeunes par groupes et l'autre destiné aux parents afin d'évaluer leurs besoins.

Parallèlement, un groupe de parole VAS, destiné à de jeunes adultes, a été réactivé en mai 2014. Il est co-animé par une éducatrice et une infirmière (bimensuel pour les filles, trimestriel pour les garçons).

Par ailleurs, plusieurs groupes d'adolescents ou de jeunes adultes bénéficient d'un accompagnement avec une sexologue du centre de planification du conseil départemental, sous

forme de groupes de parole et/ou de prise en charge individuelle, adaptés en fonction de la maturité et de la compréhension des jeunes. Des réunions avec des parents sont organisées sur le thème de l'adolescence et de la vie affective. Le conseil de vie sociale de l'établissement est régulièrement informé des réflexions. Celui-ci a contribué à des modifications dans le règlement de fonctionnement de l'IME. De même, lors de rencontres avec les parents, la vie affective et sexuelle est abordée afin que ce sujet ne demeure pas tabou et que la parole soit libérée et respectueuse de chacun.

Il est essentiel que cette réflexion perdure. Les échanges entre familles, professionnels et partenaires doivent s'enrichir pour soutenir le jeune en devenir. Les supports écrits – spécifiques à ce secteur – doivent aussi être plus explicites.

La vie affective et sexuelle doit être désormais clairement énoncée et définie dans les établissements.

Dominique Vaitilingom,
éducatrice spécialisée,
Institut médico-éducatif (IME)
Sainte-Anne, Dijon.

Sexualité : information, prévention, droit aux soins dans les squats bordelais

Catherine Bouic-Peña,
éducatrice spécialisée,
Centre accueil consultation
information sexualité (Cacis),
Bordeaux.

L'association Centre d'accueil consultation information sexualité (Cacis) a été créée en 1981 à l'initiative d'habitants, d'associations, de travailleurs sociaux et de médecins des quartiers nord de Bordeaux. Depuis 1984, elle gère trois structures :

- un centre de planification ;
- un pôle d'éducation à la sexualité, à la vie affective et à la parentalité, qui organise des actions collectives destinées aux adultes. Elles permettent une écoute, un soutien, un appui et une diffusion des informations transmises sur la sexualité, la santé sexuelle, la vie affective et l'éducation des enfants et des adolescents ;
- un pôle formation, l'association disposant d'un agrément en la matière. L'équipe, pluridisciplinaire, est constituée d'animatrices socioculturelles, de conseillères conjugales, d'éducatrices spécialisées, de sages-femmes, d'une anthropologue, de gynécologues, d'une directrice et d'un chargé d'entretien des locaux. Elle va à la rencontre de divers publics sur leur terrain.

Intervenant selon une démarche d'éducation populaire, l'association se donne pour finalités :

- de permettre à toute personne de trouver les moyens de vivre sa sexualité dans notre société ;

- d'agir contre toute forme d'exclusion liée à la santé, à la sexualité et au genre. Elle prête une attention particulière aux jeunes âgés de 15 à 25 ans et aux femmes, y compris en situation de migration, de précarité ou de handicap.

Plus globalement, l'association s'adresse aux institutions scolaires, sociales, médico-sociales, socioculturelles et judiciaires ; aux parents d'adolescents ; aux professionnels et aux étudiants dans les champs éducatifs, médicaux, sociaux et de l'animation.

Parcours de soins personnalisés

L'association propose un accueil individuel et des interventions auprès de groupes. L'objectif est de favoriser l'acquisition et/ou le renforcement des compétences psychosociales ainsi que l'accès aux droits et aux connaissances. Ces interventions ont pour visée la réduction des inégalités sociales, la prévention des cancers gynécologiques, l'accompagnement lors des grossesses non prévues et durant la périnatalité, la participation à la lutte contre le sexisme. Le centre de planification de l'association a pour particularité de proposer à chaque personne accueillie de construire son parcours individuel de soins *via* une offre de services globale et s'inscrivant dans la continuité. Ainsi, un accompagnement social est envisageable, selon les situations rencontrées : évaluation avec la personne de la demande, puis élaboration conjointe de propositions de prise en charge, sollicitation du réseau partenarial (maisons départementales de la solidarité et de l'insertion – MDSI, centres communaux d'action sociale – CCAS,

L'ESSENTIEL

■ L'association Centre d'accueil consultation information sexualité (Cacis) gère un centre de planification doté d'une équipe mobile qui se rend dans les squats pour informer et accompagner les habitants, avec une approche globale de promotion de la santé.

services de Protection maternelle et infantile – PMI, centres d'hébergement, associations caritatives, associations d'aide aux migrants, centres sociaux, etc.) et accompagnement physique vers ces structures, si nécessaire.

À l'origine destiné à informer les femmes roms bulgares...

En 2010, un médecin bénévole de l'antenne bordelaise de Médecins du Monde a sollicité les compétences du Cacis en prévention et accompagnement des publics en grande précarité. Un partenariat associant Médecins du Monde, le service d'orthogénie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, le Cacis et une association de médecine interculturelle a été mis en place pour informer les femmes roms bulgares, vivant en squat, afin de réduire leur recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) – utilisé comme moyen de contraception, car la pilule est payante et l'IVG gratuit en Bulgarie –, en les accompagnant sur le choix d'une contraception adaptée. Des séances de prévention et d'information ont été organisées par

les centres de planification du Cacis et du CHU avec ces femmes et une interprète, dans des lieux-ressources où elles peuvent revenir ensuite pour leur suivi gynécologique. Des supports adaptés ont été créés avec les femmes, pour une bonne compréhension de la santé génésique (se rapportant à la génération et à la reproduction des individus). Ces séances ont très vite fait émerger la difficulté pour ces femmes d'évoluer au sein d'un groupe, sans relais des messages à l'intérieur des communautés. D'où le choix du Cacis d'aller à la rencontre de ce public et au plus près de ses préoccupations, directement sur son lieu de vie. Par la suite, une convention de partenariat a été signée entre Médecins du Monde et le Cacis – rejoints ultérieurement par le service des médiateurs de Bordeaux Métropole – encadrant l'accueil de ces femmes bulgares en consultation dans les centres du Cacis et du CHU.

...le réseau s'adresse aujourd'hui à tous les publics en grande précarité

Dans un second temps, l'intervention du Cacis, de Médecins du Monde et du CHU a évolué, car la population concernée a changé : les grands squats de Bordeaux ont été fermés,

certaines familles ont été perdues de vue (certaines sont rentrées en Bulgarie, d'autres se sont déplacées en d'autres points de Bordeaux Métropole). Ainsi, les interventions du Cacis au sein de nouveaux squats s'adressent désormais à d'autres populations, d'origines diverses et en grande précarité. Le Cacis continue d'aller à la rencontre de ces personnes qui l'ont bien identifié dans son rôle et viennent également vers lui. Un constat fort émerge : les femmes enceintes ont un suivi aléatoire : elles ne demandent ni échographie, ni examens biologiques ou gynécologiques du fait de leurs conditions de vie très précaires ; faute d'un environnement adapté, elles ne peuvent éventuellement solliciter un suivi que lorsque la grossesse est très avancée. Donc, au-delà de cet accompagnement, l'enjeu est beaucoup plus large, à savoir : améliorer leurs conditions d'existence. ■

Pour en savoir plus
● <http://cacis-pro.fr/>

MME D., ENCEINTE DE SIX MOIS

Mme D. vit dans une cabane avec son compagnon et leur fils, âgé de 2 ans. Lorsqu'une intervenante du Cacis leur rend visite, Mme D. souhaite s'isoler pour pouvoir échanger en toute liberté, à l'écart des hommes installés devant la cabane. L'interprète n'étant pas disponible ce jour-là, elle me fait comprendre qu'elle souhaite faire un test de grossesse, car cela fait « *un moment* » qu'elle n'a pas eu ses règles. Elle avait acheté un test, mais son enfant a joué avec, et le test a disparu. Ensemble, nous essayons d'évaluer depuis combien de temps elle n'a pas eu ses règles, elle prend conscience que cela remonte à six mois. Son ventre est plat ; en dehors de l'absence de règles, rien ne laisse penser qu'elle pourrait être enceinte de six mois. Elle aurait souhaité une IVG, car, dit-elle, « *je suis si fatiguée de m'occuper de mon*

enfant, de ma maison, de trouver à manger ; mon mari ne fait rien, et moi je suis trop fatiguée pour avoir un autre bébé ». Elle pleure. Au lendemain de l'entretien, la grossesse est confirmée, et un accompagnement est mis en place avec la sage-femme de Médecins du Monde.

Au-delà de ce parcours singulier, il est à noter qu'au fil de nos visites, les termes des échanges évoluent. Sur l'un des squats, un bar a ouvert, fréquenté tant par les hommes que par les femmes. Ces dernières viennent spontanément nous parler et, pour la première fois, les hommes s'éclipsent, laissant le bar aux femmes, comme espace de discussion intime.

Catherine Bouic-Pena

UNE PRÉCARITÉ QUI S'AGGRAVE EN FRANCE

L'organisation non gouvernementale Médecins du Monde (MdM) a publié, en octobre 2016, son 16^e rapport annuel sur l'accès aux droits et aux soins des plus démunis en France. Il témoigne des difficultés persistantes rencontrées par ces personnes pour accéder à leurs droits et se faire soigner. L'observation a été faite via les 67 programmes menés par MdM dans 34 villes françaises, auprès des populations en situation de grande précarité et/ou d'exclusion.

En 2015, Médecins du Monde a effectué 38 483 consultations médicales et 34 000 consultations ou entretiens sociaux au sein de ses centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) et est entré en contact avec 20 000 personnes dans le cadre de ses actions mobiles envers les plus exclus (personnes vivant à la rue, en squat ou en bidonville, personnes se prostituant, usagers de drogues, migrants en transit, etc.).

Les femmes reçues dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique. Près de 40 % des femmes en situation de précarité rencontrées n'ont eu aucun examen gynécologique au cours des trois dernières années. Plus de 4 femmes enceintes sur 10 présentent un retard de suivi de grossesse et seulement 40 % ont eu accès à des soins prénataux. Interrogées sur leur contraception, seules 12 % environ des femmes de 15 à 50 ans ont indiqué utiliser un moyen de contraception, soit 5 fois moins qu'en population générale. L'âge moyen à la première grossesse est de 21,6 ans, sensiblement plus précoce qu'en population générale. Près de la moitié de ces grossesses (47 %) ont été diagnostiquées ou confirmées lors de la consultation médicale au Caso.

Parmi ces femmes, 12 % vivent dans un squat ou dans un campement, et 15 % sont sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence. Seulement un peu plus de 3 % d'entre elles disposent de droits ouverts à l'assurance maladie au jour de leur première visite. Leur précarité sociale a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse.

Sources :
<http://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE.pdf>

La formation des professionnels en santé sexuelle : un gage de qualité

Gilberte Voide Crettenand,
responsable du secteur
promotion et qualité,
association Santé sexuelle Suisse¹.

En Suisse, le travail en santé sexuelle s'appuie sur la définition de la santé sexuelle de l'Organisation mondiale de la santé² (OMS) et sur les droits sexuels tels que définis par l'*International Planned Parenthood Federation*³ (IPPF). Ces deux cadres de référence reconnaissent la sexualité comme une composante fondamentale de tout être humain ainsi que son importance dans l'état de santé globale. Ils mettent aussi en évidence la nécessité de cadres non discriminatoires fondés sur les droits pour le développement et le maintien de la santé sexuelle.

