

# ACTES

Colloque régional  
Contraception & grossesses non désirées

*"Mieux connaître pour mieux gérer"*

27 janvier 2011  
Marseille

---

# Actes

Colloque régional  
Contraception & grossesses non désirées

*“Mieux connaître pour mieux gérer”*

Le 27 janvier 2011,  
Hôtel de Région,  
Marseille

# Sommaire

## ➔ Matinée

- **Animation : Pr Roland Sambuc**, *Laboratoire de santé publique, Faculté de Médecine de Marseille, Vice-président du CRES PACA*

### Allocutions d'ouverture

- **Ladislas Polski**, *Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- **Norbert Nabet**, *Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Directeur général adjoint*
- **Pr Roland Sambuc**, *Vice-président du Comité Régional d'Éducation pour la Santé PACA*

## ➔ PREMIÈRE TABLE-RONDE - Connaissance de la situation et des causes d'échec de contraception

- Le recours à l'interruption volontaire de grossesse en région PACA, p. 9  
**Dr Martine Bensadoun**, *Agence Régionale de Santé PACA*
- Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives, regards croisés du sociologue et du médecin p. 16  
**Dr Alice Touzaa**, *gynécologue, Aix-en-Provence* p. 16  
**Yaelle Amsellem-Mainguy**, *chercheuse associée au CERLIS, chargée de recherche à l'INJEP, Paris* p. 18
- Représentations autour de la question sexuelle et la contraception, témoignages de rencontres de femmes et de jeunes femmes p. 22  
**Anissa Bouchilaoun**, *animatrice, École des parents et des éducateurs 13*

## ➔ DEUXIÈME TABLE-RONDE - La formation des professionnels

- Formation médicale initiale : création d'un module optionnel sur la contraception pour les 3<sup>èmes</sup> années de médecine à l'Hôpital Nord de Marseille, p. 28  
**Pr Florence Bretelle**, *service de gynécologie-obstétrique, Marseille*
- La réactualisation des connaissances via la formation continue : p. 32  
l'expérience de l'association IVGEV 13 (IVG en ville), **Dr Pascale Roblin**
- La prise en charge de l'IVG à l'hôpital, p. 37  
**Dr Raha Shojai**, *gynéco-obstétricien, Hôpital Nord, Marseille*
- L'éducation à la sexualité : formation à l'Éducation Nationale, p. 39  
**Joëlle Durant**, *infirmière conseiller technique du Recteur, Rectorat d'Aix-Marseille*

## ➔ Après-midi

➤ **Animation** : Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA



### TROISIÈME TABLE-RONDE -

#### La prévention des grossesses non désirées, en PACA, en France et en Europe

- Rôle et poids de l'entourage dans les prises de décision, p. 44  
**Brigitte Weiss**, administratrice URAF, Présidente de l'UDAF 04
- Le Pass'contraception mis en place par la Région Poitou-Charentes, p. 47  
**Laurent Hervier**, chargé de mission, Région Poitou-Charentes
- Le dispositif Info Ado, CHU de Strasbourg, p. 55  
**Pr Israël Nisand**, Professeur de Gynécologie-Obstétrique
- L'expérience de la Belgique : p. 67  
**Anne Verougstraete**, Chef de clinique, Hôpital universitaire Erasme
- Contexte et prévention en Suisse, p. 81  
**Françoise Méan**, Université de Lausanne
- Le numéro vert régional IVG contraception, p. 90  
**Claire Ricciardi**, Présidente du MPPF 13
- L'expérience du Carrefour santé jeunes à Nice, dans l'accompagnement des mineures dans leur démarche d'IVG, p. 95  
**Dr Muriel Couteau**, médecin responsable des centres de planification des Alpes-Maritimes, service AME, Conseil général 06
- L'exemple de l'atelier santé ville de Digne-les-Bains : un projet partenarial pour prévenir les grossesses non désirées, p. 102  
**Edwige Esmiol**, chargée de projet, **Marie-Laure Kergadallan**, coordinatrice, ASV de Digne-les-Bains
- **Clôture** p. 106
- **Annexes : sélection bibliographique** p. 107

## ➤ Ladislav POLSKI

### **Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics, Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Je vous accueille au nom de Michel Vauzelle, Président du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, pour cette journée organisée par le Comité régional d'éducation pour la santé autour du thème "Contraception et grossesses non désirées : mieux connaître pour mieux gérer". Je tiens à remercier tout particulièrement l'engagement de la directrice du CRES, Zeina Mansour, ainsi que toute son équipe, pour l'organisation de ce colloque particulièrement pertinent au vu des chiffres du recours à l'interruption volontaire de grossesse dans notre région qui sont parmi les plus élevés des régions métropolitaines. Si nous devons inlassablement rappeler la nécessité du maintien du droit à l'interruption volontaire de grossesse en termes de droit des femmes à disposer de leur corps, nous devons aussi, au-delà des préjugés, positionnements idéologiques et visions manichéennes, nous préoccuper de comprendre les causes de cette situation. Cette compréhension est indispensable à l'élaboration des politiques publiques et des démarches institutionnelles et associatives. C'est précisément ce travail de compréhension que vous allez mener aujourd'hui.

Je remercie également le Pr Roland Sambuc, Vice-président du CRES et Norbert Nabet, directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé. Les Agences régionales de santé (ARS), issues de la loi Hôpital patients santé et territoires (HPST) adoptée en 2009 structurent l'organisation de la santé à l'échelon régional. Pour nous, collectivité régionale, c'est un plaisir de pouvoir échanger et réfléchir aux questions qui relèvent de la santé publique avec un partenaire issu de l'État mais présent dans les réalités régionales.

Souvent, la triade "comprendre-vouloir-agir" est un bon moyen d'appréhender les problèmes.

Pour comprendre les causes d'échec du recours ou de l'observance de la contraception, il nous faut remonter loin. Plus de quarante ans après la loi Neuwirth, les difficultés d'accès à l'information et à l'éducation pour la santé prennent souvent leurs racines dans les inégalités sociales. Ce sont souvent les plus fragiles qui subissent le plus fortement les échecs de la prévention ou de l'éducation. On sait combien pose problème pour l'accès à la contraception le fait que la sécurité sociale ne prenne pas en charge son remboursement. Quant au recours à l'IVG, chacun sait combien l'application de la loi Veil est un combat toujours d'actualité, 35 ans après son vote, 35 ans après cette image de Simone Veil sur les bancs de l'Assemblée Nationale, pleurant, confrontée au déferlement de haine suscité par son projet de loi. Il y a quelques jours encore les manifestants anti-IVG défilaient à Paris.

Les enjeux moraux pèsent toujours aussi fortement sur les questions qui nous intéressent ce matin et qui touchent au plus intime de l'être humain.

Vouloir : c'est d'abord vouloir combattre les obscurantismes et les préjugés, c'est informer, éduquer pour défendre les droits des femmes. C'est aussi, bien sûr, vouloir combattre les inégalités sociales qui se déclinent, en matière de santé, en inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

Agir : pour la Région, les questions qui nous occupent ce matin ne font pas partie des compétences obligatoires fixées par la loi, mais d'une politique volontariste. La prévention, l'éducation à la santé, les questions qui touchent au respect du droit des femmes, les problématiques qui touchent les publics jeunes... sont au cœur des problématiques de la Région.

Dans le cadre de ces politiques volontaristes, à l'occasion de la nouvelle mandature, la Région a décidé de s'engager davantage dans le domaine de la santé. Le Président Michel Vauzelle m'a confié la responsabilité d'un projet que nous sommes en train de finaliser, en partenariat avec l'Agence régionale de la santé : celui de la création de maisons régionales de la santé. Nous avons fait le constat des inégalités sociales et géographiques majeures dans l'accès aux soins et à la santé plus globalement dans notre région. Nous voulons participer à la réduction de ces inégalités en encourageant le maintien et l'implantation d'une offre de soins de premiers recours sur l'ensemble du territoire régional.

Nous entendons promouvoir une vision globale de la santé. Ainsi les actions de prévention et d'éducation pour la santé devront être impérativement associées au projet que nous soutenons.

D'autres critères seront demandés notamment l'accueil dans ces structures de professionnels de santé en formation, la création de nouveaux métiers dans le champ de la coordination, de la médiation entre le système de santé et les usagers, de la formation continue des professionnels qui, parallèlement à la formation initiale, est fondamentale comme pilier de notre système de santé.

Tous ces objectifs ont vocation à faire l'objet d'un partenariat avec l'ARS et nous vous tiendrons informés, comme tous les partenaires de la santé et du médico-social, de l'avancée de ce dossier qui nous tient particulièrement à cœur.

Sans plus tarder, je vais laisser la parole aux acteurs de ce colloque. Je vous souhaite une journée de réflexion fructueuse et je ne doute pas que ce travail participera à la consolidation d'un édifice qui nous est cher, cet édifice républicain qui repose sur des valeurs communes d'égalité.

Je vous remercie.

## ► Norbert NABET

### **Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Directeur général adjoint**

Merci Monsieur le Président. Monsieur le Professeur, Madame La Directrice, Mesdames et Messieurs, bonjour. Je représente l'Agence régionale de santé et son directeur, Dominique Deroubaix qui, appelé à d'autres tâches, n'a pas pu participer à l'ouverture de ce colloque. Je ne vais pas reprendre les éléments qui motivent la tenue d'un colloque sur ce sujet essentiel pour la santé des femmes. Nous avons des chiffres élevés et une progression importante d'IVG au niveau national en dépit d'une action de tous, des collectivités, de l'État, de l'Assurance maladie, des professionnels de santé, des associations.

Il s'agira de renforcer le travail réalisé et de dégager de nouvelles perspectives dans ce domaine.

Contrairement à la position de la Région, la mission de l'ARS concerne l'interruption volontaire de grossesse et la santé des femmes. Il n'est pas question de les exercer seuls. Je tiens à vous répondre positivement et chaleureusement sur ce point. L'intervention de tous dans le champ de la santé est essentielle. Nous nous félicitons chaque jour de la participation des collectivités locales et territoriales, mais également des Universités, des centres de ressources, des professionnels de santé et de l'intervention des associations.

L'ARS est dans sa première année de fonctionnement. C'est un établissement public administratif composé de l'ensemble des services de l'État auxquels s'adjoignent certains services de l'Assurance maladie. L'Agence n'est pas une administration au sens strict c'est-à-dire sous la dépendance directe du Préfet. Elle a un directeur général, un conseil de surveillance et son rôle est d'appliquer la politique de santé nationale avec une certaine latitude dans la manière d'arranger cette stratégie, de déployer cette politique et de développer un certain nombre d'axes qui sont des spécificités régionales.

L'ARS est en train de se doter d'un document stratégique qui va afficher aux publics, aux professionnels de santé et à ses partenaires la stratégie régionale de santé. Ce document est élaboré avec l'ensemble des structures qui constituent l'Agence : son conseil de surveillance, la Conférence régionale de santé et de l'autonomie qui a un rôle prescriptif dans l'organisation de l'offre des soins, des commissions de coordination des politiques publiques qui sont là pour homogénéiser, pour être des interfaces de discussions entre le Conseil régional, les conseils généraux, les maires, les autres services de l'État, l'Assurance maladie, le Rectorat... de manière à ce que notre programme régional de santé reflète les priorités de chacun et réalise le consensus le plus large possible. Une fois ce document produit, il s'agira de le suivre et de l'évaluer et cette démarche sera également faite avec l'ensemble de nos partenaires. C'est un point essentiel : l'Agence régionale de santé a pour rôle d'élaborer une politique régionale qui soit transparente, visible et évolutive d'année en année.

Ce document se compose d'un plan stratégique en cours de validation, et de schémas. Nous conservons le schéma de l'offre de soins auquel s'adjoint un schéma pour l'offre ambulatoire non opposable, en cours d'élaboration, ainsi qu'un schéma de prévention qui va cibler les priorités et les actions principales mises en œuvre par l'Agence et les associations.

Je tenais à vous présenter très rapidement la manière dont nous travaillons en nous appuyant sur un service d'observation et d'étude dont vous allez avoir tout à l'heure des résultats par le Dr Martine Bensadoun sur une étude remarquable qui est une extension régionale d'une étude de la DREES. Nous avons un département de prévention, représenté par Danielle Marquis et un département de l'offre de soins.

Pour conclure, je tiens à vous dire combien le travail qui est élaboré ici est important ainsi que le fait que nous soyons tous réunis aujourd'hui pour sa mise en œuvre.

Je vous remercie et vous souhaite une bonne journée.



► **Pr Roland Sambuc**, *Laboratoire de santé publique, Faculté de Médecine de Marseille*  
*Vice-président du Comité régional d'éducation pour la santé PACA*

Merci de ces mots d'introduction. Je tiens à excuser le Pr Jean-Marc Garnier, Président du CRES, de ne pas avoir pu se libérer aujourd'hui et je remercie très sincèrement le Conseil régional pour nous avoir aidés à organiser ce colloque sur un thème de santé publique majeur, ainsi que l'Agence régionale de santé pour avoir consacré de l'énergie sur cette problématique, notamment en ce qui concerne l'étude qui va nous être présentée ce matin et pour avoir intégré ce thème dans les préoccupations stratégiques.

Je souligne également la présence dans la salle de Mme Gilet qui représente le Maire de Marseille, M. Gaudin et de M<sup>me</sup> Trégan, Vice Présidente du Conseil régional.

