



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-118A

La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication

RAPPORT

Établi par

Claire AUBIN

Danièle JOURDAIN MENNINGER

Avec la participation du Dr. Laurent CHAMBAUD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Octobre 2009 -

Synthèse

Les constats effectués par la mission concernant la situation française en matière d'interruption volontaire de grossesse, de contraception et de contraception d'urgence confirment, s'il en était besoin, l'enjeu majeur qui s'attache aux actions d'information, d'éducation et de communication dans ces domaines. L'amélioration des connaissances, la sensibilisation au risque, l'éducation des comportements, constituent **le premier stade de la prévention**, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive comme ailleurs. La difficulté à influencer sur des comportements constitue un problème classique en matière de prévention sanitaire. Il est accentué par le fait qu'on aborde, avec la sexualité, un domaine particulièrement complexe et délicat qui touche à l'intime.

La persistance de carences importantes dans l'information peut apparaître paradoxale dans une société où la sexualité est omniprésente et où chacun prétend dès le plus jeune âge, tout connaître en la matière. En l'occurrence il s'agit moins de remédier à une absence d'information que de structurer et fiabiliser une information surabondante, et de contrebalancer certaines sources de désinformation : idées fausses véhiculées par les pairs et propagées dans les forums de discussion, messages biaisés adressés par l'industrie pornographique.

L'information et l'éducation à la sexualité constituent un enjeu majeur, au croisement des politiques publiques, puisqu'elles impliquent en premier lieu l'institution scolaire, au côté des structures sanitaires et sociales.

Le rapport aborde donc la question sous trois angles essentiels et complémentaires :

- l'information et l'éducation à la sexualité des jeunes, mission pour laquelle l'institution scolaire s'est vu reconnaître un rôle stratégique,
- l'accompagnement spécifique des personnes placées en situation de précarité ou de risque,
- les actions de communication menées en direction du grand public dans le cadre de la politique de santé dans le but de prévenir les grossesses non désirées.

L'éducation à la sexualité à l'école est devenue une obligation légale depuis la loi du 4 juillet 2001 selon laquelle « *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* » (article L 312-16 du Code de l'éducation)

Ces dispositions ambitieuses généralisent à l'ensemble du cursus scolaire, depuis l'école élémentaire jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, une démarche qui était jusqu'alors centrée sur les classes de quatrième et troisième. Le Ministère de l'éducation nationale a défini à travers la circulaire du 17 février 2003 un cadre d'application mais aucun bilan d'ensemble n'a été réalisé qui permette d'évaluer comment et dans quelle mesure les dispositions légales sont appliquées au niveau des établissements scolaires. A partir des éléments d'appréciation qu'a pu recueillir l'IGAS sur le terrain **il semble que l'obligation légale soit très inégalement et partiellement appliquée**. Sa mise en œuvre soulève de délicats problèmes de fond, dont l'administration de l'éducation nationale semble avoir bien conscience, et auxquelles elle répond notamment en termes d'éthique et d'objectifs éducatifs à travers les orientations définies par la circulaire précitée. Mais **l'organisation** des séances d'éducation à la sexualité se heurte aussi à **d'importantes difficultés matérielles** : intégration dans le programme et la vie scolaire, disponibilité des salles et créneaux horaires, financement des actions, articulation entre l'équipe éducative et les intervenants extérieurs.... Faute d'impulsion suffisante pour les résoudre, elles freinent la mise en œuvre des dispositions légales là où il n'existe pas une forte dynamique locale. Le coût des interventions n'est pas intégré dans les prévisions budgétaires et leur financement est tributaire de la mobilisation des

diverses collectivités et institutions concernées par ces questions (éducation nationale, conseils généraux et régionaux, assurance maladie,...) entre lesquelles les compétences ne sont pas clairement réparties.

Ces difficultés ne sont pourtant pas insurmontables, comme en témoignent les multiples initiatives développées sur le terrain par des partenaires convaincus de la nécessité d'agir. Mais la prise de conscience collective au niveau des établissements demeure aléatoire, et fonction des équations locales. La diffusion des expériences n'est pas suffisamment développée, ni l'effort d'évaluation qui serait nécessaire pour mettre en évidence des résultats dont personne ne doute mais qui méritent d'être connus et valorisés.

Déjà difficiles à développer en milieu scolaire où elles s'adressent à un public captif dans le cadre d'une obligation légale, **les actions d'information et d'éducation à la sexualité** le sont plus encore **en dehors du système éducatif**. Elles y sont pourtant particulièrement nécessaires, notamment **pour les jeunes exclus ou en marge du système scolaire et les femmes en situation de précarité sociale**. Ainsi les jeunes suivis par les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) se caractérisent-ils, par rapport à la population générale de leur âge, par une initiation sexuelle plus précoce mais aussi par un moindre recours à la contraception, qui supposent d'intensifier les actions en leur direction. Une collaboration a été engagée entre les ministères de la santé et de la justice pour développer des actions spécifiques en la matière, dans le cadre des objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique.

Les femmes en situation de difficulté sociale ou de précarité sont confrontées à de grandes difficultés pour s'approprier leur vie sexuelle et en maîtriser les conséquences. De profils très variés – sans domicile, victimes de violence, issues de l'immigration et placées en situation de dépendance conjugale ou familiale– elles appellent des interventions adaptées en fonction du contexte dans lequel elles se trouvent. Le cadrage juridique et financier de ces actions apparaît incertain et fragile. Elles peuvent selon le cas être menées à partir des établissements d'information, de consultation, de conseil familial (EICCF), des centres de planification et d'éducation familiale, de la PMI. Le mouvement français du planning familial (MFPF) intervient également dans les établissements comme les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) accueillant des femmes en situation précaire dans le cadre d'un programme national financé par la direction générale de la santé.

Au total, malgré la diversité des sources d'information, les enquêtes menées auprès du grand public révèlent la **persistance dans la population française d'idées fausses et de lacunes importantes dans la connaissance de la contraception** et des moyens pour éviter une grossesse non désirée. La priorité donnée à la prévention des IST et du SIDA s'est traduite par des campagnes d'information et de communication ciblées sur ces questions au détriment de la contraception qui aurait pu être abordée dans une approche plus large de la santé sexuelle et reproductive. Dans ce contexte, la campagne 2007-2009 lancée par l'INPES sur la contraception doit être saluée comme une évolution positive : programmée sur une durée de 3 ans après des années de silence sur cette question (la dernière campagne remonte à 2001) elle témoigne par ses messages (« *la meilleure contraception c'est celle qu'on choisit* ») d'une prise de conscience par rapport à des difficultés structurelles exposées dans le rapport IGAS sur la contraception qui limitent l'efficacité de la couverture contraceptive en France. Son impact sur les comportements reste à ce stade difficile à apprécier et ne pourra en tout état de cause avoir d'effet durable que si la communication est poursuivie au-delà de 2009. A la différence d'autres champs de la communication à visée d'éducation sanitaire (comme par exemple celle ayant trait à l'usage des antibiotiques), rien n'est jamais acquis dans ce domaine. L'arrivée continuelle de nouvelles populations de jeunes qui débutent leur vie sexuelle nécessite en effet de **renouveler sans cesse les messages de prévention**.

C'est là une des recommandations essentielles du présent rapport, qui souligne la nécessité d'une **communication globale et continue sur la santé sexuelle et reproductive** par le biais de campagnes menées en permanence. Constatant les effets pervers d'une approche centrée sur les abordant de façon cloisonnée les divers aspects de la sexualité sous l'angle exclusif des risques (VIH, IST, grossesses non désirées,...) le rapport recommande une approche cohérente et positive de la santé sexuelle.

La mission insiste par ailleurs sur la nécessité de **se donner les moyens d'appliquer la loi en matière d'information et d'éducation à la sexualité à l'école**, notamment à travers la mise en place d'un système de suivi opérationnel et de pilotage. Un état des lieux devrait être dressé pour apprécier l'évolution de la situation depuis 2001 et une mission interministérielle associant notamment l'éducation nationale et la santé pourrait être lancée afin de recenser les difficultés éventuelles, de proposer des modalités concrètes d'action et mobiliser l'ensemble des ressources possibles pour intensifier l'effort d'information et d'éducation en direction des jeunes.

Sommaire

SYNTHESE	3
LA PREVENTION DES GROSSESSES NON DESIREES : INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION.....	9
1. INFORMATION ET EDUCATION A LA SEXUALITE EN MILIEU SCOLAIRE : APPLIQUER LA LOI.....	10
1.1. Une obligation légale qui n'est pas perçue ni appliquée comme telle	10
1.2. La mise en œuvre des dispositions légales passe par un certain nombre de préalables	13
1.3. De nombreuses expériences ouvrent la voie, qui se sont révélées probantes.....	19
2. LES SITUATIONS A RISQUE : ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE.....	23
2.1. Des actions dans des lieux extrascolaires	24
2.2. Une intervention plus intense pour les jeunes suivis dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse	27
2.3. Les femmes en situation de précarité : des accompagnements spécifiques.....	29
3. INFORMER ET COMMUNIQUER, DES ACTIONS SANS CESSER A RENOUVELER	34
3.1. Des sources d'information très diversifiées.....	34
3.2. La persistance de représentations erronées	36
3.3. Une approche globale de la prévention.....	37
3.4. Des campagnes d'information et de communication trop espacées	38
3.5. Les limites des campagnes de communication.....	42
4. RECOMMANDATIONS	43
4.1. Information et éducation dans le système scolaire	43
4.2. Pour les jeunes qui ne sont pas dans le système scolaire classique	44
4.3. Pour les populations en situation de précarité.....	45
4.4. Les campagnes de communication	46
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	47
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	49
ANNEXE 1 : ACTIONS D'EDUCATION A LA SEXUALITE MENEES DANS L'ACADEMIE DE NANTES.....	59
ANNEXE 2 : OBJECTIF 11 DU PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE (PRSP) EN ILE DE FRANCE.....	67
ANNEXE 3 : CONVENTION ENTRE LE GRSP DU LIMOUSIN ET LE RECTORAT DE L'ACADEMIE DE LIMOGES POUR LE FINANCEMENT D'UNE ACTION DE FORMATION DE FORMATEURS EN EDUCATION A LA SEXUALITE	73
ANNEXE 4 : RESEAU D'INFORMATION SUR LA SEXUALITE DANS LES COLLEGES ORGANISE SOUS L'EGIDE DU CONSEIL GENERAL DU HAUT RHIN	77

ANNEXE 5 : ACTIONS D'EDUCATION A LA SEXUALITE « QUESTIONS D'AMOUR » MENEES PAR LES CENTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LE HAUT RHIN	79
ANNEXE 6 : GUIDE INFO-ADO POUR LES INTERVENTIONS EN MILIEU SCOLAIRE	89
ANNEXE 7 : INDICATEURS DE PERFORMANCE AU MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET DE LA CITOYENNETE	97
ANNEXE 8 : PROJET DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA CONTRACEPTION (AFC) CONCERNANT LA FORMATION DE JEUNES A LA CONTRACEPTION PAR LEURS PAIRS	99
SIGLES UTILISES	101
BIBLIOGRAPHIE.....	103

La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication

Dans le cadre du programme annuel de travail de l'Inspection générale des affaires sociales, la ministre de la santé et des sports a approuvé le lancement d'une mission d'évaluation des politiques publiques relative à la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, suite à la loi du 4 juillet 2001. Cette mission a été confiée à Mesdames Claire AUBIN et Danièle JOURDAIN MENNINGER, Inspectrices générales des affaires sociales, avec la participation du Docteur Laurent CHAMBAUD, relecteur-discutant, qui a par ailleurs assuré le suivi des travaux sous l'angle médical.

Pour cette mission les inspectrices générales ont procédé à l'audition d'un grand nombre d'acteurs au niveau national, dont la liste figure en annexe : responsables politiques et administratifs, représentants des agences sanitaires, des organismes de protection sociale, professionnels de la santé, de l'éducation et du secteur social, responsables associatifs, représentants d'organisations professionnelles, chercheurs et universitaires, personnes qualifiées, ... Des contacts suivis ont été entretenus avec les responsables de plusieurs travaux d'enquête en cours, afin de compléter et d'actualiser les données fournies par l'abondante littérature consultée sur ces sujets, dont on trouvera une liste non exhaustive en annexe.

La mission a par ailleurs réalisé des investigations sur le terrain qui ont donné lieu à de multiples rencontres et déplacements entre les mois d'octobre 2008 et de mai 2009. Les inspectrices générales se sont notamment rendues à Paris et dans plusieurs départements d'Ile de France, en Limousin, dans les pays de Loire, le Nord-Pas de Calais, en Alsace, en Martinique et Guadeloupe ainsi qu'en Belgique francophone. Sur chacun des sites, elles ont travaillé en étroite collaboration avec les médecins inspecteurs et autres membres de l'encadrement des Ddass et Drass, elles se sont rendues dans les établissements de santé publics et privés, les centres de planification et d'éducation familiale, ont rencontré de nombreux professionnels, des élus et responsables des services des collectivités locales ainsi que de multiples acteurs de terrain dont la liste est également fournie en annexe.

Les conclusions de la mission font l'objet d'un rapport de synthèse, accompagné de trois rapports thématiques auxquels s'ajoute un rapport spécifiquement consacré à l'outremer. Le présent rapport s'inscrit dans cet ensemble. Consacré à la prévention des grossesses non désirées par l'éducation à la sexualité, l'information et la communication, il précise, complète et fonde les observations qui figurent sur ce thème dans le rapport de synthèse.

Il était en effet impossible d'évaluer les politiques de prise en charge et de prévention des grossesses non désirées sans examiner, en amont, l'effort de prévention primaire, à travers l'information et l'éducation à la sexualité. La loi du 4 juillet 2001 dont l'IGAS a été chargée d'apprécier les suites prévoyait d'ailleurs des dispositions précises à cet égard dont la réalisation incombe en premier lieu à l'Education nationale. Mais celle-ci ne saurait supporter seule la responsabilité et le poids de la politique d'éducation à la sexualité qui constitue depuis 2003, un des axes prioritaires du partenariat interministériel en santé publique.

Le présent rapport entend contribuer à l'effort d'évaluation, à partir des échanges noués par la mission avec les responsables impliqués au niveau national et local et des investigations qu'elle a pu mener sur le terrain. Il pourrait être le premier pas vers un travail plus large d'évaluation interministérielle.

La mission tient à remercier l'ensemble des personnes et institutions rencontrées qui lui ont réservé le meilleur accueil et ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail, sans ménager leurs efforts et dans un esprit d'ouverture.

1. INFORMATION ET EDUCATION A LA SEXUALITE EN MILIEU SCOLAIRE : APPLIQUER LA LOI

1.1. Une obligation légale qui n'est pas perçue ni appliquée comme telle

1.1.1. L'éducation à la sexualité est, depuis 2001, une obligation légale

L'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 inscrit dans le Code de l'éducation un article L 312-16 selon lequel « *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* ».

Ces dispositions légales témoignent d'une réelle ambition et leur portée mérite d'être soulignée :

- elles consacrent le passage de l'information sexuelle à l'éducation à la sexualité
La loi de 2001 complète de ce point de vue la démarche et le cheminement amorcés dans l'Education nationale depuis 1968 avec l'introduction d'abord d'une *information* scientifique, visant à transmettre des connaissances sur la sexualité, dispensée dans le cadre des cours de biologie et dans les cours d'éducation familiale et sociale, pour s'élargir ensuite à une véritable *éducation* globale à la sexualité appréhendée dans ses diverses dimensions –sociales, relationnelles, culturelles.
- elles en font une obligation au plan légal
Prévue initialement sous la forme de séances facultatives par la circulaire dite « circulaire Fontanet » du 23 juillet 1973, séances auxquelles on assistait en dehors de l'emploi du temps scolaire, avec l'autorisation des parents, l'éducation à la sexualité est apparue de plus en plus nécessaire avec le développement de l'épidémie de Sida. La circulaire du Ministère de l'éducation nationale du 11 avril 1996 (annulée et remplacée par celle du 19 novembre 1998) la rendait obligatoire en prévoyant un enseignement de 2 heures minimum par an pour les classes de 4^{ème} et de 3^{ème}.
La consécration de cette obligation par le législateur lui donne une toute autre portée. Mais bien que prévue par la loi et formulée en termes très concrets et opérationnels sa mise en application ne comporte aucune sanction légale ce qui lui confère de fait plutôt le caractère d'un objectif solennellement consacré par la loi.
- elles généralisent et systématisent la démarche d'éducation à la sexualité, puisque celle-ci, auparavant centrée sur l'entrée dans l'adolescence (4^{ème} et 3^{ème}) doit faire l'objet de trois séances annuelles sur tous le cursus scolaire, de l'enseignement élémentaire jusqu'à l'entrée dans l'enseignement supérieur.

Depuis 2003, l'éducation à la sexualité constitue un des axes prioritaires du partenariat en santé publique entre les ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale, et plus récemment au travers de contrats de partenariats avec le ministère de la justice (protection judiciaire de la jeunesse) et avec celui de l'agriculture et de la pêche.

1.1.2. Mais elle n'est pas perçue ni appliquée comme telle

1.1.2.1. Un cadre de référence

La mise en œuvre des dispositions de la loi de 2001 fait l'objet d'une circulaire d'application du Ministère en charge de l'éducation nationale publiée le 17 février 2003 .

Celle-ci prévoit qu'à l'école primaire, l'éducation à la sexualité incombe aux maîtres chargés de classe et sera intégrée autant que possible « à l'ensemble des autres contenus et des opportunités apportées par la vie de classe ou d'autres événements ». Il est précisé que « le nombre de trois séances annuelles fixé par le Code de l'éducation doit être compris plutôt comme un ordre de grandeur à respecter que comme un nombre rigide de séances exclusivement dévolues à l'éducation à la sexualité ». Dans le secondaire elle confie au chef d'établissement le soin d'« établir en début d'année scolaire les modalités d'organisation et la planification de ces séances » lesquelles doivent être prises en charge par une équipe de personnes volontaires composées d'enseignants et de personnels d'éducation, avec la possibilité, comme le prévoit la loi, de faire appel à des interventions extérieures, en privilégiant le recours à des intervenants issus d'associations agréées.¹

Un dispositif de pilotage doit être mis en place au niveau de chaque académie comprenant un projet, un coordonnateur et une équipe de pilotage. Dans le souci de ne pas multiplier les dispositifs spécifiques il est prévu que l'ensemble a vocation à s'inscrire dans un dispositif général de pilotage des thématiques de santé, sexualité, et prévention.

1.1.2.2. Des outils

Des supports pédagogiques ont été développés au niveau du Ministère de l'éducation nationale pour soutenir les équipes éducatives dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une démarche d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.

Deux brochures ont été éditées en 2004 et 2005 dans la collection « Repères » par le centre national de documentation pédagogique (CNDP) :

- Un guide du formateur [« L'éducation à la sexualité au collège et au lycée »](#), destiné aux équipes éducatives, propose des éléments de réflexion, d'analyse sur la sexualité et apporte des repères d'ordre pédagogique et éthique pour inscrire dans un processus éducatif global
- Un guide d'intervention « éducation à la sexualité » destiné aux personnes intervenant dans des séances au niveau des collèges et lycées auxquelles il entend fournir un cadre de référence pour la préparation des séances d'éducation à la sexualité

Une mallette pédagogique « bonheur d'aimer » diffusée dans tous les collèges en 2001 comporte un ensemble d'outils pédagogiques concrets ciblés sur les classes de 4^{ème} et de 3^{ème} tant pour les éducateurs (livret d'accompagnement pour les professeurs de SVT, dossier technique pour les infirmier(e)s scolaires) que pour les élèves (série de fiches thématiques).

Ces outils semblent généralement appréciés par leurs destinataires mais ne couvrent qu'une partie des préoccupations et du champ imparti à l'éducation à la sexualité. Des interlocuteurs de la mission ont notamment regretté qu'une initiative comme la mallette pédagogique précitée n'ait pas été renouvelée et élargie à l'ensemble des classes désormais concernées par le dispositif légal.

¹ associations agréées ayant reçu l'agrément national ou académique prévu par le décret du 9 novembre 1992

1.1.2.3. Mais pas de bilan

Il n'y a pas en 2009 de bilan de l'application des dispositions de la loi de 2001 concernant l'éducation à la sexualité.

Les responsables de ces questions au Ministère de l'éducation nationale font état des difficultés méthodologiques qui ont jusqu'à présent fait obstacle à la réalisation d'un tel bilan. Il apparaît notamment difficile de faire la part de ce qui relève d'interventions ponctuelles et d'actions sur la durée s'insérant dans un projet d'éducation à la sexualité.

Un tel bilan a pourtant été réalisé pour la période 1997-2001 avant que l'éducation à la sexualité ne devienne une obligation légale généralisée. Ce bilan, au niveau des collèges, seuls alors concernés, portait à la fois sur les actions de formation des personnels (au total sur la période 10 260 personnes formées pour organiser des séquences d'éducation à la sexualité dans les collèges) et sur les actions réalisées en direction des élèves (environ la moitié des collèges avaient mis en place des actions d'éducation à la sexualité, touchant chaque année environ 600 000 élèves des classes de 4^{ème} ou 3^{ème}).

Sans doute la généralisation de l'éducation à la sexualité à l'ensemble du cursus scolaire rend-elle le recueil d'information plus complexe et difficile. Mais l'impossibilité de disposer d'éléments d'évaluation sur l'impact des dispositions légales huit ans après leur entrée en vigueur n'en pose pas moins problème. D'autant que la circulaire précitée prévoyait d'établir un bilan annuel académique de la mise en œuvre de la loi de 2001 à partir d'une grille nationale transmise aux recteurs.

La direction de l'évaluation et de la prospective du Ministère a engagé une étude sur échantillon portant sur l'éducation à la santé dans les établissements scolaires dont un certain nombre de questions ont trait à l'éducation à la sexualité. Les premiers résultats en seront connus pour la fin de l'année 2009.

A ce stade il n'est pas possible de disposer d'éléments précis ni sur les actions mises en œuvre ni sur le nombre d'établissements concernés ou le nombre d'élèves en ayant bénéficié. La mission n'a pas eu connaissance d'éléments de bilan sur la mise en place du dispositif académique de pilotage prévu dans la circulaire de 2003

Elle a pu collecter des éléments chiffrés dans certaines régions qui se sont particulièrement investies en matière d'éducation à la sexualité comme par exemple en Alsace où cette question fait l'objet d'un travail partenarial important. Ces chiffres dont la signification ne dépasse pas le cadre local témoignent d'une préoccupation de suivi qui mériterait d'être exploitée et poursuivie dans une perspective plus globale d'évaluation nationale.

Les actions d'éducation à la sexualité en Alsace

Haut-Rhin

87,5 % des collèges bénéficient d'interventions (86,5% en mai 2006)

82,6% des LEGT bénéficient d'interventions (56,5% en mai 2006)

92% des LP bénéficient d'interventions (83,3% en mai 2006)

8437 collégiens principalement des élèves de 4^e et 3^e

9054 lycéens principalement des élèves de 2^{de} et des élèves en BEP et CAP

840 élèves du 1^{er} degré (CM1-CM2)

10 413 élèves ont bénéficié d'une info à la sexualité assurée par un CPEF 68 et 3760 par le MFPPF du 68 ; très fort partenariat entre EN, Le CG et le MFPPF68

Bas-Rhin

87,7 % des collèges bénéficient d'interventions (69,7% en mai 2006)

83,4% des LEGT bénéficient d'interventions (66,6 % en mai 2006)

100% des LP (83,3% en mai 2006)

13610 collégiens principalement des élèves de 4^e et 3^e

15919 lycéens principalement des élèves de 2^{de} et des élèves en BEP et CAP

120 élèves du 1^{er} degré (CM1-CM2)

Pas de données statistiques disponibles . Les professionnels de plusieurs maternités et CPEF font de l'information à la sexualité mais sans soutien du conseil général ; le MFPPF67 est intervenu auprès de 5500 élèves.

Les thèmes abordés sont adaptés au niveau des élèves :

- puberté et relations amoureuses en 6^e et 5^e
- relations amoureuses, contraception, IST en 4^e et 3^e
- en CM2 essentiellement la puberté

Les modalités d'intervention sont basées sur les échanges sous forme de débat et de groupe de paroles, mais aussi sous forme de conférence devant plusieurs classes regroupées.

Certains établissements utilisent le théâtre comme point de départ à une intervention, parfois des films, peu d'expositions.

Dans 80% des cas dans le Haut-Rhin et 60% dans le Bas-Rhin une documentation est remise à l'élève.

L'évaluation des actions reste peu pratiquée : elle se fait le plus souvent sous forme d'un questionnaire de satisfaction auprès des élèves.

Les personnels de l'éducation nationale qui organisent et participent à ces actions sont principalement des infirmières, puis les enseignants, médecins, assistantes sociales et conseiller principal d'éducation. Les infirmières scolaires qui coordonnent ces actions dans 90% des cas et dans 28% des projets seule l'infirmière est citée.

A ces actions se rajoutent celles réalisées par des intervenants extérieurs : associations agréées, centre de planification familiale, planning familial, médecins, sages-femmes, infos ados (Bas-Rhin).

Depuis 2001, les actions d'information à la sexualité se sont développées dans la région.

1.2. La mise en œuvre des dispositions légales passe par un certain nombre de préalables

Les informations actuellement disponibles ne permettent pas d'évaluer l'étendue du parcours à accomplir pour satisfaire aux obligations légales dans tous les établissements scolaires et pour tous les élèves, de la maternelle à la terminale. Mais tout laisse à penser que ce parcours reste important. Selon le bilan du Plan de santé des jeunes la pratique de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires reste insuffisante : « *de contenu et de qualité inégaux, ces séances rencontrent des difficultés de mise en œuvre* ». Selon les organisations du GNIES (Groupe National d'Information et Education Sexuelle), les obligations imposées par la loi sont loin d'être atteintes. Le chemin n'est pas exempt d'obstacles qui se manifestent avec plus ou moins d'acuité selon les lieux et les circonstances. Aux problèmes de fond qui rendent la démarche d'éducation sexuelle à l'école particulièrement délicate, et dont l'administration de l'éducation nationale semble avoir

bien conscience, s'ajoutent de nombreuses difficultés matérielles qu'il ne faut pas sous-estimer. Faute d'impulsion suffisante pour les résoudre elles constituent des freins à la mise en œuvre des dispositions légales là où il n'existe pas une forte dynamique locale pour les surmonter.

1.2.1. Des problèmes de fond

1.2.1.1. Vaincre les réticences éventuelles

Il aura fallu des décennies pour passer des planches anatomiques sans sexe dans les manuels scolaires à une information et éducation à la sexualité à l'école. Le bilan dressé par le Ministère de l'éducation nationale des actions d'éducation à la sexualité menées dans les collèges entre 1997 et 2000² note que les actions « sont dans l'ensemble plébiscitées par les familles, les associations de parents d'élèves, en particulier parce qu'elles permettent souvent une ouverture, un dialogue, voire une meilleure compréhension avec leurs enfants ». Mais ces constatations se fondent sur les 53% des collèges ayant mis en place de telles actions, dont on peut penser qu'ils connaissaient a priori un climat plus favorable à ce type d'initiative.

Car malgré l'évolution des mœurs et des mentalités, toutes les réticences sont loin d'être aplanies comme la mission a pu le constater au travers des entretiens menés sur le terrain. Le problème se pose avec une particulière acuité dans les départements d'outre-mer comme la Guadeloupe et la Martinique où malgré une forte implication des partenaires institutionnels et associatifs, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire est difficile à organiser, faute d'adhésion des parents, des chefs d'établissement ou des personnels³. Mais il peut parfois, sans que les acteurs rencontrés sur le terrain considèrent que ce soit un phénomène d'ampleur importante se manifester aussi en métropole notamment vis-à-vis de certaines communautés qui par religion, culture, ou tradition peuvent être mal préparées à accueillir ce type d'initiative et récuser la légitimité de l'école à intervenir dans ce domaine, et dont l'opposition se manifeste par des prises de position marquée des parents d'élèves.

De façon plus générale et au-delà d'éventuels comportements d'hostilité déclarée, dont on mesure mal l'importance demeure une certaine circonspection chez des parents et enseignants qui craignent, en parlant aux jeunes de sexualité, de les inciter à une activité sexuelle plus précoce, ou appréhendent un discours non conforme à leurs propres valeurs.

La circulaire de 2003 précitée souligne que l'éducation à la sexualité « doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun » mais elle souligne aussi que cette éducation « se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui » et qu'elle doit « affirmer ces valeurs communes dans le respect des différentes manières de vivre ». L'énoncé de ces principes illustre la difficulté de l'exercice et l'enjeu qui s'attache à la façon dont le message est délivré tant dans la forme que dans le contenu.

1.2.1.2. Garantir l'éthique et la qualité des interventions

Comme dans toute matière éducative mais plus encore, l'éthique et la qualité des interventions doivent être garanties, ce qui constitue un défi majeur dans un domaine qui touche à l'intime et met en jeu des valeurs familiales et culturelles très diverses. La circulaire de 2003 insiste sur ces aspects, et définit des orientations générales pour l'éducation à la sexualité en termes d'éthique, de principes et les objectifs éducatifs. Celles-ci sont reprises dans un « guide d'intervention pour les collèges et les lycées » publié en 2005.

² CSIS « évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité » rapport du groupe de travail piloté par Françoise LAURANT, septembre 2004.