Le travail en santé sexuelle : une approche exigeante

L'approche en santé sexuelle doit être globale, intégrée et non morcelée. Elle se décline dans différents domaines d'action – santé psychique, santé reproductive, virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et autres infections sexuellement transmissibles (IST), violences sexuelles, éducation sexuelle, promotion et défense des droits humains liés à la sexualité – et dans le cadre de différentes prestations : information, éducation, conseil psychosocial, préventions spécifiques, soins.

Les approches de promotion et de prévention en matière de santé sexuelle sont exigeantes. Elles doivent permettre de répondre adéquatement

aux besoins intimes et personnels des gens, tout en tenant compte de l'évolution rapide de la société, de la diversification des problématiques et de la sensibilité du thème. Elles ne s'improvisent pas et nécessitent de solides connaissances et compétences issues de domaines aussi divers que la médecine, la biologie, l'éthique, le droit, la psychologie, la sociologie ou la pédagogie. Elles requièrent également de la part des professionnel.le.s une mise à jour régulière de leurs connaissances, un travail continu sur leurs propres représentations liées à la sexualité, ainsi qu'un regard réflexif sur leur pratique.

Santé sexuelle Suisse, la fondation nationale pour la santé sexuelle et les droits qui lui sont liés, prône, depuis plus de vingt ans, la formation des acteurs de la santé sexuelle comme étant un critère central de qualité de leurs prestations. Dans cette optique et en collaboration étroite avec les personnes de terrain, elle a développé différents outils pour assurer cette qualité sur l'ensemble du territoire suisse.

Un partenariat avec les plus hautes écoles de Suisse

En tant qu'organisation d'appui aux centres de conseil, aux services d'éducation sexuelle, aux organisations professionnelles et aux expert.e.s du domaine de la santé sexuelle et reproductive, Santé sexuelle Suisse a développé des collaborations avec les hautes écoles de Suisse pour proposer sur l'ensemble du territoire national des cursus de formation fondés sur

L'ESSENTIEL

■
▶ La Suisse dispose d'un système spécifique de formation – initiale et continue – des intervenant.e.s en santé sexuelle, ainsi que d'offres de formation continue pour les professionnels de l'éducation, de la santé et du social.
▶ Santé sexuelle Suisse, la fondation suisse pour la santé sexuelle et les droits en lien avec la santé sexuelle et reproductive, a conçu des cursus de formation avec les plus hautes écoles du pays et délivre au niveau national le titre professionnel de spécialiste en santé sexuelle, éducation-formation-conseil. Elle formule aussi des recommandations pour la qualité des formations dispensées, qui associent les différents partenaires.

les droits et construits en étroite collaboration avec les professionnels de terrain. En Suisse latine (cantons Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud), cette collaboration se traduit actuellement par le *Certificat of Advanced Studies* (CAS) et le *Diplom of Advanced Studies* (DAS) en santé sexuelle⁴, délivrés par le centre de formation continue de la Haute École de travail social de Genève en partenariat avec le département de sciences de l'éducation de l'université de Genève et le département de médecine de l'université de Lausanne. Dans ce même cadre, en Suisse alémanique, une formation de niveau master⁵, déclinée sous la forme de trois CAS, a été créée par la Haute École de travail social de Lucerne.

Un titre professionnel Santé sexuelle Suisse

Parallèlement à la mise sur pied de ces formations et en étroite collaboration avec les associations professionnelles Association romande et tessinoise des conseillères et conseillers en santé sexuelle⁶ (Artcoss), Association romande et tessinoise des éducatrices/teurs, formatrices/teurs en santé sexuelle et reproductive⁷ (Artanes) et *Fachverband sexuelle Gesundheit*⁸ (Faseg) in Beratung und Bildung, Santé sexuelle Suisse a développé un titre professionnel de spécialiste en santé sexuelle, éducation-formation-conseil. Ce titre professionnel est délivré au niveau national et contribue concrètement à la garantie de la qualité des prestations de conseil et d'éducation en santé sexuelle, autant par les organisations ou services actifs dans le domaine que pour les mandants de prestations, puisqu'il certifie la réussite d'un parcours de formation de niveau haute école suisse ou équivalent, qui :

- est fondé sur les droits sexuels et sur une approche holistique de la santé sexuelle ;
- intègre à la fois les connaissances scientifiques actuelles et l'expérience des terrains ;
- assure les connaissances et les compétences de base définies dans les référentiels de compétences et de métier des associations professionnelles⁹ pour intervenir en tant que spécialiste dans le domaine du conseil et/ou de l'éducation en santé sexuelle ;
- correspond aux exigences de qualité et de professionnalisme requises pour les prestations en santé sexuelle.

La formation continue : une garantie de qualité pérenne

L'évolution rapide de la société, la diversification des problématiques ainsi que la sensibilité des questions liées à la sexualité et à la santé sexuelle exigent de la part des professionnel.le.s non seulement une solide formation de base, mais aussi une pratique professionnelle régulière ainsi qu'un perfectionnement adapté et ce, tout au long de la vie professionnelle. La supervision, l'intervision et la formation continue en font partie. Santé sexuelle Suisse soutient la formation continue des titulaires de son titre. Avec ses

partenaires (associations professionnelles, hautes écoles, réseau VIH, etc.), elle développe des offres régulières de formation continue pour le réseau professionnel national. Elle vient aussi de publier des recommandations pour la qualité du titre à long terme¹⁰, qui donne aux professionnel.le.s, aux employeurs et aux mandants des indications pour soutenir adéquatement le développement des compétences.

Les avantages d'un système multipartenarial

Le système mis en place en Suisse pour accompagner la qualité de la formation possède de nombreux avantages. La collaboration entre Santé sexuelle Suisse, les terrains professionnels, les associations professionnelles et les plus hautes écoles de Suisse permet la co-crédation d'un savoir en matière de santé sexuelle. En liant les connaissances issues de l'expérience de terrain aux dernières découvertes scientifiques, elle permet l'émergence d'une compréhension commune et plus globale de ce que recouvre la santé sexuelle. Savoirs pratiques et académiques s'alimentent mutuellement, des liens apparaissent entre les différents domaines et de nouveaux champs de recherche s'ouvrent, permettant de sortir d'une approche de la sexualité fondée sur les représentations et les préjugés.

L'introduction des formations en santé sexuelle dans les hautes écoles, avec la possibilité de formation modulaire, permet aussi le décloisonnement de la thématique et l'ouverture sur les réseaux professionnels non spécialisés qui jouent eux aussi un rôle important dans les questions de santé sexuelle, d'éducation sexuelle et de droits en matière de santé sexuelle.

Enfin, le lien entre les formations délivrées par les hautes écoles et le titre professionnel Santé sexuelle Suisse est lui aussi un réel atout pour la valorisation des professions de la santé sexuelle et leur positionnement dans le paysage sanitaire, psychosocial et éducatif. Le domaine de la santé sexuelle interpelle de plus en plus les politiques sanitaires, éducatives et sociales. Mais il est sensible et les décideurs ont besoin de certaines garanties pour oser s'engager à soutenir les prestations fondées sur les droits nécessaires à la santé sexuelle.

Le titre professionnel de Santé sexuelle Suisse joue un rôle de label de qualité pour les services qui remplissent des mandats étatiques. Dans ce sens, la Conférence latine des directeurs sanitaires et sociaux vient d'éditer en collaboration avec Santé sexuelle Suisse un guide intitulé *Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle. Guide pour une politique cantonale*¹¹, qui relève l'importance de la qualité des formations des spécialistes en santé sexuelle et aussi du personnel des réseaux du travail social, de l'éducation ou de la santé pour la mise en application de programmes cantonaux de qualité. ■

1. www.sante-sexuelle.ch

2. « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles plaisantes et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. » (OMS, 2006).

3. International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*, Londres : Fédération internationale pour la planification familiale, 2008 : 36 p. En ligne : http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf

4. En ligne : <http://www.hesge.ch/hets/formation-continue/formations-postgrade/das/das-en-sante-sexuelle-interventions-education-et-conseil>

5. Hochschule Luzern (HSLU Lucerne). En ligne : <https://www.hslu.ch/de-ch/soziale-arbeit/weiterbildung/studienprogramm/mas/sexuelle-gesundheit/>

6. www.artcoss.ch

7. www.artanes.ch

8. Groupement spécialisé dans la formation et la consultation en santé sexuelle. www.faseg.ch

9. Santé sexuelle Suisse. *Référentiels de compétences et de métier des spécialistes en santé sexuelle*, 2014 : 6 p. En ligne : https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2014/07/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences_WEB.pdf

10. Santé sexuelle Suisse. *Qualité du titre professionnel. Cadre de référence et recommandations pour les professionnel.le.s, les services employeurs et les institutions mandantes*, avril 2016 : 9 p. En ligne : https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/06/SSCH_recommandationsQtitre.pdf

11. En ligne : <https://www.sante-sexuelle.ch/shop/fr/pour-les-professionnel-le-s/strategie-globale-de-promotion-de-la-sante-sexuelle>

Notre rubrique « Pour en savoir plus » vous propose une sélection de ressources francophones en complément à ce dossier. Sur cette thématique de la santé sexuelle et notamment du travail et de l'intervention en réseau des professionnels, nous avons choisi de sélectionner deux types de documents : d'une part, une sélection de rapports et de textes législatifs et de synthèses posent le cadre officiel et informent sur les dernières évolutions liées à la nouvelle loi de santé ; d'autre part, des documents de réflexion permettent d'analyser le rôle des professionnels vis-à-vis de l'éducation à la sexualité et, plus largement, de la promotion de la santé sexuelle. Pour compléter cette sélection bibliographique, vous trouverez également en fin de dossier une présentation des organismes pertinents dans ce domaine. Sont privilégiées les références bibliographiques récentes ; pour plus d'antériorité, vous pouvez vous reporter au « Pour en savoir plus » du numéro 423 (mars 2013) de *La Santé en action* : « Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ? », auquel ce numéro fait écho. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/423.asp>

Au sein des parties thématiques, les documents sont classés par date de publication ; les liens Internet indiqués ont été consultés le 6 octobre 2016.

Laetitia Haroutunian,
documentaliste,
direction de la documentation,
Santé publique France.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

TEXTES LÉGISLATIFS

• **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé.** En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>

Voir notamment :

– article L4151-1 : exigence d'une formation à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses pour les sages-femmes, intégrée dans la formation initiale, dont le contenu sera déterminé par décret en Conseil d'État ;

– article L2212-1 : compétence de la sage-femme pour la réalisation d'IVG, auparavant réservée aux seuls médecins ;

• circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 : éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.

En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>

RAPPORTS

• **Santé sexuelle et reproductive [rapport].** Paris : HCSP, coll. Avis et rapports, 2016 : 90 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr201600302_sante-sexuelleetproductive.pdf

• **Laurant F., Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire**

une société d'égalité femmes-hommes [rapport]. Paris : HCE, 2016 : 117 p. En ligne : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf

• **Mouvement français pour le planning familial. 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 : MFPP, février 2012 : 249 p.