En termes d'importance, il est clair que nous observons un paradoxe en France depuis de nombreuses années. Malgré les mesures successives qui ont été prises et les améliorations apportées au dispositif et au contexte social dans lequel le recours à l'IVG peut être possible, on observe une stagnation et même une légère augmentation du nombre d'IVG qui se situe au niveau national autour de 213 000.

Si vous regardez l'excellente bibliographie qui a été distribuée, pour laquelle je remercie Zeina Mansour et l'équipe de documentalistes du CRES, on se rend compte que dans certains pays le nombre d'IVG baisse.

Selon certains spécialistes, pour une IVG pratiquée il y a une grossesse qui se poursuit, sans pour autant qu'elle soit désirée. Le nombre de grossesses problématiques serait donc en France de l'ordre de 400 000.

Notre région se distingue par un nombre et une incidence encore plus forte que dans les autres régions de France.

Je tiens à souligner également l'intérêt des comparaisons internationales et donc à remercier les organisateurs d'avoir invité des intervenants étrangers qui nous présenteront cet après-midi leur expérience, en particulier en Belgique et en Suisse.

Sont présents aujourd'hui des représentants de l'Éducation nationale, des collectivités territoriales, des associations et je tiens à souligner la présence de la jeunesse car je crois qu'il faut motiver des réflexions entre les spécialistes, les associations, les pouvoirs publics et le public lui-même.

La matinée va commencer par une première table-ronde sur la connaissance de la situation, puis une seconde table-ronde concernera la formation des professionnels et le contexte de l'offre de soins.

Mais nous commençons par un extrait de reportage réalisé par l'École de Journalisme et de Communication de Marseille qui va nous montrer comment les jeunes se représentent la question de la contraception et de l'IVG. (Diffusion du micro-trottoir)



## PREMIÈRE TABLE-RONDE

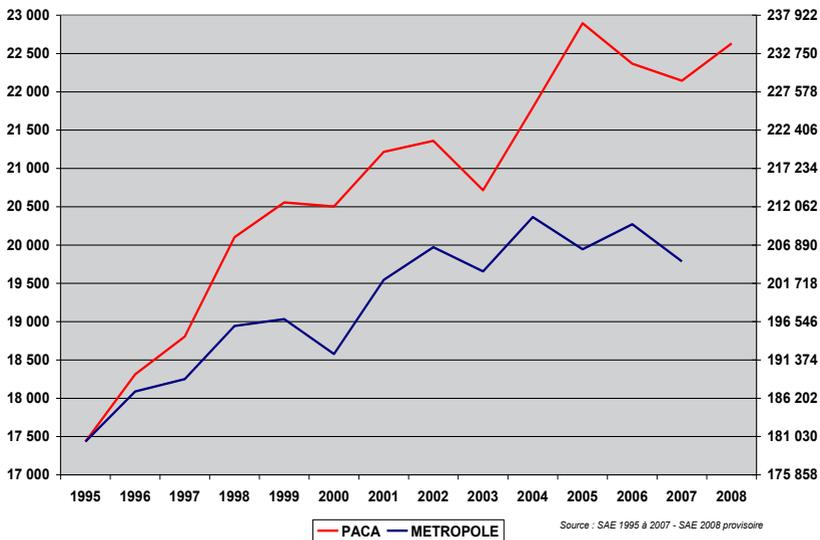
### Connaissance de la situation et des causes d'échec de contraception

➤ **Animation : Pr Roland Sambuc**, *Laboratoire de santé publique, Faculté de Médecine de Marseille*

➤ **Le recours à l'interruption volontaire de grossesse en région PACA**,  
Dr Martine Bensadoun, *Agence Régionale de Santé PACA*

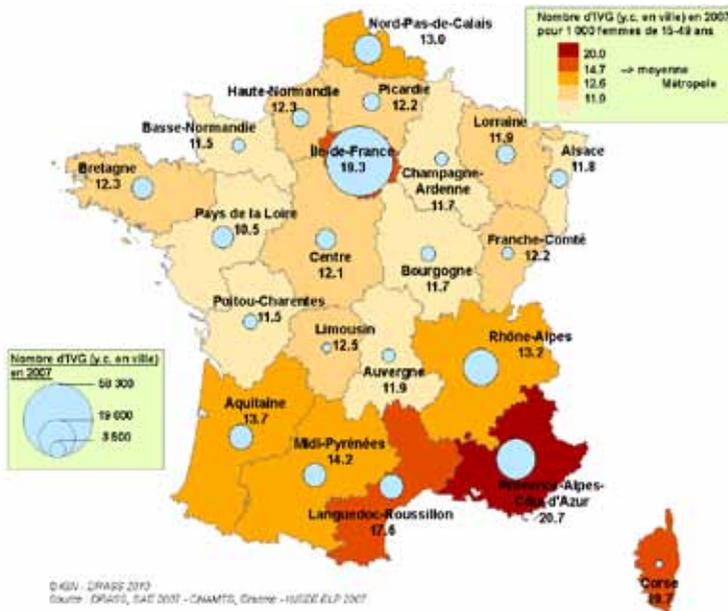
Je vais vous présenter quelques éléments statistiques concernant le recours à l'IVG en région PACA. Je voudrais vous rappeler des éléments de base. Le nombre d'IVG augmente régulièrement depuis le milieu des années 90 jusqu'à aujourd'hui, au niveau national comme au niveau régional.

Graphique 1 : Evolution du nombre d'IVG pratiquées en PACA (en établissement et en ville) de 1995 à 2008



Ce nombre a augmenté plus rapidement en PACA que dans les autres régions métropolitaines et on assiste à une certaine stabilisation du nombre d'IVG depuis 2004-2005, que ce soit au niveau national avec entre 200 et 210 000 IVG, qu'au niveau régional, avec environ 23 000 IVG.

La région PACA a le taux le plus important de recours à l'IVG de toute la métropole depuis 2007. Le taux de recours signifie le nombre d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer.

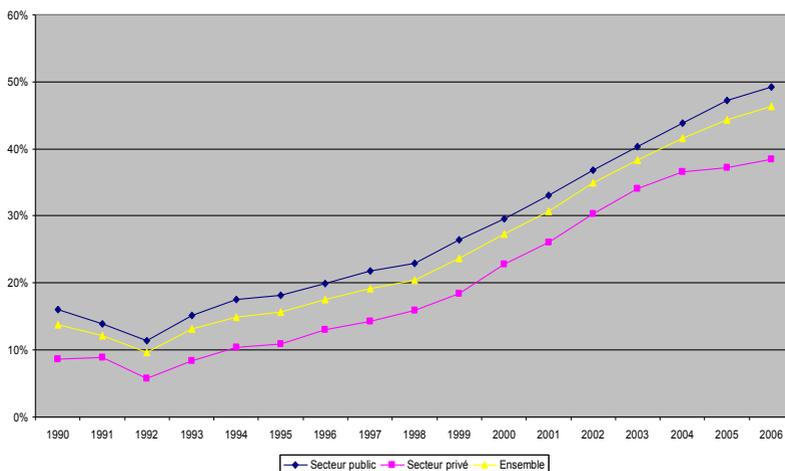


On voit sur cette carte qu'hormis l'Ile de France et le Nord-Pas-de-Calais, le taux de recours important concerne le grand Sud. Sur une cartographie européenne, les taux de recours sont aussi plus importants dans les pays du Sud.

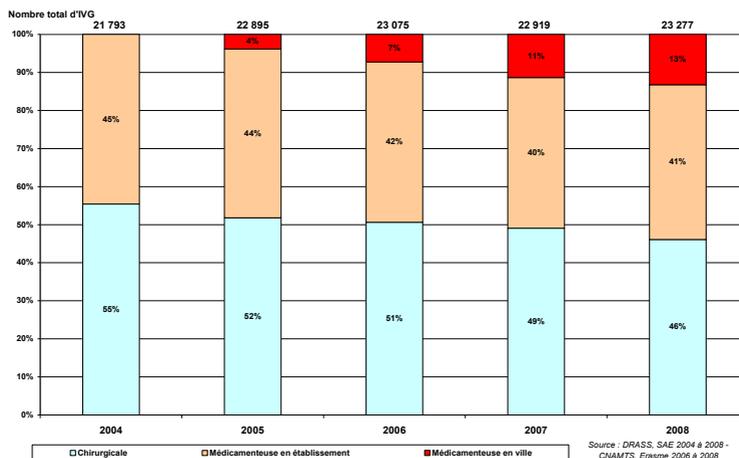
La région PACA se situe aujourd'hui à 20,7 qui représente 6 points de plus que la moyenne métropolitaine.

Les couleurs sont différentes en fonction du taux de recours. 25 territoires de proximité ont été étudiés : les taux de recours sont disparates d'une zone à l'autre ce qui n'a pas été formellement expliqué mais pour autant n'a pas été durable, c'est-à-dire qu'on assistait à des variations d'une année sur l'autre. Les ronds de couleur bleu représentent le nombre d'IVG. Il y a plus d'IVG sur la zone côtière où sont implantés les établissements. En France, comme en PACA, on assiste à une réduction du nombre de structures pratiquant les IVG et à une modification de ces structures. En 2000, la moitié était des hôpitaux publics et aujourd'hui ce sont les trois quarts. Il y a des restructurations hospitalières, des fermetures de petites maternités, des arrêts d'activité de petits services de chirurgie et l'arrêt d'activité de praticiens qui n'ont pas été remplacés.

### Évolution de la part des IVG médicamenteuses en France métropolitaine (DREES)

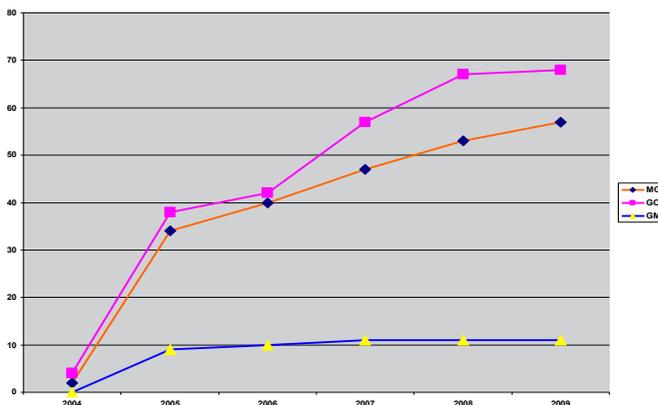


Les IVG médicamenteuses ont augmenté très doucement depuis le début des années 90 et plus rapidement à partir des années 2000 pour atteindre aujourd'hui 50 % ; une IVG sur 2 est médicamenteuse au niveau national comme en PACA.



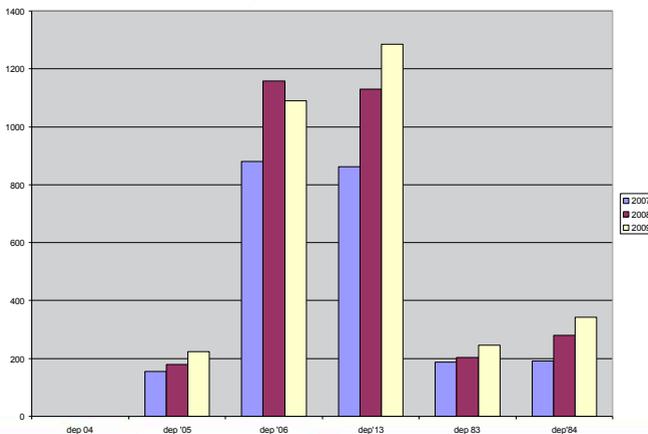
Pour un nombre total d'IVG, on assiste à une décroissance très régulière des IVG chirurgicales et une augmentation proportionnelle des IVG médicamenteuses, avec l'apparition depuis 2005 des IVG médicamenteuses en ville qui ont progressé assez régulièrement pour atteindre aujourd'hui 15 %.

Nombre de médecins libéraux conventionnés depuis 2004



Ces IVG médicamenteuses en ville sont faites par des médecins libéraux conventionnés avec un hôpital ou une clinique. Ce sont essentiellement des gynécologues obstétriciens (courbe rose), des généralistes (courbe orange) et quelques gynécologues médicaux. Il n’y a pas beaucoup de conventions, de l’ordre de 136-138, ce qui est peu pour une région comme PACA, et moins de la moitié des établissements passent des conventions.

Nombre de forfaits remboursés aux praticiens libéraux conventionnés région PACA 2007-2009

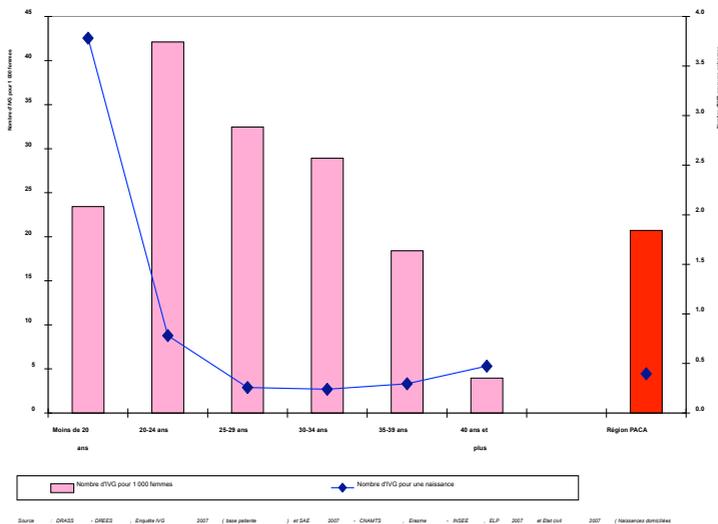


Voici l’activité des praticiens libéraux pour les années 2007, 2008 et 2009 par département. Il n’y a pas d’activité dans les Alpes de Haute-Provence ; l’activité dans les Hautes-Alpes repose sur quelques généralistes.