³ Cf rapport spécifique sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 Outremer.

C'est au niveau de l'établissement qu'il convient de s'assurer que ce cadre est respecté pour toutes les interventions. La circulaire recommande de privilégier les intervenants issus d'associations agréées par l'administration de l'Education nationale, sans en faire pour autant une exclusive. Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) sont chargés de repérer et mettre en réseau les partenaires de proximité auxquels il peut être fait appel. La circulaire souligne la nécessité d'assurer une cohérence entre adultes et de concevoir une continuité éducative.

Dans cette perspective, la formation des intervenants apparaît une condition essentielle et déterminante. Ceux-ci doivent non seulement être qualifiés

Des efforts ont sans aucun doute été accomplis dans cette direction, mais ils apparaissent relativement dispersés, inégaux et d'une ampleur insuffisante par rapport aux nouvelles obligations fixées par la loi de 2001 qui sont sans commune mesure avec la dimension des dispositifs antérieurs et nécessitent de passer à la vitesse supérieure.

1.2.1.3. Dépasser les dynamiques locales

La mise en œuvre de la loi de 2001 en matière d'éducation à la sexualité suppose en effet de résoudre un paradoxe : le caractère contraignant des dispositions légales qui fixent une obligation de résultat à travers les trois séances annuelles pour tous les élèves doit être concilié avec le principe du volontariat énoncé par la circulaire éducation nationale de 2003 selon laquelle « *au collège et au lycée ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires constituée avec un souci de pluralité (..)* ». En effet s'il a été décidé pour le primaire que l'éducation à la sexualité s'insérerait dans le cadre des enseignements relevant des disciplines scolaires et serait donc mise en œuvre par les maîtres chargés de classe, l'approche pour le secondaire est plus complexe et suppose des intervenants qualifiés et motivés pour s'adresser à des adolescents sur un sujet qui met en cause des valeurs et des positions qui relèvent de l'intime : contraindre des personnels éducatifs à intervenir en la matière ne pourrait d'ailleurs qu'être contreproductif.

La mobilisation des acteurs locaux peut résulter de l'action de personnes particulièrement sensibilisées, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution scolaire; c'est par exemple le cas de l'Alsace où l'impulsion donnée par le professeur Nisand a été pour beaucoup dans le développement d'une dynamique de prévention en milieu scolaire. La dynamique peut aussi résulter d'une prise de conscience collective, induite par des situations ou des événements particuliers. Une illustration en est fournie par le cas de ce collège de la région nantaise labellisé « ambition réussite », fréquenté par de nombreux élèves issus de l'immigration (plus d'une vingtaine de nationalités différentes) où l'équipe éducative s'est mobilisée pour réagir à une succession d'événements révélateurs d'un grave malaise : grossesses chez des mineures, viols collectifs, mariages forcés... situation constatée aussi en Martinique et pour laquelle l'ensemble des acteurs locaux se sont mobilisés.

En dehors de ces circonstances aléatoires susceptibles de susciter une mobilisation spontanée des acteurs, le développement d'une dynamique locale suppose un fort mouvement d'impulsion au niveau de l'administration centrale, des rectorats et des chefs d'établissements, pour sensibiliser les équipes et susciter des initiatives. Cette impulsion qui apparaît très inégale selon les régions est également nécessaire pour dépasser les diverses difficultés matérielles rencontrées dans l'application concrète des dispositions légales.

1.2.2. Des difficultés matérielles

1.2.2.1. Les problèmes d'emploi du temps et d'organisation matérielle au sein des établissements

La mise en œuvre des dispositions légales suppose d'insérer les séances d'éducation à la sexualité dans le programme et la vie scolaire, ce qui ne va pas de soi : il faut dégager des heures et des salles dans un emploi du temps et des locaux chargés. Les enseignants doivent accepter de laisser la place, au détriment de la réalisation du programme dans leur discipline. En pratique, il semble que ce soit souvent le cours de SVT qui laisse la place, ce qui peut poser problème pour le quota d'heures alloué à cette matière mais aussi donner une image biaisée –biologique– de l'éducation à la sexualité. L'éducation à la sexualité peut être aussi décomptée sur les heures consacrées à l'éducation à la citoyenneté. L'idéal demeure une approche intégrée « transmatières », comme le recommande la circulaire de 2003, complétée par des interventions extérieures de professionnels. Tous les interlocuteurs rencontrés soulignent également l'intérêt de combiner des actions dans et hors de l'établissement scolaire : la visite du centre de planification et d'éducation familiale, en particulier, constitue une modalité opérationnelle très efficace pour amener les jeunes à consulter. Mais ces objectifs exigeants supposent un véritable projet au niveau de l'établissement et une approche coordonnée, soutenue par une direction et une équipe éducative fortement motivée au-delà de la mobilisation de quelques personnes ; et un appui des parents d'élèves ou une absence d'opposition à travers le conseil d'administration.

S'assurer d'intervenants qualifiés et disponibles en nombre suffisant

1.2.2.2. Articuler les interventions extérieures avec le travail de l'équipe éducative au sein de l'établissement

La loi de 2001 prévoit explicitement que les séances d'éducation à la sexualité pourront associer des intervenants extérieurs à l'établissement scolaire. La circulaire de 2003 précise que ces interventions extérieures « *se déroulent en présence et sous la responsabilité pédagogique du maître ou dans le second degré d'un membre de l'équipe en charge* »⁴, disposition qu'elle justifie par le souci d'« *assurer la continuité de la relation éducative, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des actions* ».

La mission a pu observer que cette disposition, est parfois à l'origine d'incompréhensions et de crispations entre les personnels de l'Education nationale et les personnes ou organismes extérieurs appelés à intervenir. L'insistance légitime mise sur son respect donne parfois lieu à une présentation quelque peu maladroite, la présence d'un enseignant étant présentée et imposée comme une obligation formelle dont les conditions de mise en œuvre ne sont pas négociables. De leur côté certains intervenants y voient une volonté de contrôle de l'établissement scolaire nuisant à la spontanéité des échanges avec les élèves, échanges qu'ils souhaitent non moins légitimement situer en dehors du schéma scolaire traditionnel. Certains se refusent à aller dans les établissements où la présence d'un enseignant dans les séances est imposée et réclament une révision des instructions de la circulaire de 2003 sur ce point. D'autres estiment qu'il est possible de trouver des formules qui en respectent l'esprit sans fausser les débats. Ainsi la présence de l'infirmière scolaire ou de personnels autres que les enseignants pas souvent mieux. La mission considère qu'il s'agit assez largement d'un faux problème : lorsque l'essentiel du débat porte sur la présence ou l'absence de représentants de l'équipe éducative, posée de part et d'autre en préalable à toute intervention, il y a généralement un problème de communication entre les deux sphères peu propice au développement d'une démarche fructueuse d'éducation à la sexualité laquelle suppose

⁴ La même circulaire prévoit la constitution au collège et au lycée d'une « *équipe de personnes volontaires constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet* » pour prendre en charge les séances d'éducation à la sexualité.

nécessairement une volonté de travail en commun entre les acteurs. Elle a pu observer que la question ne se pose même pas lorsqu'il existe un réel partenariat sur le terrain : la présence d'un représentant de l'équipe éducative particulièrement impliqué dans la démarche n'est pas en ce cas vue par les uns et les autres comme une question de principe mais comme une condition d'efficacité de l'intervention qui doit s'inscrire dans une démarche plus large et être relayée ensuite au niveau de l'établissement.

1.2.2.3. Prévoir et dégager les financements nécessaires

Dans son rapport d'octobre 2008, la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale relevait que le financement des interventions effectuées dans les établissements scolaires par des personnels des centres de planification n'était pas financièrement pris en charge. De façon plus générale, force est de constater que le coût de la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relatives à l'information et l'éducation sexuelles semble ignoré dans tous les sens du terme. Ces actions ont nécessairement un coût mais ce coût n'est pas chiffré et les modalités de prise en charge des frais demeurent floues, reflétant le même flou dans la répartition des compétences.

De ce fait on observe sur le terrain des cas de figure très divers qui font contribuer de manière explicite ou non et dans des proportions très variables divers acteurs.

Les départements ont en principe une responsabilité centrale en la matière dans la mesure où les lois de décentralisation leur ont confié la protection maternelle et infantile qui comprend les activités de planification et d'éducation familiale. Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sont agréés et financés au niveau des conseils généraux. Les départements sont également concernés au titre de leur compétence en matière de fonctionnement des collèges.

L'Etat contribue également par l'intermédiaire des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial qu'il conventionne notamment pour la « préparation des jeunes à leur vie de couple et à la fonction parentale à travers une information individuelle et collective en milieu scolaire » (article R 2311-4 du Code de la santé publique).

Les régions peuvent également intervenir pour ces actions notamment dans les lycées, dont le fonctionnement relève de leur compétence.

A titre d'exemple la région Haute Normandie finance ces actions à hauteur de 50 % au titre de la politique de prévention et d'éducation à la santé. Chaque année une vingtaine de lycée ou CFA déposent un dossier.

Conditions de financement au niveau régional des actions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire –l'exemple de la Région Haute-Normandie

Extrait du courrier type adressé aux établissements scolaires

La Région de Haute-Normandie, convaincue de la nécessité d'agir le plus en amont possible, pour que les jeunes choisissent des comportements favorables à leur santé, leur bien être et leur épanouissement, a décidé d'accompagner depuis plusieurs années les politiques de prévention et d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans les établissements de formation de compétence régionale.

Au regard des orientations de la politique régionale de santé adoptées en juin 2006, et en lien avec les priorités du Plan Régional de Santé Publique partagées avec l'Etat, la Région accompagnera financièrement en 2009 les programmes d'actions mis en œuvre par les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (C.E.S.C.) dans les domaines suivants :

Sexualité, contraception, lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, Education à la santé environnementale, prévention des risques auditifs, information sur les risques professionnels en direction des jeunes des Lycées d'Enseignement Professionnel et C.F.A. notamment,

Education à la santé en vue de diminuer le nombre de jeunes exposés au risque cancer (lutte contre le tabagisme, équilibre nutritionnel, encouragement au développement d'activités physiques et sportives..),

(.....)

Prévention des conduites à risque,

- (...).

*Source : Conseil régional de Haute-Normandie
(extrait du courrier type adressé aux établissements scolaires)*

L'assurance maladie peut être mise à contribution à travers les interventions effectuées par des personnels de santé hospitaliers. Les professionnels de santé rencontrés par la mission interviennent souvent dans les établissements scolaires (médecins, sages-femmes, infirmières. C'est le cas par exemple dans le cadre du programme Info-Ado décrit ci-après.

Le bénévolat, enfin, est une autre forme de contribution possible à l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires, notamment de la part de médecins ou autres professionnels de santé. On ne saurait toutefois compter sur le bénévolat pour assurer le développement des actions en milieu scolaire. Quelle que soit la qualité et le niveau d'engagement des personnes concernées, leur disponibilité est nécessairement limitée et il paraît par ailleurs difficile de leur imposer de s'insérer dans un cadre fixé.

Dans le cas précité de la Haute Normandie l'examen des actions d'éducation à la sexualité menées dans les lycées illustre la diversité des configurations possibles, tant pour les organismes intervenant que pour les formes d'intervention, leur coût et leurs modalités de financement.

Lycées ayant mené des actions d'éducation à la sexualité / contraception sur 2007/2008	Organismes	Coût
Lycée Horticole – Evreux	Centre de planification d'Evreux (CG27)	Gratuit
Lycée privé Notre Dame – Evreux	Centre de planification d'Evreux (CG 27)	Gratuit
Lycée Agricole Brémontier Merval	Centre de planification (CG76)	Gratuit
	Croix rouge de Gournay	1 105,35 €
Lycée Pierre Corneille – Rouen	Planning familial Rouen	1 200 €
Lycée Risle Seine – Pont Audemer	Centre de planification (CG27)	Gratuit
Lycée Jacques Prévert – Pont Audemer	CRES Achat du jeu « calin malin »	Gratuit 150 €
Lycée Jean Moulin – Les Andelys	Association ASTER	220 €

Lycée André Malraux – Gaillon	Dr Van Eslande Centre de planification (CG 27)	365 € Gratuit
Lycée Clément Ader – Bernay	Planning familial Hôpital de Bernay	262 € Gratuit
Lycée de la Vallée du Cailly – Déville les Rouen	Centre de planification (CG76) + CDAG + Planning familial	Gratuit 1 495 €
Lycée Marc Bloch – Val de Reuil	Association Olympio (théâtre forum)	1 672,01 €
Ville de Neufchâtel en Bray	Centre de planification	663 € frais d'organisation (location salle, communication)
Lycées ayant déposé un dossier pour 2008/2009		
Lycée Professionnel Pierre et Marie Curie – Bolbec	CDAG Le Havre Centres de planification Bolbec et Hôpital Lillebonne Carrefour Santé Bolbec AHAPS antenne Bolbec Association Théâtrale du Havre « La Sirandane »	Gratuit 1 420 €
Ville de Neufchâtel en Bray	Hôpital Fernand Langlois	422 € frais d'organisation (location salle, communication)
Lycée Augustin Fresnel - Bernay	Sage femme Hôpital Bernay	Gratuit
Lycée Agricole Gilbert Martin – Le Neubourg	Centre de planification (CG27)	Gratuit
Lycée de la Vallée du Cailly – Déville les Rouen	CDAG (CG76)	Gratuit
Lycée Marc Bloch – Val de Reuil	Association Olympio (théâtre forum)	2 994,78 €

Source : Conseil régional de Haute-Normandie

1.3. De nombreuses expériences ouvrent la voie, qui se sont révélées probantes

En Ile de France l'éducation à la sexualité est au centre de l'objectif 11 du plan régional de santé publique (PRSP) intitulé « renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté ».

Comme l'indique ce document, de nombreuses initiatives sont mises en œuvre en matière d'éducation à la sexualité par multiples opérateurs en Ile de France. Mais les dispositifs sont insuffisamment coordonnés ce qui se traduit par un manque de cohérence tant dans la couverture des besoins (territoires et populations non couverts) que dans les messages délivrés aux jeunes. Ainsi les messages orientés « contraception » tendent à privilégier la contraception orale alors que les programmes VIH/IST font la promotion du préservatif, sans articulation entre les uns et les autres. Les initiatives peuvent prendre des formes très diverses en direction des professionnels en contact avec les jeunes ou des jeunes eux-mêmes : sessions d'information, mise à disposition « accompagnée » de documents et d'outils divers, actions événementielles, théâtre-forum, dont

chacune a sa pertinence et son utilité et qui devraient là aussi être utilisées de façon complémentaire dans le cadre de programmes coordonnés sur un public ou un territoire.

Un exemple de « théâtre-forum » s'inscrivant dans le cadre d'un travail en partenariat à Montreuil : (93)

La mission a assisté à une séance de « théâtre-forum » dans un collège de Montreuil (Seine Saint Denis). Animée par la troupe du Théâtre de l'opprimé, la représentation sous le titre "X=Y?". est destinée à sensibiliser les collégiens aux problèmes de relations entre filles et garçons.

Un outil participatif

Le théâtre forum se présente sous forme d'un spectacle interactif d'une durée de deux heures environ (10 à 15 minutes de représentation et 90 minutes de débats théâtraux). Il comporte plusieurs courtes séquences où des comédiens mettent en scène une situation de conflit avec un protagoniste dont la volonté ou le point de vue sont mis en échec par les autres. A l'issue de chaque séquence les spectateurs sont appelés à réagir : qu'auriez-vous fait à la place du personnage principal ? Les volontaires sont invités à expérimenter sur scène leurs propres idées en « corrigeant » le scénario principal avec le concours des comédiens qui lui donnent la réplique en improvisant sur la base des nouvelles propositions du spectateur devenu acteur pour quelques minutes. Le spectacle est donc placé sous la responsabilité de la salle tout entière⁵.

Une « mise en situation » des participants

Les situations représentées sont suffisamment familières aux spectateurs pour qu'ils puissent s'identifier au personnage principal et avoir envie de réagir. Par exemple :

- une jeune fille est confrontée à des comportements et injures sexistes de la part de ses camarades masculins en cours d'EPS (« t'es bonne »)
- un garçon est mis au ban de son club de football dont les membres lui reprochent de ne pas se comporter « en homme » avec sa petite amie à laquelle il laisse trop de liberté (« tu dois tenir ton rôle »)

L'ouverture d'une perspective plus large

Dans le cas présent le thème des scènes présentées n'est pas directement centré sur l'éducation à la sexualité. Mais la séance, introduite et animée par les responsables locales du MFPPF, est l'occasion de présenter aux jeunes cette institution et les services qu'ils peuvent y trouver, de rappeler quelques notions de base sur la sexualité et la prévention. Le débat est mené de façon à faire prendre conscience que des types de relations et comportements sexistes que les jeunes tendent parfois à considérer comme anodins peuvent mener à une vision et des pratiques violentes de la sexualité. Le MFPPF envisage par ailleurs de mener de nouvelles actions de théâtre forum autour des questions spécifiques de la sexualité, la contraception, et l'avortement dans le cadre de la campagne régionale sur ces thèmes, sous réserve d'obtenir les financements nécessaires.

La représentation, à laquelle assistent des membres de l'équipe éducative du collège, est prolongée dans les jours qui suivent par des séances en petit groupe menées par des conseillères conjugales et familiales. A partir des situations traitées par le théâtre-forum qui sont reprises, commentées et débattues de façon approfondie avec les collégiens, des questions plus larges peuvent être abordées et des informations et conseils opérationnels dispensés.

Soutenue par un travail en partenariat de l'ensemble des institutions concernées

Loin de se résumer à une action ponctuelle, si intéressante soit-elle, menée dans un établissement donné par quelques professionnels motivés, cette initiative s'inscrit dans un travail partenarial à plus long terme qui associe l'institution scolaire, le MFPPF, la Ville de Montreuil, la PMI et bénéficie notamment de financements au titre des contrats urbains de cohésion sociale .

⁵ Cette présentation du « théâtre forum » est inspirée de celle qui figure sur le site du Théâtre de l'opprimé <http://www.theatredelopprime.fr/>

En Limousin, une convention signée en juillet 2007 entre le GRSP et le Rectorat prévoit dans le cadre du Plan régional de santé publique la réalisation d'un programme de formation de formateurs destiné à qualifier des intervenants pour développer un programme d'éducation à la sexualité pour l'ensemble des élèves de quatrième et de seconde dans l'Académie de Limoges. Cette action de formation conçue sur une base inter-institutionnelle, s'adresse à tous les types d'intervenants potentiels : enseignants, autres personnels éducatifs de l'éducation nationale tous corps confondus, partenaire associatifs et institutionnels afin de permettre l'acquisition d'une culture commune par les adultes susceptibles d'intervenir sur ce thème auprès des élèves et de disposer de référents sexualité dans chaque établissement du second degré. Confiée à un consultant pédagogique du ministère de l'éducation Nationale –éducateur sexologue- la formation a été suivie en 2007/2008 par 61 personnes sur les trois départements concernés, pour un coût total de 6000 euros.

En Alsace c'est une expérience originale, « INFO-ADO », qui focalise une grande partie de l'effort de prévention en milieu scolaire.

L'expérience INFO-ADO à Strasbourg

Lancée dès 1992 à partir du centre hospitalier intercommunal de Poissy, à l'initiative du Pr. Nisand qui l'a ensuite transposée en 1998 au CHU de Strasbourg, « Info-Ado » s'est fixé pour objectif de faire diminuer le nombre des grossesses précoces en développant l'information et l'éducation des jeunes à la sexualité.

Les séances en milieu scolaire ne sont qu'un des éléments et constituent en quelque sorte le « produit d'appel » d'« Info-Ados » qui comprend 3 volets interdépendants :

- des interventions collectives en milieu scolaire (le Pr. Nisand comme les autres membres de son équipe hospitalière effectue chaque semaine une séance de ce type en collège d'une durée de 2 heures)
- un accueil individuel en établissement hospitalier sous le logo « Info Ados », où les jeunes sont reçus de façon anonyme pour des services allant du conseil à la délivrance gratuite de préservatifs et contraceptifs
- un site internet où les jeunes peuvent poser des questions sur la sexualité et reçoivent des réponses adaptées. (<http://info-ado.u-strasbg.fr>).

L'objectif visé à travers cette expérience ne se résume pas à la prévention des risques (grossesses non désirées, IVG, IST, mais aussi violence ou exploitation sexuelle) même si la diminution des grossesses non désirées en constitue le premier objectif affiché et sans aucun doute le plus à même de réunir un consensus. Le deuxième objectif est moins souvent mis en avant même si on peut le voir en filigrane dans la circulaire éducation nationale : il s'agit d'apporter aux jeunes un commentaire et une vision d'adulte sur la sexualité alors que le monde adulte dans ce domaine s'adresse surtout à eux par le biais de la pornographie qui constitue trop souvent le premier vecteur d'éducation à la sexualité pour les adolescents ; le troisième objectif est sans doute déjà beaucoup moins consensuel : il vise à reconnaître implicitement, au travers du propos tenu, l'existence et la légitimité de la sexualité adolescente, « y compris dans sa confidentialité à l'égard des parents » et donc de mettre fin à la situation actuelle où « *la sexualité des ados est considérée comme un crime en France, et avec la pilule comme un crime prémédité* »⁶. Même si cet objectif n'est sans doute pas unanimement partagé à l'heure actuelle, les promoteurs d'INFO ADO voient dans la reconnaissance de la sexualité des jeunes et de leur autonomie un préalable au développement de

⁶ Intervention du Pr. NISAND à la journée de formation et d'information en périnatalité « L'IVG à l'adolescence : quelle prévention et quel accompagnement ? » organisée à Strasbourg le 18 mars 2005 sous l'égide de la Commission Régionale de la Naissance -DRASS

comportements responsables⁷ le constat qui précède fait clairement apparaître que la prévention passe par la déculpabilisation de la sexualité.

Dans les Bouches du Rhône, un programme original d'éducation à la sexualité et à la contraception a été mis en place, en partenariat entre la Faculté de médecine, l'Education nationale, le Planning familial et le Conseil général. Il se traduit par des interventions auprès des adolescents dans les collèges, effectuées par des étudiants en médecine spécifiquement formés à cette fin. L'originalité de ce programme consiste à faire, en matière de prévention, « d'une pierre deux coups » ; en effet la voie choisie pour répondre aux besoins d'information et d'éducation à la sexualité des collégiens permet de répondre simultanément à une autre préoccupation, soulignée dans le rapport IGAS sur la contraception et la contraception d'urgence : former de futurs praticiens à l'orthogénie, matière appelée à tenir une place importante dans leur pratique ultérieure et à laquelle les études ne les prépare qu'insuffisamment et tardivement. Les étudiants en médecine qui participent à ce programme reçoivent une formation spécifique sur ces questions qu'ils mettent en pratique auprès des collégiens.

Une éducation à la sexualité dispensée par des étudiants en médecine à Marseille⁸

Dans le cadre des enseignements de la Faculté de Médecine de Marseille, un programme d'éducation à la sexualité et à la contraception a été créé au cours de l'année universitaire 2006-2007. Ce programme (module optionnel) est sous la responsabilité du Pr Florence Bretelle. Il a pour objectif de proposer la mise en place d'une formation des étudiants en médecine à un programme éducatif de prévention concernant la sexualité et la contraception associé à une application pratique par l'intermédiaire d'une intervention des étudiants ainsi formés dans des collèges de la région.

Ce projet part d'une réflexion collective au sein d'un groupe de travail mettant en évidence le contact tardif des professionnels de santé avec l'orthogénie. De nombreux professionnels de santé sont impliqués dans le suivi et la prise en charge des adolescents. Le contenu de leurs discours, notamment dans le domaine de la prévention des infections sexuellement transmissibles et des difficultés en matière de sexualité et de contraception, est restreint par la formation reçue lors des études médicales. Le postulat est que cette situation pourrait être améliorée par une mise en situation précoce des étudiants en médecine, par l'intermédiaire d'une formation ciblée vers les problèmes de sexualité et de contraception associée à une application pratique orientée vers une sensibilisation des collégiens.

L'objectif est donc triple :

- Sensibiliser les futurs médecins et augmenter leur connaissance dans le domaine de l'éducation à la sexualité et à la contraception,
- Avoir une action à long terme en ayant sensibilisé le personnel de santé à des actions de prévention primaire,
- Améliorer l'information des adolescents et par ce biais diminuer les conduites à risque et grossesses non désirées.

En pratique, le programme se déroule en 2 temps :

- Une intervention auprès des étudiants en médecine (module théorique), sous forme de cours dispensés par des professionnels de santé pluridisciplinaires (gynéco-obstétriciens hospitaliers, PMI, généticien, psychiatre, santé publique, ...) avec pour objectif de connaître (et savoir expliquer) les comportements sexuels à risque, les moyens de prévention des IST, les méthodes de contraception, les modes de prise en charge en cas de difficultés...
- Une intervention des étudiants en médecine auprès des collégiens ayant pour objectif de sensibiliser les collégiens à la sexualité, aux moyens de contraception, aux IST....

⁷ cf. en annexe le guide INFO-ADO pour les interventions en milieu scolaire.

⁸ Cf présentation et évaluation du programme en annexe

2. LES SITUATIONS A RISQUE : ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE

Les inégalités d'accès à la contraception en France, restent encore importantes selon les différents groupes sociaux et culturels⁹, même si elles tendent à s'atténuer, notamment par comparaison avec d'autres pays développés.

Les actions mises en œuvre pour faire progresser l'éducation à la sexualité, en application de la loi du 4 juillet 2001, ne sont pas appliquées partout, et elles n'ont pas un effet mécanique sur la maîtrise de la fécondité par ceux auxquels elles s'adressent. Elles restent néanmoins indispensables, en particulier pour les jeunes en difficulté, souvent exclus ou en marge du système scolaire

Parmi les études menées en la matière, la comparaison entre les cinq pays développés que sont la France, le Canada, la Grande Bretagne, la Suède et les Etats-Unis, montre bien les conséquences d'un cumul de handicaps sur la sexualité de ces adolescents et leur attitude face à la contraception, et à la maîtrise de la fécondité ; plusieurs indicateurs se conjuguent :

- le niveau d'éducation des jeunes et de leur environnement familial ;
- l'existence d'une famille monoparentale, avec des difficultés financières ;
- un accès parfois compliqué au système de santé ;
- un taux d'accès à la formation et à l'emploi peu élevé ;
- l'origine étrangère du jeune ou de sa famille.

Cette situation détermine largement le taux d'avortement chez les mineures, mais concerne avant tout le nombre de grossesses précoces. En effet, l'ensemble des difficultés sociales, scolaires, financières est une réalité qui détermine les comportements face à la sexualité et à la grossesse, notamment chez les jeunes, que même une politique active et efficace d'éducation à la sexualité et de planification familiale ne peut pallier à elle seule¹⁰.

Le lien est particulièrement étroit entre le niveau d'éducation et la survenue d'une grossesse précoce : c'est ainsi que selon cette étude comparative, moins de 1% des jeunes femmes de 20 à 24 ans qui ont eu un niveau d'éducation élevé ont eu un enfant avant 20 ans en France (et en Suède), ce taux est de 2 à 4% aux Etats-Unis et en Grande Bretagne. Mais 20% des jeunes femmes ayant eu un enfant avant 20 ans avaient un niveau d'éducation considéré comme peu élevé, ce taux atteignant 36 à 46% aux Etats-Unis et en Grande Bretagne.

La question des grossesses précoces se pose avec une acuité grandissante aux Etats-Unis, notamment parmi les populations appartenant à des communautés noires ou hispaniques, mais aussi en Grande Bretagne. Dans ce dernier pays, l'importance des grossesses précoces a conduit les pouvoirs publics à intensifier les politiques d'information, allant même jusqu'à faire sur les chaînes de télévision la promotion de l'avortement. Elle est également importante dans la France d'outremer. Mais l'importance des grossesses précoces ne peut s'expliquer seulement par un mauvais usage de la contraception : des déterminants sociaux lourds, un besoin de reconnaissance, l'existence d'un statut donné par l'enfant, sont souvent à l'origine de ces grossesses précoces. La construction de l'avenir de ces très jeunes filles avec enfants, le plus souvent sans père, soulève alors davantage la question des politiques sociales et éducatives que de la seule question de santé publique.

⁹ N. Bajos, H. Leridon, P. Oustry, J. Bouvier, N. Job Spira, D. Hassoun et l'équipe COCON, "les inégalités sociales d'accès à la contraception en France" *Population-F*, 2004.

¹⁰ S. Singh, J.E. Darroch ; J. Froste and the study team, "socioeconomic disadvantage and adolescent's", volume 33, n.6, 2001. women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries" *Family planning perspective*, 2001

De plus, les jeunes, notamment ceux qui sont hors du système scolaire classique, sont souvent exclus des schémas traditionnels d'information et d'éducation à la sexualité prévus par la loi du 4 juillet 2001, et il est nécessaire de trouver des modalités d'approche globales tenant compte de leur environnement, s'adressant là aussi à la fois aux filles et aux garçons :

- la sexualité reste une question à part, marquée par les tabous, et des relations garçons-filles souvent difficiles;
- les crispations identitaires qui sont amplifiées dans les « quartiers » ;
- le manque d'échanges entre les mères et les filles est souvent souligné lors des entretiens menés par la mission, surtout lorsque sont évoquées les IVG pour les mineures sans autorisation parentale ;
- à l'extérieur du cadre familial, dans le cadre scolaire, ou dans les lieux d'information sur la contraception, l'information est parfois difficilement accessible, et si les jeunes ont tous plus ou moins reçu une information, elle est souvent mal comprise et avec de nombreuses idées fausses ;
- avec des préjugés sexistes véhiculés par les médias ou les sites à caractère pornographique, parfois seule source d'information de certains jeunes.