• **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>

• **Aubin C., Branchu C., Vieilleribière J.-L., Sitruk P. Les Organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan.** Paris : IGAS, 2011 : 164 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405.pdf>

ANALYSES

• **Giami A. De l'émancipation à l'institutionnalisation : santé sexuelle et droits sexuels.** *Genre, sexualité & société*, 2016, n° 15. En ligne : <https://gss.revues.org/3720>

• **Le Den M., De Luca Barrusse V. Les politiques de l'éducation à la sexualité en France : avancées et résistances.** Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2016 : 195 p.

SANTÉ SEXUELLE ET PROFESSIONNELS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

- Amsellem-Mainguy Y., Dumollard M. **Dits et non-dits sur la sexualité dans la relation entre jeunes et professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse.** *Champ pénal*, 2016, vol. 13. En ligne : <http://champpenal.revues.org/9379>
- Giami A., Moreau É., Moulin P. **Infirmières et sexualité : entre soins et relation.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2015 : 160 p.
- Gautier L. **La consultation de contraception par une sage-femme : un avenir pour les femmes. Entretiens auprès de sages-femmes réalisant des consultations de contraception [mémoire de sage-femme].** Rouen : université de Rouen, 2015 : 72 p.
- Bartoli S. **Aborder la sexualité en médecine générale : Attentes, opinions et représentations des hommes : enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor [thèse de médecine].** Poitiers : université de Poitiers, 2015 : 91 p. En ligne : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/52602>
- Poiré E. **Les nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception comme témoin de l'évolution de la profession de sage-femme [mémoire de sage-femme].** Paris : université Paris-Descartes, 2014 : 47 p. En ligne : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01058849/document>
- Coulanges V. **Médicaments et contraception d'urgence en milieu scolaire, le rôle de l'infirmière.** *Soins*, 2014, vol. 59, n° 784 : p. 45-47.
- Marco D. **Le rôle de l'infirmière scolaire dans l'éducation à la sexualité.** *Cahiers de la puéricultrice*, 2014, vol. 51, n° 278 : p. 22-24.
- Huerre P., Lauru D. dir. **Les Professionnels face à la sexualité des adolescents.** Toulouse : érès, coll. Enfances & Psy, 2013 : 232 p.
- Bozon M. **L'éducation à la sexualité, entre psychologie des différences, santé sexuelle et protection de la jeunesse. L'égalité introuvable ?** *Commentaire. Sciences sociales et santé*, 2013, vol. 31, n° 4 : p. 97-105.
- Fau L. **Centres de santé sexuelle en France : état des lieux, quelles perspectives ? Quelles propositions pour améliorer les structures déjà mises en place ? [thèse de médecine].** Lyon : université de Lyon-1, 2013 : 230 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. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-2-page-77.htm>
- Giami A. **La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité.** In: Bloy G., Schweyer F.-X. dir. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale.* Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Métiers Santé Social, 2010 : p. 147-167.
- Vega A. **Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus.** *Médecine*, 2010, vol. 6, n° 8 : p. 382-386.
- 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.
- 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.
- Pascau M. **Le conseiller conjugal et familial dans les entretiens autour de l'IVG.** *Dialogue*, 2009, n° 4 : p. 115-126.

ORGANISMES

• **Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)** proposent gratuitement des informations, des conseils et du matériel de prévention sur la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles (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://ivg.social-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.ivg.social-sante.gouv.fr/les-etablissements-d-information-de-consultation-et-de-conseil-familial-eiccf,13779.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 virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les IST, les sexualités, les violences, et permet au public d'interroger le centre de documentation sur un grand panel de ressources (environ 24 000 références) : articles et ouvrages, vidéos, matériel pédagogique, sélection de revues, etc. (voir rubrique « Centre de Documentation » sur le site du MFPF).

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

• **Le réseau des Centres régionaux d'information et de prévention du sida (Crips)** a pour objectif d'informer le grand public sur les thématiques : VIH/sida, hépatites, usages de drogues et conduites à risques des jeunes. Il a pour mission d'aider à l'élaboration de supports adaptés en matière de prévention et à la mise en œuvre d'actions. Il est constitué de 6 centres (Auvergne, Aquitaine, Île-de-France, Pays-de-la-Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes). Ces centres alimentent en commun une base de données documentaire (environ 35 000 ressources), 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/>

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

• **Le Centre Hubertine-Auclert** contribue, avec l'ensemble de ses membres, à la lutte contre les inégalités et les

discriminations fondées sur le sexe et le genre et promeut l'égalité femmes-hommes. Ses missions se déclinent en quatre pôles :
– construire une plateforme régionale de ressources et d'échanges sur l'égalité femmes-hommes : « l'égalithèque » ;
– renforcer le réseau des actrices et des acteurs franciliens de l'égalité femmes-hommes à travers des accompagnements individuels et l'organisation de cadres d'échanges collectifs ;
– promouvoir l'éducation à l'égalité, notamment *via* la réalisation d'études et d'analyses des représentations sexuées et sexistes dans les outils éducatifs ;
– lutter contre toutes les formes de violences faites aux femmes, avec **l'Observatoire régional des violences faites aux femmes**, intégré au Centre Hubertine-Auclert (Source : site Internet du centre Hubertine-Auclert).

Le site de l'organisation propose une rubrique « ressources » où l'on peut accéder à divers services : une base documentaire intitulée « l'égalithèque » comprenant environ 1 750 documents sur les questions d'égalité ; un recensement des acteurs-clés *via* des annuaires et cartographies (rubrique « les annuaires ») ; des outils et des guides d'aide à l'action de terrain (« nos publications ») ; un calendrier des formations dispensées par le centre ; une bourse d'emploi « égalité femmes-hommes ».

En ligne : <http://www.centre-hubertine-auclert.fr>

• **Les centres de santé sexuelle** ont été pensés dans le cadre du plan national 2010-2014 de lutte contre le sida et les IST. Le plan soulignait l'importance de mettre en place une offre globale de lutte contre le sida et contre 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 » (<http://www.le190.fr/>) 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 Sida Info Service Association (SIS – Association) de proposer un service de soins, de dépistage, d'information et de prévention. Un autre centre de santé sexuelle a vu le jour, courant 2016, à Lyon (<http://www.corevih-lvdr.com/dans-votre-departement/69-rhone/centre-de-sante-sexuelle/>), qui propose une série de permanences hebdomadaires de plusieurs types : écoute psychologique, consultation médicale, dépistage, invitation d'intervenants divers sur certains thèmes spécifiques.

• **Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)** remplacent, depuis janvier 2016, les Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Les CeGIDD proposent à la population le dépistage des IST, dont le VIH, des hépatites B ou C, des infections par *Chlamydia Trachomatis* (entre autres). Ils sont accessibles sans rendez-vous et sont gratuits. Ces centres peuvent également réaliser la prescription de la contraception d'urgence et proposer les vaccinations contre les hépatites A et B ou le papillomavirus humain (HPV). Annuaire des centres de dépistage par département (source : Sida Info Service) : <https://www.sida-info-service.org/?Ou-faire-un-test-de-depistage>

Entrer dans la sexualité à l'adolescence : le consentement en question

Yaëlle Amsellem-Mainguy, sociologue, chargée de recherche, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, Centre de recherche sur les liens sociaux (Cerlis),
Constance Cheynel, doctorante contractuelle, université Paris-Dauphine, Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (Irisso),
Anthony Fouet, doctorant contractuel, université Paris Ouest-Nanterre La Défense, unité de recherche en sociologie, philosophie et anthropologie politiques (Sophiapol).

Consentir à la sexualité est bien souvent pensé comme une décision intime et individuelle et, de fait, renvoie à la subjectivité des individus. Si, dans le cadre du travail par exemple, un contrat écrit avec des clauses définit la relation qui liera employé et employeur, en amour l'écrit et la certification juridique n'existent pas (exception faite du contrat de mariage

ou lors du divorce). En ce sens, consentir suppose un engagement à l'aveugle : dire « oui » à un acte en particulier, sans parfois savoir jusqu'où cet engagement conduira ni ce qu'il implique de manière sous-jacente. Le consentement sexuel se situe dans cette dynamique ; dire « oui » à un rapport sexuel engage-t-il à une relation de couple ? Et vice versa. Accepter une fellation peut-il sous-entendre accepter un rapport avec pénétration ? Hormis une clarification explicite de son engagement, rien ne peut permettre de savoir jusqu'où l'adhésion à un acte engage l'individu.

Entrée dans la sexualité et consentement

L'authenticité du consentement dans la sexualité fait également défaut de par son caractère fragile et instable. L'acte de consentir peut être manipulé, arraché, négocié ou encore cédé. Cette

fragilité du consentement est visible lors des procès pour viol où chaque partie, victime ou agresseur, cherche à démontrer à quel point le consentement est valide ou invalide, en particulier lorsque le rapport n'est pas le fruit d'une violence physique¹ [1].

Ces premières réflexions permettent de poser un cadre d'analyse pour étudier l'entrée dans la sexualité à travers la question du consentement. En effet, en cherchant à comprendre comment les jeunes, femmes et hommes, comprennent et définissent le consentement, un constat a émergé : l'acceptation d'un acte sexuel chez les jeunes ne se pose pas dans les mêmes termes selon le sexe, l'âge, le milieu social d'origine ou encore l'expérience sexuelle (de l'individu ou de son/sa partenaire).

Enjeux et fragilité du consentement dans la sexualité

Le consentement fait partie des liens sociaux qui unissent les individus, il confère « une validité normative aux promesses et aux contrats qui lient les individus entre eux et leur permet de tisser les relations sociales [2]. » Il peut se résumer comme un « acte par lequel quelqu'un donne à une décision dont un autre a eu l'initiative l'adhésion personnelle nécessaire pour passer à l'exécution [3]. » Dans le consentement à la sexualité, le corps prend une place importante, car il est parfois le seul indicateur d'un acte volontaire de consentir. Or l'adhésion à une proposition extérieure suppose d'emblée une inégalité dans le consentement et une distinction entre une personne qui soumet une proposition et une autre qui l'accepte, la valide ou l'infirmes. Dans

L'ESSENTIEL

-
- Une équipe de chercheurs a mené une enquête auprès des jeunes lycéens sur la sexualité, afin d'analyser ce que signifie pour eux la notion de consentement.
- Les adolescents peuvent consentir « à l'aveugle », dire « oui » sans savoir où cet engagement conduira.
- Le consentement est fragile en ce sens qu'il peut être arraché, négocié ou cédé.
- Dans la sexualité, la dimension inégale du consentement est forte entre la personne qui propose et celle qui accepte.
- La proposition et l'acceptation peuvent se faire sans un mot, via un silence ou un signe explicites.
- Cette notion de consentement doit être centrale dans les séances d'éducation à la sexualité menées en milieu scolaire.

la sexualité, cette dimension apparaît nettement : l'un des deux partenaires propose, l'autre accepte. La proposition tout comme l'acceptation peuvent se faire sans un mot, par un silence, ou bien par un acte explicite (verbal ou non verbal). Un désaccord peut alors survenir, ouvrant le dialogue et la négociation ou simplement créant une rupture par rapport à la proposition initiale.