Dans le Var et le Vaucluse, les statistiques augmentent très doucement et ne reflètent pas les besoins de la population. Le département le plus dynamique est les Alpes-Maritimes, au prorata de la population de femmes. La croissance rapide des Bouches-du-Rhône peut être reliée à l'apparition, depuis deux ans, d'un réseau de soutien aux généralistes qui s'appelle "IVG en ville".

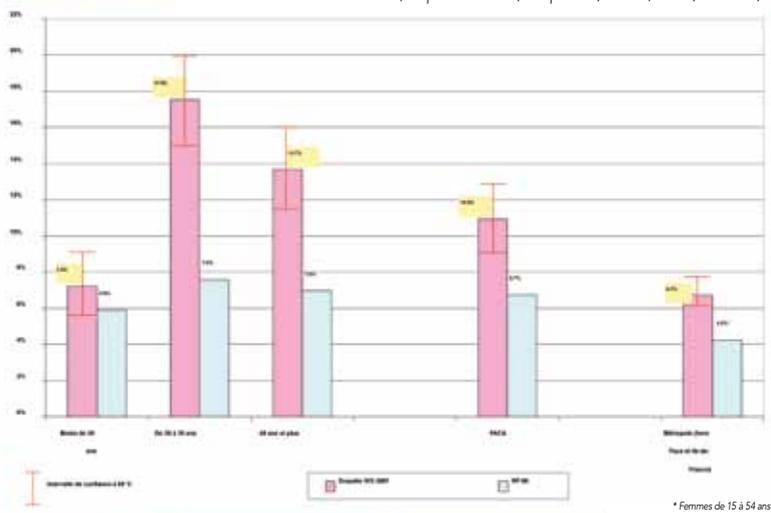
## Profil des femmes de l'extension régionale de l'enquête DREES 2007

L'enquête de 2007 a été réalisée par le service statistique du ministère de la santé pour laquelle nous avons souhaité en région PACA financer une extension régionale afin de connaître le profil et le parcours des femmes de la région.



Voilà la répartition par âge. La tranche d'âge des 20-24 ans est la plus importante, elle concerne 1 IVG sur 4. Il ne faut pas négliger les 15 % de moins de 20 ans. Puis, on observe une décroissance très régulière jusqu'à 40 ans et plus.

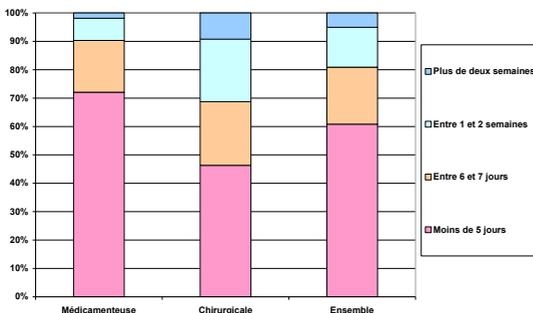
Source : DRASS-DREES, enquête IVG 2007 (base patiente) - INSEE, RP 06 (base détail)



En comparant les populations qui ont eu recours à l'IVG avec celle du recensement de 2006, on constate, au niveau métropolitain, une légère sur-représentation des femmes de nationalité étrangère. Au niveau de la région PACA aussi, mais cela concerne surtout les femmes de 30 à 40 ans et les femmes de plus de 40 ans. Sur les 11 % de femmes d'origine étrangère, nous enregistrons une surreprésentation de femmes plus âgées.

### Le parcours des femmes de l'extension régionale de l'enquête DREES 2007 Inspections des établissements de santé 2008-2009

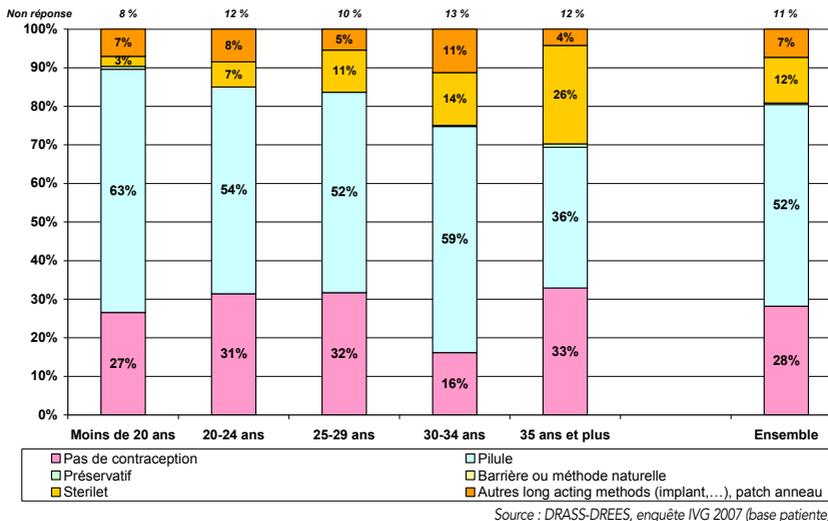
Le premier indicateur du recours à l'IVG est le premier rendez-vous. La Haute Autorité de Santé (HAS) considère que la bonne pratique se situe à 5 jours ou moins. 60 % des femmes enquêtées ont obtenu un rendez-vous en moins de 5 jours, 80 % d'entre elles ont obtenu le premier rendez-vous en moins d'une semaine. Pour les 20 % restants, le délai était d'une



Source : DRASS-DREES, enquête IVG 2007 (base patiente)

à deux semaines voire plus de deux semaines. Il y a une différence majeure de délai entre l'IVG médicamenteuse et l'IVG chirurgicale. On peut penser que la filière est bien organisée en fonction du terme de la grossesse et de l'orientation donnée à la femme avant même son premier rendez-vous.

### Contraception prescrite pour après l'IVG (au moment es consultations) déclarée par les femmes de PACA



28 % des femmes n'ont pas eu de prescription de contraception. Majoritairement, elles ont répondu qu'on leur avait conseillé ou prescrit la pilule. C'est un point à retenir pour la discussion car nous avons vu que beaucoup d'entre elles étaient déjà sous pilule.

Les sources de données sur les IVG sont généralement collectives, provenant des établissements. Cependant, une source de données existe depuis la loi de 1975, le bulletin d'IVG, dont le modèle de 2011 fournit des données extrêmement précieuses. Les données relatives à la femme portent sur son activité professionnelle, ses origines, sa vie en couple et les données médicales permettent d'apprécier si elle a des enfants, si elle a fait une IVG itérative et sa date. Ces données nous permettraient d'avoir un suivi plus rapproché et à un niveau territorial plus fin.

## ➤ Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives, regards croisés du sociologue et du médecin

### • Dr Alice Touzaa, gynécologue, Aix-en-Provence

Je préfère parler de grossesse non prévue car le terme “non désirée” reste à discuter. Multiplicité des méthodes ? Est-ce considéré comme des offres à consommer ou des possibilités offertes le temps nécessaire ?

J'articulerai mon intervention autour de quatre affirmations :

- la médecine est scientifique,
- le corps est une mécanique que l'on peut réparer,
- la vie est planifiable et doit être planifiée,
- et l'air du temps est à la consommation, au jetable et au nouveau.

### La médecine est scientifique

Elle l'est par ses recherches, ses études, ses classements par niveau de preuves, ses recommandations. Les soignants sont évalués dans le but de l'amélioration des pratiques. Pourtant dans le système de l'Evidence Base Medicine, coexistent avec la même importance la place du médecin avec ses croyances, ses représentations et sa formation et celle du patient avec ses représentations. Bien que la médecine soit scientifique, il y a des conflits d'intérêt, en particulier financiers. Les médecins se sont rassemblés en organisations indépendantes, comme la revue *Prescrire* indépendante des laboratoires et financée par ses abonnés. Elle ne manque pas de souligner qu'il existe des biais méthodologiques que ce soit dans le choix des populations étudiées ou dans les critères retenus.

### Le corps est une mécanique que l'on peut réparer

C'est une pensée du XVII<sup>e</sup> siècle avec Descartes et Galilée. Pour permettre les avancées scientifiques il fallait séparer le corps et l'esprit. Le corps fonctionne différemment de l'esprit. On retrouve là aussi un sentiment de toute puissance, une volonté de maîtrise absolue qui pourrait vaincre la mort.

À l'instar du casseur de cailloux qui trime et ne voit que ce qu'il trime, celui qui nourrit sa famille ou celui qui construit des cathédrales, je pense qu'en fonction des représentations, le vécu est différent. Comment est-ce que je pense ma féminité, ma masculinité et comment je me construis ? Comment est-ce que je pense mes règles ? J'ai mes règles parce que mes ovaires ont commencé à fonctionner ou est-ce le signe que j'appartiens à la gent féminine et qu'un jour je pourrai peut-être devenir mère ?

### La vie est planifiable

D'abord les études, puis le travail, puis le logement et puis la grossesse. J'entends parler aujourd'hui de “projet de grossesse”.

L'âge moyen de la 1<sup>ère</sup> grossesse ne cesse de reculer, 30 ans aujourd'hui. Mais qu'en est-il du désir de grossesse, du désir d'enfant ou du non désir d'enfant ?

## L'ère du temps est à la consommation, au jetable, au nouveau.

La multiplicité des méthodes de contraception est-elle vraiment nouvelle ? Est-ce une avancée ? On parle de pilules modernes de 3<sup>ème</sup> génération, de celles qui feraient moins grossir, celles contre l'acné, des anneaux, des patchs, de l'implant, de la pilule en continu, de la contraception d'urgence, du stérilet.

### Que dit la Haute Autorité de Santé sur les pilules de 3<sup>e</sup> génération ?

Elle signale que l'augmentation du risque de survenue d'accident thromboembolique veineux et d'accident vasculaire cérébral associés aux contraceptifs oraux de 3<sup>ème</sup> génération conduit à ne les prescrire qu'en seconde intention.

Les pilules à base de drospirone, celles qui font moins grossir, celles qui réduisent l'acné, ne sont pas un progestatif connu et de premier choix car il n'a pas été prouvé de bénéfice tangible en termes d'acné et de prise de poids, mais le risque thromboembolique n'est pas négligeable (multiplié par 2 par rapport aux pilules de seconde génération).

Le patch est un progestatif peu évalué et peu prescrit. Le risque thromboembolique est important. Il provoque plus de mastodynies, des réactions au site d'implantation, des décollements partiels ou totaux (4,7 %). Les résidus de produits actifs sont tels qu'il est recommandé dans la notice de ne pas le jeter à la poubelle mais de le ramener à la pharmacie pour être incinéré.

À propos de la contraception d'urgence Ulipristal (Ellaone), *Prescrire*, dans son évaluation à partir des données fournies par le laboratoire, dit qu'il n'y a pas de preuve d'une plus grande efficacité que le Lévonorgestrel. En France, il est noté une efficacité de trois jours pour le Lévonorgestrel mais dans d'autres pays il est noté efficace jusqu'à 5 jours. Il n'y a pas un profil d'effets indésirables plus favorable et compte tenu de son mode d'action qui est une antiprogestérone, elle nécessite une contraception barrière par préservatif jusqu'au cycle suivant. C'est le même laboratoire qui fournit le Norlévo et l'Ellaone. Les parts de marché diminuant du fait de l'apparition de génériques, le laboratoire a augmenté ses parts de marché en indiquant un autre délai d'action, alors qu'aucune donnée statistique ne permet de conclure à une plus grande efficacité.

L'anneau est une contraception efficace, les études faites par *Prescrire* montrent que les effets indésirables locaux représentent 20 %. Il existe des ruptures plus fréquentes en cas d'association avec des traitements locaux par ovules. Sont signalés aussi des pertes ou des déplacements à l'effort, en rapport avec le schéma corporel. Le risque thromboembolique n'est pas évalué.

Pour le stérilet, les études anglo-saxonnes à fort niveau de preuve montrent qu'il n'y a pas plus de risque de placer un stérilet chez une femme qui n'a pas eu d'enfant, mais pour autant il peut être mal vécu par un corps et une féminité qui se découvrent et se construisent. Il y a beaucoup de fantasmes chez les jeunes sur le stérilet.

### **La difficulté à mettre en place une contraception :**

Lutter contre l'oubli. L'oubli de quoi ? Comment être femme, quand être mère ?

Éviter une baisse de la libido. De quel désir parle-t-on ?

Se sentir légitime dans sa sexualité. Comment faire confiance, tout donner, ne pas programmer ?

Comment la société aborde-t-elle et parle-t-elle de sexualité ? Comment laisser la place au subjectif, à l'histoire de chacun ? La sexualité est-elle une mécanique ?

En conclusion, en tant que gynécologue, j'ai besoin de toutes ces méthodes mais sans être dupe de leur efficacité et de leurs différences. L'augmentation du nombre de prescripteurs et des possibilités de prescription est une bonne initiative. A chaque groupe correspond des patientes différentes. L'important n'est pas tant ce que je prescris mais comment je le prescris.