2.1. Des actions dans des lieux extrascolaires

Un certain nombre d'actions concernant la santé des adolescents sont engagées sur le terrain. Ouvertes à l'ensemble des jeunes, ou ciblant ceux en situation d'insertion, certains lieux, souvent situés dans des espaces non identifiés, peuvent permettre d'aborder les questions de sexualité et de répondre aux besoins d'information de cette catégorie de jeunes.

En effet, la plupart des études montrent que, pour renforcer l'efficacité des actions en leur direction, les stratégies visant des problèmes spécifiques ont le plus souvent des impacts limités à certains types de jeunes ou pour un temps trop court, et qu'il est donc préférable d'engager des stratégies plus globales sur des modèles comportementaux qui concernent tous les aspects de la vie en s'appuyant sur des partenariats dans les milieux de vie des adolescents (parents, famille, copains)¹¹.

La démarche développée dans la « *charte de la santé des jeunes en insertion sociale* » du conseil national des missions locales est particulièrement intéressante. Elle reprend les axes qui doivent permettre de viser, par une mise en réseau de tous les interlocuteurs, à la fois l'insertion et le bien être du jeune (monde de la santé, monde de l'insertion professionnelle, monde de l'insertion familiale-CAF-), « *si on veut éviter les dérives auxquelles on assiste trop souvent d'initiatives spontanées qui ajoutent des réponses de bric et de broc à des problèmes qui justifieraient l'implication de professionnels compétents dont on ignore l'existence ou qu'on ne sait pas mobiliser*¹² », en prévoyant d'inscrire ces actions dans les plans régionaux de santé publiques (PRSP) appuyés sur les groupements régionaux de santé publique (GRSP). Cependant, dans cette approche impliquant des professionnels formés et compétents, des questions délicates posent souvent problème lorsqu'il s'agit de les aborder avec les jeunes: la virginité, la pornographie, la reconstitution d'hymen, l'homosexualité

Les **missions locales**, les **espaces santé jeunes**, les **points écoutes**, les **foyers de jeunes travailleurs**, mais aussi les **maisons des adolescents**, dont le réseau se multiplie sur le territoire national peuvent constituer la structure support sur les questions de santé des jeunes (accès aux soins, aux droits), et répondre aux besoins d'information ou d'écoute plus intimes sur la sexualité ou la contraception. Les relations de réseau avec les centres de planification familiale en matière d'information à la sexualité, sont alors très utiles dans une approche globale de santé publique, « *si*

¹¹ F. Narring, Pa. Michaud, « éducation pour la santé, prévention et promotion de la santé à l'adolescence », in M. Roussey, O. Kremp et al. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement, Paris, ed. Drouin, 2004.

¹² Conseil national des missions locales, *Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle*, signée entre le ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, et le ministère de la santé et de solidarité

la prévention des conduites à risques s'inscrit dans les contextes environnementaux, les us et coutumes des familles et des jeunes et à condition de ne pas orienter les actions d'information dans une approche ciblée uniquement sur les risques, la sexualité étant mise parfois sur le même plan que la prévention en matière d'alcoologie et de sida»¹³.

A ce titre, les **maisons des adolescents** constituent un lieu banalisé dans lequel tout jeune peut facilement passer la porte. Il faut néanmoins pour cela que le projet porté par la maison des adolescents, parfois adossée à un établissement hospitalier, souvent élaboré en direction des « jeunes en souffrance » permette d'aborder aussi les questions qui touchent à la contraception et à la sexualité, et que les jeunes les plus en difficulté osent franchir la porte.

Les missions d'une maison des adolescents

La maison des adolescents de l'hôpital Avicenne de Bobigny assure un accueil et des soins pluridisciplinaires pour les adolescents de 12 à 21 ans habitant dans le bassin de vie situé autour d'Avicenne...lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation où des adolescents peuvent venir seuls ou accompagnés, la maison des adolescents propose des consultations multidisciplinaires : psychologie, psychomotricité, médecine générale, psychiatrie transculturelle, thérapie familiale, psychiatrie. Elle propose aussi des entretiens dans le domaine social, éducatif, juridique, et pour l'orientation scolaire...Très orientée sur la santé mentale, cette catégorie de maison des adolescents n'intègre pas a priori les questions touchant à la sexualité ou à la contraception, alors que ce serait un lieu permettant de répondre à ces problématiques.

Source : Maison des adolescents de l'hôpital Avicenne (Seine-Saint-Denis)

De plus, pour certains jeunes, leur établissement scolaire ne permet pas de recevoir l'information qu'ils souhaitent par manque de la discrétion souhaitée (cas des jeunes filles issues de l'immigration dans certains quartiers). Certains centres de planification familiale l'ont compris et sont installés dans des lieux (centre ville, ouverts sur la rue, comme à Caen, centre commercial comme à Evry) qui permettent un accès facile et plus discret, en dehors des regards. Des lieux totalement ouverts et banalisés montrent, de par leur fréquentation importante, à quel point la question du lieu d'implantation et de la discrétion est importante.

« Tête à Tête », porte ouverte pour les 13/25 ans en Seine-Saint-Denis

Atypique dans le paysage actuel, « **Tête à Tête** » intègre, à Rosny2, la galerie marchande de l'un des plus grands centres commerciaux de l'Ile de France. Situé entre les boutiques du centre commercial, cet espace permet aux jeunes de trouver une écoute attentive, un dialogue original, une convivialité et une orientation en matière de santé, de prévention et de bien-être. Ouvert depuis juin 2006, cet espace a déjà accueilli **45 000 adolescents, et jeunes adultes**. Composé de 8 intervenants en prévention des conduites à risques, est un service de la « mission départementale des conduites à risques de Seine-Saint-Denis », service relevant du Conseil général. En parallèle d'**accueil spontané** des jeunes, l'espace Tête à Tête propose **un accueil collectif** en direction des 13/25 ans aux établissements scolaires (collèges, lycées, Centres de formation des apprentis (CFA) en partenariat avec l'éducation nationale, et aux structures hors scolaires du département (protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), mission locale, Institut médio-éducatif (IME), associations. Le principe est commun : donner une information préalable pour enclencher chez le jeune l'envie de revenir seul, ou avec ses amis. Parmi les **20 713** jeunes reçus en **2008, 81% sont venus dans le cadre d'un accueil spontané.**

Source : Tête à Tête, www.seine-saint-denis.fr

¹³ Idem.

Ces exemples à orientation médicale ou non, ouverts à tous les jeunes, montrent la nécessité de lieux extrascolaires qui sont d'un abord peut-être plus facile aux yeux des jeunes hors du système scolaire.

Il faut rester néanmoins vigilant sur les stratégies ici développées et à l'approche « par les risques » ou le « mal être » qui marque encore beaucoup ces stratégies d'action, et ne facilite pas forcément un vécu déculpabilisant de la sexualité chez ces jeunes déjà en difficulté par ailleurs.

Ces actions complètent celles qui peuvent être entreprises dans les établissements de formation plus spécifiquement fréquentés par ces jeunes notamment les centres de formation des apprentis, (CFA), les maisons familiales et rurales pour atteindre les jeunes en milieu rural, les centres de formation de l'Association de formation professionnelle pour adultes (AFPA) dans laquelle les jeunes sont nombreux.

L'exemple des CFA :

Le nombre d'apprentis avoisine les 311 000 pour les niveaux V et IV de formation. Relevant pour la quasi-totalité d'entre eux (90%) d'institutions privées, les CFA, au titre de l'apprentissage relèvent de la compétence des régions qui apportent une contribution financière à tous les CFA dont les ressources (axe d'apprentissage) ne sont pas suffisantes.

Dans les CFA, dans lesquels la plupart des jeunes gens et jeunes filles ont des difficultés scolaires, familiales et sociales, sont plutôt défavorisés culturellement financièrement, l'information sur la contraception et l'éducation à la sexualité s'avère particulièrement importante.

Lorsque les CFA préparent des diplômes de l'éducation nationale: CAP, BP, bac pro, etc..., (ce qui est le cas de la majorité d'entre eux), ils se conforment aux programmes des diplômes de l'éducation nationale, puisque les apprentis passent les mêmes épreuves que les élèves du cycle traditionnel. Si les programmes de la vie sociale et professionnelle (VSP) des CAP intègrent l'éducation à la sexualité, apprentis comme élèves des lycées professionnels bénéficient d'un enseignement dans ce domaine. Dans le cas contraire, l'information dispensée est plus incertaine.

Dans le cadre de conventions de coopération conclues entre le ministère de l'éducation nationale et réseau des CFA relevant de fédérations professionnelles comme c'est le cas avec la fédération du bâtiment, le ministère de l'éducation nationale dispose d'une visibilité plus grande sur ce qui est effectivement mis en œuvre localement que dans le cas où les fédérations professionnelles fonctionnent en relative autarcie.: d'après les informations recueillies par ce ministère, les CFA relevant de ce réseau établissent le plus souvent des partenariats avec les organismes compétents pour que les apprentis reçoivent une information sur l'éducation à la sexualité.

Les CFA ont un service d'accompagnement social qui accueille tous les apprentis et les dirige, le cas échéant, vers des structures habilitées, notamment pour la contraception d'urgence. Des associations ou organismes extérieurs peuvent intervenir sur des domaines particuliers notamment l'éducation à la sexualité. Lorsqu'il existe un « point écoute » dans les établissements, c'est une bonne occasion d'évoquer ces questions. De même, la présence d'internes dans les établissements peut permettre, avec une équipe éducative motivée, de trouver l'opportunité de rendre réellement accessible cette obligation prévue par la loi¹⁴.

¹⁴ Entretien avec N. Neulat, ministère de l'éducation nationale.

2.2. Une intervention plus intense pour les jeunes suivis dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse

2.2.1. Un moindre recours à la contraception pour une sexualité plus précoce

En 2008, 163 748 jeunes étaient suivis par les services de protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), (secteur public et secteur associatif habilité), soit 74% de garçons, (121 118) garçons et 26 % de filles (42 630).

Deux enquêtes de 1999 et 2003¹⁵, ont porté sur une population de garçons et de filles d'un âge moyen de 17,4 ans, composée de cinq garçons pour une fille, un échantillon de jeunes qui ressemblent à l'ensemble des jeunes accueillis en PJJ.

D'après ces enquêtes, leur sexualité se caractérise par une initiation à la sexualité plus précoce que dans la population générale citée dans le « baromètre santé 2000 » et dans la population scolaire citée dans ESPAD¹⁶, et un recours aux moyens de contraception moins important que dans la population générale de leur âge.

Tableau 1 : Jeunes de la PJJ ayant eu au moins un rapport sexuel

Age	14-15 ans	16-17 ans	18-20 ans
Inserm/PJJ	56,5%	81,9%	90,8%
Baromètre santé 2000 (population générale)		45,2 %	74,4%
Espad 2003 (population générale)	21%	39%	59%

Source : ministère de la justice, note du 19 février 2009 de la direction de la PJJ

Mais le recours de ces jeunes à la contraception est loin d'être systématique, et au cours de leur dernier rapport sexuel, 11% des garçons et 16% des filles n'avaient utilisé aucun moyen de contraception.

Tableau 2 : Jeunes de la PJJ et contraception

	14-15 ans	16-17 ans	18-20 ans
Fréquence de contraception			
Jamais	38,8%	28,3%	24,4%
Parfois	9,4%	8,6 %	11,4%
La plupart du temps	12,9%	12,8%	14,8%
Toujours	38,8%	50,2%	49,5%
Moyens de contraception utilisés lors du dernier rapport sexuel			
La pilule contraceptive	13,8%	22,8%	33,6%
Des préservatifs	37%	55,2%	54,7%

Source : ministère de la justice, note du 19 février 2009 de la direction de la PJJ

En outre, 36% des filles ont déclaré avoir eu recours à la pilule du lendemain.

¹⁵ Enquête INSERM, « la santé des jeunes de 14 à 20 ans, pris en charge par les services du secteur public de la PJJ, sept ans après », 2004.

¹⁶ Note du ministère de la justice à l'IGAS, direction de la PJJ, 19 février 2009.

Enfin, le recours à l'IVG est important, puisque 20% des filles interrogées lors de cette enquête disent y avoir eu recours).

En outre, la place des violences sexuelles (auteurs et victimes) est loin d'être négligeable, ce qui rend encore plus nécessaire une approche en terme de santé publique, d'information et d'éducation à la sexualité pour ces jeunes pris en charge par la PJJ, puisque 540 jeunes ont été condamnés pour viols en 2006 et 1834 pour atteintes sexuelles¹⁷.

Une collaboration a été engagée entre les ministères de la santé et de la justice, aboutissant à un « accord cadre » déclinant les objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique (objectif 97). Il définit cinq champs spécifiques de collaboration, dont « une éducation à la vie affective et sexuelle et notamment l'accès à une contraception adaptée, et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du Sida ». L'objectif développé par le ministère de la justice en découle : « *toute institution accueillant des jeunes doit prendre en compte leur sexualité, effective ou fantasmatique, en maintenant les efforts de prévention par une approche globale intégrée au travail éducatif... en permettant d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse* »¹⁸.

2.2.2. Des actions de terrains qui mériteraient d'être développées

L'intervention éducative de la PJJ peut parfois se concrétiser dans les régions lorsque son représentant participe aux travaux du GRSP, et dans le cadre des dialogues de gestion de la LOLF, pour contribuer à la prise en compte des besoins de ces jeunes... si tant est que ce point figure dans les objectifs des PRSP.

La mission de l'IGAS a eu l'occasion, lors de ses entretiens, sans qu'il soit possible de le mesurer ou de le systématiser, d'apprécier la solitude des éducateurs de ce secteur souhaitant s'investir dans la prise en charge de ces questions et se heurtant à l'indifférence, voire à l'hostilité de leurs collègues et parfois de leur hiérarchie.

Dans les établissements de la PJJ, la distribution de la contraception est inégale ; depuis 1992, sur préconisation du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale, l'installation de distributeurs de préservatifs est prévue dans les établissements scolaires, mais peu d'entre eux ont été installés dans les établissements de la PJJ, souvent en raison de la réticence des structures ; les 70 infirmières de la PJJ n'ont pas compétence de par les textes pour la distribution de la contraception d'urgence. Peu nombreuses dans les établissements de la PJJ, elles sont amenées à plutôt donner des « conseils par téléphone ». Les éducateurs n'interviennent pas dans la distribution de la contraception d'urgence et se retournent vers l'infirmière scolaire si le jeune est scolarisé, ou vers le centre de planification familiale, et semblent peu en mesure de répondre aux questions des jeunes sur la possibilité de délivrance gratuite dans les pharmacies pour les mineurs.

Le Ministère de la justice en est train d'élaborer des outils d'aide à la réalisation d'actions d'éducation pour la santé, en sachant que les jeunes de la PJJ scolarisés dans un établissement scolaire¹⁹ relèvent des actions de droit commun, (éducation à la sexualité, pilule du lendemain, distributeurs de préservatifs) ; en dehors de ce cadre, peuvent être organisées des séances d'information et d'éducation à la sexualité, souvent faites par les CEPF dans les établissements d'accueil de la PJJ, ou des actions d'éducation à la santé qui permettent notamment d'évoquer les questions de respect, de violences, ou de relations filles-garçons...

¹⁷ Annuaire statistique justice 2008 à partir des données 2006 des tribunaux.

¹⁸ Note du ministère de la justice précitée

¹⁹ La seule référence concernant ces jeunes figure dans le rapport de l'inspection des services judiciaires de février 2007 : sur 15 départements représentant 82 services et 7200 jeunes, 52% sont scolarisés, 18% sont dans un service d'insertion de droit commun, 8% dans un dispositif d'insertion PJJ et 22 % sont sans activité.

2.2.3. Un projet de révision de la formation des professionnels est en cours

Si les infirmiers de la PJJ peuvent développer des programmes d'accompagnement des jeunes accueillis sur les questions de santé (bilan de santé, accompagnement physique en consultation, entretien santé), c'est bien souvent dans le cadre d'une situation qui nécessite le soutien d'un professionnel de santé. D'une façon générale, ce sont les éducateurs qui sont au plus près des mineurs qui ont la charge de l'attention portée à leur santé même quand il s'agit d'un sujet intime comme la pilule du lendemain. Le rôle de l'infirmier consiste alors à former les éducateurs aux modalités de la prise de la pilule du lendemain et au repérage des partenaires qui la délivrent. L'éducateur a aussi la possibilité de se saisir de cette démarche pour lui donner un aspect éducatif.²⁰

Une approche de ces questions est intégrée au contenu des formations des directeurs et des éducateurs. Traditionnellement, elle est traitée sous ses aspects psychopathologiques, mais le ministère de la justice envisage d'ouvrir la formation à une approche plus globale de ces questions. La disparité des formations des professionnels est importante et peu d'outils existent sur ce thème en direction des jeunes accueillis à la PJJ. La rédaction du guide d'accompagnement à la mise en place de ces actions d'éducation à la vie affective et sexuelle est réalisée par un groupe de professionnels. L'élaboration d'outils en partenariat avec l'INPES doit permettre de faciliter le dialogue des jeunes accueillis et d'aider les professionnels à aborder ces questions qui sont parfois difficiles pour les éducateurs (il n'existe pas encore, sous réserve de ce qui a été dit supra, de module de formation à une posture éducative leur permettant, dans leur formation initiale, d'aborder les questions liées à la sexualité, car leur formation reste encore très centrée sur une approche psychologique et psychanalytique, et à une approche par les « risques »).

2.3. Les femmes en situation de précarité : des accompagnements spécifiques

2.3.1. Une difficile appropriation de leur vie sexuelle

Les femmes en situation de difficultés sociales et financières, en situation de précarité ou d'errance, dans les « quartiers », dans le monde rural, ou en milieu urbain, ont souvent un tel cumul de handicaps que l'accès à l'information sur la contraception, avant même de parler d'éducation à la sexualité, peut ne pas être une priorité compte tenu des difficultés auxquelles elles sont confrontées. Les « quartiers d'habitat social », quartiers dans lesquels des personnes de culture différente vivent ensemble, constituent souvent une population fragilisée « avec une fragilisation qui peut trouver son origine dans l'expérience proche ou lointaine de la migration, l'existence d'un chômage important, ...la difficulté de faire face à des parcours scolaires souvent problématiques et une absence de lisibilité sur le devenir social et professionnel des enfants »²¹. Outre les difficultés d'appropriation de leur vie sexuelle, ces femmes, dont beaucoup sont issues de l'immigration, sont parfois placées dans une situation de dépendance marquée par rapport au conjoint ou à la famille.

Dans les motifs de la demande d'IVG, tels qu'ils peuvent être appréhendés dans les entretiens menés par les professionnels, la question de la violence apparaît fréquemment. Comme cela a été souligné plus haut, c'est également une thématique importante abordée dans les séances d'éducation à la sexualité. Il s'agit à la fois de violences sexuelles, de violence entre adolescents, de violences à l'encontre des femmes, de la difficulté à « dire non »²².

²⁰ Entretien avec Danielle Forget, infirmière-rédacteur à la DPJJ, ministère de la justice.

²¹ « L'information et l'éducation à la santé, notamment en matière de sexualité, des femmes et des hommes, jeunes et adultes, des « quartiers », rapport du conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale », septembre 2004.

²² Comme l'avouait une jeune fille lors d'un entretien avec le MFPP sur son désir de consentir à une relation sexuelle « quand on aime, il faut bien faire un effort ».

Les enquêtes menées sur les violences²³ montrent en effet « *les liens entre violences subies et problèmes de santé sont révélés lorsque le contexte biographique personnel recèle des difficultés importantes* ». Dans les groupes de populations faisant partie de la typologie « violence, santé, événements difficiles » de l'enquête « événements de vie et santé (EVS) de la DREES précitée, la part des violences sexuelles et des événements de vie difficiles est importante. Il faut en particulier noter que « *les victimes de violences (femmes et hommes) qui présentent des caractéristiques de santé différentes de l'ensemble de la population, (dégradée par certains aspects) ont en commun des parcours de vie douloureux à beaucoup d'égards, émaillés d'événements difficiles d'ordres très divers, « violents » eux aussi, dans un sens élargi par rapport à celui du questionnaire EVS (décès, violences familiales graves, carences affectives, privations matérielles)il existe des personnes dont l'état de santé est encore plus dégradé, qui ont des difficultés matérielles plus importantes et souffrent de violences actuelles très fortes. Ces faits sont très difficiles à repérer par une enquête statistique forte, même assortie de précautions en termes de méthode et de protocole. Très minoritaires en effectifs, sur l'ensemble de la population des ménages, ces personnes connaissent des conditions de vie qui, si on pouvait les intégrer à l'exploitation des liens statistiques entre violences et santé, tendraient à dramatiser et durcir certaines des conclusions présentées ici*²⁴ ».

2.3.2. Des interventions au cadrage juridique ou financier incertain et fragile

C'est un élément de l'apport des interventions sociales de pouvoir dépasser la simple information sur la sexualité, et, en particulier pour les femmes issues de l'immigration, pour être en mesure de répondre aux questions les plus intimes : hymen à réparer, violences, mariages forcés, excision. . L'intervention sociale se situe alors dans une approche beaucoup plus large dans laquelle il faut tenir compte « *des représentations de la sexualité, qui demeure une question taboue marquée par une conception stéréotypée des rapports hommes-femmes*²⁵ ». Des résultats de son travail en 2005 « la vie sexuelle en France²⁶ », et de l'évaluation qu'elle a faite en 2000 dans le cadre d'une recherche action financée par la DGS et confiée au MFPPF sur les femmes en situation de précarité, Janine Mossuz Lavau insiste sur la nécessité de mettre à profit des interventions dans des lieux d'interventions collectifs, les « ateliers cuisine et couture », des cours d'alphabétisation, permettant en outre d'aborder l'information sur la sexualité et la contraception sans mettre ces femmes en difficulté par rapport à leur environnement conjugal ou familial.

A ce titre, le texte du décret du 23 mars 1993 a revu les missions des établissements d'information, de consultation, de conseil familial (EICCF), et prévoit, sur financement d'Etat (programme 106 du ministère des affaires sociales), des missions générales et spécifiques notamment en direction des personnes dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences. Certaines actions sont parfois intégrées dans les missions et les budgets des centres de planification et d'éducation familiale (CEPF). En effet la diffusion d'informations et l'organisation « *d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale* » fait partie des missions réglementaires des CPEF qui relèvent de la compétence des départements²⁷. Mais peu de Conseils généraux se sont engagés dans le financement d'actions de ce type, auprès de structures spécifiques comme les centres d'hébergement, les prisons, la PJJ, en complément ou à la place des financements par ces structures elles-mêmes.

Ce mode de fonctionnement n'est pas satisfaisant et rend ces interventions particulièrement fragiles.

²³ Enquête événements de vie et santé (EVS), menée de novembre 2005 et février 2006 auprès de 10 000 personnes (hommes et femmes) de 18 à 75 ans vivant en France en « ménage ordinaire » donc ne vivant pas en institution. M. Jaspard, E. Brown, S. Condon, S. Fougeyrollas-Schwebel, A. Houel, et al. « les violences envers les femmes en France, une enquête nationale », la documentation française, 2003.

²⁴ S. Danet, L. Olier, S. Danet, M. Moisy, « la santé des femmes en France », DREES, 2009.

²⁵ Rapport du CSIS précité

²⁶ J. Mossuz Lavau, « la vie sexuelle en France », ed. La martinière, 2002.

²⁷ décret du 6 août 1992 ; Article R 2311-7 du Code de la santé.

Dans les centres de PMI, dans toutes leurs fonctions et pas seulement celles qui ont trait à la planification familiale²⁸, on rencontre les femmes en situation de précarité, qui viennent au centre de PMI car elles sont enceintes ou jeunes mères. C'est l'occasion aussi, selon leur lieu d'implantation, la qualité des partenariats possibles, le profil des femmes concernées, d'organiser à partir de ces centres, des actions d'information individuelles et collectives qui permettent d'aborder ces différentes questions, en tenant compte des spécificités locales, religieuses ou culturelles,²⁹ souvent les seules opportunités pour entrer en contact avec certaines de ces femmes dans un cadre permettant ensuite de créer le lien avec les professionnelles de la planification. Les choix faits par les conseils généraux de développer les actions collectives sont souvent de faible ampleur, ce que constatent souvent les missions de l'IGAS lors des contrôles de l'aide sociale à l'enfance (ASE), alors que ces actions pourraient constituer des engagements forts des départements.

2.3.3. Les actions dans les institutions pour informer ou prendre en charge

La mission de l'IGAS a procédé à une enquête auprès de deux institutions gérant des centres d'hébergement (CHRS) et des centres d'accueils de demandeurs d'asile (CADA).

On distingue plusieurs types d'actions : les interventions générales d'information dans les établissements accueillant des femmes en situation de précarité, des actions collectives et la prise en charge de la demande de contraception ou d'IVG.

En complément de ce qui est engagé au niveau départemental et pris en charge, de manière inégale, par les départements, des **actions nationales** sont financées par la Direction générale de la santé, qui s'est engagée dans des actions avec le MFPPF sur le programme « contraception-sexualité-vulnérabilité », dont les axes sont tournés vers les lieux où se trouvent les populations de femmes les plus précarisées.

Deux conventions triennales ont été conclues, (2003-2006-2008 allant en fait jusqu'à 2009). Le budget annuel de 150 000 euro permet de financer les actions et leur évaluation en direction des populations les plus précaires et de former les intervenants du MFPPF en fonction de la spécificité de la situation des femmes auxquelles s'adressent ces actions³⁰.

Le MFPPF intervient ensuite dans les établissements d'accueil pour des actions d'animation et d'information.

A la demande de l'IGAS, un sondage a été fait dans les établissements de la Fédération nationale des d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS), et un questionnaire a été adressé à l'association pour les travailleurs migrants et leurs familles (ATPM)³¹.

Ces enquêtes ne permettent bien entendu ni de généraliser, ni de dresser une évaluation complète et exhaustive des actions menées sur le terrain, dans les institutions d'accueil. Mais elles présentent, toutes choses égales par ailleurs, un échantillon de ce qu'il est possible de faire à partir d'initiatives diverses, mais sur la base d'interventions menées, là encore, avec des professionnels formés.

Des réponses ainsi recueillies, il apparaît que les questions de contraception sont abordées dans le cadre de la prise en charge globale par les travailleurs sociaux. En fonction des initiatives locales, des partenariats de plusieurs types sont engagés, avec le MFPPF, et au niveau local avec les centres de planification des hôpitaux ou des PMI locaux, ou la CPAM. Des ateliers santé sont

²⁸ De la compétence des conseils généraux, en régie directe ou délégué à une association comme le MFPPF.

²⁹ Sur ces actions, D. Jourdain-Menninger, C. Lannelongue, B. Roussille, P. Vienne, *rapport de l'IGAS sur la protection maternelle et infantile*, 2006.

³⁰ Entre 2003 et 2006, 22 formations de professionnels relais, majoritairement des femmes ont été organisées par des associations départementales du MFPPF. 290 professionnels relais ont ainsi été formés, MFPPF, rapport d'évaluation, 2006.

³¹ Entretien avec N. Maestracci, Présidente de la FNARS et H. Aourik Soussi, Directeur de l'ATPM

parfois mis en place, avec plus ou moins de succès³², des animations de soirées par des professionnels de santé.

Actions de partenariat

Réponse concernant la question de la contraception et de l'IVG dans notre établissement.

« Un partenariat avec le réseau ressources santé de Clamart : des professionnels de santé ainsi qu'un animateur viennent régulièrement au CHRS animer des soirées sur des thèmes en lien avec la santé. La première soirée organisée a traité des questions de contraception et de sexualité, des maladies transmissibles, etc...les résidentes qui le souhaitent peuvent ensuite obtenir des rendez-vous avec le réseau santé à l'hôpital de Clamart soit dans les locaux de cet organisme ».

Source : CHRS de Clamart

Actions d'information

Réponse concernant la question de la contraception et de l'IVG dans notre établissement

« Deux animatrices des services « Education pour la santé de la CPAM », interviennent 5 fois par an aux Ateliers de la Garenne, depuis plus de 10 ans. Les thèmes régulièrement abordés : la contraception, les maladies sexuellement transmissibles, l'IVG...

Parallèlement un partenariat régulier avec le Planning Familial des communes avoisinantes a été mis en place depuis de nombreuses années. Des animatrices interviennent soit aux « Ateliers » soit sur leurs lieux de permanences pour des modules de prévention, d'information et de conseils. A leur demande les jeunes peuvent être reçus individuellement, aidées et soutenues en toute confidentialité ».

Source : Centre d'hébergement « Ateliers de la Garenne » Nanterre

Interventions collectives

Réponse concernant la question de la contraception et de l'IVG dans notre établissement

« En ce qui nous concerne, nous travaillons régulièrement avec le centre de planning familial de l'hôpital des Métallurgistes aussi bien pour des orientations de femmes (contraception, IVG) que pour des interventions collectives dans les structures. Ce partenariat va être formalisé dans le cadre d'une convention. Nous travaillons également avec le MFPPF pour des formations destinées aux salariés, du conseil technique dans le cadre des IVG et nous envisageons de faire également appel à eux pour des interventions collectives, prévention IST, contraception dans les établissements ».