Trois niveaux de négociation

Pour comprendre le consentement dans la sexualité, il faut considérer qu'il est le fruit d'une réflexion suivant trois niveaux de négociation :

- une négociation intime (de soi à soi). Cela renvoie à l'idée de savoir ce que nous sommes prêts à faire ou à accepter dans notre propre intérêt, voire ce que cela nous apporte ;



© Viviane Galles

« ON NE PEUT PAS PARLER DE CONSENTEMENT LORSQUE LA SITUATION ENTRE LES ACTEURS CONCERNÉS EST INÉGALE, CAR IL NE PEUT Y AVOIR DE CONSENTEMENT DANS LA VIOLENCE, QU'ELLE SOIT SYMBOLIQUE OU RÉELLE, L'OPPRESSION N'EST PAS UN CONTRAT. »

- une négociation contractuelle (de soi à l'autre), qui implique un réajustement des désirs, une mise en place de la réciprocité ou de l'unilatéralité, soit un compromis ou une acceptation;
- une négociation collective (de soi aux autres), car l'individu juge aussi sa décision au regard de normes sociales: société, pairs, morale, politique, etc. Il peut penser au-delà de sa propre subjectivité et peut par exemple refuser un acte sexuel au nom d'un refus de domination.

Ces niveaux de consentement ne sont pas des processus isolés, mais ils sont liés, imbriqués ; par ailleurs, le consentement peut être limité, influencé ou encore ne pas avoir lieu, ce qui remet en question son authenticité.

Bien que le consentement soit devenu la notion centrale garantissant les libertés de chacun sans nuire à autrui, les inégalités demeurent, même si elles se sont amoindries au regard des évolutions historiques. Consentir, c'est dire « oui », c'est également dire « non » ;

consentement dans la violence, qu'elle soit symbolique ou réelle, « *l'oppression n'est pas un contrat* [4]. »

Filles et garçons : inégaux dans l'expression du consentement

« *Consentir* », « *Consentant(e)* », « *Consentement* »... ne sont pas utilisés régulièrement par les jeunes qui parlent davantage de « *vouloir* », « *séduire* », « *accepter* », « *refuser* », « *dire* », « *manipuler* », « *se chauffer* ». Quand le consentement apparaît, c'est en tant qu'adjectif et au féminin: « *consentante* », comme s'il ne pouvait se penser au masculin, ce qui n'est pas sans lien avec les représentations sociales de la sexualité attribuées aux femmes et aux hommes [5].

Tout se passe en effet comme si les garçons ne se posaient pas la question du consentement pour eux, adhérant à la fois à l'affirmation selon laquelle les hommes ont des besoins sexuels à assouvir et également à l'idée préconçue

c'est aussi échanger et négocier. On ne peut pas parler de consentement lorsque la situation entre les acteurs concernés est inégale, car il ne peut y avoir de

selon laquelle les femmes sont les seules concernées par les enjeux liés au consentement, car elles sont perçues comme les seules victimes de violences sexuelles. Les représentations masculines et féminines n'intègrent toujours pas l'idée que des garçons puissent être victimes, c'est-à-dire concernés par des violences sexuelles subies. Les garçons expriment d'ailleurs certaines difficultés à comprendre si leur partenaire était ou non d'accord pour avoir des relations sexuelles, la négociation relevant de l'implicite, du naturel. La manière de consentir et d'aborder le consentement dans les relations amoureuses n'est pas une spécificité juvénile, tant le viol conjugal n'est pas reconnu par les jeunes, très peu évoqué par les animateur(trice)s et, plus largement, très peu rapporté par les individus dans notre société [6]. Ainsi, lors d'un entretien, une fille raconte avoir eu des rapports dont elle « [n']avait pas trop envie », qu'elle justifie aussitôt: « *Mais j'appelle pas ça un viol, quoi* », car « *de toute façon c'était mon copain* ». Comme dans de nombreux autres entretiens menés auprès des jeunes, l'acte sexuel dans le cadre du couple rend impensable le viol, comme si le fait d'avoir accepté une relation, être amoureux impliquait implicitement l'éventualité d'avoir des rapports sexuels que l'on ne désire pas, pour faire plaisir.

Apprendre à dire « non »

Quand on s'intéresse à l'acte de consentir, filles et garçons ne répondent pas de façon identique. D'un côté, l'on peut identifier un devoir de dire « oui » pour les garçons ; de l'autre, un apprentissage à dire « non » pour les filles, autrement dit : comment refuser ou quand accepter des relations sexuelles ? La disponibilité sexuelle permanente se retrouve dans la majorité des propos des garçons rencontrés qui ont eu des rapports sexuels. Ce devoir de dire « oui » est l'imbrication de mécanismes de socialisation masculine qui sont consolidés par les pairs, par la nécessité de se valider comme garçon en montrant des signes de virilité partagés par l'ensemble du groupe et, de manière sous-jacente, de valider son hétérosexualité au sein du groupe (ou de l'afficher lorsque celle-ci est remise en question).

Du côté des filles, le consentement pose constamment problème. En effet, elles se posent régulièrement les questions suivantes : « *Quand il faut avoir un rapport ?* », « *Quand est-on prête ?* » pour passer à l'acte et « *Avec qui faut-il le faire ?* » L'injonction à ce qu'elles soient expérimentées sur le plan sexuel ne

se fait pas sans régulation : les filles doivent avoir des pratiques sexuelles de manière « respectable », c'est-à-dire dans un cadre amoureux. Le fait d'avoir accepté telle ou telle pratique sexuelle implique sa reconduction tacite dans les rapports suivants : « *on ne peut plus reculer* », « *si t'ès d'accord une fois, après c'est mort ! Faut recommencer* », expliquent plusieurs filles. Il en va de même pour l'absence de préservatif : vouloir, accepter ou laisser faire un rapport sexuel sans préservatif créerait un précédent – forme d'écart à la règle –, sur lequel il est difficile de revenir, plus encore pour les filles. L'écart à la règle et à la norme du tout contraceptif est alors perçu par elles comme une « erreur » personnelle de gestion de la contraception/protection (puisqu'elles seules en ont la responsabilité).

Le consentement : un sujet pertinent pour aborder l'éducation à la sexualité

En conclusion, cette enquête a permis de montrer que, lors des interventions en milieu scolaire, la vie affective et sexuelle des jeunes est approchée à partir d'une trame spécifique à chaque animateur(trice), dans un cadre général

défini. Cependant, une grande partie des points abordés est déterminée par les échanges avec les jeunes dans la classe. C'est ainsi que le consentement dans la sexualité s'est imposé aux professionnels, sans pour autant que les associations chargées de ces interventions mettent en place des outils ou des orientations pour cadrer ou accompagner les professionnels dans leur façon d'appréhender cette notion.

Pourtant, le consentement offre une porte d'entrée pertinente pour l'analyse du contenu des séances d'éducation à la sexualité. Il permet à la fois d'aborder les questions de rapports filles/garçons, d'égalité et de rapports de pouvoirs, et aussi de contexte de rapport sexuel (les lieux, les circonstances, les préparatifs, etc.) et les enjeux liés à la protection et la contraception, tant l'on a pu constater que le niveau de consentement et l'utilisation de méthodes de protection, de contraception sont étroitement liés. ■

1. Auparavant, suivant les anciens codes pénaux relatifs aux viols et aux agressions sexuelles, la violence physique fut la seule preuve démontrant le refus de consentement, et cette « exigence de la violence marquant le corps fut longtemps associée à une démarche misogyne qui doutait de la sincérité de la victime [1]. »

OBSERVATION DE SÉANCES D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ ET ENTRETIENS AVEC LES ADOLESCENTS

Cette analyse s'appuie sur une enquête de terrain qui s'est déroulée d'octobre 2014 à mars 2015 en Île-de-France, menée par observation – de 31 séances d'éducation à la sexualité¹ menées auprès de 10 classes de filières générales et de 21 classes de filières professionnalisantes – et par entretiens individuels auprès de 28 adolescents (12 filles, 16 garçons) et d'une quinzaine de professionnels intervenant en milieu scolaire.

L'enjeu était d'appréhender la question du consentement tant du point de vue des jeunes que de celui des professionnel(le)s réalisant des animations en milieu scolaire ; des entretiens ont été menés auprès de chacun de ces acteurs.

Le rapport d'étude *Entrée dans la sexualité des adolescent.e.s : la question du consentement. Enquête auprès des jeunes et des intervenant.e.s en éducation à la sexualité*, réalisé par Y. Amsellem-Mainguy (coord.), C. Cheynel, A. Fouet, est disponible dans sa version intégrale sur le site : www.injep.fr/sites/default/files/documents/rapport_sivs_def.pdf#overlay-context=

1. L'éducation à la sexualité, inscrite dans le socle commun (compétences 6 et 7), doit trouver sa place à l'école dans un projet éducatif global. Au collège et au lycée, les trois séances prévues par la loi doivent être conçues et organisées en articulation avec les enseignements. Les séances d'éducation à la sexualité sont planifiées en début d'année scolaire et prévues dans l'horaire global annuel des élèves. Elles sont prises en charge par des personnels volontaires des équipes éducatives formés, et des partenaires extérieurs ayant reçu l'agrément national ou académique. (Synthèse élaborée à partir des informations contenues dans le Bulletin officiel n° 9 du 27 février 2003 ; circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003.) En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Chassaing J.-F. Consentement. In : Mos-suz-Lavau J. dir. *Dictionnaire des sexualités*. Paris : Robert Laffont, 2014 : p. 198.
- [2] Jaunait A., Matonti F. L'enjeu du consentement. *Raisons politiques*, 2012, n° 46 : p. 6. En ligne : https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RAI_046_0005
- [3] Fraisse G. *Du consentement*. Paris : Seuil, coll. Non conforme, 2007 : p. 22.
- [4] Mathieu N.-C. De la conscience dominée des femmes. *Les Cahiers du GRIF*, 1984, vol. 29, n° 1 : p. 75. En ligne : http://www.persee.fr/doc/grif_0770-6081_1984_num_29_1_1637
- [5] Bajos N., Bozon M. dir. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris : La Découverte, 2008 : 609 p.
- [6] Jaspard M. *Je suis à toi, tu es à moi. Violence et passion conjugales*. Paris : Payot, coll. Essais, 2015 : 227 p.

Dans cette nouvelle chronique sociale des frères Dardenne, une jeune femme médecin soigne les corps et les âmes dans une banlieue défavorisée, marquée par le déclin industriel et un isolement croissant des individus.

La Fille inconnue

Un film de Jean-Pierre Dardenne et Luc Dardenne.

Belgique, 2016, 1 h 46.

Michel Condé,

docteur ès lettres, animateur,
centre culturel Les Grignoux,
Liège (Belgique).

En quelques mots

Jenny Davin, jeune femme médecin généraliste, n'ouvre pas la porte à un coup de sonnette intempestif, une heure après la fermeture de son cabinet. Le lendemain, la police lui apprend qu'il s'agissait d'une jeune femme à l'identité inconnue, dont le corps sans vie a été ensuite retrouvé à quelques pas du cabinet. Cette révélation provoque une prise de conscience de Jenny qui entreprend de découvrir l'identité de cette jeune fille et qui reconsidère également le sens de son propre métier.

Avec son intrigue d'apparence policière, le film des frères Dardenne est accessible à un large public d'adolescents à partir de quinze ans environ, même si l'on perçoit facilement le sérieux des thèmes qu'il aborde à travers le destin de cette fille inconnue.