La contraception dépend de la sexualité, du rapport au corps, des apprentissages, de la relation au partenaire, aux parents, aux amis, et du développement, de l'autonomie dans son féminin ou dans son masculin.

- **Yaëlle Amsellem-Mainguy,**  
**chercheuse associée au CERLIS, chargée de recherche à l'INJEP**

D'un point de vue sociologique, il est toujours intéressant de regarder la salle à laquelle on s'adresse quant il est question de contraception, de grossesse et d'IVG. C'est toujours le même constat : il y a beaucoup plus de femmes et la question demeure toujours en 2011 : la contraception n'est-elle qu'une question de femmes ?

Je vais tenter d'apporter des éléments de compréhension des échecs de contraception ou des difficultés de gérer une contraception.

### **L'état de la situation sur les comportements vis-à-vis de la contraception**

L'âge médian du premier rapport sexuel varie peu en France depuis les années 60 : autour de 17 ans, 17,6 ans pour les filles, 17,2 ans pour les garçons. L'âge varie peu en fonction de l'origine sociale mais davantage en fonction du niveau de diplôme : moins on est diplômé, plus on est tenté d'avoir son premier rapport sexuel tôt. Par ailleurs, on constate de façon régulière que les femmes ont leur premier rapport avec des partenaires souvent plus âgés et donc plus expérimentés, de l'ordre de 2 à 3 ans. Les premiers rapports se déroulent massivement dans des lieux privés, au domicile parental, ce qui change beaucoup par rapport aux générations précédentes. Il y a bien une certaine reconnaissance du droit à l'intimité et à la sexualité des jeunes qui se fait petit à petit.

Chez les 18-24 ans, 85 % des femmes et 78 % des hommes se disent bien informés en matière de contraception. Les sources principales d'information, pour les filles, sont l'école, la télé et leur mère ; pour les garçons ce sont l'école, la télé et les amis.

Je vais vous citer une jeune fille de 19 ans que j'ai rencontrée :

*"Ma mère, je pense que pour elle, c'était une tannée de me parler de capotes. J'ai bien sentie qu'elle n'était pas à l'aise. Elle l'a fait pour le faire. Tout ça parce que ses copines ont dû lui dire que c'était important".*

C'est bien un cumul d'informations qui va permettre l'information.

Les jeunes qui sont peu informés par leurs parents sont beaucoup plus réactifs aux messages des pairs, ce qui est classique en sociologie où l'on constate l'importance du groupe de pairs dans la construction identitaire et notamment dans tout ce qui a trait à l'intimité et à la sexualité.

En ce qui concerne les pairs, les filles s'informent entre elles, pour parler de sexualité, plutôt hétérosexuelle et de contraception, tandis que les garçons vont chercher de l'information du côté des filles.

Il est nécessaire de faire un détour par la norme unique en France par laquelle on aborde la biographie contraceptive de chaque femme : le préservatif en début de relation, ensuite, quand la relation se stabilise, la pilule en plus de préservatif jusqu'au test de dépistage du Sida, puis, après le résultat du test, arrêt du préservatif puis arrêt momentané de la pilule pour avoir des enfants et enfin le stérilet comme régulation magique de toute la contraception.

Face à cet ordre donné, la réalité est bien différente. Mais face à une norme donnée, il est bien difficile de reconnaître un écart, notamment dans ces moments un peu périlleux de changement de contraceptifs ou de changement de partenaires.

Une jeune fille explique :

*"Lorsqu'on a décidé d'arrêter le préservatif, je dis « on » parce que c'était vraiment un choix de nous deux, on a attendu de faire le test. Mais on en avait marre, lui surtout, et puis moi aussi. Et puis je prenais la pilule donc c'était plus trop utile. En fait, une fois qu'on a fait les tests, avant même d'avoir les résultats, on a arrêté les préservatifs. C'est débile mais on n'a pas réussi à tenir".*

C'est très fréquent de faire le test et de ne pas attendre les résultats pour arrêter le préservatif.

Le préservatif garde une mauvaise image en termes de confiance et de reconnaissance du couple.

Je ne parle pas du préservatif féminin qui a une très mauvaise réputation. Parmi les jeunes femmes que j'ai rencontrées, peu l'ont essayé mais beaucoup ont un avis sur la question, en termes de sac plastique, de bruit, sur la texture.

Cette norme qui implique une trajectoire idéale dans la contraception est importante dans la mesure où elle ne tient pas compte de la place et du rôle du partenaire masculin ni de la place et du rôle des familles, des parents, des pères comme éléments influençant le comportement

de chacune. Elle rappelle une certaine manière de voir la contraception, la procréation, la fécondité d'un point de vue adulte. En France, on considère la sexualité des jeunes d'un point de vue adulte. Par exemple, on parle de la "pilule du lendemain" car forcément, on a des rapports sexuels le soir et c'est le lendemain qu'il faut prendre la pilule. Or, les jeunes ont des rapports sexuels l'après-midi.

Les schémas de représentations de la sexualité devraient s'ouvrir pour permettre aux jeunes de raconter ce qu'ils vivent et non pour les faire adhérer à ce qui est attendu d'eux. Sinon, il y aura un conflit entre leur réalité et la prescription qu'ils vont recevoir.

Comprendre les pratiques contraceptives des jeunes passe par la prise en compte de cette norme très importante de la "bonne contraception au bon moment", du pouvoir du corps médical sur la santé des femmes. Ce point revient régulièrement dans les entretiens. Le temps, l'accès à une contraception, trouver un gynécologue ou aller voir le médecin de famille, faire une prise de sang, *"le gynéco c'est plus cher mais est-ce que je peux raconter ma vie sexuelle au médecin de famille"*... toutes ces difficultés font que les jeunes filles demandent la pilule car c'est le seul contraceptif qu'elles connaissent, que leurs copines prennent, et le représentant du corps médical prescrit la pilule car on estime que c'est le seul contraceptif qu'on peut donner aux jeunes femmes.

Il faut tenir compte de leurs représentations des méthodes, des normes en vigueur dans la famille sur la sexualité et la contraception, et de l'adéquation avec les pratiques valorisées par le groupe de pairs.

Dans les enquêtes nationales, 2/3 des femmes et la moitié des hommes disent avoir parlé de contraception avec leur partenaire et cela est plus fréquent quand ils sont tous les deux inexpérimentés. Les jeunes femmes qui ont un partenaire plus âgé leur font confiance sur les méthodes contraceptives même si médicalement ce n'est pas possible. J'ai rencontré une jeune fille qui a fait confiance à son partenaire qui lui disait *"de faire l'amour debout pour ne rien risquer car ça descend, qu'il l'a fait avec sa copine d'avant et qu'elle n'est jamais tombée enceinte"*. Effectivement, elle n'est pas tombée enceinte non plus...

Il faut prendre en considération le discours et la présence du partenaire pour comprendre la pratique de la jeune femme.

La contraception reste un domaine du féminin. Les conséquences d'un rapport sexuel sont bien plus souvent une préoccupation féminine.

Avec la contraception d'urgence, mise sur le marché en France en 1999 et autorisée sans ordonnance en pharmacie en 2001, on espérait réduire le nombre d'IVG. En fait, cette contraception a d'autres effets et ne contribue pas à réduire les IVG. Comme on l'a vu dans le micro-trottoir, peu de jeunes en connaissent le délai. Pourtant les enquêtes nationales constatent que 30 % des 15-19 ans ont déjà pris la pilule du lendemain, que les principales causes d'utilisation sont le préservatif, la pilule et la non contraception au moment de l'acte.

Il y a des stratégies d'usage de la contraception d'urgence comme d'avoir de multiples rapports sans contraception pendant trois jours puis de la prendre. J'ai entendu de nombreuses négociations avec la règle et la norme, toutes les stratégies que chacune peut avoir, qu'il faut pouvoir comprendre pour mieux prévenir, mieux anticiper ou mieux palier en cas de difficultés.

Chez les jeunes femmes que j'ai rencontrées comme chez celles que Nathalie Bajos et Michèle Ferrand ont rencontrées, la pilule reste une méthode simple mais contraignante. Si elle permet de renverser la balance de la domination masculine, seules les femmes sont responsables de la réussite et de l'échec de la contraception. C'est un renversement discutable.

La possibilité d'avoir accès à la pilule en France est assez présente dans les récits de vie. Les autres méthodes (patchs, anneaux, implants) sont jugées très futuristes par les jeunes femmes. Il y a notamment une association entre patch contraceptif et patch fumeur. Comme ça ne marche pas pour arrêter de fumer, ça ne doit pas marcher pour la contraception.

Le stérilet est une contraception pour les mères, comme je ne suis pas mère, je n'en ai pas besoin.

Pour expliquer les échecs de la contraception, il faut tenir compte de la très forte dissociation entre sexualité et procréation, de la très forte implication induite en centrant entièrement les campagnes de prévention sur la protection à l'égard des infections sexuellement transmissibles et en dissociant complètement IST et contraception. L'effort aujourd'hui est d'associer les deux car d'un rapport sexuel peut découler et une IVG et une IST, ou rien, sans que cela soit lié au fait de connaître ou non son partenaire.

Il faut tenir compte des transitions dans le parcours de vie, des changements de partenaire, des projets de maternité qui peuvent émerger puis s'estomper.

Enfin, tenir compte de l'efficacité théorique des contraceptifs qui est éloigné de l'efficacité des pratiques des jeunes femmes.

## ➤ Représentations autour de la question sexuelle et la contraception, témoignages de rencontres de femmes et de jeunes femmes

**Anissa Bouchilaoun, animatrice, École des parents et des éducateurs 13**

Je remercie Dominique Triaire directrice de l'École des parents et des éducateurs des Bouches-du-Rhône, de m'avoir proposé de participer à ce colloque. Je suis conseillère familiale et conjugale et j'interviens à ce titre en animation de groupes de paroles autour de la prévention des risques liés à la sexualité, des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles dans le cadre de l'action "Femmes, santé, sexualité, si on en parlait" menée en partenariat avec le Mouvement français pour le planning familial, et le CIDAG (centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit). J'interviens dans les quartiers Nord de Marseille dans le 15<sup>ème</sup> arrondissement, où je rencontre essentiellement des femmes maghrébines, comoriennes et de culture gitane, dans deux types de structures : des centres sociaux avec des femmes âgées de 30 à 50 ans et des centres de réinsertion où je rencontre des jeunes femmes de 18 à 23 ans dont certaines sont mariées, ont des enfants et ont déjà eu recours à des IVG.

Les femmes du premier groupe abordent les questions liées à la sexualité en se positionnant d'abord comme mères, c'est-à-dire à partir de questionnements de leur enfant. Elles peuvent donc se positionner comme relais pour eux depuis leur plus jeune âge. J'ai à l'esprit l'exemple de cette femme qui rapporte au groupe les paroles de sa fille de 6 ans : "J'ai vu des seins nus sur la plage". Une femme dit qu'elle dirait à son fils de baisser les yeux. Elle répond qu'elle préfère laisser sa fille parler car il y aura un moment où quelque chose d'important va émerger de son discours. C'est déjà au travers de ce type d'échange que s'ouvre la possibilité pour l'enfant de penser les choses dans leur complexité.

Ces femmes parviennent au fil des élaborations dans le groupe à se positionner ensuite comme partenaire dans le couple puis comme individu et comme sujet exprimant son désir de s'épanouir professionnellement et socialement.

Pour le second groupe, au contact de ces jeunes femmes, je réalise au fil du temps la nécessité de prendre en compte les particularités liées à la tranche d'âge dans leur rapport au temps, la difficulté d'anticiper et leur rapport au corps.

Anticiper, c'est se situer dans le temps, c'est accepter l'idée de la mort, des limites, accepter de faire un travail de deuil de ses illusions, de grandir. Les jeunes femmes que je rencontre sont plutôt dans l'immédiateté, d'où des difficultés d'observance de la pilule. Prendre sa pilule correctement serait un signe de maturité.

L'approche du corps est aussi difficile. Ces jeunes femmes mettent à distance toute information sur le corps. Elles regardent et touchent à peine la documentation et les supports que je leur propose.

En ce qui concerne leurs représentations, la pilule et le stérilet "rendent stérile et donnent le cancer". Le stérilet est parfois appelé "stérilisateur", c'est qu'il arrive trop tard car le stérilisateur sert aussi à stériliser les biberons. D'où l'intérêt de parler de dispositif intra-utérin.

De même pour la pilule du lendemain, le lendemain fait référence à "Demain sera un autre jour", ça peut attendre. Il faut plutôt parler de contraception d'urgence.

Dans ce contexte, il me paraît nécessaire de proposer un travail de démystification des causes de cancer et de stérilité et de mettre en avant les effets protecteur de la pilule et du dispo intra-utérin.

Il y a un travail à faire sur les connaissances de base. Je m'en suis rendue compte quand, après avoir fait de grandes démonstrations, les personnes me demandaient ce que voulaient dire "verge". Il faut être beaucoup plus simple. En parallèle, j'insiste plus sur les méthodes alternatives, les femmes semblent leur réserver un accueil positif, les femmes disent "on apprend des choses", "il y a avait tout ça et on n'était pas au courant".