Source : SOS Habitat et Soins

³² Le directeur d'un CHRS de la région Rhône Alpes notait ainsi que « l'atelier santé a été axé sur les thèmes de la sexualité féminine, les moyens de contraception, les IST.. ; car auparavant nous avons remarqué qu'à chaque tentative de mise en place d'une information en lien avec ces sujets, nous nous étions heurtés à un refus de la part des personnes hébergées. Aussi, nous avons pris le parti de rendre notre public actif en les faisant participer elles-mêmes à l'élaboration du projet. D'où l'idée d'une exposition faite par elles et donc qui les rassemble et les concerne ».

Au cas par cas

Réponse concernant la question de la contraception et de l'IVG dans notre établissement

« Sur l'année 2008, nous n'avons pas mis en place de séance d'information collective concernant ce sujet. Mais le thème de la contraception est abordé de manière systématique en individuel par les référents sociaux. Nous orientons les femmes vers des gynécologues des centres de PMI ou dans des cabinets médicaux privés. En 2008, une seule femme prise en charge dans notre structure a pratiqué une IVG. L'équipe l'a accompagnée pendant toute la procédure. L'IVG a été réalisée dans une clinique parisienne ».

Source : *Un CHRS Parisien*

Les partenaires du CADA

« Réponse concernant la question de la contraception et de l'IVG dans notre établissement

L'âge moyen des femmes présentes au CADA – APTM au mois de février 2009 est de 38,6 ans.

Les modalités d'information qui ont été organisées sur la contraception, et la contraception d'urgence :

- Réunion d'information sur le planning familial ;
- Groupe de parole sur les MST et Sida animé par l'équipe sociale en collaboration avec les partenaires extérieurs ;
- Affiches sur le planning familial ;
- Orientation vers les médecins de ville ou les hôpitaux parisiens.

Au sens large du terme, les moyens contraceptifs distribués au centre sont des préservatifs masculins. Les résidents les reçoivent gratuitement.

Les femmes étant orientées vers les médecins pour leur suivi gynécologique, elles ne font pas ce type de demande (IVG) à leurs référents sociaux

Jusqu'en 2006 au départ en retraite du médecin du CADA, les femmes s'adressaient à lui pour toutes sortes de question liée à la santé. Depuis lors, l'équipe sociale a opté pour une orientation vers les médecins de ville ou d'hôpital. Il n'y a pas un partenariat particulier sur la question de contraception.

Cependant, certaines des résidentes de notre centre étant des mères de famille, elles ont un suivi à la PMI dépendant de notre secteur (principalement les 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Paris)

En outre, le centre travaille avec le Mouvement Français pour le Planning Familial, et le CRIPS.

Le centre prévoit, dans le cadre de ses actions collectives, de renforcer et ce, de façon régulière, des groupes de parole et des réunions d'information sur les questions de santé parmi lesquelles la contraception aura une place importante ».

Source : *Exemple d'action dans un CADA de l'APTM*

Les questions relatives à l'éducation à la sexualité, et l'information sur l'accès à la contraception au sens large, sont donc organisées de manière différente dans chaque institution. Les témoignages reçus par la mission montrent que le relai par le système de santé pour le suivi gynécologique des femmes et l'accès à l'IVG est dans l'ensemble correctement organisé par les structures d'accueil, mais il est absolument impossible de généraliser ce constat.

Pour ce qui concerne les femmes en situation de précarité et d'errance, il est important qu'au niveau national, un partenariat global avec le MFPPF permette d'avoir une approche globale axée sur la formation des intervenants amenés à conduire les actions en direction de ces populations précarisées, quelle que soit la forme de cette précarité, et que l'évaluation soit prévue dès l'origine.

Il importe qu'au niveau national, ces actions puissent être poursuivies, intégrées dans les programmes régionaux de santé publique, d'autant plus qu'elles s'adressent à des populations particulièrement vulnérables.

Sur le terrain, le rôle de la PMI reste irremplaçable, et la mission souscrit aux préconisations qui figurent dans le rapport précité de 2006, relatives à la nécessité de renforcer les actions de planification familiale.

3. INFORMER ET COMMUNIQUER, DES ACTIONS SANS CESSER A RENOUVELER

3.1. Des sources d'information très diversifiées

Avec des actions d'information à la sexualité mises en œuvre dans les établissements scolaires, dans les lieux où on trouve des populations en situation de précarité, et une large information véhiculée par les médias, ou par internet, on peut difficilement soutenir que la population française n'est pas informée de ces questions.

Cependant, qu'il s'agisse d'éducation à la sexualité, ou de méthode de contraception, les travaux menés au moment du lancement de la campagne triennale sur la contraception à partir des différentes études sur la contraception décrites dans le rapport thématique de l'IGAS sur la contraception montrent la persistance d'un certain nombre d'idées fausses, d'erreurs d'interprétation sur les méthodes contraceptives, et une difficulté d'appropriation de ces méthodes.

Il ne s'agit pas d'une question anodine, dans un contexte où le nombre encore important d'IVG dans notre pays est perçu comme un échec de la prévention, et parfois présenté comme une incapacité des femmes à gérer leur « devoir contraceptif ».

3.1.1. Les adultes privilégient les professionnels de santé

Les sources d'information de la population française sont diversifiées, mais ce sont les professionnels de santé qui sont considérés généralement comme les meilleurs vecteurs de l'information surtout par les adultes.

Niveau de confiance envers les sources d'information (2004)

Source d'information	Population totale
Personnel médical	55%
Médias	47%
Professionnels du social	9%
Entourage	7%
Sphère scolaire	4%

Source : *Les Français et la contraception* », INPES, BVA, mars 2007

L'information passe aussi beaucoup par internet, avec parfois les risques de désinformation, ou d'informations erronées que ce mode de communication non contrôlé induit.

3.1.2. Les sources d'information des jeunes sont très diversifiées

Il n'est pas facile de connaître les sources d'information des jeunes sur la sexualité et la contraception. Le questionnaire cité ci-dessous fait cependant assez bien la synthèse de ce que les professionnels ont pu constater et dont ils ont pu faire part à la mission. Il apparaît que le corps médical joue un rôle marginal dans l'information des jeunes qui se tournent davantage vers leur proche entourage.

Contraception et adolescence, une enquête un jour

A partir d'un questionnaire portant sur 232 lycéens, une typologie des sources d'information des jeunes a pu être élaborée à titre d'exemple.

122 étaient des filles, 110 des garçons. 98 étaient au lycée général, 54 en lycée professionnel et technique, 80 en lycée technologique. La moyenne d'âge est de 16 ans.

Ces adolescents, même avec des parcours scolaires différents, ne sont néanmoins pas représentatifs, et surtout, les adolescents déscolarisés après la classe de 3^{ème} ne sont pas représentés. Ils s'estimaient dans l'ensemble satisfaits de leur information et affirmaient pouvoir trouver facilement des réponses ponctuelles à leurs questions sur la contraception, auprès de leurs proches d'abord : parents pour 40%, frères et sœurs pour 18%, centres de planification pour 33%, médecin scolaire pour 6%, médecin traitant pour 2% d'entre eux.

Quatre adolescents sur dix avaient eu un rapport sexuel complet, 30,2% interrogés au moment de l'enquête se disaient « sexuellement actifs » (une fille sur quatre, un garçon sur trois), et 90% disaient utiliser un moyen de contraception.

Les 122 adolescentes utilisaient la pilule pour différentes raisons, et toutes avaient eu un oubli d'au moins 12 heures.

En conclusion de ce petit questionnaire, on voit que les adolescents connaissent encore mal la contraception, ne l'utilisent pas systématiquement, multiplient les « rattrapages » et subissent des échecs. Leurs connaissances, malgré des progrès indéniables, ne sont pas suffisantes, et la situation est sans doute encore moins satisfaisante chez les jeunes précarisés.

Source : A-Bourra, I. Asselin, M. Vallée, « contraception et adolescence, une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens », médecine, vol 2. 2006.

Il faut remarquer que les nombreux documents d'information, édités dans le cadre de campagnes de communication nationales ou locales, sont peu évoqués comme source d'information par les jeunes.

Préoccupés par les conséquences d'un défaut d'information qu'ils constatent dans leurs consultations ou lorsqu'ils interviennent dans des séances d'éducation à la sexualité, nombre de professionnels de santé ont pris des initiatives pour y remédier à leur niveau en développant par exemple des blogs, ou des sites interactifs. Certains sont plus particulièrement destinés aux jeunes, incités à poser en tout anonymat les questions qui les préoccupent auxquels les professionnels apportent des réponses adaptées.

« Info ado », lancé par l'équipe du Pr.Nisand à Strasbourg, est un site inter-actif auquel les jeunes s'adressent directement et reçoivent des réponses de la part des professionnels qui interviennent dans le cadre des séances d'information à la sexualité. C'est un des exemples les plus aboutis.

« Info ados »

Info ado dispose aussi d'un site internet (taper info ado) où le nombre de visiteurs ne cesse d'augmenter : 12 800 en 2001 et 142 136 en 2006. Les questions posées ne cessent d'augmenter : 576 en 2001 et 6032 en 2006.

Source : DRASS Alsace

En général, les études³³ montrent que les jeunes sont informés des questions de reproduction et de contraception, mais que la « mise en pratique » de leurs connaissances est plus difficile.

3.2. La persistance de représentations erronées

Un certain nombre « d'idées reçues » sur la contraception persistent, se diffusent, et toutes les équipes rencontrées par la mission ont fait part de la nécessité de lutter contre cette « désinformation ».

L'enquête menée par l'INPES avant d'organiser la campagne triennale en cours sur la contraception a fait la liste des idées reçues dont les conséquences sur les pratiques contraceptives peuvent être graves.

Une enquête de l'INPES : des représentations erronées sur la contraception

Des idées reçues largement répandues

- près d'un quart (22%) des Français et 34% des jeunes de 15-20 ans interviewés pensent que la pilule peut rendre stérile et fait systématiquement grossir (24%) ;
- 50% des Français croient que l'on ne peut utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant.

De nombreuses lacunes :

- 53% des Français croient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a eu lieu pendant ses règles et 64% qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiable en surveillant son cycle ;
- Parmi les personnes interrogées qui connaissent les nouvelles méthodes, comme le patch, ou l'implant et l'anneau vaginal, un sur deux ne connaît pas la durée d'effet du patch contraceptif (qui est d'une semaine) ni celle de l'anneau vaginal (un mois), tandis que près de six Français sur dix (59%) ne savent pas quelle est la durée d'efficacité de l'implant contraceptif ;
- Un jeune sur dix, âgé de 15 à 20 ans n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH et des IST ;

Plus du tiers (35%) des personnes déclarant connaître la contraception d'urgence (pilule du lendemain) pense qu'elles ne concerne que les jeunes femmes de moins de 25 ans, et seuls 5% des français, et 15 % des 15-20 ans connaissant la contraception d'urgence savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72 h après un rapport non protégé.

Source : INPES : enquête téléphonique auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, de 2004 personnes interrogées du 27 janvier au 7 février 2007

³³ Baromètre santé jeunes, résultats thématiques, « sexualité et contraception chez les jeunes du Nord-Pas-de-Calais, DRASS, DDASS, mars 2007.

Comme l'indiquent de nombreuses études reprises dans le rapport de la délégation parlementaire aux droits des femmes de 2008³⁴, on se trouve devant une situation paradoxale avec un taux d'utilisation de contraceptifs qui n'a cessé de croître et en même temps un nombre stable d'IVG. On constate des difficultés pour la prise quotidienne des contraceptifs, une connaissance assez faible des méthodes de « rattrapage » en cas d'échec de la contraception et finalement un usage très approximatif de la contraception.

Ce constat, confirmé localement par les échanges que la mission a pu avoir avec les professionnels ou des patientes dans la salle d'attente³⁵ montre la difficulté de choisir les bons vecteurs de campagne, les cibles les plus appropriés et de ne pas se tromper de message.

3.3. Une approche globale de la prévention

3.3.1. Les trois étapes du message de prévention

On distingue classiquement en matière de prévention sanitaire trois niveaux qui s'appliquent également à la prévention des grossesses non désirées³⁶

La prévention primaire : les actions à engager visent à éviter « l'apparition du problème », en l'occurrence dans le cadre de la présente étude, l'apparition d'une grossesse non désirée. S'ajoutant à toutes les actions développant l'éducation à la sexualité et à la contraception, les actions de communication doivent permettre d'apporter des connaissances et modifier des conduites.

« *En matière de régulation des naissances, c'est la motivation qui prime sur la technique*³⁷ » : les moyens sont connus, mais il faut faire en sorte que leur mode d'utilisation soit lui aussi bien connu, et que les utilisateurs potentiels passent de la connaissance théorique à l'appropriation.

De plus, on peut s'interroger sur l'orientation, qui sous-tend la plupart des démarches de prévention primaire, abordant la sexualité comme un « risque », au même titre que le tabac et l'alcool, sans évoquer les conditions d'une sexualité épanouie et heureuse, approche qui peut avoir des effets pervers pour les jeunes dans leur premier contact avec la sexualité.

La prévention secondaire : la définition classique de la prévention secondaire privilégie la détection précoce d'une maladie latente ou asymptomatique ; dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées, sachant qu'il ne s'agit bien entendu pas d'une maladie, il s'agit de rattraper une défaillance au niveau de la prévention primaire : on peut rattacher à la prévention secondaire la *contraception d'urgence*. La campagne locale menée par la CGSS en Guadeloupe³⁸ s'inscrit parfaitement dans cette problématique : les messages partent de l'idée de déterminer, à partir des freins ou des abus, la nature de la contraception d'urgence.

Les adolescents sont particulièrement exposés aux échecs de prévention primaire alors qu'ils ont également une fécondité très élevée : manque d'ordonnances pour le renouvellement de pilule, erreur d'utilisation du préservatif, absence totale de contraception plus fréquente³⁹.

La prévention tertiaire consiste à limiter les conséquences de l'échec de la prévention primaire et secondaire. Dans le cadre de cette étude, c'est bien l'IVG qui est concernée.

³⁴ B. Poletti, « suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception », rapport d'information n°1206, octobre 2008.

³⁵ Pur une patiente, interrogée par le praticien devant la mission dans la salle d'attente, la réponse à la question « quels sont les risques de la pilule » a eu cette réponse spontanée : « le risque avec la pilule, c'est de ne pas avoir d'enfant ... ».

³⁶ Dr. L. Stien, « comment améliorer la prévention des grossesses adolescentes du Gers », *mémoire de l'école nationale de santé publique*, 2004

³⁷ Dr L. Stien, op. Cité

³⁸ Campagne de communication media menée en 2007 sur financement FNPEIS

³⁹ P. Faucher, S. Dappe, P. Madalenat, « maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », Elsevier, in *Gynécologie, obstétrique et fertilité* 30 (2002).

3.3.2. Un champ de communication complexe

La santé sexuelle et reproductive est désormais reconnue comme un enjeu majeur de santé publique, qui concerne la plus grande partie de la population, et à ce titre devient un objet de communication publique. Contrairement à la Grande-Bretagne, qui, confrontée à un problème de grossesses précoces important, a choisi de donner une large publicité aux modalités de recours à l'IVG, les autorités françaises en charge de la santé publique ne communiquent pas sur l'IVG. L'information grand public consiste essentiellement à orienter les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse par l'intermédiaire des téléphones verts mis en place dans les DRASS et gérés le plus souvent par le MFPPF. Cependant, les numéros sont mal connus et peu utilisés (5000 appels en Ile de France en 2007 pour IVG), et n'offrent pas toujours une réponse adaptée aux besoins.

Les campagnes publiques se concentrent donc sur la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles

Les impératifs de la lutte contre le SIDA ont conduit pendant plusieurs années à privilégier cette question dans les actions d'information et de communication. Les campagnes menées ont eu un impact significatif, notamment sur l'usage du préservatif, ce qui était l'effet recherché. Néanmoins, cette approche a eu pour conséquence de développer une vision négative de la sexualité, centrée autour des risques, et a contribué à estomper la place accordée à la question de la contraception. C'est ainsi qu'on observe notamment chez les adolescents une difficulté à gérer le passage du préservatif à la pilule dans le cadre d'une relation plus stabilisée. Au total il semble que la priorité accordée à la lutte contre le SIDA ait joué au détriment de l'information sur la contraception, tant dans le message délivré que dans l'affectation des moyens et la répartition des actions.

Compte tenu enfin de l'importance des faits de violence dans les motifs de recours à l'IVG, les campagnes de communication menées par les pouvoirs publics contre les violences faites aux femmes sont également importantes au regard de la santé sexuelle et de la prévention des grossesses non désirées

3.4. Des campagnes d'information et de communication trop espacées

A la différence de campagnes comme celle qui a eu trait aux antibiotiques⁴⁰, engendrant des modifications de comportements chez les professionnels et les patients que l'on peut espérer durables, la population cible des campagnes sur la contraception est une population en perpétuel renouvellement par l'entrée de nouvelles générations d'adolescents dans la sexualité. **Il convient donc aussi de renouveler régulièrement ces campagnes.**

L'accent mis sur les campagnes de prévention contre les IST et le SIDA dans les dernières années s'est traduit par un espacement des campagnes d'information et de communication sur la contraception. La délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale s'en inquiétait en 2005⁴¹, notant que « *l'information en matière de contraception est un domaine que les pouvoirs publics semblent avoir délaissé depuis quelques années* » et appelant au lancement rapide d'une nouvelle campagne nationale.

Le lancement en 2007 d'une campagne triennale d'information sur la contraception, comportant un large programme d'intervention piloté par l'INPES prend en compte cette préoccupation de continuité et de répétition, qui mérite d'être poursuivie.

⁴⁰ « Les antibiotiques, c'est pas automatique »

⁴¹ Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 30 novembre 2005

Tableau 3 : Campagnes nationales d'information sur la contraception

Dates	Message	Commentaires
1981-1982	<i>"La contraception est un droit fondamental".</i>	Première campagne grand public. Objectif : affirmer le droit des femmes
1992	<i>"La contraception, ça devient simple quand on en parle".</i>	Message axé sur le dialogue. Accent mis sur le préservatif dans une double perspective de contraception et de prévention du Sida (qui semble avoir affaibli le message contraception).
2000	<i>"La contraception, à vous de choisir la vôtre."</i>	Informé sur les différents modes de contraception disponibles et favoriser un accès égal pour toutes à la contraception.
2002	<i>"La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place"</i>	Poursuivre l'effort de sensibilisation et favoriser une utilisation effective de la contraception par les femmes et leur partenaire
2007	<i>"La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit"</i>	Initier une nouvelle "culture contraceptive" reposant sur le choix éclairé de la méthode la mieux adaptée
2008	<i>« Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous ».</i>	Ciblé sur les adolescents, pour libérer la parole, les inciter à s'informer et à adopter une démarche contraceptive responsable.
2009	<i>« Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? »</i>	Accent mis sur l'implication des hommes, la contraception étant présentée comme un enjeu pour le couple et non la seule femme.

3.4.1. Un large programme d'intervention de l'INPES

Parmi les causes d'IVG, les différentes études et les constatations faites par les professionnels de santé montrent que deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser un contraceptif, en raison de l'ignorance de la contraception, mais aussi des problèmes d'observance ou de « mésusage ».

Partant de ce constat ces et s'appuyant sur les résultats des enquêtes et études sur les pratiques et représentations de la contraception en France, l'INPES a développé un programme intégré en 7 étapes.

Le programme de l'INPES

1. une revue de littérature et l'enquête BVA
2. le cahier des charges réalisé avec des experts : DGS, MFPPF, N. Bajos
3. un site internet et fil santé jeunes
4. hors média plus version DOM et tournage sur place
5. action en direction de l'éducation nationale « questions d'ado » avec deux plans, via les rectorats et directement via les chefs d'établissements et infirmières scolaires
6. forums régionaux du planning, cartes AZ messages de prévention en direction des jeunes (clubs de foot), mais rien avec les départements
7. actions en direction des professionnels, publi-rédactionnels site avec rubrique professionnelle achat de données, magazines ciblés, actions spécifiques en direction des populations vulnérables.

Source : INPES

Les différentes actions menées dans le cadre de cette campagne ont particulièrement ciblé les populations suivantes :

- les populations vulnérables, dans le cadre de la convention triennale avec le MFPF citée supra, et d'un partenariat avec la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)⁴², avec un guide du comité médical pour les exilés (COMEDE) et un axe spécifique pour les départements d'outremer⁴³ ;
- les jeunes, dans les centres de planification et d'éducation familiale, et dans le cadre du « plan santé des jeunes »
- Les professionnels de santé, médecins généralistes dans le cadre de la convention signée entre le ministère de la santé et le collège national des généralistes enseignants, et autres professionnels de santé comme les sages femmes et les infirmiers dans le cadre des possibilités de renouvellement de contraceptifs, les centres périnataux de proximité.
- Les services déconcentrés du ministère de la santé, avec le financement de colloques permettant des rencontres de professionnels de terrain⁴⁴

Le budget de la campagne triennale de communication sur la contraception

Ont été investis les montants suivants en :

- 2007 : achat d'espace = 5 592 000 €TTC, honoraires et frais techniques de réalisation des supports de communication : 900 000 €TTC, soit un total de 6 492 000 €
- 2008 : achat d'espace = 8 738 000 €TTC, honoraires et frais techniques de réalisation des supports de communication : 900 000 €TTC, soit un total de 9 638 000 €
- 2009 : achat d'espace = 5 500 000 (prévisionnel), honoraires et frais techniques de réalisation des supports de communication : 900 000 €TTC, soit un total prévisionnel de 6 400 000 €

Source : INPES

Le FNPEIS de l'assurance maladie contribue aussi à des actions de communication très décentralisées, dont la mission a pu apprécier les effets positifs notamment en Guadeloupe.

3.4.2. Des campagnes jeunes et « grand public »

La campagne de communication de l'INPES de 2007 a eu une portée « grand public » qui a été recentrée en 2008 sur les publics plus jeunes, garçons et filles. Elle a consisté à développer une information sur les thèmes de la sexualité, de la vie sentimentale et de la contraception « *la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit* ». En ce qui concerne les adolescents, un des vecteurs utilisés a été la diffusion de ces brochures d'information, de manière assez traditionnelle, en direction des établissements scolaires, par l'intermédiaire des conseillers techniques auprès des recteurs et inspecteurs d'académie, pour mener des actions de prévention notamment par l'intermédiaire des infirmières scolaires. L'efficacité de cette diffusion a été relative puisque l'appréciation en a été laissée au chef d'établissement et au conseil d'administration de l'établissement. Un deuxième envoi a donc été nécessaire, avec une lettre une lettre du directeur général de l'INPES accompagnant la brochure « la meilleure contraception est celle qu'on choisit », convention signée avec l'INPES pour diffusion complémentaire, sans que la réalité de cette diffusion ait pu être mesurée. Mais les interlocuteurs rencontrés par la mission sur le terrain ont parfois fait allusion à des caisses de brochures non ouvertes stockées dans certains établissements.

⁴² Avec des résultats inégaux voir supra.

⁴³ Les actions de communication outremer seront développées dans le rapport spécifique consacré à l'outremer.

⁴⁴ La mission de l'IGAS a pu assister à un de ces colloques à Nantes

Une diffusion complémentaire a été organisée dans des lieux ciblés (10 en tout dans les centres de rétention des mineurs) qui serait à renforcer à l'avenir. Les deux autres campagnes ont développé une nouvelle campagne TV, des films sur internet, des spots diffusés sur des radios jeunes, la rediffusion de chroniques sur la sexualité, le VIH, la contraception...et une diffusion de SMS sur téléphone mobile.

La préparation s'est faite de manière sérieuse, les moyens financiers non négligeables. Il convient de voir si la stratégie a été la bonne.

3.4.3. Une efficacité difficile à apprécier

La stratégie retenue

La stratégie de l'INPES s'est appuyée sur un comité scientifique et articulée autour de quelques axes principaux dont celui d'améliorer l'observance contraceptive, (la baisse du nombre d'IVG pouvant être une conséquence induite mais non un objectif de campagne)

La communication ne portait donc pas sur l'IVG mais sur la contraception.

Un suivi des volumes de vente de contraceptifs a été organisé six mois avant la campagne, (1/5^{ème} des 20/30 ans aurait changé de mode de contraception dans cette période.)

D'où une campagne de communication pérenne (au moins 3 ans) sur la contraception, ciblée sur la vie affective et sexuelle, sur le vécu de la contraception, dans un programme intégré d'intervention, avec des cibles : les jeunes, les populations vulnérables, les médecins, l'outremer.

Source : INPEIS

La première campagne, en 2007, était en direction du grand public et des jeunes de 15-30 ans. Elle avait pour objectif d'interpeller le plus grand nombre sur les enjeux de la contraception et de favoriser le choix et l'appropriation par les femmes de leur méthode de contraception, à chaque période de leur vie affective et sexuelle.

Le post test porte sur un échantillon national représentatif de la population de 15 ans et plus, de 1017 personnes et un sur échantillon de 145 personnes âgées de 15 à 19 ans et de 196 personnes âgées de 20 à 30 ans.

La première campagne en 2007 : « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit »

Mémorisation

par les 15-19 ans : 38 %

par les 20-30 ans : 44%

par le grand public : 28%

Capacité à restituer un élément spécifique de la campagne : « cette campagne énumère les différents moyens de contraception », « on peut choisir son moyen de contraception »

On estime que 80% des personnes de 15-49 ans ont été exposées en moyenne 7,5 fois au spot TV.

De plus, une personne sur 5 parmi les 20-30 ans déclare que cette campagne l'a incitée à changer de mode de contraception.

Source : note INPES, 2007⁴⁵

⁴⁵ INPES, « premiers éléments d'évaluation de la campagne contraception », 20 décembre 2007

Les résultats de cette enquête montrent que cette campagne a été mémorisée par les jeunes, et bien comprise par les personnes qui se souviennent de l'avoir vue.

**La deuxième campagne, en 2008,
« vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous, parlez en avec nous »**

Une deuxième enquête BVA en face à face à domicile a été réalisée sur deux semaines en 2008. sur un échantillon de 1049 personnes de 15 ans et plus. Une évaluation a été réalisée de son impact en termes d'information retenue (mémorisation, reconnaissance et appréciation et compréhension) et en termes d'incitation (implication et incitation). Cette campagne, qui était axée plus spécifiquement sur les jeunes a atteint cependant des niveaux d'implication et d'incitation moins élevés que celle de 2007.

Après avoir leur montré la campagne, 90 % des jeunes de 15 à 19 ans ont reconnu au moins un des spots, 29 % disent en avoir parlé avec leur entourage.

Il ressort que :

- 2 jeunes sur 10 restituent ce qu'ils ont compris des spots en disant le message complet « si on a besoin de parler contraception, on peut appeler un numéro de téléphone »
- 3 jeunes sur 10 pensent que ces spots vont faire comprendre « qu'il est difficile de parler de contraception autour de soi »
- 4 jeunes sur 10 comprennent « qu'on ne doit pas hésiter à parler de contraception autour de soi, il ne faut pas avoir honte ».

Enfin, en terme d'incitation, près de 2 jeunes sur 10 déclarent avoir été incités par les spots à parler de contraception avec son médecin généraliste ou son gynécologue, et 1 sur 10 avoir été incité à appeler « fil santé jeunes ».

Source : note INPES 11 septembre 2008⁴⁶

Les évaluations intermédiaires de cette campagne contraception montrent les difficultés d'évaluer la compréhension de la campagne, et plus encore son impact. De plus, il s'agit d'évaluation à court terme qui ne permet pas de prévoir les comportements futurs, et dont le caractère déclaratif rend difficile la mesure des effets.

3.5. Les limites des campagnes de communication

Il ne suffit pas d'informer la population sur un danger objectif par une communication de masse aussi professionnelle et séduisante soit elle pour que les individus changent instantanément de comportement à l'égard de ce danger, car on a affaire à des « *dissonances cognitives qui conduisent souvent chaque individu à adapter ses représentations à ses actes*⁴⁷ ».

Ce qui explique pourquoi les campagnes de communication et d'information grand public ont en général peu d'effets sur les comportements. Il est difficile, dans toute action de communication publique, de voir comment infléchir les conduites. Elles restent néanmoins indispensables, à condition d'être accompagnées d'actions régulières et intensives d'information.

Il faut se féliciter que les pouvoirs publics aient enfin décidé de lancer des campagnes de communication spécifiquement axée sur la contraception, et sur une durée qui permet d'en évaluer, avec les restrictions de méthode évoquées supra, quelques effets.

⁴⁶ INPES, « synthèse de l'évaluation de la campagne contraception », 11 septembre 2008

⁴⁷ S. Moscovici in L. Stein, op cité

Plusieurs remarques peuvent être formulées quant aux impératifs à respecter dans ces campagnes :

- le caractère répétitif des campagnes est indispensable surtout lorsqu'on veut cibler les jeunes, les classes d'âge se renouvelant par définition,
- les modalités de diffusion sur le terrain doivent permettre l'appropriation par les destinataires ; l'exemple des établissements scolaires illustre bien le fait qu'une conception trop verticale des moyens de diffusion s'avère souvent inadaptée ;
- un suivi scientifique de l'évolution des prescriptions contraceptives annuelles doit être effectué, l'enjeu étant bien d'adapter les habitudes contraceptives des Françaises qui ont des problèmes d'observance des pilules contraceptive,
- la place des acteurs de terrain dans la conception de la campagne mérite d'être développée (ce point sera développé dans le rapport sur l'outremer) ;
- le traitement de la prévention du SIDA et de l'articulation avec la contraception continue de poser des problèmes de logique, notamment pour gérer la transition entre préservatif et autre moyen de contraception dans le temps.