Relations avec la problématique santé

La Fille inconnue dresse un portrait nuancé d'une femme médecin confrontée à une diversité de patients aux demandes multiples qui dépassent souvent le cadre strict des soins. C'est donc l'occasion de s'interroger sur le rôle des généralistes, sur leur image dans le public et sur leur place dans la société. En adoptant le point de vue de Jenny, les Dardenne jettent également un regard critique sur cette société et sur les maux qui s'y développent souvent de façon peu visible et sournoise.



Quelques pistes de discussion

Un portrait généraliste ?

La Fille inconnue propose le portrait d'une femme médecin généraliste, dont on ne peut pas décider *a priori* s'il est représentatif de l'ensemble de cette catégorie professionnelle. Il est donc intéressant d'interroger les spectateurs, jeunes ou moins jeunes, sur leur image des généralistes, en la confrontant avec celle de Jenny. Des questions relativement naïves peuvent ainsi lancer la discussion, comme : « Aimeriez-vous avoir cette jeune femme comme médecin ? » ou « Pensez-vous qu'elle agit correctement comme médecin ? » ou encore « Certaines de ses réactions vous ont-elles déconcertés ou paru malvenues ? »

On rappellera à ce propos quelques séquences significatives :

- elle refuse d'ouvrir la porte de son cabinet après l'heure de la fermeture ;
- elle accepte de rendre visite à un jeune enfant cancéreux qui insiste pour la voir ;
- elle refuse de donner un certificat médical de complaisance ;
- elle rassure un ouvrier blessé qui craint de se rendre à l'hôpital, parce qu'il n'a pas de papiers d'identité en règle ;
- elle se rend chez le jeune Bryan qu'elle veut interroger, en l'absence de sa mère, sur la fille inconnue ;
- elle insiste au téléphone pour qu'une jeune toxicomane en demande de méthadone se présente correctement, en précisant notamment son identité ;
- elle téléphone au centre d'aide sociale pour qu'on rouvre le gaz chez un patient qui ne peut pas se déplacer ;

- elle reçoit d'une patiente un panetone (que cette dernière lui lance d'ailleurs par la fenêtre) ;
- sur l'insistance du père de Bryan, qui est immobilisé au sol par une crise de lumbago, elle se contente de lui faire une piqure de morphine sans le faire transporter à l'hôpital ;
- elle incite le responsable de la mort de la fille inconnue à téléphoner à la police.

Deux traits semblent caractériser cette jeune femme médecin. Tout d'abord, elle noue des relations personnelles avec ses patients, comme en témoigne en particulier le jeune adolescent cancéreux. De ce point de vue, on perçoit facilement la différence avec la relation que, d'une manière générale, l'on peut avoir avec des médecins spécialistes : patients, nous nous adressons à ceux-ci dans un cadre beaucoup plus professionnel, pour une demande qui est en principe plus circonscrite. Cette dimension personnelle du rapport au généraliste explique aussi que la réponse médicale tienne compte des réactions singulières du patient : Jenny fait ainsi confiance au père de Bryan qui insiste pour ne pas être hospitalisé et dont elle devine qu'il y a une part largement psychologique dans sa douleur.

Cette dernière situation fait déjà apparaître une autre caractéristique importante : Jenny ne se limite pas à des soins purement physiques ou physiologiques, mais elle prend en compte toute la personne du patient. On pourrait parler de médecin des âmes, seulement

L'ESSENTIEL

▣ **Femme médecin très engagée, Jenny ne se limite pas à des soins purement physiques ou physiologiques, mais elle prend en compte toute la personne du patient.**

▣ **Ce film peut être un support d'échange avec les adolescents et les jeunes adultes sur des thématiques sociétales, telles la fonction du médecin généraliste dans des territoires frappés par la crise ou la notion d'engagement d'un professionnel de santé, dont les patients attendent beaucoup, bien au-delà du soin.**

cette expression un peu vieillie (et potentiellement condescendante) ne couvre pas l'ensemble de ses actions. Elle joue, même si c'est brièvement, le rôle d'assistante sociale et même de conseillère juridique (vis-à-vis du travailleur en situation irrégulière). Plus étonnant sans doute est son comportement, que l'on pourrait qualifier de parental, à l'égard de la jeune toxicomane : elle lui apprend littéralement les bonnes manières !

On peut donc parler d'un rapport flou ou flottant entre la jeune généraliste et ses patients. Cela peut expliquer notamment le fait qu'un jeune couple se permette de lui demander un certificat de complaisance. Pour ces deux jeunes gens, il ne s'agit sans doute que d'une simple faveur personnelle qui ne dépendrait que de la bonne

ou mauvaise volonté de Jenny. Et l'on peut même penser qu'ils estiment leur demande légitime, si l'on tient compte de la situation difficile qui est certainement la leur. Bien entendu, Jenny doit obéir à une déontologie, dont elle rappelle à plusieurs reprises certains principes, comme celui du secret médical.

Même si elle peut paraître évidente, cette dimension personnelle, sinon familière, de la relation au généraliste mérite d'être soulignée.

Une patientèle en situation sociale défavorisée

Un deuxième axe de réflexion concerne les patients du D^r Davin. Bien qu'ils ne soient vus que de façon relativement brève à travers ses consultations, on remarque facilement un grand nombre d'indicateurs renseignant sur leur situation sociale défavorisée.

Un élément de l'intrigue joue de ce point de vue un rôle décisif. Peu de temps après avoir appris le décès de la fille inconnue qui avait sonné vainement à sa porte, Jenny décide en effet de reprendre le cabinet du D^r Habran, chez qui elle était en stage et qui vient de partir à la retraite. Celui-ci signale en effet que ses patients sont tous ou à peu près « *au tarif mutuelle* » (c'est-à-dire des patients ne pouvant pas payer de suppléments d'honoraires¹).

Les spectateurs constatent rapidement que le cabinet du D^r Habran se situe dans une banlieue industrielle, frappée par la crise et marquée par le sous-emploi et différentes formes de pauvreté sinon de misère. Les frères Dardenne ont en effet choisi, depuis leurs premiers films, de tourner à Seraing dans la banlieue liégeoise, dont on reconnaît les décors, les sites et même les personnages.

Un bref rappel des différents patients devrait permettre de lancer la réflexion sur l'image sociale qui transparaît à travers ces différents portraits. On se souviendra par exemple de M. Remacle, le patient atteint d'emphysème, qui fait une bronchite ; d'Isabelle, la mère de Bryan, venue pour une prise de sang à l'occasion de laquelle on comprend qu'elle souffre d'alcoolisme ; du patient blessé à la jambe qui refuse d'aller à l'hôpital ; d'Alain Thirion, le patient diabétique qui souffre d'une plaie handicapante au pied ; de Mme Basia, qui





© Christine Pflanus

se remet d'une pneumonie et qui a craint de mourir seule à l'hôpital ; de la toxicomane qui téléphone pour de la méthadone, etc.

Certaines caractéristiques sont évidentes, comme l'âge avancé de nombreuses personnes, ainsi cette vieille femme à qui Jenny donne le bras symboliquement pour accéder à son cabinet à la fin du film. Plus significatif est l'isolement sinon la solitude de plusieurs patients, notamment de ces femmes âgées qui ne sont accompagnées par aucun proche, même en cas d'hospitalisation. Les pérégrinations de Jenny, au cours de son enquête, révèlent également le caractère ténu des relations familiales, souvent réduites à un binôme : ainsi, le fils Lambert qui loue le service de prostituées pour son père à l'hospice ou Isabelle qui élève seule ses deux enfants et qui les laisse seuls le soir pour aller travailler, ou encore le père de Bryan qu'on voit seul aussi dans son appartement, immobilisé au sol par une crise de lumbago. Et bien entendu, la solitude la plus grande est celle de cette jeune fille inconnue retrouvée morte, et dont personne ne réclame le corps.

Significatif également est le caractère lourd et souvent handicapant des pathologies auxquelles cette jeune médecin doit faire face dans sa pratique. Si l'âge explique sans doute ce type de pathologies, on remarque néanmoins le cas de l'adolescent cancéreux, celui de la mère de Bryan en proie à l'alcoolisme ou encore de ce patient diabétique dont le handicap accentue la précarité et la solitude. En adoptant le point de vue de Jenny, les Dardenne inversent ainsi l'image de la maladie que nous, patients, considérons comme un état transitoire, anormal, mais qui, dans la pratique médicale, apparaît sinon permanent du moins durable dans de nombreuses situations, notamment celles des personnes socialement défavorisées.

Un positionnement éthique délicat

Enfin, l'on remarque que les demandes adressées à Jenny dépassent largement le cadre médical. L'exemple le plus clair est évidemment celui du responsable de la mort de la fille inconnue, qui vient avouer à la jeune médecin la culpabilité qui le ronge moralement et physiquement. Bien

entendu, il s'agit là d'un événement fictif, et personne ne prétendra que les généralistes sont régulièrement confrontés à ce genre d'événements dramatiques ! Mais il illustre, sous une forme extrême, la grande difficulté du positionnement éthique (au sens large) de ces médecins face aux demandes qui leur sont adressées et aux secrets qui leur sont confiés.

Il ne convient donc pas de considérer *la Fille inconnue* comme un documentaire, et il faut confronter l'image kaléidoscopique qu'il donne de cette jeune médecin et de sa patientèle à d'autres expériences, à d'autres reportages ou témoignages. Mais ces quelques réflexions suffisent à expliciter la complexité des relations qui peuvent s'instaurer avec les médecins généralistes et qui ne se résument sans doute jamais à une simple demande de soins. ■

1. En Belgique, des accords entre médecins et mutuelles fixent le montant des honoraires qui seront largement remboursés aux patients par celles-ci. Certains médecins, dits non conventionnés, peuvent néanmoins demander des suppléments d'honoraires.

Équipe mobile pour préadolescents et adolescents en difficulté : « À la rencontre du jeune en souffrance et de sa famille »

Entretien avec

Sylvie Tordjman,

professeur en pédopsychiatrie et chef du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PHUPEA) au centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes,

Matthias Wiss,

pédopsychiatre dans le pôle PHUPEA et thérapeute familial.

La Santé en action : **Quels sont ces jeunes en souffrance qu'accompagne l'équipe mobile et comment sont-ils repérés ?**

Sylvie Tordjman et Matthias Wiss : Ce sont des préadolescents et des adolescents en grande difficulté, avec une population conséquente de garçons âgés d'environ douze ans. Nous avons une mission de prévention et il est important pour nous d'intervenir le plus précocement possible ; or l'accès à ces jeunes et à leur famille est difficile. C'est pourquoi l'équipe a tissé

des liens avec ce que nous appelons les « médiateurs de première ligne », dans les établissements scolaires et parmi les médecins généralistes, qui nous alertent sur des jeunes qui les inquiètent. Au collège ou au lycée, les enseignants notamment mais aussi d'autres membres du personnel, parce qu'ils sont en contact régulier avec les adolescents, remarquent des changements de comportement : absentéisme, baisse de l'investissement dans le travail scolaire, isolement par rapport au groupe, etc. Ils nous relaient leur préoccupation et bien souvent, ils ne se trompent pas. Le médecin traitant, lui, connaît la famille qui lui fait confiance : elle se confie volontiers à lui quand un adolescent présente des symptômes comme le manque d'appétit ou de sommeil, une forme d'irritabilité ou d'agressivité. Ces médiateurs sont un chaînon capital car la caractéristique de ces jeunes est de ne pas être en demande d'aide de façon explicite, soit parce qu'ils ne sont pas en mesure de l'élaborer ou de l'exprimer, soit parce qu'ils ne savent pas à qui l'adresser. À cet âge, on est dans un processus d'autonomisation : même si la conscience d'un mal-être existe, le recours à une aide extérieure s'apparente à un aveu de faiblesse ou au risque de se placer sous l'emprise d'autrui. C'est aussi un âge où l'on a du mal à s'inscrire dans la régularité du soin ; prendre rendez-vous au Centre Médico-Psychologique (CMP) ne cadre pas trop avec l'esprit d'un adolescent.