Mais il reste une question fondamentale, à mon sens la plus difficile : comment agir sur le mythe. Si ces croyances ont la vie dure, c'est qu'elles remplissent une fonction sociale. Il s'agit pour ces jeunes filles de répondre à la double injonction : rester vierge (au sens de garder son hymen et il y a là aussi un travail de clarification à faire) pour pouvoir se marier et prouver sa fécondité après le mariage.

Voici la perspective, le deal proposé et le dilemme auquel elles sont confrontées.

S'informer paraît donc interdit et se traduit par des expressions : "*chez nous c'est tabou, on ne parle pas de ça*", "*ça c'est pour les gens mariés*", "*c'est un cours de cabinet*", "*mon mari m'apprendra tout après*".

La documentation est souvent laissée sur les tables comme un objet brûlant auquel il ne faut pas toucher. Une jeune fille disait : "*Si ma mère trouve ça dans mon sac, elle me tue*".

Justement, la pilule dans le sac, c'est comme la cigarette, c'est un signe d'émancipation, c'est prendre du plaisir pour soi en dehors de tout autre projet. Les filles hésitent à participer au groupe quand elles sont trop sous le regard des garçons, et c'est souvent le cas dans les centres de formation. Eux-mêmes sont intrigués par notre présence, m'interrogent sur le contenu de mon intervention, demandent à participer au groupe. Eux aussi ont un réel besoin d'être informés, entendus pour qu'ils puissent s'impliquer, se sentir responsables et se protéger.

En ce qui concerne le préservatif, les filles disent que les hommes n'en veulent pas, car ça veut dire qu'elles ne leur font pas confiance. Les femmes pensent que la contamination se fait dans le sens homme-femme. Je suppose que les garçons pensent la même chose. S'ils avaient à l'idée que les filles peuvent les contaminer, ils prendraient peut-être un peu plus les devants pour se protéger.

Entre la pression sociale, la pression familiale et la pression des hormones, elles font comme elles peuvent quand ça arrive et, comme tous les adolescents, elles oscillent entre repli et passage à l'acte, sans anticipation.

Pour ce qui est de l'IVG, j'ai été marquée par l'expression d'une jeune femme qui a deux enfants et qui a fait deux IVG à laquelle j'ai demandé ce que veut dire IVG. Elle a répondu : "*Irruption volontaire de grossesse*". Ca marque toute la dimension du désir inconscient.

En tant que conseillère conjugale et familiale, je travaille sur deux registres : le registre informatif et le registre de l'écoute. Les deux sont imbriqués. Je pars toujours des préoccupations des femmes, de ce qui les mobilise. Il me semble que l'appropriation de l'information ne peut se faire que par ce biais. À l'exemple de cette femme qui au début disait "c'est un cours de cabinet" et qui à la fin a dit "on peut parler, avoir des informations, c'est pas un cours, et c'est bien de parler car si on ne parle pas, ça gonfle, ça gonfle, ça gonfle".

Il me paraît donc important de continuer à proposer à ces femmes un espace de paroles où elles peuvent penser leur sexualité, penser leur désir dans le sens de se confronter à leurs contradictions et leur ambivalence et faire le deuil de leurs illusions.

En effet, toute cette dynamique est mise en jeu quand il s'agit de faire un choix concernant sa sexualité et de se protéger. Il est important aussi que les professionnels puissent travailler ensemble et trouvent un consensus qui fasse sens pour ces jeunes. Il me semble nécessaire que chaque rencontre d'un adolescent avec un adulte impliqué dans la prévention des risques liés à la sexualité soit l'occasion d'une écoute, même sur une période courte. Il me paraît primordial d'offrir à ces jeunes femmes des quartiers Nord d'autres pôles d'identification que ceux qui leur sont proposés dans leur milieu familial ou dans leur voisinage, de donner les moyens de s'ouvrir à d'autres possibles dans notre société.

## ► Questions de la salle

### Pr Roland Sambuc, CRES PACA

L'enquête réalisée dans notre région a-t-elle été menée dans toutes les régions ? Y a-t-il des confrontations entre les régions et peut-on expliquer les disparités régionales ?

### Dr Martine Bensadoun, ARS PACA

Sept régions et un département ont souhaité avoir une extension régionale et l'ont financée. Les résultats ont été publiés au niveau national et pour chacune des régions. Mais il n'y a pas eu d'échanges interrégionaux sur les différences constatées.

### Une participante

Rencontrez-vous chez les jeunes un sentiment de désillusion face à la contraception, voire de ras le bol face à quelque chose qui peut être assimilé à un médicament ou à un produit toxique ?

### Dr Alice Touzaa

Avec un positionnement différent, nous pouvons échapper au risque que les jeunes considèrent cela comme un contrôle exercé par les adultes. Même si, à l'échelle individuelle, une IVG n'est pas un échec, cela est différent à l'échelle d'une société.

### **Yaëlle Amsellem-Mainguy**

Des résistances face à la contraception orale en tant que produit chimique émergent dans les milieux bios et écolos. J'appartiens aux premières générations pour lesquelles la pilule n'est plus un combat mais un acquis, ce qui permet de remettre en question la contraception.

85% des jeunes affirment tout savoir en matière de contraception mais ne répondent pas à des questions plus précises. C'est la manière de communiquer aujourd'hui qui est à remettre en question.

#### **Une participante**

N'y a-t-il pas un déplacement des interrogations des jeunes sur la sexualité bien avant les moyens contraceptifs ? Ils sont abreuvés d'information sans qu'on leur ait laissé un temps pour s'interroger sur le sens de leur sexualité. Ne préfèrent-ils pas aborder la question à partir de la connaissance du corps, du respect de l'autre. Les jeunes générations ont peut-être besoin d'intégrer cette connaissance du corps et de la sexualité pour y donner du sens avant d'accéder aux moyens de contraception.

### **Yaëlle Amsellem-Mainguy**

On apprend la sexualité par la technique (contraception et protection) et non par les sentiments. Il y a une déconnexion complète avec les attentes des jeunes sur ces questions.

### **Anissa Bouchilaoun**

Parler de sexualité, c'est parler de la vie. Je fais attention dans mes interventions à ne pas donner trop vite des informations. Je les laisse d'abord parler d'eux, ils ont envie d'être écoutés et de parler d'eux.

### **Ladislav Polski**

Avant de vous quitter, je voudrais vous remercier pour la richesse de ces échanges. À la fois comme élu et comme médecin, deux thématiques m'ont interpellé ce matin. La première c'est la problématique du désir. M<sup>me</sup> Touzaa, vous disiez préférer parler de grossesse "imprévue" et non de grossesse "non désirée". Et vous, M<sup>me</sup> Bouchilaoun, vous nous rapportez le lapsus de l'IVG en "Irruption" volontaire de grossesse. Dans ces deux interventions, on voit bien que la problématique du désir et la dimension symbolique de la grossesse et de la fertilité sont en cause et posent la limite à toute prise en charge institutionnelle de cette question.

La seconde, c'est évidemment la thématique des inégalités sociales et votre rapport, M<sup>me</sup> Bensadoun, est particulièrement éloquent. On voit bien que la précarité sociale est un marqueur très fort des inégalités en matière d'accès et de recours à la contraception.

Nous sommes interpellés à la fois par cette réalité sociale, sur laquelle nous tendons d'avoir une prise, et cette réalité psychanalytique du désir, sur laquelle la prise en charge médicale pure aura du mal à agir.

### **Zeina Mansour**

Je voudrais m'adresser au Dr Polski. Vous nous avez fait l'honneur de nous associer à la réflexion concernant la mise en place des maisons régionales de santé. Je sais combien vous êtes sensible à la présence d'acteurs de prévention dans ces structures. Aujourd'hui, nous touchons du doigt l'importance de l'accompagnement, l'information, l'éducation, le conseil et l'écoute à côté de chaque prise en charge. J'insiste aujourd'hui, et je sais à quel point vous y êtes sensible, sur la nécessité d'avoir des maisons non de soins mais bien de santé au sens large comme vous-même vous l'évoquiez.

### **Pr Roland Sambuc**

Parallèlement à la notion trouble de désir existe la notion trouble du goût du risque et de la prise de risque, notion qui amoindrit toute action de prévention en santé publique.

### **Une participante**

Une question pour Anissa Bouchilaoun, existe-t-il des groupes similaires auprès de jeunes hommes ?

### **Anissa Bouchilaoun**

Pas pour le moment mais les jeunes hommes sont en demande. C'est une proposition à faire.

### **La participante**

Je suis étonnée que cela ne soit pas établi. Je trouve fondamental d'impliquer les jeunes hommes dans cette réflexion. Il me semble important de prendre en considération l'ambivalence dans le processus de contraception : le désir de se protéger et la peur de devenir stérile.

### **Anissa Bouchilaoun**

En effet, il semble que les méthodes les plus efficaces soient les plus redoutées.

### **Une participante**

Vous avez dit que 5 % des IVG concernent les mineures et que 75 % de ces IVG se font sans autorisation parentale. Mais il y a encore 25 % de mineures qui n'ont pas accès à l'IVG. Comment convaincre les établissements et les médecins à respecter la loi autorisant des IVG sans accord parental ?

### **Martine Bensadoun**

Je tiens à rectifier qu'il s'agit de 75 % des établissements qui acceptent de pratiquer une IVG pour des mineures sans autorisation parentale et 25 % d'entre eux qui ne les acceptent pas mais les orientent, comme ils en ont l'obligation. Nous sommes plus incitatifs que coercitifs avec les établissements.

### **Dr Brigitte Reboulot, Directrice du CRIPS PACA**

Je souhaite apporter quelques précisions sur l'éducation faite auprès des jeunes dont parle Yaëlle Ansellem concernant une approche centrée sur les risques. Le CRIPS a un programme d'éducation à la vie affective et sexuelle en direction des jeunes lycéens et apprentis de la région. Ce programme, financé par le Conseil régional, représente plus de 450 interventions par an et bénéficie à plus de 9 000 jeunes. Il est basé sur des interventions qui abordent toutes les questions relatives à la sexualité, à la fois le plaisir, le désir, la sexualité, l'amour, la contraception et le Sida bien sûr mais pas uniquement. Effectivement, les jeunes ont une vision différente de la contraception par rapport aux générations antérieures où les femmes ont vécu la contraception comme un combat, une victoire et un droit. Actuellement, les jeunes filles ont plutôt envie de dire "*la contraception si je veux, quand je veux*". Elles arrivent dans une société où elles n'ont pas l'historique de tout ce que représente la menace d'une grossesse non voulue du simple fait d'avoir une relation sexuelle. Probablement faut-il commencer à entendre ce qu'elles disent, notamment sur le problème environnemental, bio et écolo dont elles parlent beaucoup, mais aussi réfléchir à notre attitude d'adulte. La société actuelle reconnaît à tous les jeunes un droit à la sexualité, voire leur impose de commencer leur sexualité entre 15 et 18 ans. Mais, en revanche, ce qu'elle ne leur reconnaît pas, c'est un droit à la procréation. Ce n'est pas un sujet de discussion avec les parents et les éducateurs. Peut-on penser que la contraception peut être appropriée par les jeunes, peut être comprise et donc bien observée s'il n'y a pas de discussion ?

### **Yaëlle Ansellem-Mainguy**

En Ile-de-France, le CRIPS aussi fait des interventions en accord avec le Mouvement français pour le planning familial, qui tentent de réintroduire la dimension sentimentale et relationnelle dans les questions liées à la sexualité et à la contraception. Je faisais référence aux enseignants qui abordent dans le cours de biologie la question technique de la sexualité.

### **Brigitte Reboulot**

Ils ne sont pas formés à faire des interventions, ils font des cours et de la transmission de savoir.

### **Yaëlle Ansellem-Mainguy**

En effet, je pense que s'interroger sur le sens de la contraception est très important. En France, on conçoit encore qu'une femme doit procréer, or la question a le droit d'être posée ; est-ce qu'une femme doit avoir des enfants ? Est-ce qu'à 18 ans, on s'imagine avoir son premier enfant dans 12 ans et son second enfant dans 14 ans ? Effectivement, il y a des aléas. La grossesse à l'adolescence n'est pas forcément problématique, elle peut être construite, désirée et choisie. Dans ces cas là, elle n'est pas un échec, tout comme l'IVG n'est pas toujours un échec mais peut participer à la construction identitaire.



## DEUXIÈME TABLE-RONDE

### La formation des professionnels

#### ➤ Formation médicale initiale : création d'un module optionnel sur la contraception pour les 3<sup>èmes</sup> années de Médecine à l'Hôpital Nord de Marseille Pr Florence Bretelle, service de gynécologie-obstétrique, Marseille

Je vous remercie de ce temps de parole que vous nous accordez pour présenter une innovation collaborative avec le Dr Raha Shojai et moi-même (AP-HM ; Faculté de médecine Hôpital Nord), le Dr Marie-Christine Pellissier (Hôpital Timone enfants), Mme Joëlle Durant (Éducation Nationale-Rectorat d'Aix-Marseille), le Planning Familial et le Conseil Général.

L'initiative de la faculté de Marseille de créer un module d'éducation à la sexualité et à la contraception répond à un manque. L'intérêt de ce module est qu'il a fédéré les différents acteurs sur le terrain pour créer la formation théorique des étudiants en médecine. La coordination est gérée par Marie-Christine Pellissier.

Le constat initial pointait la nécessité d'améliorer les pratiques des praticiens hospitaliers.