4. RECOMMANDATIONS

4.1. *Information et éducation dans le système scolaire*

Recommandation n°1 : Faire un état des lieux de la situation concernant la mise en œuvre de l'article L 312-16 du Code de l'éducation.

Recommandation n°2 : Lancer une mission interministérielle IGAS-IGAEN visant à proposer des modalités concrètes d'actions pour intensifier l'effort d'information et l'éducation à la sexualité en direction des jeunes.

Recommandation n°3 : Mettre en place un dispositif de pilotage et de suivi opérationnel avec des indicateurs de performance permettant de suivre les progrès réalisés dans chaque établissement scolaire en matière d'éducation à la sexualité.

Recommandation n°4 : Clarifier le financement : évaluer les besoins et la répartition entre les différents financeurs en fonction des compétences de chacun.

Recommandation n°5 : Recenser les ressources mobilisables pour mener les actions d'information et d'éducation à la sexualité au niveau de chaque région : organismes concernés, personnes qualifiées.

Recommandation n°6 : Développer les actions d'information et d'éducation par les pairs auprès des jeunes

Recommandation n°7 : Recenser et diffuser les expériences innovantes et bonnes pratiques en matière d'information et d'éducation à la sexualité dans et hors de l'institution scolaire.

Un jury de professionnels pourrait distinguer chaque année les actions les plus intéressantes.

Recommandation n°8 : Développer des protocoles d'évaluation pour apprécier l'impact des actions menées en matière d'information et d'éducation à la sexualité

De telles évaluations sont indispensables. Les expériences menées suggèrent divers critères permettant d'apprécier d'un point de vue qualitatif l'effet des actions : sensibilisation des publics concernés, développement des connaissances des participants, remise en cause des idées fausses. La modification des comportements étant en revanche beaucoup plus délicate à apprécier et nécessitant un suivi à plus long terme.

4.2. Pour les jeunes qui ne sont pas dans le système scolaire classique

4.2.1. Actions relevant de l'Etat

Les actions d'éducation à la sexualité doivent pouvoir toucher tous les jeunes, y compris ceux qui sont déscolarisés, ou qui fréquentent des lieux d'accueil pour les jeunes en dehors du système scolaire. Délivrer messages et information ne s'improvise pas et doit impérativement s'appuyer sur des professionnels formés, d'autant plus que les sources d'information de ces jeunes sont de plus en plus diversifiées : Internet, films pornographiques etc....

Recommandation n°9 : Renforcer la formation des professionnels qui entrent en contact avec les jeunes hors du système scolaire, (professionnels des missions locales, foyers de jeunes travailleurs, associations de jeunesse),

Dans cette perspective il convient de mettre à profit la convention nationale signée entre l'Etat (DGS) et le MFPPF, et de l'élargir à d'autres ministères concernés (comme les ministères de la justice pour la PJJ, de l'agriculture pour les maisons familiales et rurales)

Recommandation n°10 : Intégrer dans cette formation, à côté de l'information directement opérationnelle, une approche des questions sensibles auxquelles les jeunes peuvent être confrontés

Les professionnels au contact des jeunes doivent en effet être en mesure de leur apporter les informations dont ils ont besoin notamment sur les conditions et lieux de délivrance des produits contraceptifs et de la contraception d'urgence. Mais ils doivent aussi pouvoir aborder avec eux des questions comme la pornographie, la virginité, le mariage forcé, l'homosexualité, ou encore la violence et le respect entre les filles et les garçons,

Recommandation n°11 : Prévoir dans les programmes d'étendre cette formation au-delà des éducateurs à toute l'équipe éducative notamment les directeurs d'établissements (PJJ, CFA, AFPA etc...

Recommandation n°12 : Pour la PJJ, systématiser les actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes sous main de justice

Ces actions doivent être inscrites dans le cadre de leur parcours d'insertion et il importe de sensibiliser les équipes éducatives et administratives à ces questions.

4.2.1.1. Actions relevant des Agences régionales de santé (ARS)

Recommandation n°13 : Inscrire l'éducation à la sexualité dans les orientations des commissions de coordination des politiques publiques de santé

Ces commissions qui auront à s'intéresser aux domaines de la prévention, de la santé scolaire et de la protection maternelle et infantile au titre de la loi HSPT, et dont la composition prévoit d'associer les services de l'Etat, des collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale peuvent avoir un rôle stratégique à cet égard.

Recommandation n°14 : Faire au niveau local l'inventaire des différents lieux d'accueil des jeunes en situation de précarité pour y développer des actions d'information et d'éducation à la sexualité

Le financement de ces actions de prévention devra être organisé entre les différents partenaires concernés, qu'il s'agisse de partenaires relevant de la compétence de l'Etat, ou des collectivités locales.

4.2.1.2. Actions relevant des établissements hospitaliers

Recommandation n°15 : Si une maison des adolescents est adossée à l'hôpital, inclure la possibilité de donner l'information sur la planification familiale et la contraception

Recommandation n°16 : Si le personnel de santé fait des interventions en milieu scolaire, dans le cadre de la planification familiale, voir comment élargir les lieux d'intervention (missions locales, PJJ etc....)

4.3. *Pour les populations en situation de précarité*

Les actions d'information à la sexualité, sur la contraception sont parfois organisées dans les établissements, mais aussi dans des lieux où il est possible d'entrer en contact avec les populations en difficulté.

Recommandation n°17 : Renforcer les formations de formateurs et les actions menées par le MFPF dans le cadre du partenariat avec l'Etat et mettre dans les conventions avec les associations qui interviennent auprès des populations en situation de vulnérabilité un volet contraception.

Recommandation n°18 : Mettre à profit les actions collectives menées dans les centres de PMI, pour donner l'information sur la contraception.

Recommandation n°19 : Prévoir de diffuser aussi des informations sur la contraception en direction des hommes présents dans les institutions (CHRS, CADA...).

4.4. Les campagnes de communication

Il est nécessaire de les décliner à tous niveaux et surtout de les réitérer, d'autant plus que lorsqu'elles prennent pour cibles les jeunes, les classes d'âge, par définition, évoluent.

Recommandation n°20 : Prévoir que les campagnes nationales de communication sur ces thématiques soient régulièrement réitérées.

Recommandation n°21 : Renforcer les déclinaisons locales des campagnes nationales de communication.

Recommandation n°22 : Associer à la définition des campagnes nationales d'information des personnes cibles.

Recommandation n°23 : Revoir la définition des campagnes en direction de l'outremer, diffuser les documents d'information dans l'ensemble des collectivités ultramarines.

Claire AUBIN

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation
1	Faire un état des lieux de la situation concernant la mise en œuvre de l'article L 312-16 du Code de l'éducation
2	Lancer une mission interministérielle IGAS-IGAEN visant à proposer des modalités concrètes d'actions pour intensifier l'effort d'information et l'éducation à la sexualité en direction des jeunes
3	Mettre en place un dispositif de pilotage et de suivi opérationnel avec des indicateurs de performance permettant de suivre les progrès réalisés dans chaque établissement scolaire en matière d'éducation à la sexualité
4	Clarifier le financement : évaluer les besoins et la répartition entre les différents financeurs en fonction des compétences de chacun
5	Recenser les ressources mobilisables pour mener les actions d'information et d'éducation à la sexualité au niveau de chaque région : organismes concernés, personnes qualifiées
6	Développer les actions d'information et d'éducation par les pairs auprès des jeunes
7	Recenser et diffuser les expériences innovantes et bonnes pratiques en matière d'information et d'éducation à la sexualité dans et hors de l'institution scolaire
8	Développer des protocoles d'évaluation pour apprécier l'impact des actions menées en matière d'information et d'éducation à la sexualité
9	Renforcer la formation des professionnels qui entrent en contact avec les jeunes hors du système scolaire, (professionnels des missions locales, foyers de jeunes travailleurs, associations de jeunesse)
10	Intégrer dans cette formation, à côté de l'information directement opérationnelle, une approche des questions sensibles auxquelles les jeunes peuvent être confrontés
11	Prévoir dans les programmes d'étendre cette formation au-delà des éducateurs à toute l'équipe éducative notamment les directeurs d'établissements (PJJ, CFA, AFPA etc...)
12	Pour la PJJ, systématiser les actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes sous main de justice
13	Inscrire l'éducation à la sexualité dans les orientations des commissions de coordination des politiques publiques de santé
14	Faire au niveau local l'inventaire des différents lieux d'accueil des jeunes en situation de précarité pour y développer des actions d'information et d'éducation à la sexualité
15	Si une maison des adolescents est adossée à l'hôpital, inclure la possibilité de donner l'information sur la planification familiale et la contraception
16	Si le personnel de santé fait des interventions en milieu scolaire, dans le cadre de la planification familiale, voir comment élargir les lieux d'intervention (missions locales, PJJ etc....)

17	Renforcer les formations de formateurs et les actions menées par le MFPP dans le cadre du partenariat avec l'Etat et mettre dans les conventions avec les associations qui interviennent auprès des populations en situation de vulnérabilité un volet contraception.
18	Mettre à profit les actions collectives menées dans les centres de PMI, pour donner l'information sur la contraception
19	Prévoir de diffuser aussi des informations sur la contraception en direction des hommes présents dans les institutions (CHRS, CADA...)
20	Prévoir que les campagnes nationales de communication sur ces thématiques soient régulièrement réitérées
21	Renforcer les déclinaisons locales des campagnes nationales de communication
22	Associer à la définition des campagnes nationales d'information des personnes cibles.
23	Revoir la définition des campagnes en direction de l'outremer, diffuser les documents d'information dans l'ensemble des collectivités ultramarines

Liste des personnes rencontrées

1. CABINET

Mme E. ARONICA, conseillère technique
Mme M. DAHAN, conseillère technique

2. ASSEMBLEE NATIONALE

Mme. B. POLETTI, Députée, présidente de la délégation aux droits des femmes

3. ADMINISTRATIONS, AGENCES, ORGANISMES DE RECHERCHE

• MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Mme E. MENGUAL, ancienne Présidente du groupe national d'appui
M. le Dr R CECCHI TENERINI, ancien Directeur médical de la mutuelle des étudiants
M J.M. BOULANGER, ancien Secrétaire général de l'AP-HP

Direction générale de la santé (DGS)

M. D. HOUSSIN, Directeur
M. P. AMBROISE, chef de bureau
Mme B. BOISSEAU MERIAU
Mme N.DAVID
Mme G. GERNIGOU
Mme N. MATET
Mme A. PERILLAT
Mme A. M. SERVANT

Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS)

M. J.C. DELNATTE
Mme E.GALLOU
Mme le Dr. A. LORDIER-BRAULT, sous-directeur par intérim
Mme A.N. MACHU
Mme C CATEAU, conseillère pédagogique
M. S. MOUTON
M D RENARD, chef de bureau
Mme le Dr. RICHARD
Mme M. THOREL

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. J-P. VINQUANT, sous directeur
M. I.BUSSCHAERT, adjoint au sous-directeur
Mme S. CASANOVA
M. B.MARS,
M. A. LASSERRE

Direction générale de l'action sociale (DGAS)

M. P. DIDIER-COURBIN, chef de service

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Mme le Dr. J. DUBOIS

Secrétariat d'Etat aux droits des femmes (SDFE)

Mme J.VOISIN, chef de service

Mme BORSISERANE

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

M. J.B. HERBET, chef de bureau

Mme A.VILAIN

- **MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**
Mme N. NEULAT, chef de bureau à la DGESCO
Mme F. NARBONI, adjointe au chef de bureau
- **MINISTERE DE LA RECHERCHE**
M. le Pr. François COURAUD
- **MINISTERE DE L'AGRICULTURE**
Mme C. PAILHAREY
- **MINISTERE DE LA JUSTICE**
Mme le Dr. J. GROUSSET, direction de la protection judiciaire de la jeunesse
Mme D. FORGEOT, infirmière-rédacteur
- **SECRETARIAT D'ETAT A L'OUTRE-MER**
M R . SAMUEL, délégué général à l'outre-mer
Mme M-L.DAUPHIN, chargée de mission
- **CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)**
Mme A. DENECHERE, directrice de cabinet du directeur général
Mme V. BELLOT
Dr. D. MENA-DUPONT, médecin conseil
Dr. D. LESSELLIER, médecin conseil
Mme C. KETERI, responsable département prévention
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**
M. P. LAMOUREUX, directeur général
Mme N. CIVATTE, directrice de la communication
M. P. ARWIDSON, directeur des affaires scientifiques
- **Haute autorité de santé (HAS)**
M. F. ROMANEIX, directeur général
M. le Dr. P DOSQUET, adjoint au directeur de la qualité et de la sécurité des soins.
- **Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS)**
Mme F. BARTOLI, adjointe au Directeur
Mme Rey QUINIO

- **Comité économique des produits de santé (CEPS)**
M. N. RENAUDIN, Président
- **Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)**
Mme N. BAJOS, socio-démographe
M. le Dr.A. SPIRA , Directeur du GIS-IRESP
- **Institut national d'études démographiques (INED)**
Mme le Dr. C. MOREAU, INEDd U 569
- **Haut comité de santé publique (HCSP)**
Mme Marie Hélène BOUVIER-COLLE, Inserm, unité 149
- **CEVIPOF**
Janine MOSSUZ-LAVAU, directrice de recherche CNRS

4. ASSOCIATIONS ET ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

- **MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (MFPF)**
Mme Françoise LAURANT, Présidente
Mme Marie-Pierre MARTINET, secrétaire générale
Mme Geneviève COURAUD, trésorière
Mme Danielle GAUDRY, membre de la commission IVG/Contraception
Mme Alice COLLET, conseillère conjugale et familiale
- **ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC)**
Mme le Dr. Marie Laure BRIVAL, présidente
- **ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA CONTRACEPTION (AFC)**
Mme le Dr E. AUBENY, présidente
Mme le Dr. F. TOURMEN, vice-présidente
- **LA MUTUELLE DES ETUDIANTS (LMDE)**
Mr D. BERTHILLIER, président
Mme T. BRETON, administratrice déléguée
Mr le Dr N. LEBLANC, directeur général adjoint
- **RESEAU VILLE-HOPITAL (REVHO)**
Mme le Dr. S. GAUDU, praticien hospitalier, Présidente
- **FEDERATION NATIONALE D'ACCUEIL ET DE READAPTATION SOCIALE (FNARS)**
Mme Nicole MAESTRACCI, présidente
- **ASSOCIATION POUR LES TRAVAILLEURS MIGRANTS ET LEURS FAMILLES (ATPM)**
Hassan AOURIK SOUSSI, Directeur adjoint
- **FEDERATION HOSPITALISATION DE FRANCE (FHF)**
M Y. GAUBERT, adjoint au délégué général, responsable du pôle finances
Mme M. DESCHAMPS, adjointe au pôle finances
Mme A. BARRETEAU

- **Ordre des sages femmes**
Mme M.J. KELLER , présidente
Mme M. BENOIT TRUONG CANH, conseillère nationale
- **Collège national des sages femmes (CNSF)**
Mme F. TEURNIER, Présidente
- **Collège national des généralistes enseignants (CNGE)**
M. le Dr. V. RENARD, vice président, directeur CNGE formation
Mme le Dr. I. AUBIN, secrétaire générale
- **Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)**
M le Prof J. LANSAC, président
- **Syndicat national des infirmières scolaires**
Mme M. ALMARIC, membre du bureau national

5. PROFESSIONNELS DE SANTE

- **Médecins**
Mme le Dr. I. AUBIN, médecin généraliste (95)
M. le Dr. J.Y. HERFROY, médecin généraliste (50)
Mme le Dr. J. BRUNERIE, médecin gynécologue
M le Pr. MARES, chef de service G.O au CHU de Nîmes
M. le Dr Y. LE NOC, président de la société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)
M le Dr P.CESBRON, gynécologue-obstétricien, ancien président de l'ANCIC,
- **Pharmaciens**
M J.LAMARCHE, président de « Croix verte et ruban rouge »
- **Laboratoire**
HRA Pharma
M. le Dr A. ULMANN, Président du conseil de surveillance
Mme E. GAINER, Président du directoire
Dr L. MASSART, Directeur général délégué

6. PERSONNES CONTACTEES OU RENCONTREES SUR SITES

- **MFPP**
Mme M. LEROY, présidente de la fédération régionale
Mme L. ROUSSEL coordinatrice Nantes

- **REGION PAYS DE LOIRE**

DRASS des Pays de Loire

- M. le Dr. PARRA, directeur régional
M. le Dr BLAISE, MISP
Mme C. BRISSET, inspectrice
Mme A. LE GALL
Mme C. DE ALZUA , infirmière de santé publique
Mme G. LEBOUTEUX, statisticienne

DDASS Loire Atlantique

M le Dr. J. BACHER, MISP

Conseil général de Loire Atlantique (DGAS)

Mme le Dr VERNET

Mme le Dr DUCROS

Agence régionale d'hospitalisation (ARH)

M. J-Y. GAGNER

Centre hospitalier de Laval

M. P. MARIN, directeur

Mme LEMOINE, directrice adjointe

M. le Dr. PARIS, pédiatre, chef du pôle « mère enfant »

Mme BOURBAN, cadre du pôle « mère enfant »

M. le Dr. VALIN, médecin généraliste, attaché au CIVG

M. le Dr. MORIN, médecin généraliste, attaché au CIVG

Mme BEAUMONT, conseillère conjugale

Mme MOREAU, secrétaire au CIVG

Mme PATY, sage-femme cadre du bloc obstétrical et de l'orthogénie

CHU de Nantes

Mme le Dr PANIZZA, médecin au CPEF/CIVG Simone Veil

Mme C. DUPUY COUPPAIN, cadre sage-femme

Mme F. ARAGOT, sage-femme

Mme M. GELABALE, directeur des soins

Clinique Jules Verne (PSPH)

M. le Dr. P. DAVID, responsable de la maison de la naissance

Mme le Dr R. MOULLIER

Mme Hubert, Directrice

Mme DEBARD, Directrice financière

Mme F BARDY, sage-femme

Mme B. BONIFACE, conseillère conjugale et familiale

Mme L. CUANY, conseillère conjugale et familiale

Mme C. GOUAUD, secrétaire médicale

Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse

M. M. DUBREIL, infirmier

CPAM Saint Nazaire

Mme C. Graziano, responsable du service éducation pour la santé

Autres professionnels

M. D. Le Vu , pharmacien d'officine,

- **REGION LIMOUSIN**

DRASS du Limousin

Mme F. DELAUX, directrice régionale

Mme le Dr. E. MILOR, MIGSP

M T. GUYONNET, pharmacien inspecteur

Mme V. LIVERTOUT, statisticienne

Mme P. VIALE , inspectrice

DDASS de la Corrèze

Mme le Dr. C. DIEDERICH, MISP

Conseil général de la Corrèze

Mme le Dr. CHASSAGNOL

DDASS de la Creuse

M. le Dr C. GILLES, MISP

DDASS de la Haute Vienne

M. le Dr. M. BOULLAUD, MISP

ARH

M. ROEHRICH, directeur

Ordre régional des pharmaciens

M.Y. TARNAUD, président

CPAM Haute Vienne

M. P. ORLIAC, directeur

M. B. GOURAUD, responsable service prévention

MSA Limousin

M. L. MARTIN, directeur général par intérim,

M le Dr AIMEDIEU, médecin conseil MSA

Service droits des femmes

Mme A.M. CHASTRE, chargée de mission départementale

CHU de Limoges

Mme M. SENGUELEN, directrice adjointe

Mme Le Dr. J. MOLLARD, responsable du CIVG

Mme F. VILLEFAYAUD, sage-femme cadre supérieur

Mme A.M. POURCHET, sage-femme cadre

Mme DUGUET, conseillère en économie sociale et familiale

Clinique des Emailleurs

M WASILEVSKI, directeur

M le Dr EYRAUD, gynécologue obstétricien

Mme WEHBE, sage-femme

Centre Hospitalier de Tulle

Mme E. DEBAISIEUX directrice adjoint

Mme le Dr. V. MEHADIER

Mme A. DUPRE secrétaire médicale

Rectorat

Mme C. GARCIA, infirmière, conseillère technique

Lycée agricole de Naves

M. C. SEGALER, Proviseur

M. M. FAOURI, Proviseur adjoint

Mme M. LEPOTTIER, Infirmière scolaire

MFPH

Mme G.VAST

- **REGION PARIS-ILE DE FRANCE**

DRASSIF

Mme le Dr. J. DEVORT, MISP

DDASS de Seine-Saint-Denis

Mme le Dr E. VANHECKE, MISP

DDASS du Val d'Oise

Mme le Dr. D. SERVAIS, MISP

Mme le Dr. S. MICHAUD, MISP

Assistance publique/Hôpitaux de Paris

Mme le Dr. CARICABURU, direction de la politique médicale

Centre hospitalier Louis Mourrier, Colombes

Mme le Dr D. BOUBILLEY, médecin généraliste, responsable du CCIVG

Mme le Dr B.FOUGEYROLLAS , médecin généraliste

Mme J LANOUE, infirmière,

Mme H. COEVOET, infirmière

Mme C. AILLET, infirmière

M. CATHELINÉAU, directeur des finances

Centre hospitalier du Kremlin Bicêtre

M. le Dr. Jean-Claude MAGNIER, responsable de l'unité de planification familiale

Centre hospitalier Jean Verdier, Bondy

M. le Dr BENCHIMOL, chef du pôle Mère enfant

Mme FERVÉL, sage femme

Clinique des Lilas, Près Saint Gervais

Mme le Dr M-L.BRIVAL, responsable du service

Mr le Dr SI-SALAH, médecin au centre d'orthogénie

Mme F. GOUALARD, sage-femme

Mme C PALLAIS, psychologue,

Mme C. MILAN, conseillère conjugale et familiale

Mme M. GRUNDMANN, secrétaire médicale,

Mme F. MOY, secrétaire médicale,

Centre de santé des cygnes, Saint-Denis

Mme le Dr J. GUILBAUD, chef de service

Centre hospitalier, Pontoise

M. le Dr. J-M. MURAY chef de service de gynécologie obstétrique,

M. A.RAZAFINDRANAVY, directeur de l'hôpital,

Mme S.MARTIN, secrétaire responsable des secrétaires du pôle Femme-enfant

Mme C. DELAFOSSE, sage-femme cadre, CS gynécologie-maternité, DPN, IVG

Mme A.LEFEBVRE, sage-femme cadre supérieur du pôle Femme-Enfant, coordonnatrice du réseau prénatal

Mme. H.ROUQUETTE , responsable des admissions, soins externes

Clinique du Parisis, Corneilles en Parisis

M. P. GARCIA, directeur

Mme A.BRANVILLE , sage-femme, surveillante de la maternité

M. le Dr. COULLOMB, gynécologue obstétricien

Centre hospitalier de Corbeil

Mme le Dr. GUERRE

Clinique des Bluets

Mme le Dr HATCHUEL, responsable du centre d'IVG
Mme M. CHOSSON, conseillère conjugale et familiale

Centre hospitalier Saint Vincent de Paul

Mme le Dr. S.GAUDU, responsable de l'unité de planification familiale

Institut mutualiste Montsouris, établissement PSPH

M. J-J. MONTEIL, Directeur
M. le Dr. COHEN, chef du service
M. le Dr. VALENSI, médecin gynécologue

MFPE

Mme V. BOBLET, conseillère conjugale et familiale
Mme C MELIS, conseillère conjugale et familiale
Mme L. SUTTER, conseillère conjugale et familiale
Mme P. MENQUETTE, conseillère conjugale et familiale
Mme E. LANZ, conseillère conjugale et familiale
Mme M. NAESSENS, conseillère conjugale et familiale
Mme C. SARAFIS, animatrice

« TETE A TETE » Conseil général de Seine-Saint-Denis »

M. H. FILLIAUDEAU coordinateur
Mme E. DORVILLIUS, adjointe

Département de Paris

Mme D. LEVY, Directrice adjointe du cabinet du Maire de Paris
Mme le Dr. F. VEBER, conseillère technique au cabinet du Maire de Paris
Mme LALEM, Conseillère de Paris responsable des droits des femmes

- **REGION ALSACE**

DRASS

Mme le Dr. MONTALVO, MIR
M. Yves TSCHIRHART, PHIR

Centre hospitalier Hautepierre, Strasbourg

M. le Pr. I. NISAND, chef de service
Mme V. ABBUCHE, sage femme
Mme F. MANSOUR, sage femme
Mme M. KOMMER, sage femme cadre
Mme F. BARTHEL, infirmière
Mme N. LUDWIG, sage femme cadre

Centre hospitalier CMCO/SIHCUS

M. le Dr. FAVRE, chef de service
Mme le Dr. K. BETTAHAR, gynécologue obstétricienne
M. Le Dr. MACHU, médecin généraliste
Mme N. KNESOWICZ, sage femme
Mme M. SRAMOS, infirmière

Centre hospitalier Mulhouse

Mme A. BOURGEOIS, infirmière
 Mme M. COLIN, secrétaire médicale
 Mme A. DEECKE, conseillère conjugale
 Mme D. DITNER, psychologue
 Mme M. GALLE, sage femme
 Mme V. GUTH, assistante sociale
 Mme le Dr. HESMIN ACHATZ, chef de service
 Mme A-M, JACAMON, sage femme cadre
 Mme E. MALASSINE , infirmière

MFPF

Mme M. REYMOND, présidente
 Mme le Dr N. GREIB, médecin-animatrice
 Mme le Dr M. HELWIG, médecin
 Mme A. LAURENT, conseillère-animatrice
 Mme F. MAYER, conseillère,
 Mme M.F. JEGER, conseillère
 Mme R. DUBOIS, gestionnaire
 Mme I. BLOCHER , bénévole
 Mme C. MIGNOT, stagiaire IDE

Conseil Général du Haut Rhin, service de PMI

Mme le Dr. WARYNSKI, chef du service de PMI
 Mme le Dr. I. SCHUFFERCSKER, , médecin de PMI
 M. O. HOLDER, responsable administratif et financier

- **REGION NORD- PAS DE CALAIS**

Centre hospitalier de Roubaix

M MAURY, directeur
 M le Dr. LEFEBVRE, chef du service d'orthogénie
 Mme GRAZIANO, directrice administrative, référente pour le pôle mère- enfant
 Mme FOVEAU, infirmière

DRASS

Mme le Dr VERITE, médecin inspecteur régional adjoint

- **REGION PACA**

DRASS

Mme le Dr. M. BENSADOUN, MISP Région PACA

Etablissements hospitaliers

Mme le Pr. F. BRETELLE, Hôpital Nord et l'équipe du Pr. MATHEVET, Hospices civils de Lyon
 M. Le Dr. R. SHOJAI, Hôpital Nord

Centre hospitalier de Draguignan

Mme Carole BRISION

- **REGION CORSE**

Mme le Dr. A. MACARRY – MISP, DRASS CORSE

- **REGION BOURGOGNE**

M. le Dr. D. VAILLANT, MISP, DDASS de la Nièvre

Mme C. ALLOSSERY, CPAM Nevers

- **BRUXELLES (BELGIQUE)**

M le Dr P MOONENS, président de la Fédération laïque des centres de planning familial

Mme C. GRANDJEAN, directrice de la Fédération laïque des centres de planning familial

M N. MENSCHAERT, Fédération laïque des centres de planning familial

Mme le Dr D.A ROYNET, présidente du Groupe d'action des centres extra hospitaliers (G.A.C.E.H.P.A)

Annexe 1 : Actions d'éducation à la sexualité menées dans l'académie de Nantes



Rectorat

Délégation Académique à
l'Action Educatrice et à
l'Appui aux Etablissements
(DA2AE)
Secrétariat médico-social

Dossier suivi par
Dr. C. MICHALEWICZ
Médecin Conseiller
Technique auprès du Recteur
☎ : 02.40.37.38.81
☎ : 02.40.37.33.56
christiane.michalewicz
@ac-nantes.fr

cm/st/n°3197

4, rue de la Houssinière
B.P. 72616
44326 NANTES Cedex 3

Nantes, le 04 septembre 2008

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE NANTES

à

Mesdames et Messieurs les chefs d'Etablissement

S/c de Madame et Messieurs les Inspecteurs
d'Académie
Directeurs des Services Départementaux
de l'Education Nationale

**Objet : Education à la sexualité
Mise en place des séquences d'éducation à la sexualité obligatoires au collège et
au lycée
Appel à candidature**

Références :

Loi n°2001-588 du 04/07/01
Circ. n°2003-027 du 17/02/03
Circ. n°2003-210 du 01/12/03
BO spécial n°10 du 02/10/00 de la mixité à l'égalité

Le ministère de l'Education Nationale accorde une grande importance à la lutte contre les conduites sexuelles à risques, et à l'information des jeunes dans ce domaine. La loi n°2001-588 du 04/07/01 et la circulaire n°2003-027 du 17/02/03 instaurent l'obligation de généraliser trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées. Un travail important déjà réalisé doit être poursuivi.