S. A. : **Comment s'organise le travail avec les « médiateurs de première ligne » ?**

S. T. et M. W. : Nous travaillons avec les établissements scolaires de notre secteur, collèges et lycées, publics ou privés. Nous organisons deux réunions par an, avec les acteurs désignés par le chef d'établissement ; ces personnes ressources incluent la plupart du temps l'infirmière et le médecin scolaire, les conseillers d'orientation. Nous respectons le fonctionnement institutionnel de chaque établissement qui décide quelles personnes doivent être en interface avec notre équipe ; car nous cherchons à travailler dans des rapports de confiance. Nous avons tenu également quelques réunions avec l'union des médecins généralistes en libéral afin de sensibiliser les praticiens à nos actions.

S. A. : **Quelle est la composition de l'équipe mobile d'intervention ?**

S. T. et M. W. : C'est une équipe pluridisciplinaire qui rassemble deux pédopsychiatres, un psychologue, deux infirmières, une assistance sociale, un éducateur, deux internes en psychiatrie, une secrétaire médicale, un cadre de santé ; de plus, un psychanalyste assure un temps de supervision tous les quinze jours, c'est une façon de prendre soin de l'équipe qui est souvent soumise à des situations éprouvantes.

S. A. : **Comment fonctionne-t-elle ? Quelle est sa spécificité ?**

S. T. et M. W. : Nous allons à la rencontre du jeune et de sa famille, et nous pouvons répondre en moins de 48 heures

« À L'ADOLESCENCE, ON EST DANS UN PROCESSUS D'AUTONOMISATION : MÊME SI LA CONSCIENCE D'UN MAL-ÊTRE EXISTE, LE RECOURS À UNE AIDE EXTÉRIEURE PEUT S'APPARENTER À UN AVEU DE FAIBLESSE OU AU RISQUE DE SE PLACER SOUS L'EMPRISE D'AUTRUI. C'EST AUSSI UN ÂGE OÙ L'ON A DU MAL À S'INSCRIRE DANS LA RÉGULARITÉ DU SOIN, CE QUI VIENT ENTRAVER LES SUIVIS EN CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (CMP). »

L'ESSENTIEL

➤ À Rennes, une équipe mobile pluriprofessionnelle va à la rencontre des préadolescents et adolescents en difficulté psychologique, majoritairement des garçons âgés d'environ 12 ans. Pour ce faire elle utilise un camping-car aménagé en bureau mobile.

➤ Ces jeunes, sans demande d'aide explicite, sont signalés à l'équipe mobile par des médiateurs de première ligne dans les établissements scolaires. Les parents et la famille sont étroitement associés au suivi.

➤ Selon l'évaluation portant sur les 403 premiers jeunes accompagnés, la prise en charge par l'équipe mobile permet de remettre en place une communication familiale, de faire reculer l'absentéisme scolaire, de diminuer les conduites d'agression.

à une situation de crise. Nous disposons d'un camping-car aménagé en bureau mobile qui offre une grande flexibilité pour le lieu du rendez-vous laissé au choix des personnes, là où cela leur paraît possible. Cet « ici et maintenant » nous permet d'aller au plus près, sans toutefois être intrusif dans la vie ou le domicile des familles. L'intervention se fait en binôme de professionnels, avec la présence systématique d'un médecin pédopsychiatre, afin de ne pas passer à côté de symptômes somatiques. À la suite du premier rendez-vous, la composition du binôme évolue, permettant ainsi de tenir compte des différents points de vue des professionnels selon leur formation mais aussi leur personnalité. En fonction des besoins, est recherchée la meilleure configuration de professionnels à mobiliser. Nous proposons dix rendez-vous maximum, pour évaluer la situation et passer le relais à d'autres services si nécessaire.

Le binôme à géométrie variable présente à nos yeux plusieurs avantages. Tout d'abord, en assurant une continuité dans le changement, il ne fige pas l'accompagnement et atténue considérablement, pour l'adolescent, le risque d'en dépendre. De plus, nous

ne nous substituons pas à la famille ; au contraire, en lui donnant la place de fil conducteur, puisqu'elle est le seul acteur présent tout au long du processus, nous lui reconnaissons ses compétences. D'autre part, l'intervention de soignants différents crée un effet de surprise, les problèmes de l'adolescent étant alors abordés sous des approches et des angles différents.

Avec ce dispositif mobile, nous touchons un public auquel nous aurions plus difficilement accès via les moyens traditionnels. Le bureau mobile crée un entre-deux, plus neutre que le domicile ou le CMP, et donc précieux pour y accueillir les jeunes et leur famille qui ne sont pas encore prêts à s'engager dans le soin. Cela permet d'accompagner aussi la mobilisation psychique de l'adolescent. Au terme des entretiens, nous assurons un suivi en trois temps – un, quatre et dix mois après la fin de la prise en charge – pour voir où en est l'adolescent ; c'est une psychologue qui s'en occupe en téléphonant de façon différenciée au jeune, aux parents et au médiateur, chacun de ceux-ci pouvant en effet avoir des visions différentes.

S. A. : **Quel bilan dressez-vous des interventions de l'équipe mobile ?**

S. T. et M. W. : Nous avons fait une évaluation sur les 403 premiers jeunes que nous avons accompagnés. Il est intéressant d'observer qu'il y a eu une rupture de prise en charge pour les adolescents dont les parents n'ont participé à aucun des rendez-vous avec l'équipe mobile. C'est dire l'importance

« AVEC CE DISPOSITIF MOBILE, NOUS TOUCHONS UN PUBLIC PLUS DIFFICILEMENT ACCÈS AVEC LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES TRADITIONNELS. LE BUREAU MOBILE CRÉE UN ENTRE-DEUX, PLUS NEUTRE QUE LE DOMICILE OU LE CMP, ET DONC PRÉCIEUX POUR Y ACCUEILLIR LES JEUNES ET LEUR FAMILLE QUI NE SONT PAS ENCORE PRÊTS À S'ENGAGER DANS LE SOIN. »

des parents dans le processus thérapeutique, sachant que l'équipe mobile est formée à la thérapie familiale. Les résultats font également apparaître que pour préparer le passage d'un relais thérapeutique éventuel vers une autre structure, il est nécessaire d'associer aux derniers entretiens l'un des parents représentant une figure d'autorité parentale.

Notre durée moyenne d'accompagnement est de six rendez-vous : la mise à disposition de l'équipe mobile permet de remettre en place une communication familiale, de faire reculer l'absentéisme, de diminuer les conduites d'agression. Nous constatons aussi que le bureau mobile constitue un véritable sas pour passer du lieu de vie au lieu de soin. C'est pourquoi cet « aller vers » nous semble véritablement positif.

Dans 50 % des cas seulement, nous passons le relais à une autre structure. Il arrive que la famille ne donne pas de suite au premier entretien téléphonique avec l'équipe mobile, mais ce refus d'accompagnement demeure extrêmement rare (1,2% des situations) ; d'une part parce que le médiateur de première ligne, personne de confiance pour le jeune et sa famille, accomplit un véritable travail de persuasion afin que la famille contacte pour la première fois par téléphone l'équipe mobile, d'autre part, parce que la permanence téléphonique de l'équipe mobile est assurée par deux professionnels : le travail clinique commence dès les premières minutes, le premier contact n'est pas une prise de rendez-vous administrative.

Ainsi, l'équipe mobile constitue une alternative importante permettant, en lien avec les médiateurs, d'aller à la rencontre des jeunes en difficulté non-demandeurs et de leur famille, avec des missions d'évaluation, de soutien et d'accès aux soins. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus

● Sylvie Tordjman et Mathias Wiss, *À la rencontre des jeunes en souffrance : l'expérience d'une équipe mobile pluriprofessionnelle*. Ed de boeck, Louvain-la-Neuve (2014).

Association d'entraide Vivre : accompagner les personnes en souffrance pour qu'elles trouvent leur place dans la société

Entretien avec Pascal Cacot¹,

psychiatre, directeur général, association d'entraide Vivre.

La Santé en action :

Quelle est la mission de l'association ?

Pascal Cacot : L'histoire de l'association éclaire son action aujourd'hui. Elle fut créée à la fin de la guerre par le D^r Gustave Beauvois pour aider les patients tuberculeux à se réinsérer socialement. Elle comprenait des ateliers et un bureau de placement. Au fil des années, elle s'est ouverte à des personnes en souffrance physique ou psychique. Ses dirigeants et ses membres ont toujours été convaincus que chaque être humain, quels que soient ses problèmes de santé, possède un potentiel qu'il faut développer pour permettre une insertion sociale et professionnelle. Il s'agit de reconnaître la citoyenneté de toute personne, de la valoriser et de lui donner les moyens de participer à la société. Pour cette raison, l'association a développé des structures d'accompagnement diversifiées, qui apportent des réponses complémentaires permettant aux personnes accueillies de construire leur parcours d'inclusion. Il s'agit de structures dans le domaine de l'orientation, de la formation professionnelle et de l'emploi en milieu ordinaire ou protégé ; de structures de soins de réadaptation ; de structures d'insertion par le logement ou encore d'accompagnement aux soins et à la vie sociale.

S. A. : De quels moyens humains l'association Vivre dispose-t-elle ?

P. C. : La plupart des personnes accueillies souffrent d'un handicap mental ou psychique. Ce sont près de 230 salariés qui suivent, chaque année, environ 2 000 personnes dans les vingt services et établissement de l'association. Tous les métiers du secteur médico-social au sens large sont représentés : des médecins, des infirmiers, des psychiatres, des psychologues cliniciens et des psychologues du travail, des éducateurs, des travailleurs sociaux et aussi des formateurs et des spécialistes de l'ingénierie pédagogique.

S. A. : Comment l'approche de l'association se traduit-elle concrètement dans les actions menées au quotidien ?

P. C. : À titre d'exemple, l'hôpital de jour Denise-Croissant – centre de soins de réadaptation psychosociale – propose aux patients qui ne sont pas encore prêts à intégrer le monde du travail ordinaire ou protégé un espace de transition, dans lequel ils peuvent construire un projet prenant en compte leur état de santé et leurs aptitudes. Le problème du secteur sanitaire et de l'hôpital en particulier est qu'ils apportent des soins *in vitro* aux patients : sans entreprendre concomitamment de maillage avec la société. Ils n'observent pas la personne dans sa vie réelle, comment elle se débrouille avec ses troubles, comment elle bricole, fait ses courses, donne des coups de main, etc. À Denise-Croissant, on travaille

« IL S'AGIT DE RECONNAÎTRE LA CITOYENNETÉ DE TOUTE PERSONNE, DE LA VALORISER ET DE LUI DONNER LES MOYENS DE PARTICIPER À LA SOCIÉTÉ. »

in vivo : l'équipe médicale assure le suivi en lien avec les médecins traitants, les équipes thérapeutiques et la famille. L'équipe sociopédagogique favorise le développement des compétences, avec des ateliers qui permettent la mise en situation de travail et des immersions dans le monde professionnel ; l'assistante sociale travaille sur les moyens nécessaires à l'insertion sociale et à l'autonomie du patient. Cette clinique *in vivo* est indispensable pour que le patient puisse envisager un rétablissement, au cours duquel nous allons l'accompagner pour lui permettre d'aller plus loin.