Ce module se base sur l'éducation par les pairs, le "peer to peer". Parler aux jeunes quand on est jeune permet peut-être de faire passer des messages plus adaptés et une somme de connaissances plus importante.

Cela fonctionne avec un ratio à 1.3 malgré des difficultés à évaluer à long terme cette méthode.

**Concept** : peer to peer education

	OR
Knowledge of methods to prevent STI	1.3
Un-intended pregnancies (2 years)	1.4

**Pupil-led sex education in England, Lancet 2004; 364: 338-46**

Les objectifs de ce programme sont triples :

- Sensibiliser les futurs médecins et augmenter leurs connaissances dans le domaine de l'éducation à la sexualité et à la contraception par une formation théorique précoce dès la 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> année de médecine puis une mise en pratique au sein des collèges
- Avoir une action à long terme en ayant sensibilisé le personnel de santé à des actions de prévention primaire
- Améliorer l'information auprès des adolescents et par ce biais diminuer les conduites à risque et les grossesses non désirées.

Créé en 2006 avec 10 étudiants en médecine, ce module est actuellement suivi par une centaine d'étudiants chaque année. Il propose 6 fois 4 heures de formation théorique. Le Planning familial organise et prépare la mise en situation. Ensuite, les étudiants interviennent dans des collèges volontaires.

Le module est validé par le Rectorat de l'Académie d'Aix-Marseille.

La formation théorique est vaste et aborde des notions simples de sexualité, de contraception, de santé publique, de risque d'infection sexuellement transmissible, des outils de communication.

Ce module a été évalué en 2008 par le Dr Sophie Pardieu de la Cellule d'évaluation médicale du Pr Roland Sambuc du Laboratoire de Santé Publique.

Le programme a été évalué de manière longitudinale et prospective avec une évaluation avant et après, au sein des collèges et parmi les étudiants en médecine.

Les trois axes d'évaluation ont été les suivants :

- ▶ Évaluation de l'organisation du module par un questionnaire de satisfaction auprès des étudiants et des collégiens
- ▶ Évaluation des acquisitions
  - Quizz avant / après intervention (noté sur 20)
  - Par les étudiants
  - Par les collégiens
  - Un examen écrit pour les étudiants
- ▶ Évaluation des retombées en termes de santé publique
  - Suivi d'indicateurs de santé publique spécifiques au sein des classes ayant bénéficié de ces interventions.

En 2008, tous les étudiants ont obtenu leur examen. Sur le plan théorique, la formation était bonne. Les étudiants étaient contents de cette forme d'enseignement.

- ▶ Les thèmes abordés au cours des interventions :
  - La contraception (94.1 %)
  - La contraception d'urgence (91.2 %)
  - La sexualité (91.2 %)
  - Les IST (82.4 %)
  - L'homosexualité (70.6 %)
  - L'IVG (70.6 %)
  - La pornographie (58.8 %)
  - Le vaccin HPV (58.8 %)
  - La procréation médicalement assistée (PMA) (26.5 %)
  - Le dépistage FCV (17.6 %)
  - La parentalité (14.7 %)

- ▶ Les thèmes que les étudiants auraient aimé aborder et qui ne l'ont pas été faute de connaissance :
  - L'anorexie
  - Le suicide
  - La sexualité et la religion
- ▶ Ils ont eu aussi beaucoup de questions sur :
  - L'adolescence, la puberté
  - La grossesse
  - L'anatomie
  - La relation homme-femme
  - Les violences, le viol.

Concernant les collégiens, l'appréciation globale est bonne. Ils ont souhaité que ce type d'intervention soit renouvelé sur d'autres thèmes : la sécurité routière, l'alimentation, les addictions, l'adolescence (le corps, la puberté, ...), les métiers (secourisme, ...).

95 % des collégiens déclarent avoir appris quelque chose au cours de cette intervention (contraception, prévention IST, anatomie...).

Concernant les acquisitions des étudiants en médecine, le module a eu deux actions divergentes :

- Le niveau de connaissance n'est pas bon mais il a augmenté.
- Le taux d'IVG est le plus important dans la tranche d'âge des étudiants. Le premier bénéfice de ce module est donc pour eux-mêmes.

### **Les 3 notions les moins connues par les étudiants avant l'intervention :**

- ▶ On peut obtenir une contraception gratuitement dans les centres de planification familiale (2,3 % de réponses justes)
- ▶ Le dispositif intra-utérin (stérilet) est uniquement réservé aux femmes ayant déjà eu un enfant (36 % de réponses justes)
- ▶ Il est possible d'avoir une grossesse lors d'un rapport pendant les règles (36 % de réponses justes)

### **Les 3 notions sur lesquelles les étudiants ont le plus progressé (Acquisitions) :**

- ▶ Il est possible d'avoir une grossesse lors d'un rapport pendant les règles (+ 64 %)
- ▶ l'examen gynécologique n'est pas indispensable lors de la première consultation pour contraception (+48.8 %)
- ▶ On peut obtenir une pilule gratuitement dans les centres de planification familiale (+ 35.6 %)

Concernant l'acquisition des collégiens, ils avaient moins de connaissances que les étudiants avant l'intervention et ils arrivent au même niveau de connaissances après. On augmente leurs connaissances de presque 6 points.

### Les 3 notions les moins connues par les collégiens avant l'intervention :

- L'examen gynécologique n'est pas indispensable lors de la première consultation pour contraception (20,8 % de réponses justes)
- Il y a un risque de grossesse lorsque le partenaire se retire avant l'éjaculation (34,4 % de réponses justes)
- Si on évite les rapports sexuels durant la période d'ovulation, il n'y a pas de risque de grossesse (47,8 % de réponses justes)

### Les 3 notions sur lesquelles les collégiens ont le plus progressé (Acquisitions) :

- Si on prend une pilule trop longtemps, elle ne peut pas rendre stérile (+24,9 %)
- L'examen gynécologique n'est pas indispensable lors de la première consultation pour contraception (+32,6 %)
- Il y a un risque de grossesse lorsque le partenaire se retire avant l'éjaculation (+45,5 %)

En conclusion, grâce à cette évaluation, on sait que ce programme est efficace à court terme aussi bien chez les étudiants que chez les collégiens. Mais nous ne savons pas si ces étudiants et ces collégiens ont eu moins de conduites à risque.

### Les perspectives :

- Pérenniser ce type de programme d'éducation et l'étendre à d'autres collèges, à d'autres classes, à d'autres thèmes
- Mettre en place une évaluation de l'impact de ce programme de sensibilisation à moyen voire long terme
- Mettre en place une évaluation comparative des différents types de programmes de sensibilisation disponibles à ce jour en lien avec les autres acteurs

### Le projet se développe par :

- Une extension aux étudiants en 5<sup>ème</sup> année en stage de gynécologie-obstétrique
- L'ouverture du module optionnel aux 2<sup>èmes</sup> années de médecine
- L'intégration aux écoles de sage-femmes et d'infirmiers
- La création d'un Diplôme inter universitaire d'éducation à la sexualité et à la contraception.

## ➤ La réactualisation des connaissances via la formation continue : l'expérience de l'association IVGEV (IVG en Ville) 13 Dr Pascale Roblin

Je remercie les organisateurs du CRES de m'avoir invitée aujourd'hui à présenter notre jeune association IVGEV 13 "Interruption volontaire de grossesse en ville 13".

Née il y a deux ans sous l'impulsion de la DDASS, l'association a permis de formaliser un réseau déjà existant de médecins installés en ville qui délivraient des médicaments pour permettre l'interruption de grossesse.

L'association a pour objectif principal de promouvoir et de faciliter l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Par ce biais, nous avons pu informatiser le réseau et nous avons pour projet de former des professionnels à la prise de médicaments en ville pour permettre l'IVG.

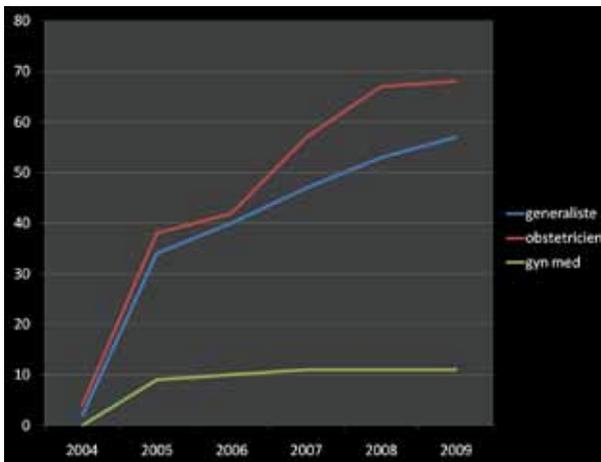
Pour interrompre une grossesse, deux possibilités existent : prendre des médicaments en ville ou à l'hôpital ou la voie chirurgicale.

Depuis 2001, il est possible de prendre des médicaments ; cette méthode s'est imposée petit à petit et devient à l'heure actuelle majoritaire. Depuis 2005, des médecins conventionnent avec des hôpitaux et des cliniques volontaires pour permettre d'externaliser cette prise de médicaments en ville.

Ces médicaments ont permis aux hôpitaux d'alléger leur bloc opératoire, leur personnel et leur équipe. 25 % des méthodes médicamenteuses sont faites en ville.

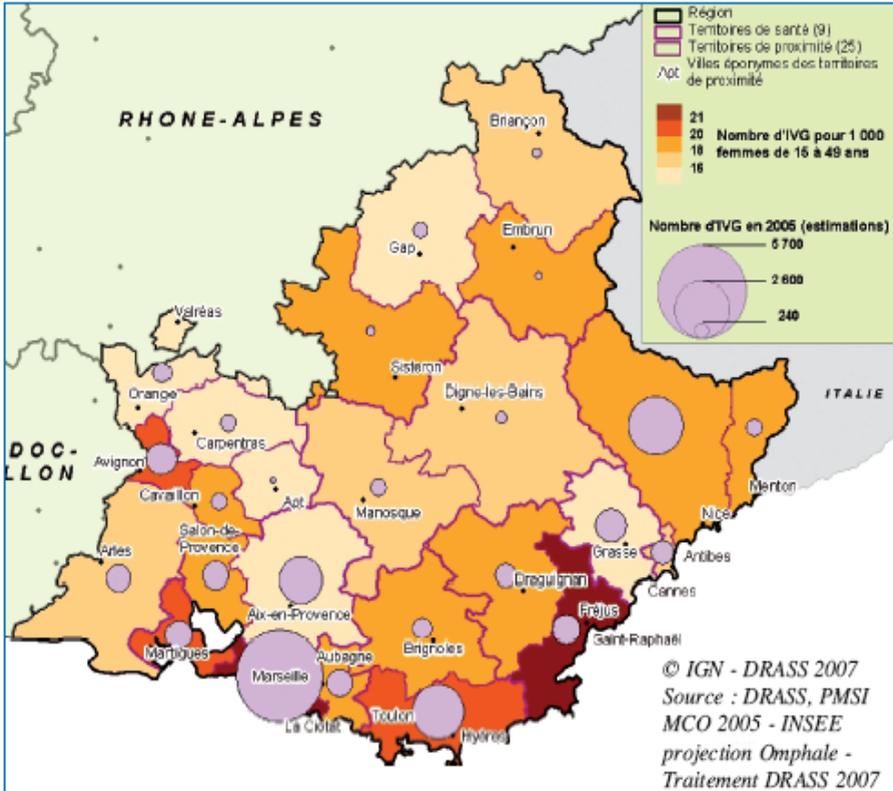
### Quels sont les apports essentiels de la prise médicamenteuse en ville ?

Tout d'abord, une confidentialité plus importante, une plus grande intimité, une plus grande autonomie, une organisation facilitée pour les patientes.



Les médecins impliqués sont essentiellement des médecins généralistes et des gynécologues-obstétriciens. Il y a peu de gynécologues médicaux qui se sont engagés en ville.

La région PACA est l'une des régions les plus touchées avec 40 interruptions de grossesse pour 100 naissances.



Le nombre de conventions est inégalement reparti sur l'ensemble de la région. La ville de Marseille est bien dotée en conventions grâce à ce réseau de médecins qui fonctionnait depuis quelques années.

Mais il y a encore des lacunes, notamment dans les Hautes-Alpes, le Var et le Vaucluse, qui sont sous-dotés en conventions.

L'informatisation du réseau permet de suivre les patientes et d'obtenir des données statistiques sur l'activité en ville.

Voilà la page d'accueil du logiciel qui s'appelle Med IVG :



Ce logiciel a été acheté au premier réseau français, le réseau REVO parisien. Le réseau marseillais est le second réseau et nous avons bénéficié de leur travail informatique.

Ce logiciel est installé chez les médecins conventionnés et dans les centres hospitaliers.