Dans le cadre du collège et du lycée, l'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la – et de leur – sexualité, dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit en outre aider les élèves à intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

Par l'approche des différences sexuelles, par la découverte de l'autre complémentaire et différent, cette éducation contribue à la prévention des violences sexuelles, des violences faites aux filles et des grossesses non désirées.

Ces objectifs justifient pleinement que ces séquences d'éducation à la sexualité s'organisent au sein des rencontres éducatives de votre projet d'établissement (10 heures pour chaque année de collège) et s'appuient sur les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (coordination, suivi des interventions des différents partenaires, bilan annuel).

Il faut maintenir l'effort de sensibilisation et de formation de toute la communauté éducative.

Dans cette perspective, la formation des personnels volontaires, qui voudront bien prendre en charge cette éducation à la sexualité, au respect de soi, d'autrui, et aider les élèves à intégrer des attitudes de responsabilité individuelle et collective dans la société, se poursuit pour l'année 2008/2009.

Il est nécessaire d'intégrer les enseignants dans cette dynamique, et de ne pas faire de l'éducation à la sexualité un domaine isolé, afin d'éviter des cloisonnements peu propices à la mise en œuvre d'un processus pédagogique global.

Depuis 8 ans, une formation de base est proposée dans le cadre du plan académique de formation sous l'intitulé "Education à la sexualité et au respect des autres". Pour l'année 2008-2009, le dispositif est le **08A0170324 module 16524**.

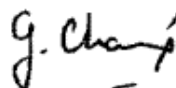
Vous voudrez bien assurer la plus large diffusion de cette information auprès de vos personnels pour la mise en place de ces séquences d'éducation à la sexualité.

Seront prioritairement retenues, les candidatures d'équipes d'établissements n'ayant pas bénéficié de cette formation les années précédentes (nombre de places limité). Les stagiaires s'engagent à suivre la formation complète de 4 jours : 2 jours académiques les 17 et 18 novembre 2008, puis 2 jours départementaux (11 et 12 décembre 2008 ou 15 et 16 janvier 2009 ou 26 et 27 février 2009) (voir programme prévisionnel ci-joint).

Pour les personnes qui souhaiteraient faire acte de candidature à titre individuel pour compléter une équipe d'établissement formée les années précédentes, il conviendra de s'inscrire au PAF comme les autres candidats et de se signaler à l'adresse électronique ci-après : secretariat.medecin-conseil@ac-nantes.fr.

De plus, cette année, pour compléter cette formation de base, une session de niveau II de type "analyse de pratiques professionnelles" pourra être organisée à la demande de plusieurs établissements dans un secteur géographique donné (au minimum 15 candidatures). Cette session sera réservée aux établissements ayant mis en place ces séquences d'éducation à la sexualité. Les demandes sont à adresser à la DAFPEN dans le cadre des demandes d'action de proximité. Vous trouverez ci-joint un dépliant explicatif.

Le Recteur



Gérald CHAIX

PROGRAMME PREVISIONNEL DE FORMATION "EDUCATION A LA SEXUALITE"**2 jours académiques**

Dates : 17 et 18 novembre 2008

Lieu : Nantes

Programme :

½ journée

- Présentation institutionnelle
- Légitimité institutionnelle à intervenir dans un domaine qui relève de la vie privée
- Approche psychanalytique de la sexualité

½ journée

- Réactualisation HIV
- Réactualisation contraception

½ journée

- Permettre l'expression de la parole de l'élève
- Echanges sur la circulaire du 17/02/2003 – travail en groupe

½ journée

- Autres cultures et sexualité

2 jours départementaux

Dates : 11 et 12 décembre 2008
ou 15 et 16 janvier 2009
ou 26 et 27 février 2009

Lieu : Nantes ou Angers ou La Roche-sur-Yon ou Le Mans selon les candidatures

Programme :

- Techniques en animation de groupes
- Travail sur les motivations personnelles

Enquête 2006 "Education à la sexualité et à la vie"

1. Etablissements

236 établissements sur 361 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 65 %. Ils étaient 78 % en 2000 dans le contexte du Norlevo (pilule du lendemain) et 58 % en 2003.

Les taux de réponse des départements se répartissent de la manière suivante :

Loire-Atlantique	77/121 soit 62 %
Maine et Loire	50/74 soit 66 %
Mayenne	26/37 soit 70 %
Sarthe	45/82 soit 54 %
Vendée	29/47 soit 62 %

2. Cadre des séquences

Dans 201 établissements sur 236, soit 85 %, les séquences sont inscrites dans le projet d'établissement et dans le CESC.

172 établissements sur 236 (73 %) renouvellent cette action chaque année.

En 2003, 39 % des établissements déclaraient les séquences comme une action ponctuelle (non renouvelée chaque année) versus 27 % en 2006.

3. Classes et élèves concernés

1346 classes sont concernées en collège dont 11 % de classes de 6^{ème}, 13 % de classes de 5^{ème}, 32 % de classes de 4^{ème} et 44 % de classes de 3^{ème}. On peut évaluer un effectif de 27657 élèves (la moyenne académique par division en 2004 est de 21 élèves (source radioscopie 2004-2005).

En 2000, il y avait 1169 classes concernées et 642 en 2003 soit 12 % d'augmentation depuis 2000 après une diminution de 55 % entre 2000 et 2003.

398 classes soit 8358 élèves sont concernés en lycée dont la moitié sont des élèves de seconde générale, seconde CAP et BEP.

¼ des élèves ayant participé à ces séquences fréquentent un lycée, et les ¾ un collège.

4. Les intervenants adultes

Les personnels enseignants et d'éducation représentent 61 % des intervenants.

En collège, la grande majorité des établissements mentionnent la présence du personnel infirmier (165 établissements sur 172, soit 96 %) et des personnels enseignants (152 établissements sur 172, soit 88 %), les enseignants de SVT, 120 établissements sur 172 (70 %) les autres enseignants.

Participent aussi les assistants sociaux (40 % des établissements), les CPE (29 % des établissements) et dans la moitié des établissements d'autres personnels qui ne sont ni enseignants ni personnels médico-sociaux (direction, administratif...).

Parmi les personnels impliqués dans les séquences en lycée, on retrouve par ordre décroissant les personnels infirmiers (47 fois sur 65 établissements), les enseignants de SVT (21/65), les assistants sociaux (16/65), les autres enseignants (15 fois sur 65) et les CPE (11 fois sur 65).

Parmi les intervenants associatifs extérieurs, 38 % appartiennent au Centre d'éducation et de planification familiale, au mouvement français pour le planning familial (21 %), puis au Centre de dépistage anonyme et gratuit (5 %), couple et famille (5 %), AIDES (9 %) et autres (5 %).

Dans les collèges, les personnels Education nationale représentent 658 personnes sur 795 soit 83 % des intervenants. En 2003, ils représentaient 79 % des personnels.

5. Cohérence entre les priorités du projet d'établissement et les séquences d'éducation à la sexualité

Dans 76 % des établissements, les séquences sont en lien avec les programmes. La moitié des établissements font intervenir des partenaires associatifs et dans 62 % les membres des établissements scolaires sont présents pendant les séquences.

6. Attentes des élèves

Comme en 2003, les séquences répondent aux attentes des élèves, selon les adultes qui remplissent l'enquête : parmi les établissements, 88 % confirment l'existence d'un dialogue confiant, 86 % une réflexion sur la notion de respect entre garçon et fille, 83 % apprécient un contact différent avec les adultes externes ou internes à l'établissement.

72 % notent que les séquences permettent une reformulation des connaissances acquises en cours, mais seuls 27 % utilisent des méthodes ou outils innovants.

7. Intérêts ou bénéfices relevés par les adultes

Deux items à savoir la collaboration avec d'autres interlocuteurs et la continuité éducative ont respectivement 73 % et 67 % d'approbation au sein de l'établissement.

La collaboration avec les partenaires extérieurs (136/236), la découverte d'autres méthodes d'intervention auprès des élèves (116/236) et l'amélioration des relations garçons/filles (126/236) ne sont mentionnées que par la moitié des établissements.

Le lien positif avec les parents n'est cité que par 42 établissements/236 (soit 18 %). En 2003, il était cité par 77 établissements sur 114 (soit 68 %).

8. Difficultés de mise en place

Les deux difficultés persistantes comme en 2003 sont l'organisation du temps (118 établissements sur 236 soit 50 %) et trouver le temps de préparation entre les adultes intervenants (111/236, soit 47 %).

L'hétérogénéité de la maturité des élèves est signalé comme une difficulté dans 106 établissements sur 236 soit 45 %.

9. Mobilisation des personnels

Il persiste encore des résistances à la mobilisation des personnels. Les difficultés mises en avant sont :

- principe du volontariat : pour 80 établissements /236 soit 34 %
- légitimité à intervenir : 49 /236 soit 21 %
- manque de compétences des adultes : 64/236 soit 27 %

Ces pourcentages sont en diminution par rapport à 2003.

43 % des établissements (102/236) regrettent la faible disponibilité des personnels médico-sociaux.

Conclusion

L'enquête révèle :

- un taux de réponse satisfaisant à l'enquête (65 %)
- une inscription très large dans le projet d'établissement et le CESC pour 85 % des établissements
- 1/3 des classes de 4^{ème}, 44% des classes de 3^e, 60 % des classes 3^{ème} PVP, 2^{nde}, 2^{nde} CAP, 2^{nde} BEP ont eu des séquences d'éducation à la sexualité
- les adultes interviennent en équipe, celle-ci est formée des personnels infirmiers et enseignants majoritairement, avec un partenariat associatif en complément pour la moitié des établissements scolaires
- les séquences répondant aux différentes attentes des élèves et des adultes dans l'établissement mais le lien avec les familles a plutôt diminué comparativement à 2003
- les résistances à la mobilisation des personnels diminuent.

D'ACCORD/PAS D'ACCORD (exemples)

COCHEZ LA CASE QUI CORRESPOND A CE QUE VOUS PENSEZ DE CHAQUE AFFIRMATION		D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NE SAIT PAS
1	C'est difficile pour moi de parler de la sexualité			
2	Je trouve que les transformations à l'adolescence et les changements d'humeur sont parfois difficiles à vivre			
3	Je pense que les filles ont besoin de plus de tendresse que les garçons			
4	Je pense que les garçons parlent peu de leurs sentiments			
5	C'est important d'être fidèle quand on sort avec un garçon ou une fille			
6	C'est important d'être amoureux pour avoir un rapport sexuel			
7	Je trouve que l'école est un lieu où l'on peut parler des risques d'abus sexuels			
8	Je souhaite connaître les moyens de contraception			
9	Je peux acheter la pilule du lendemain sans ordonnance			
10	L'homosexualité me dérange			
11	J'ai peur des M.S.T. et du SIDA			
12	Je pense que les copains et les copines se vantent beaucoup			

**Comment reconnaître ce qui pourrait être qualifié de violences et/ ou d'exploitation sexuelle ?
Voici quelques énoncés de mythes qui « ont la vie dure », qu'en pensez-vous ?**

	D'accord	Pas d'accord	Pourquoi ?
La jalousie est une preuve d'amour			
On doit être prêt à tout pour garder l'autre			
Une femme commence toujours par dire non			
Quand on refuse au dernier moment un rapport sexuel et que le partenaire l'impose, ce n'est pas vraiment un viol			
Quand on se fréquente depuis longtemps, il est normal d'exiger des rapports sexuels			
C'est à la fille de s'occuper de la contraception			
On ne peut pas toujours dire non			
Avec les tenues qu'elle porte, c'est un appel au viol			
Elle a été battue : elle a dû le mériter			

SOURCE : - CPEF – 104 BD DE LA MARNE – 94210 LA VARENNE



LISTE D'OUTILS POUR LES SEANCES D'ANIMATION
 PROPOSEE PAR LE COMITE ACADEMIQUE DE PILOTAGE DE L'EDUCATION A LA SEXUALITE ET AU RESPECT DES AUTRES

OUTILS	DESCRIPTION	CLASSES CONCERNEES	OU S'ADRESSER	REMARQUES
Education à la sexualité au collège par Chantal Picod et Christophe Guigné (édité par scénarisation CRDP de Grenoble)	Ouvrage simple et pratique qui propose des fiches animation, des outils et des repères pour les animateurs et par niveau de classe	Classes de collège, de LP et de seconde de bac	Au CRDP de Nantes pour achat (16€)	Ouvrage très bien fait et facilement utilisable
Calin-Malin	Entre le jeu de loi et le trivial poursuite, ce jeu permet d'évoquer la contraception, le cycle féminin et le corps humain, la relation amoureuse et la sexualité, les IST, les situations à risque, la grossesse désirée ou non et des informations pratiques.	Classes de collège, de LP et de seconde de bac	A emprunter auprès du CREDEPS 44, du COVESS 85, des CODES 49 ET 72 et auprès de certains centre de planification. Achat possible en contactant l'ADIJ 22 (Tél. : 0296333736 ou ADIJ.22@wandoo.fr)	Outil généralement bien apprécié par les élèves et qui permet une participation large des adolescents.

D'accord/pas d'accord	Les élèves doivent échanger et se positionner par rapport à des affirmations portant sur un thème précis. (Voir exemples au dos).	Toutes classes		Cet outil, facile à adapter en fonction du thème que l'on veut aborder, permet des échanges fructueux entre élèves.
Photolangage	Chaque élève choisit une photo parmi plusieurs pour répondre à une question posée par les animateurs et explique son choix.	Classes de 3 ^{ème} et de lycée	Emprunt possible auprès du CREDEPS 44, du COVESS 85, des CODES 49 ET 72	Une expérience antérieure d'animateur peut s'avérer utile pour être à l'aise avec cet outil. La question posée doit être claire.
C'est ça l'amour	Cassette vidéo présentant 5 saynètes, de 2/3 mn chacune, portant sur la prévention des violences dans les relations garçons-filles. Thèmes abordés : l'image de la femme, la jalousie, le chantage affectif, la possessivité, le viol... Ces saynètes permettent de débattre ou de faire du théâtre forum.	Toutes classes	Emprunt possible auprès du CREDEPS 44, du COVESS 85, des CODES 49 ET 72	La cassette est accompagnée d'un document pour guider les animateurs.

Annexe 2 : Objectif 11 du Plan régional de santé publique (PRSP) en Ile de France

PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE EN ILE-DE-FRANCE

Objectif 11

Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté

Justification :

La région Ile-de-France compte une population relativement jeune. En effet, les moins de 20 ans représentent le quart de la population de la région, soit plus qu'en province. Il existe d'importantes disparités socio-économiques importantes entre les jeunes franciliens. Par exemple, dans trois départements (Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne et Val d'Oise), la proportion de jeunes diplômés est inférieure à la moyenne nationale.

Chez ces jeunes, l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel a augmenté régulièrement et fortement ces dernières années pour se maintenir à un niveau élevé. Toutefois, la dernière enquête KAPB disponible [2001] indique une baisse de l'usage du préservatif lors du dernier rapport sexuel et une dégradation de l'image du préservatif. Le pourcentage d'utilisateurs de préservatifs chez les 18/24 ans est passé de 80% en 1998 à 69% chez les hommes et de 66% à 62% chez les femmes. Chez les jeunes présentant certaines difficultés pris en charge par la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse), l'initiation à la sexualité est plus précoce et le recours à la contraception est loin d'être systématique. Plus globalement, la vulnérabilité sociale et éducative est un obstacle à l'appropriation de la

contraception, à la méconnaissance des filières de soins et de prévention et à la difficulté d'instaurer un dialogue avec les professionnels de soins.

On compte environ 2000 IVG chez les mineures par an en Ile-de-France, avec un taux supérieur à la moyenne nationale (10,3 pour 1000 versus 9,6) et un taux d'IVG maximal dans la tranche 20-24 ans (26,7 pour 1000).

Quant au recours à la contraception d'urgence, il est en augmentation régulière (13% de hausse entre 2003 et 2004) mais il demeure fortement inégal entre les territoires.

En Ile-de-France, de nombreux programmes mobilisant de multiples opérateurs existent en matière d'éducation à la sexualité. Toutefois, ces dispositifs et acteurs sont insuffisamment coordonnés, d'où des territoires et des populations parfois non couverts et une certaine incohérence entre les programmes dans les messages auprès des jeunes (les messages « contraception » pouvant privilégier les contraceptifs oraux alors que les programmes VIH/IST promeuvent le préservatif). Il en résulte la nécessité d'une approche intégrée.

Objectifs spécifiques et actions

Pour les populations cibles, il s'agit :

- d'acquérir et de s'approprier les connaissances,
- d'avoir un meilleur accès aux outils afin d'adopter un comportement préventif.

Objectifs spécifiques	Actions
<p>1. Favoriser les comportements préventifs des publics jeunes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes en milieu scolaire : Tous les jeunes doivent bénéficier d'une éducation à la sexualité conformément aux textes spécifiques de l'Education nationale et du ministère de la Santé. Certains jeunes nécessitent une approche plus adaptée : <ul style="list-style-type: none"> - Scolaires en situation difficile (SEGPA, EREA et lycées professionnels dans certains secteurs) - Etudiants, notamment ceux en situation de déracinement et d'isolement. • Les jeunes présentant des facteurs de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> - Jeunes particulièrement vulnérables (via la PJJ et l'ASE) - Jeunes ayant quitté le circuit scolaire (missions locales, foyers de jeunes travailleurs) - Public des Points accueil écoute jeune (PAEJ) - Jeunes en questionnement sur leur identité sexuelle - Jeunes présentant un handicap (les sourds...) • Les jeunes dans leurs activités de loisirs, de sport, et dans des lieux d'information polyvalents (réseaux des CIJ et des BIJ) <ul style="list-style-type: none"> - En dehors des jeunes, cet objectif pourra être étendu aux adultes hétérosexuels. 	<p>Les modalités de mise en œuvre de cet objectif, les opérateurs, les relais pour toucher les publics diffèrent en fonction des catégories de jeunes et des territoires (en particulier, intégration de la thématique VIH dans certains programmes et dispositifs locaux comme les contrat ville, atelier santé ville). La conduite des actions doit s'inscrire dans un cadre interministériel (Education nationale, Justice, missions locales, Jeunesse et Sport, PJJ...), en lien avec les collectivités territoriales, et en s'appuyant sur les travaux du SREPS (recensement des ressources).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préalable : études, recueils et cartographie, notamment pour les catégories de jeunes les moins bien connus • Formation des professionnels adultes en contact avec ces publics (formations ad hoc, et/ou intégration de la dimension VIH-IST-hépatites dans les programmes de formation initiale et continue). Les adultes doivent être en mesure de sensibiliser les jeunes collectivement et de les informer et les orienter de façon individuelle le cas échéant. • Mise à disposition « accompagnée » de documents d'information (brochures, bandes dessinées, supports vidéo...) et d'outils (préservatifs féminins et masculins). • Actions directes auprès des publics par les professionnels ou les pairs : sessions d'information, théâtre-forum, actions événementielles (journée mondiale sida...)
<p>2. Intervenir auprès des professionnels pour garantir une offre préventive suffisante et adaptée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions d'information et de sensibilisation sur la contraception d'urgence et sur les préservatifs masculins et féminins auprès des infirmeries scolaires, des centres de planification et d'éducation familiale, des pharmacies d'officine et des médecins libéraux

Liens

Autres axes et / ou objectifs du PRSP :

- Axe prioritaire : « Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants», objectif 12 « Mieux prendre en compte la souffrance psychique »
- Axe prioritaire « Promouvoir la santé des populations en situation de vulnérabilité sociale »
- Volet spécifique :
Programme de santé des jeunes en milieu scolaire

Autres plans et / ou programmes en lien avec l'objectif :

- Schéma régional d'éducation pour la santé

Axe Prioritaire 2 : Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'évènements de santé fragilisants

Objectif n°11 : «Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté »

Référence aux programmes VIH / IST, Hépatites et Périnatalité

Action-n°2-11-1: Education à la sexualité et prévention des IST auprès des jeunes, notamment en difficulté

Publics cibles :

- Les jeunes : jeunes présentant des facteurs de vulnérabilité, jeunes en milieu scolaire... (voir les précisions sur la typologie dans les recommandations, infra).
- Les professionnels et les relais en contact avec ces publics: intervenants sanitaires et sociaux, éducateurs.

Une campagne nationale sur la contraception est en cours par l'INPES de 2007 à 2009 auprès du public jeune.

Une campagne régionale, financée par le Conseil régional d'Ile de France sera portée prochainement par l'association du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF).

Les projets doivent s'inscrire dans l'un et/ou l'autre des objectifs opérationnels suivants :

- Permettre aux jeunes d'acquérir et de maintenir des comportements de prévention, dans une approche globale d'éducation à la sexualité intégrant :
 - la prévention de la transmission du VIH et des IST, du VHB ;
 - la prévention des grossesses non désirées et la prévention des violences sexuelles ;
 - l'expression du questionnement sur l'identité sexuelle.
- Intervenir auprès des professionnels pour garantir une offre préventive suffisante, adaptée et diversifiée (préservatifs masculins et féminins payants et gratuits, contraception, contraception d'urgence) et une information sur les lieux de conseil et de consultations, notamment gratuits.

Types d'actions proposées :

- ◆ Formation des professionnels et des adultes en contact avec les publics jeunes (formations ad hoc, et/ou intégration de la dimension VIH-IST-hépatites dans les programmes de formation initiale et continue). Les adultes doivent être en mesure de sensibiliser les jeunes collectivement et de les informer et les orienter de façon individuelle le cas échéant vers les lieux adaptés (CPEF, CDAG, CIDDIST, Sida Info Service).
- ◆ Mise à disposition « accompagnée » de documents d'information (brochures, bandes dessinées, supports vidéo...) et d'outils (préservatifs féminins et masculins). Des outils ont été créés dans le cadre de la campagne nationale..
- ◆ Actions directes auprès des publics par les professionnels : sessions d'information, théâtre forum, actions événementielles.
- ◆ Actions d'information et de sensibilisation sur la contraception, la contraception d'urgence et sur les préservatifs masculins et féminins en lien avec les infirmeries scolaires, les centres de planification et d'éducation familiale, les pharmacies d'officine et les médecins libéraux.

Recommandations éventuelles :

Les actions devront cibler prioritairement les publics et territoires suivants :

Publics prioritaires :

- ✓ **Les jeunes présentant des facteurs de vulnérabilité**
 - Jeunes particulièrement vulnérables (via la Protection Judiciaire de la Jeunesse – PJJ - et l’Aide Sociale à l’Enfance - ASE) ;
 - Jeunes ayant quitté le circuit scolaire (missions locales, foyers de jeunes travailleurs) ;
 - Public des Points accueil écoute jeune (PAEJ), des espaces santé jeunes, des structures d’insertion ;
 - Jeunes présentant un handicap physique et/ou mental ;
 - Jeunes en questionnement sur leur identité sexuelle.

- ✓ **Les jeunes en milieu scolaire et éducatif**

Tous les jeunes doivent bénéficier d’une éducation à la sexualité conformément aux textes spécifiques de l’Education nationale et du ministère de la Santé. Certains jeunes nécessitent cependant une approche plus adaptée :

 - Scolaires en difficultés (Section d’enseignement général et professionnel adapté - SEGPA, Etablissement régional d’enseignement adapté - EREA et lycées professionnels dans certains secteurs) ;
 - Jeunes en Centre de formation pour apprentis (CFA) ;
 - Etudiants, notamment ceux en situation de déracinement et d’isolement.

- ✓ **Les jeunes dans leurs activités de loisirs, de sport et dans des lieux d’information polyvalents** réseaux des Centres d’information jeunesse (CIJ) et des bureaux d’information jeunesse (BIJ).

Territoires prioritaires :

Territoires caractérisés par des indicateurs de vulnérabilité et de précarité importants, notamment les territoires relevant de la politique de la ville, articulation, le cas échéant avec les « ateliers santé ville ».

Les actions devront s’inscrire dans le cadre de la charte du SREPS, s’articuler avec la campagne nationale.

Pour celles concernant les jeunes en milieu scolaire, le Comité d’éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) doit être impliqué.

Les collaborations inter-associatives sont à encourager.

- ✓ En matière d’outils, la diffusion des outils existants élaborés par les instances missionnées sont à privilégier. Si une création d’outils est prévue dans l’action, les modalités de validation devront être précisées (sources, références, experts consultés).

Les actions régionales devront préciser l’impact local (département, territoire).

Eléments d'évaluation : (à développer en fonction du type d'action retenu)

- *Du processus :*
 - Moyens **effectivement** engagés (humains, financiers)
 - Qualité du processus :
 - Points forts (nombre de chartes et autres processus de collaboration entre acteurs intervenant auprès des jeunes, capacité d'amplification des relais) ;
 - Points faibles, obstacles et difficultés...

- *De l'activité :*
 - Ampleur de l'action :
 - Territoire ;
 - Durée ;
 - Mobilisation des professionnels et des relais (nombre et profil des professionnels et relais formés, nombre de séances de formation, taux de participation) ;
 - Participation des jeunes (nombre et profil des jeunes touchés par une action de sensibilisation nombre d'actions de sensibilisation) diffusion (nombre de documents et préservatifs distribués).

- *Des résultats :*
 - Actions en direction des professionnels
 - Évolution des pratiques professionnelles (visibilité des circuits, améliorations des orientations...).
 - Evaluation à distance souhaitable

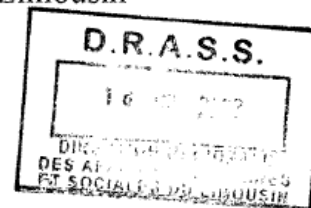
 - Actions en direction des publics :
 - . Amélioration des connaissances, connaissances des structures relais pour informations complémentaires,
 - . Appropriation,
 - . Orientations, fréquentation des dispositifs.

 - Dispositifs d'approvisionnement en préservatifs :
 - Dispositifs installés et fonctionnels.

Annexe 3 : Convention entre le GRSP du Limousin et le rectorat de l'académie de Limoges pour le financement d'une action de formation de formateurs en éducation à la sexualité

Groupement régional de santé publique du Limousin

CONVENTION DE FINANCEMENT



Entre:

Le Groupement régional de santé publique du Limousin, représenté par son Directeur,
d'une part,

et :

Le Rectorat de l'Académie de LIMOGES, sis 13 rue François Chénieux,
87031 LIMOGES Cédex , représenté par Mme la Rectrice ,
d'autre part,

VU les articles L 1411-14 à 1411-18 et R 1411-17 à 1411-25 du code de la santé publique;

VU la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations;

VU le décret modifié n° 53-1227 du 10 décembre 1953 relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif;

VU le décret n°55-733 du 26 mai 1955 relatif au contrôle économique et financier de l'Etat;

VU le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique;

VU l'arrêté du 6 septembre 2006 du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie portant désignation des autorités chargées de l'exercice du contrôle économique et financier de l'Etat sur les Groupement régionaux de santé publique;

VU l'arrêté préfectoral n°06-455 du 29 novembre 2006 portant approbation de la convention constitutive du groupement régional de santé publique du Limousin;

VU la demande présentée par le rectorat de l'académie de LIMOGES – centre académique de formation de l'administration (CAFA), en vue de l'obtention d'une subvention au titre des crédits du groupement régional de santé publique;

VU les délibérations du Conseil d'administration du GRSP en date des 8 février et 28 juin 2007;

Sur proposition du Président du Groupement régional de santé publique du Limousin,

Il est convenu ce qui suit :

La présente convention s'inscrit dans le cadre du Plan régional de santé publique du Limousin 2005-2008.

Article 1^{er} : Au titre de l'année 2007, le rectorat de l'Académie de LIMOGES – centre académique de formation de l'administration (CAFA), réalise une action de formation des intervenants à la sexualité (membres de la communauté éducative tous corps confondus et partenaires associatifs et institutionnels, tous volontaires) afin de développer un programme d'éducation à la sexualité pour l'ensemble des élèves de l'Académie de LIMOGES, niveau classes de 4^{ème} et de seconde.

Article 2 : L'objectif de cette action de formation académique de formateurs en éducation à la sexualité est de permettre l'acquisition d'une culture commune par les adultes susceptibles d'intervenir sur ce thème auprès des élèves et de disposer de référents sexualité dans chaque établissement scolaire du second degré.

Article 3 : Les moyens mis en œuvre pour réaliser l'action consistent en l'intervention d'un consultant pédagogique du ministère de l'Education Nationale – éducateur sexologue – dans chacun des trois départements de l'Académie de LIMOGES. La durée totale de la formation est de douze jours.

Article 4: Les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'action, sont les suivants:

- nombre des intervenants "personnel de l'Education Nationale", formés par département et par corps d'appartenance,
- nombre d'intervenants extérieurs formés,
- nombre de sessions d'informations des élèves programmées et lieux, au cours de l'année scolaire 2007-2008, identité des intervenants, nombre d'élèves touchés.

Article 5 : L'action objet de la présente convention, est subventionnée par le Groupement régional de santé publique du Limousin, au titre de l'année 2007, pour un montant de six mille euros (6 000€).

Le paiement de cette subvention sera effectué en un seul versement sur le compte TPG de la Haute-Vienne :

code Etablissement : 30001

Code guichet : 00475

compte : 0000R055050

clé RIB : 74

domiciliation : Banque de France LIMOGES

L'ordonnateur de la dépense est le Directeur du GRSP du Limousin. Le comptable assignataire est l'agent comptable du GRSP.