S. A. : Quelle place l'empowerment occupe-t-il dans la prise en charge ?

P. C. : Cette notion de pouvoir agir sur sa propre vie est essentielle, notamment pour les personnes en souffrance psychique. À l'association, nous ne parlons pas d'usagers, mais de personnes accueillies. Elles ne sont pas placées dans une posture d'assisté, cela ne correspondrait pas aux convictions ni à l'éthique de Vivre. La question est de savoir quels sont les dispositifs qui fonctionnent pour développer l'*empowerment*. Le décroisement entre le secteur du soin et celui du social, certes. Mais plus encore, la société réelle, la co-construction des parcours et le travail

en réseau avec des partenaires pour proposer des points d'appui dans le cheminement des personnes sont des éléments fondamentaux. L'expérience de la souffrance mentale, même si elle est douloureuse, donne des ressources et des compétences. Or, à trop vouloir protéger les personnes fragiles, on les paralyse. Au contraire, l'interaction avec l'environnement et avec la cité est importante pour créer une dynamique qui va amener les personnes accueillies à prendre ou reprendre petit à petit du pouvoir sur leur propre vie et à se sentir reconnues comme citoyennes également responsables. Depuis son origine, Vivre a travaillé avec près de 1 500 entreprises partenaires dans la région; le Club des entreprises Vivre a été créé en 2013 pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées tout au long de leur parcours professionnel et afin de réfléchir à des solutions nouvelles en menant des projets-pilotes destinés à favoriser leur inclusion. Notre centre de formation Vivre Émergence accueille ainsi des jeunes ayant un retard mental et travaille étroitement avec plusieurs entreprises sur l'accès à l'emploi.

« CRÉER UNE DYNAMIQUE QUI VA AMENER LES PERSONNES ACCUEILLIES À PRENDRE ET REPREDRE PETIT À PETIT DU POUVOIR SUR LEUR PROPRE VIE ET À SE SENTIR RECONNUES COMME CITOYENNES ÉGALEMENT RESPONSABLES. »

S. A. : Quelle bilan dressez-vous des actions menées par les différents services ?

P. C. : Nous avons un taux de rotation annuel des personnes accueillies d'environ 60 %. Mais cela n'indique pas un taux de réussite, puisque certains dispositifs sont à temps contraints, comme le centre de pré-orientation, limité à six mois. Quant à l'insertion sur le marché du travail, elle est difficile à évaluer; dans le contexte actuel, les entreprises ne peuvent pas toujours proposer des postes en contrat à durée indéterminée (CDI) ou en contrat à durée déterminée (CDD). Pour autant,

les personnes que nous suivons ont fait progresser leur employabilité et ont pris confiance en elle. Les équipes en sont témoin, mais elles ne savent pas toujours bien en rendre compte dans une évaluation globale. 23 % des personnes accueillies s'insèrent en CDD ou en CDI et 38 % suivent une formation qualifiante. Ce chiffre de 61 % constitue un taux de réussite majeur sur le plan national. L'amélioration de l'évaluation des changements constituera justement l'une de propositions de notre futur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ceci doit nous permettre en particulier de mieux décrire ces réussites constatées sur le terrain, dans l'interaction entre les équipes et les personnes accompagnées et qui favorisent leur rétablissement.

S. A. : Quelles perspectives vous fixez-vous ?

P. C. : Nous mettons en œuvre un plan pour redynamiser l'interaction avec l'environnement, en renforçant notre collaboration avec les structures institutionnelles, les établissements de soins, les entreprises, les organismes de formation, sur la base d'une co-construction avec la personne accueillie. Nous réfléchissons également à un projet d'accompagnement des personnes dans l'emploi, au plus tôt dans leur parcours. Aujourd'hui, nous sommes encore dans un système linéaire, la personne passant plusieurs étapes pour aller de la structure de soins vers l'emploi. Il pourrait y avoir un dispositif d'insertion en situation de travail réel plus en amont, avec un aménagement de poste. Il serait orchestré par un médiateur d'accompagnement professionnel (tuteur), qui aurait recours aux outils des différents services ou établissements en appui, en fonction des besoins de la personne : soins, orientation, formation. Nous cherchons à expérimenter cette modalité enrichie d'accompagnement dans l'emploi avec des entreprises partenaires. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruef, journaliste.

1. Également membre du groupe de réflexion permanent en santé mentale de la conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA) d'Île-de-France et président de la conférence de territoire de santé de Paris.

L'ESSENTIEL

► Pour l'association Vivre, chaque personne en souffrance physique ou psychique possède un potentiel à développer afin de lui permettre de s'insérer socialement et professionnellement.

► Vivre emploie 230 salariés et suit 2 000 personnes par an dans ses 20 services et établissements.

► Elle a pour principales missions d'orienter, de former, d'accompagner vers le soin, la vie sociale et l'emploi.

Association d'entraide Vivre
Accompagner les personnes en souffrance

« Un accompagnement social, de santé et administratif aux personnes prostituées »

Entretien avec Céline Bressieux,

assistante sociale et coordinatrice, établissement Les Lucioles de l'association ALC.

La Santé en action : De quels moyens humains l'équipe des Lucioles est-elle dotée et quels sont ses objectifs ?

Céline Bressieux : L'équipe des Lucioles propose un accueil de jour et accomplit un travail de rue auprès des personnes prostituées dans les Alpes-Maritimes, avec une petite antenne en Haute-Savoie à Annemasse. Notre équipe est constituée d'un directeur, d'un chef de service, d'une assistante sociale coordinatrice, d'une médiatrice culturelle, d'une médiatrice en santé publique et de cinq travailleurs sociaux. Nos interventions s'effectuent dans deux directions : d'une part, nous recevons environ 230 personnes par an dans notre centre d'accueil de jour et d'autre part, notre action dans la rue nous a permis d'aller à la rencontre de 411 personnes en 2015, dont 202 que nous ne connaissions pas.

Nous intervenons en binôme, deux fois par semaine à Nice, entre 22 heures et 2 heures du matin, et deux soirées par mois à Cannes. Notre mission est d'apporter aux personnes prostituées des informations de prévention en santé, sur les infections sexuellement transmissibles, les pratiques à risques, les précautions à prendre, ainsi que des informations sur leurs droits en matière d'accès aux soins. Leur parler de la santé, c'est peut-être la façon la moins intrusive de nouer un contact et de développer un lien de confiance. En effet, il est difficile d'aborder d'emblée l'exploitation sexuelle ou leur vécu. Nous venons avec des préservatifs, du gel, et également avec du thé, du

café, des gâteaux. Nous intervenons progressivement, avec l'objectif de convaincre ces personnes de venir nous voir à notre centre de jour, où il sera plus aisé d'échanger que dans la rue, devant d'autres personnes, dans un environnement pas toujours sécurisant.

S. A. : Que vous apporte cette démarche active auprès des personnes prostituées ?

C. B. : Cette expérience de terrain nous permet de connaître le public, son évolution, les personnes qui partent, celles qui reviennent, les lieux de prostitutions délaissés pour d'autres, les moments où il y a davantage de tensions. Cela permet de mieux nous adapter, d'être plus réactifs aux nouveaux besoins, aux nouvelles populations. Dans notre équipe, tout le monde travaille sur le terrain à tour de rôle. En côtoyant ainsi les personnes prostituées, nous mesurons mieux ce que représente pour elles le chemin à parcourir pour aller vers un service social. Nous pratiquons aussi cette démarche proactive sur Internet : une fois par semaine, nous récupérons les annonces déposées (sur des sites de rencontre par exemple) par les personnes qui se prostituent et nous les contactons sur leur numéro de portable. Cependant, il est encore plus compliqué d'élaborer une relation par téléphone. Nous avons peu de retour à ce jour sur cette intervention, mais nous la poursuivons néanmoins ; *a minima*, cela permet de les orienter vers notre site Internet (<http://www.alc-lucioles.org>).

S. A. : Comment définissez-vous votre approche ?

C. B. : Nous ne sommes pas des militants, le suivi social n'est pas conditionné à l'arrêt de la prostitution. Nous

L'ESSENTIEL

■ L'équipe des Lucioles va à la rencontre des personnes prostituées et leur propose un accompagnement personnalisé dans leurs démarches administratives, sociales et de santé.

essayons de nous mettre au niveau de la personne, en écoutant ses besoins. Les langues pratiquées par l'équipe sont l'anglais, le pidjin english, l'italien, l'espagnol, le roumain, le bulgare, et nos brochures sont traduites en cinq langues (anglais, bulgare, roumain, hongrois, espagnol). Pour les personnes ne sachant pas lire, nous nous servons d'un support vidéo sur une tablette, que nous utilisons lors de nos tournées.

La médiatrice culturelle joue un rôle important d'intermédiaire avec les travailleurs sociaux ; elle nous éclaire sur les croyances, les rapports à la sexualité de la personne prostituée en fonction de sa communauté d'origine ou de sa religion. C'est fondamental si l'on veut parler efficacement d'éducation à la sexualité ou échanger plus profondément sur son histoire et le recours à la prostitution.

Nous proposons un accompagnement personnalisé pour effectuer les démarches administratives, sociales et de santé et, dans un premier temps, nous les accompagnons aux rendez-vous à l'hôpital ou à la sécurité sociale, afin que ces démarches soient moins anxiogènes. Notre objectif est de concourir au bien-être des personnes – ou à tout le moins d'améliorer leurs conditions d'existence –, afin qu'elles puissent voir le médecin, faire un test de dépistage, comprendre la signification d'un courrier important, etc.

S. A. : Quelle est la place de la notion d'empowerment dans vos interventions ?

C. B. : Il s'agit effectivement de donner à ces personnes les moyens d'agir sur leur propre vie. Mais nos ambitions demeurent modestes. Le concept d'empowerment est un peu lointain quand on vit la réalité de la prostitution, de l'exploitation, de la traite des êtres humains. Quand la personne se déplace pour faire un test de dépistage, c'est déjà une petite victoire. Nous ne plaçons pas la barre trop haut. La prise en charge est souvent assez longue. Lorsque la confiance s'est établie au fil des rencontres, nous pouvons alors évoquer un projet alternatif à la prostitution. Il est nécessaire ensuite d'engager des démarches complexes : trouver un hébergement d'urgence, obtenir des papiers pour les personnes en situation irrégulière, déposer plainte et constituer des preuves à verser au dossier pour sortir d'un réseau d'exploitation.

S. A. : Avec quels partenaires travaillez-vous ?

C. B. : Ils sont nombreux : l'hôpital et en particulier ses services sociaux, les associations, les plateformes pour demandeurs d'asile, le 115 (les services du numéro d'urgence pour les personnes sans hébergement), la police, les assistantes sociales du conseil départemental, des médecins généralistes. Nous travaillons également avec le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites et des infections sexuellement transmissibles. Une convention nous lie au centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF). Nous menons régulièrement des actions de sensibilisation auprès des acteurs de ce réseau médico-social – autour du thème de la prostitution et de la traite des êtres humains – sous la forme de demi-journées de formation afin de faire évoluer les représentations et de présenter nos actions. Ceci permet d'avoir un réseau de partenaires en alerte sur ces problèmes et en mesure de repérer des personnes, puis de nous solliciter.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de vos actions ?