Docteur Pascale ROBLIN 32 RUE HORACE BERTIN 13005 MARSEILLE Tél : 04 91 63 18 89		Erreur Erreur Erreur Erreur	
Nom _____ Année naissance 1990 21 ans Téléphone _____		Prénom _____ Code Postal domicile 13005 Département de naissance _____	
Date demande IVG 13/01/2011 Dernières règles 13/12/2010		Date BHCG _____ Taux BHCG _____ Echographie 13/01/2011 Résultat Echo 5 SA	
<b>ATCD GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX</b> Accouchement <input type="checkbox"/> Dont césarienne <input type="checkbox"/> FCS <input type="checkbox"/>		<b>ATCD MÉDICO-CHIRURGICAUX</b> Troubles coagulation Oui Non Autres : _____	
<b>ATCD GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX</b> Accouchement <input type="checkbox"/> Dont césarienne <input type="checkbox"/> FCS <input type="checkbox"/> IVG_Chir <input type="checkbox"/> IVG_medic 1		<b>ATCD MÉDICO-CHIRURGICAUX</b> Troubles coagulation Oui Non Autres : _____ Groupe Rh B +	
<b>TRAITEMENTS</b> _____			
<b>TRAITEMENTS</b> _____			
<b>TRAITEMENTS</b> Allergies _____			
<b>ANOMALIES DE L'EXAMEN CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE</b> et traitement éventuel			
<b>PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX</b> Mifépristone le 22/01/2011 Mifépristone posologie 600 mg Au Terme de (en SA) 6 + 2 Jours Calcul		Misoprostol le 24/01/2011 Misoprostol posologie 400 µg gamaglobulines anti-D	
<b>FIN DE PROCEDURE</b> Visite contrôlée prévue 29/01/2011 Venue Oui Non Relance Oui Non Visite de contrôle _____		<b>TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE NÉCESSAIRE :</b> Reprise Misoprostol Oui Non Aspiration chirurgicale au centre dans un autre centre Transfusion Oui Non Antibiotiques Oui Non	
<b>CONTRÔLE DE L'EFFICACITÉ PAR :</b> <input type="checkbox"/> Dosage BHCG Date BHCG _____ Résultat BHCG _____ <input type="checkbox"/> Echographie		<b>SYNTHÈSE</b> Nb appels médecin traitant 0 1 2 3 Nb visite urgence au cabinet 0 1 2 3 Nb visite urgence hop 0 1 2 3	
<b>SI COMPLICATIONS :</b>		<b>Contraception</b> _____ Entretien avec une conseillère réalisée Oui Non	
Hémorragie <input type="checkbox"/> Oui Infection <input type="checkbox"/> Oui Rétention Partielle <input type="checkbox"/> Oui Rétention Complète <input type="checkbox"/> Oui Grossesse Evolutive <input type="checkbox"/> Oui			

Voilà un exemple de fiche renseignée par le médecin puis transmise à l'hôpital.

## La formation

Une première formation a été proposée pour des médecins de la PMI de la région PACA. Nous avons été contactés par la ville de Martigues pour mener une action de formation auprès des médecins de l'agglomération.

Nous organisons des soirées sur l'actualité contraceptive. Nous avons comme projet de former les personnels paramédicaux des centres de santé.

Pour conclure, nous avons le souhait d'intégrer l'IVG dans un véritable réseau de soins au même titre que les réseaux de soins pour le diabète ou l'asthme et de libéraliser cette possibilité pour faciliter l'accès à l'IVG pour les patientes.

## > La prise en charge de l'IVG à l'hôpital

Dr Raha Shojai, *Gynécologue obstétricien - Hôpital Nord de Marseille*

Depuis trente ans, le nombre d'IVG reste stable en France malgré un déséquilibre entre l'offre et la demande. Le nombre de centres réalisant l'IVG est passé de 700 à un peu moins de 600 en l'espace de 5 à 10 ans.

Ce déséquilibre crée une tension dans les hôpitaux car l'offre est insuffisante et concentrée dans quelques grands centres. 10 à 15 grands centres, principalement des CHU, assurent 25 % à 30 % des IVG. Cette concentration affaiblit l'accueil en soins primaires.

Néanmoins, dans les grands centres hospitaliers, l'IVG n'est plus isolée, elle est intégrée dans les soins, comme la contraception.

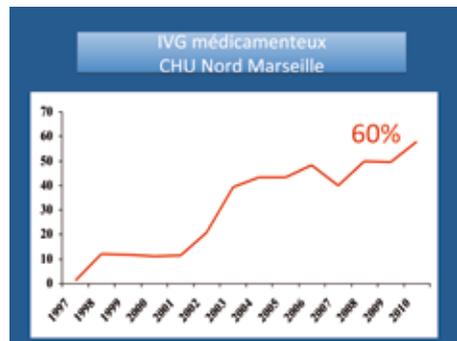
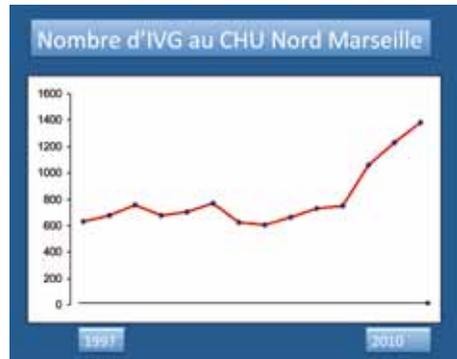
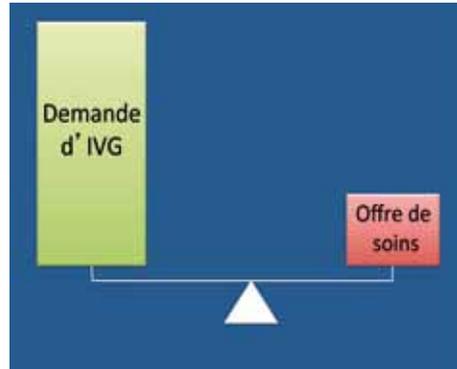
Trois quart des hôpitaux publics assurent les IVG. Pour les établissements privés, l'activité est déficitaire, malgré une revalorisation de l'acte.

En pratique, à l'hôpital Nord, l'offre a augmenté. Tous les médecins participent à l'IVG. Ceux qui relèvent de la clause de conscience consultent en post-IVG et ceux qui ont la clause de conscience pour les IVG tardives pratiquent des IVG médicamenteuses.

### Une augmentation de l'activité ambulatoire

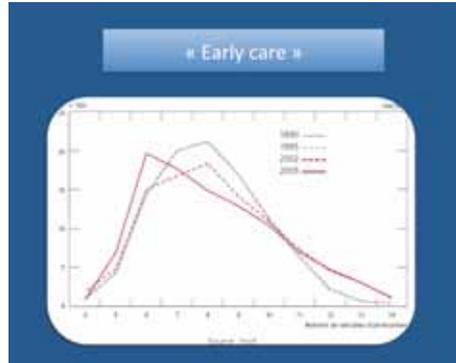
Actuellement, nous réalisons des IVG médicamenteuses jusqu'à 9 semaines, quand la patiente le demande. Les interruptions médicales de grossesse entre 14 et 41 semaines d'aménorrhée se font par voie médicamenteuse.

Il est donc possible de promouvoir cette activité avec un plateau technique adapté pour calmer la douleur par anesthésie.



Une autre évolution constatée : les patientes entrent plus tôt dans le parcours de soins ce qui réduit les conséquences médicales et psychologiques et ceci grâce au numéro vert (le 0800 105 105 du Planning familial 13).

Les IVG tardives, à partir de 10 semaines, concernent moins de 10 % des personnes. Elles sont réalisées par voie mixte, médicamenteuse puis par aspiration, ce qui allège le geste chirurgical.



### Les mineures

Les chiffres relatifs aux mineures ont augmenté dans le service. Le terme moyen est souvent avancé, ce qui nécessite une interruption chirurgicale. 10% des mineures ont déjà eu une IVG. Trois quart des jeunes filles viennent sans autorisation parentale.

Pour résumer, l'avantage de l'IVG à l'hôpital laisse le choix de la technique, médicamenteuse ou chirurgicale. Le cadre est sécurisant et propose une approche sociale avec la présence d'assistantes sociales, de conseillères conjugales, d'un espace de parole et d'écoute. L'hôpital permet le dépistage des autres pathologies, la prise en charge des IVG tardives et le diagnostic prénatal.

En termes d'inconvénients, on peut citer : la distance, le manque de confidentialité, le manque d'autonomie. La patiente ne voit pas le même médecin lors de ses rendez-vous successifs. On a 60 % de pertues de vue une fois l'acte effectué.

Je vous invite à réfléchir autrement la contraception non plus en termes d'efficacité. Il y a des contraceptions qu'on peut se permettre d'oublier (le dispositif intra-utérin, l'implant, le patch, l'anneau vaginal) et d'autres qu'on ne peut pas se permettre d'oublier (le préservatif et la pilule).



## ➤ **L'éducation à la sexualité : formation à l'Éducation Nationale**

**Joëlle Durant, infirmière conseillère technique du Recteur, Académie d'Aix-Marseille**

Le développement de la formation initiale et continue d'un grand nombre de professionnels sur les sujets ayant trait à la maîtrise de la fécondité et à la santé sexuelle et reproductive est une condition essentielle pour que ces questions, qui concernent la majeure partie de la population de notre pays, soient mieux traitées.

À l'Éducation nationale, cet objectif doit tout particulièrement être pris en compte dans le cadre de :

- La formation continue des équipes d'établissements pour la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité inscrites dans le Code de l'Éducation :  
*"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 groupe d'âge homogène (...)." (article L. 312-16 issu des dispositions de l'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception)*  
 Dans ce cadre là, nous sommes aidés par le Planning familial qui assure ces formations principalement dans le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône.
- La formation initiale des infirmières, dont les compétences en matière d'accueil, d'écoute et d'accompagnement individuel dans le domaine de la contraception et des grossesses non désirées ont été étendues par la loi du 13 décembre 2000 dans les cas d'urgence, à titre exceptionnel, à l'administration d'une contraception d'urgence aux élèves mineures et majeures et ce en application d'un protocole national déterminé par décret.
- La formation des équipes d'établissements :  
 L'éducation à la sexualité est un apprentissage complexe qui suppose, pour les personnels amenés à prendre en charge des séances d'éducation à la sexualité pour les élèves de collèges et de lycées, la maîtrise de nombreuses compétences. Ces stages intègrent des apports de connaissances d'ordre biologique, socioculturel, psychologique, juridique et des réflexions d'ordre éthique. Ils comportent une formation concrète aux méthodes et pratiques pédagogiques impliquant l'activité des élèves dans le cadre de la relation éducative. Ils aident à la construction d'une éthique d'intervention.

### **La formation initiale des infirmières :**

Le stage d'adaptation à l'emploi permet, pour le domaine qui nous réunit aujourd'hui, de renforcer les compétences en matière d'aide et d'accompagnement individuel par des apports théoriques et des mises en situation. Il permet de réfléchir sur ses pratiques professionnelles par des échanges d'expérience afin de découvrir la diversité des approches, des démarches et des outils complémentaires associés à l'approche globale de la santé. Il permet également d'identifier les différents réseaux, leur nature et leur

particularité. Enfin, il comporte une formation sur l'éducation à la santé individuelle et collective, formation qui renforce l'approche de l'éducation à la sexualité.

### Les impératifs de ces formations :

- ▶ Apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances susceptibles de répondre à leurs interrogations
- ▶ Permettre une meilleure perception des risques, grossesses précoces, infections sexuellement transmissibles, Sida, violences sexuelles, et favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective
- ▶ Informer sur les structures d'accueil, d'aide et de soutien face à des situations individuelles qui le nécessitent.

Aussi, si l'école ne peut aborder ni résoudre tous les problèmes de la société, elle se doit d'y accorder toute la vigilance possible, en mobilisant toutes ses forces et notamment ses dispositifs de formation.

---

## Questions de la salle

---

### Une participante

Concernant les modules de formation, vous avez parlé d'apport théorique mais abordez-vous aussi l'écoute de la personne et du problème rencontré ?

### Dr Florence Bretelle

Le programme théorique a été modifié par le travail collaboratif avec l'Éducation nationale et le Planning familial. Deux séances de 2 heures chacune gérées par le Planning abordent l'écoute et l'animation. Les objectifs sont modestes mais ces séances sont très appréciées et nous espérons pouvoir les développer.

### Une participante

Concernant l'IVG médicamenteuse, vous avez noté une nette progression. N'est-ce pas lié à la précocité de l'IVG dans ces cas-là qui court-circuite le temps de réflexion prévu par la loi ? Ne craignez-vous pas l'isolement moral de la femme dans le cas de l'IVG en ville, à domicile, car ce n'est pas un acte anodin ? N'y a-t-il pas un transfert de la responsabilité de l'acte intégral sur la femme par rapport à la responsabilité du médecin ?

Vous avez dit que l'IVG fait partie du soin, pour moi le soin est thérapeutique ce qui n'est pas le cas de l'IVG.

### Dr Raha Shojai

En Europe, le délai de réflexion est très variable d'un pays à l'autre, de 0 à 7 jours, comme c'est le cas en France. En cas de risque de dépassement du délai de 14 semaines, on peut

réduire le délai à 48 heures. Avec l'introduction de l'IVG médicamenteuse, le délai de 7 jours est difficile à tenir. En attendant la modification de la loi, la plupart des praticiens en France respectent un délai de 48 heures voire 72 heures. Si on appliquait à la lettre ce délai de 7 jours, il y aurait encore plus de femmes qui iraient en Espagne et encore plus de femmes qui ne pourraient bénéficier de l'IVG médicamenteuse. L'IVG chirurgicale est plus invasive et présente plus de risque.

Pour l'instant, on attend une homogénéisation au niveau européen mais dans certains pays l'IVG est encore interdite, en Pologne, en Irlande et à Malte.