Article 6 : Le rectorat de l'Académie de LIMOGES - centre académique de formation de l'administration (CAFA) - adressera au Directeur du GRSP un bilan de réalisation de l'action suivant le modèle annexé à la présente convention;

Dans l'hypothèse d'un renouvellement de la demande de financement pour 2008, le bilan intermédiaire sera produit en même temps que la nouvelle demande. La production du bilan est une condition de recevabilité de celle-ci.

Dans l'hypothèse d'un non renouvellement de la demande de financement, le bilan définitif sera produit au plus tard le 30 avril 2008

Article 7 : Le rectorat de l'Académie de LIMOGES - centre académique de formation de l'administration (CAFA) - s'engage à répondre à toute demande d'information du GRSP. En outre, le GRSP a la faculté de contrôler, à tout moment, sur pièces ou sur place, l'effectivité des actions financées et l'affectation des financements alloués.

Article 8: Le rectorat de l'Académie de LIMOGES - centre académique de formation de l'administration (CAFA) - s'engage à mentionner le concours financier du GRSP sur toute publication liée à l'action financée.

Article 9 : En cas de non respect des dispositions de la présente convention, celle-ci pourra être résiliée de plein droit par l'une ou l'autre des parties à l'expiration d'un délai de trois mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, valant mise en demeure. Dans ce cas, la non exécution partielle ou totale de la présente convention donnera lieu à un ordre de reversement pour le montant partiel ou total de la subvention allouée.

Article 10: Tout litige relatif à la subvention allouée par la présente convention sera porté devant le tribunal administratif de LIMOGES.

Fait à Limoges le **25 JUIL 2007**

La Rectrice de l'Académie de
LIMOGES,



Anne SANCIER-CHATEAU

Le Directeur du Groupement régional
de santé publique du Limousin,


F. DELAUX

Annexe 4 : Réseau d'information sur la sexualité dans les collèges organisé sous l'égide du Conseil général du Haut Rhin

Conseil Général
Haut-Rhin 

Direction de la Solidarité
Service de Protection Maternelle, Infantile
et Promotion de la Santé

Dossier suivi par le Docteur WARYNSKI
Tél : 03.89.30.67.24

Colmar, le

ORGANISATION DU "RESEAU" INFORMATION SUR LA SEXUALITE DANS LES COLLEGES DU HAUT-RHIN - Rentrée scolaire 2007-2008

- 1) Les collèges du secteur de Colmar, Ensisheim, Guebwiller, Rouffach, Soultz, Fortschwihr, Ingersheim, Kaisersberg, Munster, Wintzenheim, Orbey, et Ribeauvillé, s'adressent à :

Madame Françoise SCHOCH – Sage femme

Centre de Planification et d'Education Familiale – Hôpital Civil
2 Rue Schlumberger – 68500 GUEBWILLER
Tél : 03.89.74.78.33 (le vendredi après-midi)

Ou

Centre de Planification et d'Education Familiale LE PARC
46 Rue du Stauffen – 68000 COLMAR
Tél : 03.89.12.60.53. (le mercredi)

- 2) Les collèges de Volgelsheim, Fessenheim et Sainte-Marie-aux-Mines s'adressent à :

Madame Claudine BECKER – Infirmière / Conseillère

Centre Médico-Social
5 Rue Messimy – 68000 COLMAR - Tél : 03.89.30.67.73.

- 3) Les collèges du secteur de Thann, Cernay, Saint-Amarin et Masevaux, s'adressent à :

Docteur Isabelle SCHUFFENECKER - Médecin de P.M.I.

Centre de Planification de Thann et Mulhouse – Centre Médico-social
4/6 Rue Schlumberger - 68200 MULHOUSE - Tél : 03.89.60.81.81.

Le Docteur SCHUFFENECKER coordonnera les interventions des personnels du CPEF de Thann après rendez-vous préalable.

- 4) Les collègues de Mulhouse, Illzach, Kingersheim, Lutterbach, Pfastatt, Ottmarsheim, Wittelsheim, Wittenheim, Riedisheim, Brunstatt, s'adressent à :

Mme GALLE Marie - Sage-femme

Centre de Planification et d'Education Familiale – Hôpital du Hasenrain
87 Avenue d'Altkirch - 68200 MULHOUSE
Tél : 03.89.64.69.63.

- 5) Pour les collègues du secteur de Saint-Louis, Sierentz, Rixheim

Mme JANOT Béatrice - Sage-femme de PMI

Centre de Planification et d'Education Familiale – Polyclinique des 3 Frontières
3 Rue Saint Damien – 68300 SAINT LOUIS
Tél : 03.89.70.37.11.

- 6) Pour les collègues du secteur d'Altkirch, Seppois-le-bas, Illfurth, Hirsingue, Carspach, Dannemarie, Ferrette :

Contact :

Madame KOHLER Anne - Sage - Femme

Téléphone : 03.89.08.30.14.

Centre de Planification et d'Education Familiale - Hôpital Saint-Morand
23 Rue du 3ème Zouave – 68130 ALTKIRCH
Tél : 03.89.08.30.14.

Les coordonnateurs se proposent de:

- Centraliser les demandes
- D'organiser une rencontre préalable avec le(s) professionnel(s) du collègue qui coordonne(nt) le projet global d'éducation à la sexualité.
- D'établir ensuite la programmation des séances et des personnels des centres de planification

Le Médecin Chef Adjoint
Chargé de la Périnatalité

Docteur Françoise WARYNSKI

Annexe 5 : Actions d'éducation à la sexualité « Questions d'amour » menée par les centres de planification familiale dans le Haut Rhin

Monsieur le principal.....
Copie à l'infirmière scolaire
Copie à Mr ou Mme le CPE

Madame ou Monsieur le Principal,

Suite à votre demande d'intervention du centre de planification auprès de vos élèves de, nous sommes en mesure de répondre favorablement.

L'intitulé de notre action est "**Questions d'Amour**".

Afin d'optimiser nos séances auprès de vos élèves, nous vous demandons de nous faire connaître par un retour de courrier, ou par mail, ou par fax le planning des interventions en mentionnant le référent de l'établissement qui va accueillir nos intervenants, ainsi que le nombre d'élèves concernés par classe, et leurs particularités (segpa, insertion...).

Ci-joint en annexe un mémento des demandes de nos équipes, car nous sommes convaincus qu'une séance bien préparée avec des adultes adhérents aux projets aura un impact plus important auprès des jeunes.

Dans l'attente du programme établi pour votre établissement, veuillez recevoir Madame, Monsieur le Principal, nos respectueuses salutations.


Mail: Schoch Françoise (centre.planification@ch-colmar.rss.fr) et
beckercg68.fr

Fax: Becker : 03 89 21 93 51
Schoch: 03 89 12 60 31

**PREVENTION
SANTÉ- SEXUALITE**
Questions d'amour

**LES POINTS CLES
NOS REPERES**


- A partir de notre expérience professionnelle
- Réponse aux questions des élèves
- Échanges



Groupe de travail PMI
CPEF MFPF Santé scolaire

CPEF 66 - Wąrynski - nov 2006 1

Sur la sexualité en général




- ☑ A chaque âge sa sexualité
- ☑ Elle apporte du plaisir
- ☑ Les sentiments ont une place importante
- ☑ Elle doit se vivre librement dans un consentement mutuel, chacun se respecte
- ☑ Elle permet la reproduction. Il devient possible d'avoir des enfants

CPEF 66 - Wąrynski - nov 2006 2

Le corps


Connaître son corps et celui de l'autre :

- ☑ Comprendre les changements de son propre corps, fille, garçon, les changements qu'apporte la puberté
- ☑ Comprendre les règles, le cycle, la puberté



CPEF 66 - Wąrynski - nov 2006 3

La sexualité




- ☞ La masturbation est normale (ne pas se masturber n'est pas anormal)
- ☞ Le rapport sexuel et le respect de soi et de l'autre
- ☞ Le premier rapport, rassurer, parler de l'hymen
- ☞ Le premier rapport peut être fécondant
- ☞ La tendresse fait oublier la maladresse

CPEF 68 - Warynski - nov 2006 4

Sexualité et violence


- ☞ Identifier ce qu'est la violence sexuelle, physique, psychologique et verbale.
- ☞ Ce que dit la loi des agressions sexuelles, du viol, de l'inceste, de la pédophilie, de la pornographie, de l'homophobie.
SAVOIR A QUI EN PARLER
- ☞ Reconnaître le viol comme une violence criminelle quel que soit le comportement antérieur de la victime et sa relation avec l'agresseur.
- ☞ Vrai et faux consentement
- ☞ Répondre aux questions portant sur la prostitution



CPEF 68 - Warynski - nov 2006 5


Les sexualités

- ☞ Il existe différentes orientations sexuelles : hétérosexualité, homosexualité, bisexualité, transsexualité
- ☞ Pouvoir répondre simplement à l'ensemble des questions (reformuler si besoin les questions « provocantes »)
- ☞ Susciter une réflexion sur la pornographie, son contenu, le commerce, l'image de la femme, l'ambivalence du ressenti, les conséquences psychologiques possibles



CPEF 68 - Warynski - nov 2006


La contraception



- Pouvoir choisir une méthode appropriée aux situations individuelles.
- Elle concerne garçon et fille
- Accéder à une contraception efficace et adaptée dès le premier rapport sexuel
- Où s'adresser

CPEF 66 - Warynski - nov 2006 7

La contraception



La contraception :


- ☞ Connaître succinctement chaque méthode de contraception
- ☞ La contraception bien utilisée est quasi sûre à 100 %
- ☞ Faire exprimer les difficultés et les craintes liées à la contraception
- ☞ Pas d'examen gynécologique nécessaire
- ☞ L'association pilule - préservatif ++
- ☞ Ne pas découvrir le préservatif lors du premier rapport

CPEF 66 - Warynski - nov 2006 8

Contraception d'urgence


La pilule dite « du lendemain » :

- ☞ Connaître cette méthode d'urgence, ses indications et ses limites
- ☞ Le test de grossesse de contrôle
- ☞ Où se la procurer



CPEF 68 - Warynski - nov 2006 9


Grossesse et IVG



- ☞ Sensibiliser les adolescentes à leur fertilité élevée.
Un seul rapport sexuel peut entraîner une grossesse.
- ☞ Savoir faire le diagnostic de la grossesse
- ☞ Où s'adresser pour faire un test
- ☞ Où s'adresser quand une grossesse n'est pas désirée
- ☞ L'IVG ; délai, place des parents
- ☞ Responsabilité d'être parent

CPEF 68 - Warynski - nov 2006 10

Infections liées à la sexualité



Savoir que ces infections sont évitables


- ☞ Connaître les risques et la notion de séropositivité sans signes cliniques, les modes de transmission
- ☞ La plus connue et la plus grave est le SIDA
- ☞ D'autres infections existent et certaines peuvent être cause de stérilité (chlamydiae), de cancer, de cirrhose (hépatite B).
On peut les dépister, les traiter, se faire vacciner contre l'hépatite B.
- ☞ Savoir où faire une dépistage, un traitement, un vaccin

CPEF 68 - Warynski - nov 2006 11

Les parents ,les adultes

Les parents, les adultes :

- ☞ Ouvrir le dialogue
- ☞ Savoir à qui s'adresser individuellement



CPEF 68 - Warynski - nov 2006 12

Les numéros utiles

- 119 : enfance maltraitée
- 03 88 32 28 28 ou 03 89 42 42 12 :
Contraception IVG, osons en parler
- Plaquette CPEF : **Questions d'amour**
- 0 800 88 14 24 : **SEPIA** (suicide écoute intervention adolescents)
- 0 800 00 68 68 : **INFO JEUNES 68**
- <http://www.info-ado.u-strasbg.fr>: **INFO ADO 67**
- 0 800 23 52 36 : **fil santé jeunes national**
- 0 800 84 08 00 : **SIDA INFO service +**
03 89 12 44 65 Pasteur Colmar
et 03 89 64 66 06 Moenschberg Mulhouse
- 0 800 23 13 13 : **drogue info service**
- 115: urgence sociale hébergement

CPEF 58 - Warynski - nov 2006

13

**Intervention du Centre de Planification
et d'éducation familiale**

QUESTIONS D'AMOUR



LES CENTRES DE PLANIFICATION
ET D'ÉDUCATION FAMILIALE

QUESTIONS D'AMOUR

Je suis une fille Je suis un garçon




Mon âge :

Classe :

Établissement scolaire :

VOS REACTIONS

- 1) J'ai appris des choses utiles ⁽¹⁾ :
- La relation garçon / fille 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 - Les méthodes contraceptives 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 - Les risques 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 - Les infections sexuellement transmissibles 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

- 2) J'ai pu m'exprimer comme je le souhaitais   
- Si non pourquoi ?
.....
.....

- 3) Cette rencontre est l'occasion, pour moi, d'en parler
- Oui Non
- Avec mes copains, copines
- En famille
- Autres qui ?.....

- 4) Si j'ai une question ou un problème, je sais à qui et où m'adresser
- Oui où, qui ?
- Non

- 5) Ce que je retiens de cette animation :
.....

- 6) Qu'est-ce qui m'a manqué :
.....

- 7) Ce que j'ai aimé :
.....

(1) 0 correspond à "Pas du tout" et 5 à "Très utile"

CENTRE DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE

DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

AVANT L'INTERVENTION	OBJECTIF ATTEINT
<p>PREVOIR 2 SALLES (pas trop éloignées, et éviter les salles de biologie),</p> <p>PREVOIR LE RAPPEL DES CONNAISSANCES (professeurs s.v.t.),</p> <p>INFORMER LES JEUNES DE L'INTERVENTION, TITRE, INTERVENANTS ET ORGANISATION</p> <p>PREPARATION DES QUESTIONS ANONYMES,</p> <p>FAIRE PARVENIR AU COORDONNATEUR LE PLANNING PRECISANT LES SALLES RETENUES, LE NOMBRE D'ELEVE PAR CLASSE ET LEURS PARTICULARITES (SEGPA, INSERTION),</p> <p>PREVOIR UN TABLEAU OU UN PAPER BOARD,</p> <p>DONNER UN TITRE A L'INTERVENTION - QUESTIONS D'AMOUR,</p> <p>PREVOIR QUI COORDONNE LA DISTRIBUTION ET LE RAMASSAGE DES BILANS DES INTERVENTIONS,</p> <p style="text-align: center;">JOUR DE L'INTERVENTION</p> <p>ACCUEIL DE NOTRE EQUIPE, LIEU DE R.D.V., SI LA PERSONNE REFERENTE EST ABSENTE CE JOUR LA, PREVOIR UN REMPLACEMENT</p> <p>PREMIER TEMPS : ACCOMPAGNEMENT VERS LA SALLE OÙ NOUS DEMARRONS EN CLASSE ENTIERE, PRESENTATION DES INTERVENANTS PAR UN MEMBRE DE L'EQUIPE EDUCATIVE</p> <p>DEUXIEME TEMPS : SEPARATION EN DEUX GROUPES NON MIXTES</p> <p>BILAN, EVALUATION DE L'INTERVENTION : modalités à définir.</p> <p>DISTRIBUTION A DISTANCE ? LES RECUPERER, SI L'INFIRMIERE NE PEUT S'EN CHARGER, MERCI DE BIEN VOULOIR PREVENIR LA PERSONNE REFERENTE REMPLACANTE DE L'INTERVENTION.</p> <p style="text-align: center;">APRES L'INTERVENTION</p> <p>ANALYSE ET CONCLUSIONS DE L'ACTION AVEC LES COORDINATEURS.</p>	

**Evaluation des actions de prévention
"Questions d'Amour"**

Objectifs	Résultats attendus Critères d'évaluation	Méthode d'évaluation	Commentaires
Savoir repérer un réseau pour l'accès à une consultation ou entretien individuel Permettre à chaque élève de rencontrer un adulte Permettre à chaque élève de consulter individuellement	Connaissance du CPEF et de ses missions Connaissances des médecins réseau. Disposer des adresses utiles. Connaissance d'un adulte relais dans l'établissement	. Questionnaire élève . Fréquentation du CPEF . Observation des infirmières scolaires	Statistiques CPEF Enquête ponctuelle sur le repérage des CPEF : - contraception, - prise de risque, - IVG
Permettre un échange, une réflexion sur les comportements : - prise de parole, - interrogation sur les relations, - échanges	A évaluer par l'intervenant - qualité d'échange, - remise de questions pour les élèves	. Evaluation faite par les intervenants . Enquête ?	A élaborer
Promouvoir une démarche préventive de l'ensemble des adultes intervenants auprès des jeunes	. Qualité d'accueil des intervenants, . Autres actions de prévention mise en œuvre dans l'établissement, . Evaluation par les intervenants de la dynamique.	. Evaluation annuelle par établissement et avec l'établissement, . Nombre de chartes signées . Evaluation de besoin de séances supplémentaires	Travail sur la charte à prévoir
Adapter les informations aux connaissances des élèves dans les domaines de la contraception, des IST, de l'IVG, la loi, la sexualité.	Quelles connaissances au minimum à connaître ?	Questions simples à intégrer dans le questionnaire élève	
Améliorer la santé Contribuer à la baisse des IVG et des grossesses non désirées IST Contribuer à la baisse de la violence	. Diminuer les IVG liées aux erreurs ou méconnaissance de la contraception . Permettre une orientation rapide des femmes vers un centre lorsqu'un IVG est souhaitée . Diminuer les IST	. Grossesse non désirée chez les mineures . IVG : - Nombre - Terme - Age . Vente de Norvelo . Enquête . Travaux ORSAL . Grossesses adolescentes . Taux des IST chez les mineures . Norvelo des CPEF et infirmières à rechercher en pharmacie	

Annexe 6 : Guide INFO-ADO pour les interventions en milieu scolaire

INFO-ADO

GUIDE POUR LES INTERVENTIONS EN MILIEU SCOLAIRE

OBJECTIFS DES INTERVENTIONS :

- Faire diminuer le nombre des grossesses non désirées liées au manque d'information chez les jeunes ainsi que les conduites à risques.
- Adresser aux jeunes un commentaire d'adulte sur la sexualité et ses différentes facettes en répondant aux questions les plus habituelles.
- Reconnaître implicitement au travers du propos tenu que leur sexualité existe et est admise par les adultes comme légitime y compris dans sa confidentialité à l'égard des parents.

MODALITES OPTIMALES :

Accord préalable de l'équipe pédagogique (principal ou proviseur) permettant d'insérer l'intervention à la place d'un cours de SVT.

La durée optimale des interventions est de l'ordre de 2 heures.

Il est souhaitable qu'un adulte au moins de l'établissement assiste à la présentation car il peut être sollicité comme relais ultérieur.

Interventions en classe de seconde pour les lycées et en classe de 3^{ème} pour les collèges. Certaines situations particulières de sections d'enseignement protégées peuvent justifier une intervention en classe de 4^{ème} à la demande du directeur d'établissement.

Les professeurs de SVT annoncent le remplacement de leur cours (dans les 15 jours qui précèdent la date convenue) en signalant qu'un intervenant extérieur à l'établissement vient donner des informations sur la sexualité. Les questions des élèves gagnent à être préparées de manière anonyme pendant la classe et regroupées par l'enseignant qui les transmet à l'intervenant lors de son intervention.

Le regroupement de plusieurs classes, lorsqu'il est possible permet de toucher plus d'élèves avec les mêmes disponibilités médicales. Il est fonction des habitudes de l'établissement et du niveau des élèves. Il ne doit être évité s'il est susceptible de perturber les élèves.

Dans certaines circonstances il peut être profitable de déplacer la classe et son enseignant vers le service hospitalier pour que l'intervention se double d'un repérage par les jeunes du site hospitalier où ce type de prise en charge est possible.

EVITER :

Une présentation triste et morbide de la sexualité comme un ensemble de risques
 Une présentation strictement technique en évitant d'abord des sujets relationnels
 Une projection trop personnelle (voire morale) de la sexualité. Ce serait usurper le rôle naturel des parents qui sont eux dans le devoir de transmettre une morale.
 Le cours de physiologie sauf question directe sur ce thème
 La présentation en classe de matériel type préservatif ou autre qui doit être réservée au colloque singulier
 La séparation entre garçons et filles
 L'utilisation de mots à connotation triviale
 Le chahut dans la classe en montrant d'emblée au début du cours (si nécessaire) que l'intervention se passe dans l'espace de l'école et respecte le cadre normal d'un cours même si les sujets abordés sont inhabituels. Faire montre le cas échéant d'autorité permet à l'ensemble des élèves de profiter pleinement des informations qui sont données.

SE PRESENTER**ANNONCER LE PLAN DE L'INTERVENTION :**

1. Présentation du programme info-ado et des structures d'accueil dédiées aux jeunes dans le secteur
2. Définition de ce qu'est la sexualité humaine par opposition à la génitalité des animaux
3. Comment éviter les 2 principaux écueils de la sexualité (grossesse non désirée et MST)
4. Qu'est-ce l'homosexualité ? Est-ce une maladie ?
5. Qu'est ce que la jouissance sexuelle ? Existe-t-il des anomalies dans ce domaine ?
6. La masturbation. Est-elle dangereuse ? Qu'en pensent les religions ?
7. La virginité. Définition. Implications sur l'égalité des sexes.
8. L'abus sexuel : l'inceste
9. Les violences sexuelles
10. Réponses à toutes les questions posées par les élèves

PRESENTATION DU PROGRAMME INFO-ADO

Dédié aux jeunes pour donner des informations précises en matière de contraception et de sexualité. Ceci permet de garder une confidentialité de la sexualité par rapport aux parents (à l'instar de la confidentialité dont bénéficient les parents vis à vis des enfants).

Info-ado comporte 2 parties :

- interventions en milieu scolaire
- accueil gratuit, anonyme et sans examen gynécologique aux heures ouvrables dans les hôpitaux publics (adresses) pour les jeunes qui souhaitent poser des questions ou qui désirent une contraception.

Les pilules « spécial ado » et les préservatifs sont offerts gratuitement et sans limite de nombre à chaque adolescent qui le demande.

Un examen clinique ou des prélèvements sont possibles (si nécessaire) et demeurent gratuits pour ne pas impliquer la sécurité sociale des parents.

QUELQUES GENERALITES SUR LA SEXUALITE

1. La sexualité est une exclusivité de l'espèce humaine

qui est la seule à parler, donc à rêver et à fantasmer.

Les animaux copulent par instinct de reproduction : génitalité.

La génitalité existe aussi dans l'espèce humaine mais de manière très réduite par rapport à la sexualité qui est présente tout au long de la vie.

La séparation psychologique entre sexualité et génitalité a toujours existé. Elle est rendue possible en pratique par la contraception

2. L'homme est baigné dans la sexualité (le plaisir) depuis sa naissance

A chaque âge sa sexualité qui est fonction de la maturité (de l'envie de chacun).

Il n'y a pas de commencement de la sexualité si ce n'est la naissance.

Se promener main par la main, s'embrasser, rêver l'un de l'autre, se manquer l'un à l'autre, se parler ou essayer de séduire, faire l'amour, tout ceci fait partie de la sexualité, c'est-à-dire de la relation entre 2 humains.

3. Il n'y a pas de normes en matière de sexualité

Les médecins ont mis des normes sur tout. Pour la taille, il y a des nains et des géants. Pour le taux de sucre dans le sang il y a une norme, etc. Cependant il n'y a aucune norme pour la sexualité. Ni sur la date des premiers rapports, ni sur la fréquence des rapports, ni sur leur durée. Chacun a sa vie et chacun a ses goûts qui sont secrets.

4. Mais la sexualité peut être anormale : absence de consentement

Il y a donc quand même une norme. On dit que la sexualité est normale quand que les 2 partenaires d'un couple sont réellement consentants. Par exemple, il n'y a pas de consentement possible entre une fille et son père. C'est donc un abus sexuel même s'il n'y a pas violence (Cf. chap. Inceste).

5. La sexualité ne peut s'enseigner

Puisqu'il n'y a pas de normes, il n'y a pas d'enseignement possible. La sexualité nous est donnée à chacun. Donc à chacun la sienne. Et pas d'enseignement ni d'éducation dans ce domaine. La légitimité des intervenants (médecins ou sages-femmes) de venir en parler à l'école est uniquement de donner des informations fiables sur certains points et d'éviter les grossesses non désirées et les MST

COMMENT EVITER LES ECUEILS DE LA SEXUALITE

Les deux écueils qu'on peut rencontrer en début de vie sexuelle sont la grossesse non désirée et à un moindre degré, les maladies sexuellement transmissibles.

1. Les grossesses non désirées :

- grande fécondité des adolescentes quelque soit le moment du cycle y compris pendant les règles et y compris lors des premiers rapports
- Il y a des grossesses sans réelle pénétration ; il suffit d'un peu de sperme sur la vulve
- Il y a un temps pour faire des enfants et ce n'est pas l'adolescence car c'est une décision lourde de conséquences qu'il faut pouvoir assumer. On ne fait pas un enfant pour soi mais pour lui, c'est-à-dire qu'on s'engage pour de très nombreuses années à l'élever dans de bonnes conditions
- Facile de trouver un petit copain ou une petite copine ; plus difficile en revanche de trouver quelqu'un d'assez bien pour faire des enfants avec
- le retrait avant l'éjaculation ne marche pas chez les jeunes
- le préservatif protège mal contre les grossesses
- la contraception est possible sans informer les parents mais pas l'IVG
- l'IVG c'est bien que ça existe mais c'est difficile à vivre
- les pilules spécial ado peuvent être prescrites sans examen gynécologique même à des filles qui fument
- les pilules prises régulièrement sont efficaces à 100%
- elles ne sont pas nuisibles pour la santé: pas de cancer, pas de prise de poids, pas de stérilité. Au contraire, les cycles deviennent réguliers, les règles ne sont plus douloureuses et les problèmes d'acné sont améliorés.
- il faut commencer de la prendre quand on se sent amoureuse d'un garçon, même si on envisage pas encore d'avoir des rapports avec lui car il n'y a pas de mal à prendre la pilule quand on n'a pas de rapport (alors que le contraire peut conduire à l'IVG).
- Le garçon devrait s'intéresser à la contraception car on est 2 pour faire l'amour et donc 2 pour prendre des précautions. Mais il n'y a

qu'un seul pilote dans l'avion et c'est la fille qui a le plus de responsabilité dans ce domaine.

- La pilule du lendemain qui est moins efficace qu'une vraie pilule peut être prise dans les 72 heures qui suivent le rapport. On ne devrait plus en avoir besoin si on suit les consignes qui viennent d'être données.

2. Les maladies sexuellement transmissibles :

Il y a 2 sortes de situations différentes du point de vue des MST :

- Quand les 2 partenaires se connaissent depuis le début, savent tout l'un de l'autre et ont une relation affective antérieure au début des rapports sexuels, le risque de se transmettre une MST l'un à l'autre est nul (en dehors de l'hépatite B pour laquelle tout le monde devrait être vacciné). Il faut utiliser la pilule « spécial ado » même avant d'avoir des rapports et le préservatif n'est pas nécessaire.
- Dans toutes les autres circonstances, chaque fois qu'on ne sait pas tout de l'autre, il faut ajouter à la pilule une protection contre les MST qui est le préservatif. En effet, celui-ci protège bien contre les MST mais très mal contre le grossesses.
- C'est celle (ou celui) qui reçoit le sperme qui a le plus de risque de se contaminer. Il faut donc imposer le préservatif au garçon et s'il craint de le mettre tout seul, l'aider à le faire.
- Au fil du temps, une relation stable et fidèle peut s'instaurer. Il est alors de temps de faire chacun un test anonyme et gratuit et s'il est négatif pour les 2, de retirer le préservatif tout en conservant la pilule.
- Pilules et préservatifs sont donnés gratuitement à Info-Ado pour ne pas amputer l'argent de poche de chacun.

QU'EST-CE L'HOMOSEXUALITE ?

Tout être humain est bisexuel à sa naissance. Le nourrisson met d'ailleurs du temps à se rendre compte de la différence des sexes

L'éducation vient dans un second pour déterminer les comportements des garçons et des filles en fonction de leur sexe

L'hétérosexualité qui est la norme de notre société est ainsi inculquée et l'homosexualité est refoulée.

Cette éducation peut être acceptée ou refusée, conditionnant le comportement ultérieur.

L'homosexualité n'est pas une maladie mais une forme différente de sexualité.

Le fait d'avoir eu des rapports homosexuels ou d'en rêver ne fait pas d'un adolescent un homosexuel. Est homosexuelle toute personne qui se sent attirée sexuellement et affectivement par des personnes du même sexe.

L'homophobie, en revanche, touche ceux et celles qui ne sont pas indifférents à l'homosexualité, qui en sont culpabilisés et qui éprouvent donc le besoin de manifester bruyamment leur désaccord. On peut donc dire que l'homophobie, qui est une forme d'exclusion de l'autre ne concerne que ceux qui ne se sont pas tout à fait au clair par rapport à leur homosexualité latente.

LA JOUISSANCE SEXUELLE

Elle a lieu pendant les rêves et les garçons le savent bien qui essaient de cacher le sperme qui tache leurs draps. Les filles aussi éprouvent des orgasmes au cours de leurs rêves. Tout le monde connaît l'orgasme au travers du rêve. Or dans le rêve, il n'y a aucun contact avec les organes sexuels. Tout se passe comme si le contenu du rêve était suffisant pour faire jouir. Etre capable de jouir, c'est donc être capable de se raconter une petite histoire qui fait jouir.