C. B. : Leur effet est difficile à évaluer quantitativement, si l'on considère que l'indicateur de réussite est la sortie définitive de la prostitution. L'une des étapes importantes est l'obtention d'un statut et de papiers pour ces personnes, afin d'envisager une alternative à la prostitution. Cet accès au droit commun permet ensuite d'orienter notre action vers la sortie de la précarité et le cheminement vers l'insertion. Mais le temps pour arriver à cette première étape est déjà long. J'ai accompagné récemment une jeune femme ne sachant ni lire ni écrire, lors de sa première visite à l'hôpital. J'étais également présente à sa seconde visite et j'ai constaté qu'elle pouvait se débrouiller seule, car elle connaissait désormais les lieux et les services où elle devait se rendre. C'est une satisfaction quand les personnes que nous suivons accèdent à davantage d'autonomie.

S. A. : Les dernières évolutions législatives ont-elles un impact sur les modalités de vos interventions ?

C. B. : Notre travail est directement concerné par les modifications législatives sur la prostitution. Le racolage n'est plus un délit, mais être client d'une personne prostituée le devient : ces évolutions de la loi modifient la donne. Par ailleurs, le décret relatif au parcours de sortie de la prostitution, d'insertion sociale et professionnelle est paru le 28 octobre 2016. Pour l'instant, nous manquons encore de recul, mais nous commençons déjà à en informer les personnes que nous suivons, et la mesure est plutôt bien accueillie. Cet accompagnement vers l'emploi, avec une allocation spécifique mensuelle de 300 euros, l'accès à un hébergement et l'obtention d'une autorisation de travail, ouvre les possibilités d'alternative à la prostitution. De plus, ni le dépôt de plainte ni la procédure de demande d'asile ne sont nécessaires pour ouvrir droit à cet accompagnement. Ceci aura sans doute un impact sur notre action. Dans tous les cas, nous devons sans cesse nous adapter face aux évolutions législatives. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

UN ACCOMPAGNEMENT POUR SORTIR DE LA PROSTITUTION

Le décret relatif au parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle (no 2016-1467), publié le 28 octobre 2016, concerne les publics suivants : personnes en situation de prostitution, victimes de traite des êtres humains. Il a pour objet la définition du parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle, le fonctionnement des commissions départementales de prévention et de lutte contre la prostitution, le proxénétisme et la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle, et les modalités d'agrément des associations chargées de la mise en œuvre du parcours de sortie de la prostitution. Ce décret vient en complément de la loi no 2016-444 du 13 avril 2016, laquelle vise à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et l'accompagnement des personnes prostituées.

Le texte de cette nouvelle législation précise en particulier qu'elle « crée un parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle. Toute personne victime de prostitution, de proxénétisme et d'exploitation sexuelle peut bénéficier d'un accompagnement et d'une prise en charge globale ayant pour finalité l'accès à des alternatives à la prostitution ».

À cette fin, une commission présidée par le préfet est créée dans chaque département. Elle a pour missions de coordonner l'action en faveur des personnes prostituées au niveau départemental d'une part et de rendre un avis sur l'engagement des personnes dans le parcours de sortie de la prostitution d'autre part. L'entrée dans le parcours fait l'objet d'une autorisation (provisoire de séjour, NDLR) délivrée par le préfet, qui conditionne l'ouverture de droits spécifiques en matière d'accès au séjour pour les personnes étrangères et la perception d'une aide financière pour les personnes non éligibles aux minima sociaux. L'accompagnement des personnes bénéficiaires du parcours de sortie de la prostitution est assuré par des associations spécifiquement agréées à cet effet.

Pour en savoir plus

● <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2016/10/28/FDFA1621870D/jo/texte>

Chemsex : livret d'information pour les professionnel[le]s et les intervenant[e]s de santé

Réseau de prévention des addictions (Respadd)



Le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd), qui fédère plus de six cents établissements de santé, édite un livret d'accompagnement des professionnels de terrain autour du « chemsex¹ ». Né dans le milieu gay, le chemsex désigne un ensemble de pratiques consistant à consommer des produits psychostimulants dans un contexte sexuel. Le phénomène connaît, depuis les années 2000, un renouveau avec l'apparition de nouvelles drogues telles que les cathinones de synthèse, et aussi en raison de l'augmentation des applications géolocalisées dédiées aux rencontres sexuelles. Ce développement interpelle les acteurs de santé publique, notamment parce que de nombreuses pratiques potentiellement à risque infectieux sont associées au chemsex. Ce livret comprend trois parties. « Connaître » présente les concepts fondamentaux : définition du chemsex, contexte lié à la population, types de produits, pratiques à risque infectieux associées au chemsex, problèmes associés ; « Accompagner » donne des conseils pour intervenir : comment être à l'écoute, promouvoir des messages de réduction des risques, prendre en charge ou orienter ; enfin, « Se former / s'informer » com-

plète cette brochure en présentant des ressources-clés : non seulement une bibliographie et d'autres brochures connexes au sujet traité, mais également des formations.

Laetitia Haroutunian

Ouvrage en ligne : <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2016/10/ChemSex-BAT5-Version-d%C3%A9finitive.pdf>

Paris : Respadd, septembre 2016, 16 pages, livret gratuit sur demande (contact@respadd.org).

1. Prononcer [kem.sesks].

Oser le bien-être au collège

Christian Garcia, Caroline Veltcheff

Dans ce nouvel ouvrage paru dans la collection « Partage d'expériences » des éditions Le Coudrier, Christian Garcia et Caroline Veltcheff, respectivement principal de collège et inspectrice d'académie, présentent un travail à la fois réflexif et pratique sur la question du bien-être en milieu scolaire. L'ouvrage prend comme fondement la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946 : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », laquelle institue le bien-être comme pierre fondatrice d'un bon climat scolaire et d'une bonne santé des élèves. Ce livre présente de manière synthétique quatre expériences de promotion du bien-être au collège, afin de donner des clés pratiques aux acteurs désireux de mettre en place une expérimentation : pilotage ; démarche générale ; phases du projet (diagnostic, déroulement des actions, évaluation) ; perspectives. La deuxième partie formule des recommandations essentielles ainsi qu'un ensemble de définitions. Enfin, une rubrique « Pour aller plus loin » présente les publications-clés ayant trait à ce domaine : ouvrages, guides, sites Internet.

Laetitia Haroutunian

Brignais : Le Coudrier, coll. Partage d'expériences, mai 2016, 170 pages, 29,50 €.



Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes

Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

À la demande du ministère de l'Éducation nationale, du ministère des Affaires sociales et du secrétariat d'État chargé des Droits des femmes, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEFH) a été saisi sur la question de l'éducation à la sexualité, ce qui a donné lieu à un rapport remis en juin 2016. Cette étude dresse un bilan des effets de la circulaire du 17 février 2003, qui institue des séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, l'objectif étant de « renforcer l'éducation au respect mutuel et à l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes ». Cette synthèse comprend deux grandes parties : la première reprend les questions-clés autour de l'éducation à la sexualité et fournit des bases pour nourrir la réflexion. Ce premier volet est complété par un panorama des politiques publiques autour de l'éducation à la sexualité, au regard des standards internationaux de promotion d'une approche positive et égalitaire de l'éducation à la sexualité. Le second volet du rapport se consacre plus spécifiquement à l'éducation à la sexualité et à sa mise en œuvre sur le territoire national. L'organisation du système éducatif lié à la sexualité est analysée : pilotage des instances, mise en œuvre (y est notamment abordée la question de la formation des intervenants), format et contenu des séances, financement, intervenants extérieurs, outils. Le chapitre 2 préconise un schéma d'organisation pour l'éducation à la sexualité hors système scolaire, avec « l'implication indispensable de toute la société » : éducation populaire, protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), missions locales d'insertion, etc. Des « fiches pratiques » complètent ce rapport avec une sélection de ressources : définitions des concepts-clés, sites Internet et outils d'intervention de référence.

Laetitia Haroutunian

Paris : Haut Conseil à l'égalité – HCE, juin 2016, 136 pages.

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000367.pdf>

Santé publique France publie les premiers résultats de l'étude sur l'exposition des femmes enceintes françaises aux polluants de l'environnement - Tome 1 : les polluants organiques

Santé publique France publie les résultats d'une étude qui, pour la première fois en France, décrit l'exposition des femmes enceintes françaises à certains polluants environnementaux.

6 familles de polluants de l'environnement étudiées

6 familles de polluants de l'environnement ont été étudiées : le bisphénol A, les phtalates, les pesticides, les dioxines, les retardateurs de flamme et les composés perfluorés. Ces polluants sont des perturbateurs endocriniens, autrement dit des substances étrangères à l'organisme qui imitent les hormones naturelles ou interfèrent avec le système hormonal. Par ailleurs, certains sont des cancérigènes avérés ou suspectés. L'exposition à ces polluants pendant la grossesse pourrait avoir des répercussions sur la santé de l'enfant et de la mère. Les résultats décrits dans le 1^{er} tome de cette étude s'inscrivent dans le volet périnatal du programme national de biosurveillance mis en œuvre par l'agence.



Une préoccupation de santé publique

L'étude a été menée auprès de 4 145 femmes enceintes ayant accouché en 2011 en France continentale (hors Corse) et incluses dans la cohorte Elfe (Etude longitudinale française depuis l'enfance). L'imprégnation de ces femmes par ces polluants de l'environnement a été mesurée à partir de prélèvements recueillis au moment de l'accouchement (sang de cordon, urines, cheveux, sérum).

Cette étude permet d'apporter des indicateurs pour aider les pouvoirs publics à limiter l'exposition des femmes enceintes à ces substances, à mesurer dans le temps l'efficacité des mesures mises en place et à bien comprendre les modes d'imprégnation. Elle permet également de rechercher les déterminants (tabac, alimentation, produits cosmétiques et d'hygiène) qui ont conduit à certains niveaux d'imprégnation.

EN SAVOIR PLUS

Le rapport et sa synthèse sont accessibles sur le site de Santé publique France : Imprégnation des femmes enceintes par les polluants de l'environnement en 2011 – Volet périnatal du programme national de biosurveillance mis en œuvre au sein de la cohorte Elfe. Tome 1 : polluants organiques. <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Exposition-des-femmes-enceintes-francaises-aux-polluants-de-l-environnement-Tome-1-les-polluants-organiques>
Voir aussi : Dossier biosurveillance <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2016/Impregnation-des-femmes-enceintes-par-les-polluants-de-l-environnement-en-France-en-2011>

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

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





/ POUR LA VIE /
/ POUR UN WEEK-END /
/ POUR UNE FOIS /

Les situations varient.
Les modes de protection aussi.

PRÉSERVATIFS / PREP / TPE / TASP / DÉPISTAGES

Sexe entre hommes : trouvez vos modes de protection sur **sexosafe.fr**



Posez vos questions sur sida-info-service.org et au 0800 840 800
Appel confidentiel, anonyme et gratuit depuis un poste fixe.