Certains peuvent éprouver des difficultés à atteindre l'orgasme lors des rapports sexuels (au contraire de ce qui passe pendant le sommeil où c'est facile). En effet, quand on est éveillé, le conscient reprend le pas sur l'inconscient et peut même censurer des choses ou des paroles qui font partie de la jouissance. Le moyen de remédier à ce genre de problème est d'entamer une psychothérapie où les raisons du blocage peuvent apparaître et aider par là même à améliorer la situation.

LA MASTURBATION

Commune à toute l'espèce humaine et à quelques espèces de singes supérieurs, elle se définit comme le fait de se procurer du plaisir à soi-même. Le nouveau-né humain n'y échappe pas. Et c'est sur ce thème d'ailleurs qu'il découvre la culpabilité car ses parents et son entourage finissent tous par lui demander de se cacher « pour faire ça ». La masturbation commune à toute l'espèce humaine sans exception n'est pas nuisible pour la santé. Il n'y a pas non plus de norme dans ce domaine, si bien qu'il n'y a ni excès ni insuffisance possibles.

Les religions ont toutes donné l'avis suivant sur la masturbation : « l'homme a des pulsions et c'est son honneur et sa spécificité d'arriver à y résister ». Ceux et celles qui, à titre privé, sont attachés à l'enseignement de telle ou telle religion peuvent s'engager sur ce chemin de l'amélioration individuelle et essayer de se contrôler dans leurs pulsions et leurs désirs. Il s'agit là d'une démarche louable mais privée qui ne peut en aucun cas s'imposer à tous.

LA VIRGINITE

La virginité se définit comme le fait, pour un garçon ou pour une fille, de n'avoir jamais eu de rapport sexuel.

Chez les filles, l'hymen (petite membrane fine à l'entrée du vagin qui peut saigner lors du premier rapport en se déchirant) est inconstant et souvent tellement souple qu'il ne se déchire que lors du premier accouchement.

Il y a des pays où, le soir de la nuit de noces, on conduit la femme chez le gynécologue pour vérifier physiquement la présence intacte de cette membrane. Ceci n'existe pas en France où les médecins ne sont jamais complices d'une manière bestiale de se comporter avec les femmes. Car, si on veut savoir si un homme ou une femme est vierge, le seul moyen réel et efficace est de le lui demander. Quel manque de confiance d'imaginer qu'on peut aller vérifier quelque chose par dessus la parole de l'autre.

A ce sujet les religions prônent le principe du corps sacré et estiment que chacun doit se garder vierge (pur) jusqu'au mariage. Cette recommandation est valable pour les femmes aussi bien que pour les hommes. Une femme qui se maintient vierge jusqu'au mariage et qui ne répond pas à un homme qui lui demande si elle l'est « moi oui et toi » se met elle-même en situation d'objet et il y a fort à parier qu'elle soit désormais traitée comme un objet.

L'INCESTE

L'inceste se définit comme l'existence d'une relation sexuelle entre un adolescent et un adulte qui en a la tutelle d'une manière ou d'une autre (parent, enseignant, moniteur de colonie, etc.). Les adolescents qui subissent ce type de relation n'en sont jamais responsables ; c'est aux adultes de veiller à ne pas franchir la ligne jaune. C'est le secret imposé par les adultes et malheureusement respecté par les jeunes qui permet à ce genre de situation de se pérenniser au détriment des adolescents. Or nul n'a le droit de connaître pareille situation sans mettre le jeune qui en est victime à l'abri. La révélation par un ou une amie de ce genre de chose, même sous le sceau du secret, doit être considérée comme un appel à l'aide, et la meilleure aide est de dire les choses soit à un enseignant soit à l'infirmière scolaire. Garder ce genre de secret est fautif vis à vis de l'ami et vis à vis de la loi. Si les jeunes parlaient plus, ces abus sexuels seraient moins fréquents.

LES VIOLENCES SEXUELLES

Certains garçons deviennent violents quand ils font l'amour. Il s'agit d'une maladie qui ne peut faire que s'aggraver en l'absence de traitement. C'est lors de la 1^{ère} violence qu'il faut réagir, en se quittant ou en imposant le traitement psychologique du garçon. Il ne faut pas confondre violence sexuelle et comportement « sado-maso » où les 2 partenaires sont consentants de manière très précise à ce qui se passe sur le plan sexuel ; on est donc là dans la norme. Ce qui n'est pas le cas dans les violences sexuelles, a fortiori dans le viol, où l'un des 2 n'est pas consentant. Le viol est d'ailleurs gravement puni par la loi.

REPONSES A TOUTES LES QUESTIONS POSEES PAR LES ELEVES

Il semble très important de ne négliger aucune question, même celles qui ont une apparence de provocation. Si on est déconcerté par une question, il est préférable d'en différer la réponse et de s'occuper dans un premier de celles qui posent le moins de problème. On peut toutefois dire qu'on ne sait pas répondre à une question (ce qui doit être rare).

L'occasion est souvent donnée de relever une formulation vulgaire dans une question, ce qui permet d'attirer l'attention sur le fait qu'une expression vulgaire de la sexualité salit celui qui la profère. De plus, c'est l'immaturation sexuelle qui est ainsi affichée.

Les questions sur la zoophilie sont toujours des questions sur le consentement de l'autre car un animal n'a pas besoin de consentir. Comme la question primordiale des jeunes porte sur le comment obtenir un consentement (ou comment séduire pour les filles), il est utile de rappeler que

- les moyens des garçons et des filles sont différents dans ce domaine
- ce qui peut apparaître comme un consentement ne l'est pas forcément (habits provoquants par exemple)
- c'est l'intelligence et les capacités intellectuelles d'un individu qui le rendent désirables bien au delà de ses capacités physiques

NB : Ne pas sortir trop rapidement de la salle et veiller à se tenir un peu isolé pour que des jeunes qui ont un questionnement urgent puisse aborder l'intervenant discrètement sans pour autant faire la démarche de venir jusqu'à l'hôpital.

Annexe 7 : Indicateurs de performance au ministère de l'éducation nationale dans le domaine de la santé et de la citoyenneté

ainsi qu'aux variations des effectifs moyens des établissements répondants.

Dans ce domaine également l'école n'est pas seule à agir mais elle est la seule institution qui connaît et touche chaque génération dans sa quasi-totalité.

D'où l'importance de son action en la matière qui se réalise selon des modalités multiples, particulièrement par les professionnels de la santé mais aussi, souvent, avec le concours des équipes pédagogiques et/ou d'autres partenaires que les responsables opérationnels comme les acteurs en contact avec les élèves doivent continuer à développer et qui ont toute leur place dans les projets d'école ou d'établissement (cf. action 2 du programme).

Deux objectifs intermédiaires ont été sélectionnés pour déterminer les indicateurs significatifs :

- veiller au suivi médical des élèves :

La loi (cf. Code de l'éducation article 541-1) fait obligation à l'institution scolaire d'assurer une **visite médicale** à tous les enfants au cours de leur **6ème année** et de donner les suites nécessaires à ces visites, notamment en prenant toutes mesures appropriées pour que les familles soient aussitôt informées des constatations médicales dont il est nécessaire qu'elles aient connaissance pour la sauvegarde de la santé de leurs enfants ;

- prévenir les comportements à risques :

Diverses actions concourent à cette prévention, l'indicateur choisi porte sur l'une d'elles, l'opération "lycée non fumeur" développée en application des directives données pour la mise en œuvre du programme quinquennal de prévention et d'éducation relatif à la santé des élèves (Circulaire n°2003-210 du 1er décembre 2003 : BO n°46 du 11 décembre 2003) et rappelées dans la circulaire n° 2005-067 du 15-4-2005 : préparation de la rentrée scolaire 2005 (BO n° 18 du 5 mai 2005).

INDICATEUR 1 : Pourcentage d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé obligatoire

Unité	2004 Réalisation	2005 Prévision	2005 Réalisation	2006 Prévision	2007 Prévision	2010 Cible
%	70	70	73,5	75	76,5	> 80

Précisions méthodologiques :

Sources des données : MENESR/DGESCO et DEPP

Champ : public + privé, France métropolitaine + DOM

Mode de calcul :

cet indicateur est établi en rapportant le nombre d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé (obligatoire) à l'effectif total des élèves dont l'âge se situe entre 5 et 6 ans (données DEPP issues de l'INSEE).

Les données actuellement disponibles concernant le nombre d'élèves ayant bénéficié de ce bilan de santé sont issues d'enquêtes spécifiques auprès des académies. La fiabilité des informations -déclaratives- ainsi recueillies ne peut être assurée. La vraisemblance de l'évolution constatée sera vérifiée par le dialogue avec les académies, dialogue qui s'attachera, le cas échéant, à en analyser les causes.

Pour plus de fiabilité, cet indicateur sera dès que possible reconstruit à partir du système d'information du premier degré en cours de mise au point.

INDICATEUR 2 : Pourcentage de lycées non fumeurs

Unité	2004 Réalisation	2005 Prévision	2005 Réalisation	2006 Prévision	2007 Prévision	2010 Cible
%	22,41	25	36	39	42	> 50

Précisions méthodologiques :

-Sources des données : MENESR - DGESCO

- Champ : lycées publics, France métropolitaine + DOM

- Mode de calcul :

cet indicateur est construit à partir d'une enquête spécifique auprès des académies menée pour la première fois en 2005 (année scolaire 2004-2005 = valeur 2004) et renouvelée en 2006.

Il rapporte le nombre de lycées non fumeurs au nombre total de lycées.

Il s'agit de données déclaratives que seules les académies ont la capacité de certifier.

Pour 2005 (année scolaire 2005-2006), les résultats actuellement disponibles sont encore partiels.

A chaque moment de la scolarité et donc selon des modalités diverses correspondant à l'âge des élèves, l'école s'attache à préparer les jeunes à devenir citoyens en travaillant à l'apprentissage de la vie collective, à la prise de conscience et au respect des valeurs civiques ainsi qu'en développant chez les enfants et les adolescents des comportements d'altruisme et de solidarité (cf. actions 1 et 2 du programme).

Cette formation au sens des responsabilités qui contribue au développement de la personnalité des enfants et adolescents, notamment en les aidant à se situer dans et par rapport à un groupe, à construire leurs relations aux autres et à l'autre, individuellement, joue un rôle important dans leurs comportements d'élèves.

Il est donc essentiel que les acteurs du système éducatif accordent aux différentes démarches qui favorisent cette formation toute la place qu'elles méritent.

Les indicateurs retenus cherchent à cerner l'atteinte de cet objectif par deux angles d'approche complémentaires, nécessairement sélectifs puisque ne mettant en relief qu'une partie du champ des possibles ; ils s'intéressent :

- d'une part, à la capacité des élèves d'agir pour les autres ou au nom des autres : c'est le sens de l'indicateur portant sur la **formation aux premiers secours dispensée au collège**, et de celui qui cherche à mettre en relief la participation des lycéens aux conseils des délégués pour la vie lycéenne mis en place pour les impliquer personnellement et collectivement dans l'organisation de tous les aspects de leur vie d'élève ;

- d'autre part, au **développement du sport scolaire qui participe de l'apprentissage et de l'exercice de la vie collective**.



Unité	2004 Réalisation	2005 Prévision	2005 Réalisation	2006 Prévision	2007 Prévision	Cible
%						

Précisions méthodologiques :

- Sources des données : MENESR- DGESCO.
- Champ : collèges publics, France métropolitaine + DOM
- Mode de calcul :

Les informations actuelles, recueillies par enquête auprès des seuls personnels de santé, sont trop parcellaires pour permettre d'en extraire un indicateur. Cet indicateur est donc à construire à partir du système d'information du 2^m degré en cours de rénovation : "SCONET", évolution de "scolarité" permettra en effet à terme d'enregistrer pour chaque élève des informations sur les formations suivies et les certifications obtenues. Les premières données devraient être disponibles pour le PLF 2008.



	Unité	2004 Réalisation	2005 Prévision	2005 Réalisation	2006 Prévision	2007 Prévision	2010 Cible
Ensemble	%	46,77		sans objet	> 50	sans objet	> 50
a : en LEGT	%	44,08				-	-
b. en LP	%	56,87				-	-

Précisions méthodologiques

- Sources des données : MENESR- DGESCO
- Champ : public, France métropolitaine + DOM
- Mode de calcul :

ces élections ont lieu tous les deux ans. Cet indicateur est établi à partir d'information remontant directement des établissements : chaque chef d'établissement procède à la remontée des résultats des élections qui se sont déroulées dans son établissement via un formulaire informatique spécialement mis en ligne sur le site de la vie lycéenne. Les résultats sont ainsi collectés directement par le ministère sous forme d'un tableau.

- Numérateur = nombre de lycéens votant dans l'ensemble des établissements publics pour chacune des catégories (LEGT, LP, EREA).
- Dénominateur = nombre de lycéens inscrits sur les listes électorales de l'ensemble des établissements publics pour chacune des 3 catégories (LEGT, LP, EREA, les lycées polyvalents étant comptabilisés avec les LEGT).

Les chiffres collectés par le système informatique mis en place ne peuvent pas être vérifiés. Les chiffres saisis sont donc considérés comme valables. En outre, le taux de réponse, pas toujours satisfaisant, ne permet pas d'avoir une vision exhaustive des taux de participation aux élections des représentants lycéens aux CVL. Ces taux peuvent varier d'une académie à une autre de manière importante. Une amélioration du système de remontée d'information est envisagée.

La comparaison des taux de participation permet tout de même de donner une indication de la vigueur de la vie lycéenne dans les établissements et de l'intérêt que les lycéens portent à l'instance de représentation que constitue le CVL.

Annexe 8 : Projet de l'Association Française pour la Contraception (AFC) concernant la formation de jeunes à la contraception par leurs pairs

Association Française pour la Contraception

L' AFC a pour projet de former un groupe de jeunes afin qu'ils puissent parler de la contraception de manière compétente à leurs pairs.

- 1) Les jeunes doivent être volontaires
- 2) Ils doivent être âgés de 17 à 25 ans
- 3) Une autorisation parentale devra être recueillie pour les mineurs
- 4) Les jeunes seront choisis par deux membres du bureau de l'AFC, désignés par le Bureau, parmi ceux qui leur semblent aptes à remplir cette mission. Ce choix se fera à l'aide d'un questionnaire et après un entretien avec les deux membres du bureau
- 5) Les jeunes choisis reçoivent une formation de base d'une journée et reçoivent une attestation de formation. Un recyclage d'une demi journée est prévu tous les ans.
- 6) Les jeunes formés s'engagent à participer à X événements choisies par le Bureau de l'AFC.
- 8) Les formateurs sont rémunérés X euros par demi-journée d'enseignement et d'encadrement.
- 9) Lors de manifestations, une astreinte téléphonique sera assurée par un des membres de l'AFC.

Sigles utilisés

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé
AFC	Association française pour la contraception
ANCIC	Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception
ANRS	Agence nationale de recherche scientifique
API	allocation parent isolé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATPM	Association pour les travailleurs migrants et leurs familles
CESPHARM	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie
CIVG	centre d'interruption volontaire de grossesse
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNSF	Collège national des sages femmes
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CSIS	Conseil supérieur de l'information sexuelle
CU	contraception d'urgence
DDPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
DIU	dispositif intra-utérin
DOM	département d'outremer
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EICCF	établissement d'information, de consultation et de conseil familial
EPPM	étude permanente de la prescription médicale
FHF	Fédération hospitalisation de France
FNARS	Fédération nationale d'accueil et de réadaptation sociale
GRSP	groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut comité de santé publique
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LMDE	La mutuelle des étudiants
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
PRSP	Plan régional de santé publique
REVHO	Réseau ville hôpital
SDFE	Secrétariat d'Etat aux droits des femmes
SMR	Service médical rendu

Bibliographie

Ouvrages

ALLEZY V. *L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring : exemple de diffusion d'un nouveau moyen de contraception : enquête d'opinion auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans de juillet 2006 à septembre 2007 en Ile-de-France*, 2008, 85 p. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université Paris 7 Denis Diderot.

AMSELLEM-MAINGUY Y., *La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques*, 2007. Thèse de doctorat, université Paris-Descartes.

ANAES, INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : recommandations*. Paris, ANAES, 2004, 47 p.

ANAES et INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : argumentaire*. Paris, ANAES, 2004, 198 p.

ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, Paris, ANAES, 2001, 95 p.

ANDRE-CORMIER J., *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines : avis du Conseil économique, social et environnemental*. Paris, Ed. des journaux officiels, 2009, 186 p.

Assistance publique-Hôpitaux de Paris., *Bilan d'activité 2007 des centres d'IVG de l'AP-HP de Paris*. Paris, AP-HP

Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé . Genève, OMS, 2004, 106 p.

BAJOS N. et al. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, 2002, 348 p.

BARUCH F. et GALLARD C., Groupe de travail : information, éducation des jeunes à la sexualité, Service des droits des femmes, Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, 1999, réed. 2009, 14 p.

BECK F et GUILBERT P. et GAUTIER A. (dir). *Baromètre santé 2005*. Paris, INPES, 2007.

BEDEL CHAUVAUD J., *Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse*, 2004, 124 p. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université Paris 7 Denis Diderot.

BELTZER N. et BAJOS N., « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles » in BAJOS N. et BOZON M. (dir.). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte, 2008.

BENHAMOU O., *Avorter aujourd'hui : trente ans après la loi Veil*. Paris, Mille et une nuits, 2004, 215 p.

BONNIER C. Dr et al. IVG chez les ados, quelles prises en charge, comment prévenir les récidives, quelle prévention en milieu scolaire ?. Fort- de -France, CHU, Unité d'orthogénie.

CHAMBAUD L., KHENNOUF M. et LANNELONGUE C., Enquête sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers. Paris, IGAS, 2009, 188 p.

CHATENAY G. et al. Délivrance du Norlevo® en Languedoc-Roussillon , 2002-2006 : étude par territoire. Montpellier, DRASS, 2009, 12 p.

CHOQUET M., HASSLER C. et MORIN D., Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) sept ans après. Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2005, 193 p.

Comité français d'éducation pour la santé, Baromètre santé 2000. Vanves, CFES, 2001.

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, Accès à un avortement sans risque et légal en Europe, Résolution 1607, Strasbourg, 2008.

Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS), L'évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité. Paris, Ministère délégué à la santé et à la cohésion sociale, 2004, 78 p.

DENECHERE A. et al. Contrôle des services d'aide sociale à l'enfance (ASE) et de protection maternelle infantile (PMI) du conseil général de la Guadeloupe : rapport définitif. Paris, IGAS, 2006, 163 p.

Direction générale de la santé, Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

DRASS DDASS Nord-Pas-de-Calais, Baromètre santé jeunes – sexualité et contraception chez les jeunes du Nord-Pas-de-Calais : résultats thématiques. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 2007, 24 p.

EMBERSIN C. et al. Prévention des grossesses non désirées dans trois départements : Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme. Paris, FNORS, 2004, 217 p.

Enquête ESPAD 2003. Paris, OFDT-INSERM, 2004

FAUCHER P. et HASSOUN D., Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Paris, Editions ESTEM, 2005, 127 p.

FORGEOT G. et CELMA C., Les inégalités aux Antilles Guyane : dix ans d'évolution. Paris, INSEE, 2009, 31 p.

GELLY M., Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée. Paris, L'Harmattan, 2006, 244 p.

HASSOUN D. et al. Rapport sur la pratique de l'IVG en France : actes du colloque des dixièmes journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception. Paris , 1993.

HUBARD L., Enquête sur le Norlevo ® auprès des intéressées, des pharmaciens, et des médecins, sur la ville de Rouen. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, université de Caen, UFR des sciences pharmaceutiques.

Inspection générale des affaires sociales, *Rapport 2007-2008 – Les politiques sociales décentralisées*. Paris, La documentation française, 2008, 169 p.

JASPART M. et al. *Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale*. Paris, La documentation française, 2003, 370 p.

JEANDET-MENGUAL E., *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. Paris, IGAS, 2002, 82 p.

JEGOUDEZ MOULLIER R. *Prise en charge des interventions volontaires de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée – mémoire pour le DIU Régulation des naissances*, Université René Descartes, Paris V

JOURDAIN-MENNINGER D. et al. *Etude sur la protection maternelle et infantile*. Paris, IGAS, 2006, 51 p.

MATTEI J.-F., *Rapport relatif à l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements et dans les pharmacies : rapport présenté au Parlement par Monsieur Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*. Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

Ministère de la jeunesse de l'éducation nationale et de la recherche, *L'éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guide du formateur*. Paris, SCEREN-CNDP, 2004, 56 p.

Ministère de la justice, *Annuaire statistique de la justice : édition 2008*. Paris, La documentation française, 2009, 376 p.

Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, *La santé des femmes en France*. Paris, La documentation française, 2009, 288 p.

MOSSUZ-LAVAU J., *La vie sexuelle en France*. Paris, Editions de la Martinière, 2002, 466 p.

NARRING F. et MICHAUD P., « Education pour la santé, prévention et promotion de la santé à l'adolescence » in ROUSSEY M. et KREMP O., *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Paris, Doin Editions, 2004.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *National cost-impact report : implementing the NICE clinical guideline on long-acting reversible contraception*. Londres, NICE, NICE clinical guideline n°30, 2005, 33 p.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *Long-acting reversible contraception : the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception*. Londres, RCGOG, 2005, 192 p.

NISAND I. et TOULEMON L., *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*. Paris, Haut conseil de la population et de la famille, 2006, 26 p.

NISAND I., *L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 55 p.

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), *Enquête sur les conditions de délivrance du Norvelo®*. Fort-de France, ORS Martinique, 2007, 39 p.

http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport_norlevo.pdf

Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants (EPSE), *Enquête sur la santé des étudiants dans les DOM*. Paris, LMDE, 2008, 8 p.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), *Les professionnels de santé : comptes rendus des auditions : tome 3 : rapport 2005*. Paris, La documentation française, 2006, 223 p.

POLETTI B., Rapport d'information sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Paris, Assemblée nationale, n°1206, 2008, 41 p.

PONS J.-C., VENDITTELLI F. et LACHCAR P., *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*. Paris, Masson, 2004, 331 p.

STIEN L. Dr, *Comment améliorer la prévention des grossesses adolescentes du Gers*. Rennes, ENSP, 2004.

Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

UZAN M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998, 65 p.

VANHECKE E., *L'interruption volontaire de grossesse en ville : une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG. Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis*. Rennes, ENSP, 2006, 65 p.

VILCHIEN D., GAL C. et SALZBERG L., *Le statut des conseillères conjugales et familiales*. Paris, IGAS, 2006, 47 p.

ZIMMERMANN M.J., *Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes*. Paris, Assemblée nationale, n°2714, 2005, 313 p.

Articles de périodiques

AUBENY E., « Contraceptif post coïtal : pas avant ! » *La Revue Prescrire*, 2005, 25, n°267, p. 868.

AUBENY E. et al. « The Coraliance study : non-compliant behaviour. Results after a 6-month follow-up of patients on oral contraceptives », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2004, 9, n°4, p. 267-277.

BAJOS N. et al. « Contraception at the time of abortion : high-risk time or high-risk women ? », *Human Reproduction*, 2006, 21, n°11, p. 2862-2867

BAJOS N. et al. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *Population et Sociétés*, n°407, décembre 2004.

BAJOS N., LERIDON H. et JOB-SPIRA N., « La contraception en France dans les années 2000. Introduction au dossier », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 409-418.

BAJOS N. et al. « Les inégalités sociales d'accès à la contraception », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 479-502.

BAJOS N. et al. « Contraception : from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, 2003, 18, n°5, p. 994-999.

BENNIA-BOURRAÏ S., ASSELIN I. et VALLEE M., « Contraception et adolescence, une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens », *Médecine*, 2006, 2, n°2, p.84-89.

BIRMAN C., « Législation européenne sur l'avortement », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

BOMBÉREAU G., « La contraception, les grossesses à l'adolescence, les IVG et la sexualité en Guadeloupe », *Info santé*, 2004, n°13.

BOUDAN V., « L'IVG demeure une pratique fréquente », *Info santé*, 2004, n°12.

Centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) – hôpital Laënnec – Creil, « Interruptions volontaires de grossesse par association médicamenteuse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée au centre hospitalier de Creil », Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, 28 novembre 2005, Amiens.

COLLET M., « Etude de la satisfaction des usagères de maternité à l'égard du suivi des grossesses et du déroulement des accouchements », *études et résultats*, septembre 2008, n°660, 6 p.

« Contraception post coïtale : trop de pharmaciens en défaut », *La revue Prescrire*, 2008, 28, n°300, p.775.

DELOTTE J. *et al.* « Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises », *Gynécologie, Obstétrique, fertilité*, 2008, 36, n°1, p. 63-66.

FAUCHER. P. « L'IVG à domicile », *Réalités en gynécologie-obstétrique*, octobre 2006, n°114.

FAUCHER P., DAPPE S. et MADELENAT P., « Maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2002, 30, n° 12, p. 944-952.

FOURNIER C., « Aider les femmes à choisir leur méthode », *Le concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1053-1056.

GARBIN O. et al. « Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation », *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 2006, 129, n°1, p. 36-40.

GERONIMUS AT., « Teenage childbearing as cultural prism », *British Medical Bulletin*, 2004, 69, n°1, p. 155-166.

GOSSELIN P., « La responsabilité des personnels de l'éducation nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une intervention volontaire de grossesse », *Lettre d'information juridique*, n° 128, octobre 2008, p. 36-38.

GOULARD F., « Que fait la sage-femme au Centre d'Orthogénie de la Maternité des Lilas ? », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

GOULARD H. *et al.* « Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use », *Contraception*, 2006, 74, n°3, p. 208-213.

GROSSMAN D. et JARVIS S., « Should the contraceptive pill be available without prescription ? », *British Medical Journal*, 2009, 338, n°7688, p. 202-203.

HASSOUN D. « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : alternatives à l'hospitalisation en gynécologie-obstétrique », *La lettre du gynécologue*, avril 2005, n°301, p. 23-26.

HENSHAW S. K., SINGH S. et HAAS T., « Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde », *Perspectives Internationales sur le Planning familial*, 1999, n° spécial, p. 26-30.

HENSHAW RC. et al. « *Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : women's preferences and acceptability of treatment* », *British Medical Journal*, 1993, 307, n°6906, p. 714-717. *La revue du praticien*, 2008, 58, n° 1

LAMARCHE J. et MATET N., « L'accès en urgence : le dispositif actuel », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1051-1052.

LERIDON H. et al. « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, 2002, n°381, 4 p.

MARIE P., CHAMPOLLION S. et OURABAH R., « Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? », *Exercer*, 2008, 19, n°80, p. 13-16.

MATET N., « La contraception d'urgence, une méthode « de rattrapage », *Vocation Sage- Femme*, 2008, 7, n°64, p. 11.

MATET N., BASSET B. et DAB W., « Sages-femmes et contraception : une opportunité à saisir », *La Revue Sage-Femme*, 2005, 4, n°2, p. 53-56.

MOREAU C. et al. « Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a French population-based cohort », *Human Reproduction*, 2009, 24, n°6, p. 1387-1392.

MOREAU C. et al. « The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives : results from a French national cohort study », *American Journal of Public Health*, 2009, 99, n°3, p. 441-442.

MOREAU C. et al. « Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey », *Human Reproduction*, 2007, 22, n°9, p. 2422-2427.

MOREAU C. et BAJOS N., « *Impact de la démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1047-1050.

MOREAU C. et al. « *The remaining barriers to the use of emergency contraception : perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions* », *Contraception*, 2005, 71, n°3, p. 202-207.

MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J., « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 503-517.

MOSSUZ-LAVAU J., « Le planning familial reste essentiel », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2595, 6 février 2009, p. 42-43.

PISON G., « France 2008 : pourquoi le nombre de naissances continue-t-il d'augmenter ? », *Population et sociétés*, 2009, n°454, 4 p.

POLIS CB. et al. « Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention : a meta-analysis », *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 110, n°6, p. 1379-1388.

REGNIER-LOILIER A. et LERIDON H., « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? », *Population et sociétés*, 2007, n°439, 8 p.

RENARD V. et al. « *Un partenariat original pour former les médecins généralistes* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1057-58.

ROBIN G., MASSART B. et LETOMBE B., « La contraception des adolescentes en France en 2007 », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2007, 35, n°10, p. 951-967.

ROSSIER C. et PIRIUS C. « *Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002* », *Population*, 2007, 62, n°1, p. 57-90.

SINGH S., DARROCH JE., FROSTE J. and the study team, "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behaviour : the case of five developed countries", *Family planning perspectives*, 2001, 33, n°6, p. 251-259 et 289.

TRUSSEL J. *et al.* « Should oral contraceptives be available without prescription ? », *American Journal of Public Health*, 1993, 83, n°8, p. 1094-1099.

VILAIN A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 » *Etudes et résultats* n°659, septembre 2008.

WALSH TL. *et al.* "Effectiveness of the male latex condom : combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials", *Contraception*, 2004, 70, n°5, p. 407-413.

WESTOFF CF., "Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion", *Family Planning perspectives*, 1988, 20, n°1, p. 4-13.

Sites internet

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), « La prise en charge des femmes françaises », CNGOF, 2000
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

VAUTRAVERS A. et NISAND I., « IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée - quelles techniques ? 30^e journées nationales du collège national des gynécologues et obstétriciens français », *CNGOF*,
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/009/index.htm

Avortement, contraception : donnée statistique
Institut national d'études démographiques (INED)
http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/
Contraception hormonale, expérience étrangère :
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/contraception_accueil.aspx?sortcode=1.48.48.48