Nous considérons que l'IVG est un échec de contraception. La contraception fait partie du parcours de soins. L'échec de contraception qui mène à une grossesse non désirée fait aussi partie du soin au sens large. La notion de détresse de la loi de 75 ne se retrouve plus dans nos consultations. Dans les Bouches-du-Rhône, 50 % des IVG sont répétitives. Notre lutte est d'éviter ces grossesses non désirées par une contraception post-IVG adaptée.

En France, l'information est souvent clairesemée, d'un côté ceux qui parlent du Sida et du préservatif, des IST, de l'autre ceux qui parlent des IVG... finalement sans regard homogène. Il me semble nécessaire de ramener l'IVG dans les soins au quotidien.

### **Une participante**

Comment peut-on envisager d'autres réponses à l'échec de contraception que l'IVG ? C'est une réflexion à mener bien en amont qui éviterait de buter sur ces constats.

### **Dr Raha Shojai**

Notre service réalise 1600 interruptions de grossesse par an pour 2400 accouchements. Cela fait partie de la vie et on essaie de prévenir.

### **Dr Pascale Roblin**

Nous sommes là pour parler de l'avant mais aussi de l'échec de contraception. Beaucoup d'actions de prévention ont lieu mais sans coordination. Certaines zones, certains hôpitaux mènent énormément d'actions de prévention et d'autres établissements n'en mènent pas.

### **Joëlle Durant**

Les interventions d'information et d'éducation à la contraception doivent durer au minimum trois heures, telle que la loi le prévoit. Ce n'est pas toujours le cas. La priorité de l'Éducation nationale est la réussite scolaire. On essaie de mener à bien une éducation à la sexualité partagée entre plusieurs intervenants, les infirmiers, les enseignants... mais cela reste à renforcer, par la formation et une volonté politique.

### **Dr Pascale Roblin**

Donner des médicaments pour l'interruption de grossesse en ville fait partie de notre rôle de médecin à part entière. Mais l'externalisation en ville ne signifie pas externalisation

de nos responsabilités. Notre responsabilité de médecin est engagée, par la signature d'une convention avec un établissement. Si la femme choisit de prendre un médicament, c'est qu'elle remplit un certain nombre de conditions. Le médecin doit être joignable même le week-end. Au final, c'est une méthode avec peu de complication. Il y a 99 % de succès pour 1 % d'échec.

### **Un participant**

La méthode médicamenteuse n'est pas un obstacle au délai de réflexion. L'IVG médicamenteuse se pratique en ville jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée et jusqu'à 9 semaines à l'hôpital. Les avis sont partagés sur le délai de réflexion. Il y a souvent un conflit entre le médecin et la patiente mais il est important de laisser mûrir la décision de la patiente.

### **Pr Roland Sambuc**

Y a-t-il des périodes de l'année où il y a un déficit de l'offre par rapport à la demande et y a-t-il des moyens pour faire face à ces périodes difficiles ?

### **Dr Pascale Roblin**

Je ne pars pas en vacances en juillet et août car la demande est importante quand les médecins des hôpitaux et des cliniques sont en vacances. Les délais s'allongent d'ailleurs.

Le N° vert 0800 105 105 est une plateforme d'appels importante qui oriente les patientes.

### **Une participante**

La dimension de l'IVG est-elle abordée dans le cadre du réseau Périnat Sud ? Je viens des Alpes-Maritimes et dans le cadre du réseau "sécurité naissances" du 06, cette question est abordée d'un point de vue psycho-social dans la prise en charge des femmes.

### **Dr Pascale Roblin**

Comme le N° vert fonctionne très bien, le réseau de soins n'est pas particulièrement impliqué. Un projet de recherche a été mené dans le cadre des réseaux de soins sur la prise en charge des IVG tardives, prises en charge chirurgicales versus prises en charge médicamenteuses.

### **Catherine Michel, infirmière à l'Éducation nationale**

Je souhaite insister ici sur la notion de temps imparti à la prévention. J'invite tous les participants à réfléchir à la place laissée à la prévention. Il est souvent difficile dans les établissements d'obtenir du temps pour des actions d'éducation à la santé, d'éducation aux comportements responsables et d'éducation à la sexualité. Ce temps est pris sur le temps pédagogique ce qui pose des problèmes aux équipes enseignantes.

### **Une infirmière de l'Éducation nationale**

Je rebondis suite à l'intervention de ma collègue. À l'Éducation nationale, l'éducation à la sexualité fait partie de notre mission, mission qui est aussi bien plus large en termes d'éducation à la santé et de prise en charge de la détresse psycho-sociale des élèves.

La formation des médecins à l'Université de Marseille est une expérience très intéressante car elle peut permettre de diversifier les intervenants et de renforcer nos actions. Est-elle unique en France ?

### **Pr Florence Bretelle**

Une expérience a été menée pendant un an à Lyon il y a 5 ou 6 ans. Nous sommes en lien actuellement avec l'Université de Lille qui souhaite mettre en place la même expérience. Je n'ai pas connaissance d'autres initiatives.

### **Joëlle Durant**

Les infirmiers scolaires rendent en juin un rapport d'activités et toutes les actions menées en éducation pour la santé sont enregistrées et codifiées.

Les infirmières couvrent 32 % des effectifs des collèges, 29 % des effectifs des lycées. Ces chiffres sont fluctuants d'une année sur l'autre, selon les besoins, selon les événements d'urgence tels que la grippe en 2009-2010.

### **Une infirmière de l'Éducation nationale** dans les quartiers Sud de Marseille

Notre difficulté est d'adresser nos élèves mineures à l'hôpital Nord sous couvert de l'anonymat et sans autorisation des parents. Je voudrais savoir si le réseau IVG en Ville accepte les mineures et sous quelle conditions ?

### **Dr Pascale Roblin**

Les mineures sans accord parental ne sont pas prises en charge en ville. L'hôpital est plus adapté pour les accueillir mais il n'y a que l'hôpital Nord qui accueille les mineures et depuis peu l'hôpital de la Conception.

## TROISIÈME TABLE-RONDE

### La prévention des grossesses non désirées, en PACA, en France et en Europe

➤ **Animation** : Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA

➤ **Rôle et poids de l'entourage dans les prises de décision**  
 Brigitte WEISS, administratrice, Union Régionale des Associations Familiales,  
 Présidente de l'UDAF 04

On m'a demandé d'intervenir en tant qu'administratrice de l'URAF, une institution qui représente les familles à travers son réseau d'associations familiales, au niveau de la région, mais aussi parce que, parallèlement, j'exerce la profession de sage-femme.

Il est vrai que je reçois les futures mères à un moment où la question de garder l'enfant ne se pose plus. La demande se situe plutôt autour de la préparation à l'accouchement et de la pré-naissance. Cependant, lors d'une première rencontre, où il s'agit de faire connaissance et lorsqu'on évoque les antécédents médicaux de la future mère, je suis souvent amenée à entendre qu'elle a subi une IVG dans un passé proche ou lointain.

Cette information est le plus souvent dite de façon très évasive, rapidement, pour que l'on passe vite à autre chose. Je le respecte. C'est lors d'autres rencontres, beaucoup plus tard, lorsqu'un climat de confiance est installé, et surtout sans que je provoque le sujet, que la femme me parle de ce passé toujours douloureux, inscrit en elle comme une blessure profonde qui a besoin d'être soigné de temps en temps. Cette IVG est toujours source d'une grande culpabilité, même si la femme était tout à fait volontaire : *"Je n'avais pas le choix"* dit-elle souvent.

Il y a celles qui choisissent avec détermination, celles qui hésitent et subissent l'influence de l'entourage.

J'ai reçu le témoignage d'une jeune maman qui venait d'accoucher de son deuxième enfant. Nous abordions le thème de la contraception et elle m'a alors confié que son premier enfant, âgé de 7 ans, était en vie parce qu'elle avait quitté le bloc opératoire juste avant l'acte d'aspiration qui interrompt la grossesse.

Je lui ai alors demandé comment elle en était arrivée là. La grossesse est survenue alors qu'elle ne la désirait pas, mais elle n'avait pas de contraception parce qu'elle oublie sans cesse la pilule et elle ne supporte pas les autres moyens de contraception.

Elle avait 18 ans, vivait depuis l'âge de 15 ans avec son compagnon âgé de 23 ans qui est le père de son deuxième enfant. Tout au fond d'elle-même elle voulait garder ce bébé mais son compagnon ne se sentait pas prêt. Il voulait continuer à sortir avec ses copains, disait-il, et lui demandait ardemment de faire une IVG.

Sa mère lui demandait aussi de faire une IVG. Elle s'occupait de l'enfant de sa sœur qui s'est retrouvée enceinte à l'âge de 16 ans et ne se sentait pas l'énergie de s'occuper d'un

deuxième enfant. *“Tu comprends, quand tu étais petite, ce n’était pas un problème d’avoir un enfant, il y avait toujours quelqu’un sur qui compter, une tante, si ce n’était pas ma mère, qui pouvait garder l’enfant quand je devais sortir. Aujourd’hui, je suis fatiguée et malade, et toi seule, tu n’y arriveras pas”.*

*“J’étais en galère, me disait-elle. Mes parents divorçaient, je n’avais pas de travail, alors je suis allée à l’hôpital, mais j’avais pleuré toute la nuit. Et au dernier moment, j’ai dit que je voulais garder l’enfant. Mon compagnon m’a quitté jusqu’au 6<sup>e</sup> mois de la grossesse. Il m’en voulait. Finalement, il a assisté à l’accouchement, et m’a beaucoup aidée. Il me remercie d’avoir gardé notre fille à laquelle il est très attaché. J’ai subi une IVG malgré tout l’année suivante, parce que ce n’était vraiment pas possible de garder l’enfant, nous ne pouvions pas nous en sortir financièrement. Cette fois-ci, je suis restée une matinée à l’hôpital, et on m’a donné un comprimé qui arrête la grossesse. Seulement, j’ai avorté à la maison, parce que l’âge de la grossesse avait été sous-évalué. Je passe les détails, mais ça a été terrible”.*

J’ai choisi cet exemple parmi tant d’autres parce qu’il parle de ces deux positionnements : subir la pression de l’entourage, et choisir soi-même. Dans les deux cas, la souffrance extrême est présente. La médecine a fait de grands progrès, qui permettent de ne plus exposer la vie des mères, mais la sécurité médicale n’enlève pas les émotions multiples et contradictoires.

À travers la deuxième expérience de cette dame, on pourrait se demander si l’IVG ambulatoire ne banalise pas l’acte.

À travers son témoignage, cette dame dit que sa mère constate qu’élever un enfant aujourd’hui est plus difficile car la solidarité familiale se fragilise du fait de l’éloignement géographique, facilité par les moyens de transport, souvent nécessaires pour construire sa vie professionnelle. Il n’y a plus la tante pour prendre le relais de la grand-mère, il n’y a plus non plus ce savoir si sécurisant transmis par le “vivre ensemble”.

Le contrôle des naissances fait que les futurs parents n’ont parfois jamais porté un bébé dans leurs bras avant de porter le leur, ce qui est très anxiogène.

Un facteur de détresse semble prendre plus de place, l’isolement.

Mais pourquoi, avec l’efficacité de la contraception aujourd’hui, avec la soi-disant libéralisation des mœurs, avec l’information que l’on donne dans les collèges et lycées, ce nombre d’interventions ne diminue pas et reste même dans certains cas un moyen de contraception ?

Notre culture, bien que l’on parle de libéralisation des mœurs, entretient le tabou de cette partie du corps qui abrite la sexualité et la reproduction. Est-ce que c’est parce que c’est la zone du corps que l’on ne voit pas ? Que l’on s’en occupe si mal ? Que l’on méprise souvent ? Dont on a tant de mal à parler ? Nous connaissons tous quelques blagues en dessous de la ceinture.

Dans d’autres cultures, cette zone du corps est considérée comme la plus précieuse, parce qu’elle est la “première maison de nos enfants”, et parce que “c’est là que se transmet la race”. Il faut donc en prendre le plus grand soin.

L'éducation sexuelle reste une tâche difficile, qui logiquement incombe aux parents. Elle est relayée par l'école, mais très souvent traitée dans l'urgence, lors de comportements sexuels dits à risques chez les jeunes.

Une collègue sage-femme, Gratiennne Laurence, pose la question de la place de la famille dans l'éducation sexuelle à l'école, et se penche sur la question, dans son mémoire de Master en éducation familiale, de la possibilité de mettre en place dans les collèges et les lycées des groupes de travail parents-professionnels, autour de l'éducation sexuelle.

Elle met en exergue que l'éducation sexuelle ne peut être réduite à un répertoire de mises en garde et d'interdits, ni à une simple information. Elle doit tendre à aider le jeune à s'humaniser et rejoint l'éducation générale. En cela, elle relève de la responsabilité des parents, de la famille. L'éducation sexuelle ne peut être réservée exclusivement à l'école ou aux spécialistes, ou aux parents. Elle est une entreprise collaborative, entre différents partenaires où la famille a un rôle déterminant et de première importance.

Les Maisons de l'adolescent qui voient le jour aujourd'hui joueront-elles aussi ce rôle fédérateur ?

La sécurité médicale, au-delà des formidables avancées qu'elle a amenées, peut contribuer néanmoins à fragiliser la confiance qu'ont les jeunes en leurs capacités à être parents. Dans la mesure où le choix existe, on choisit ce qui facilite la vie matérielle, et sans savoir si cela facilitera la vie psychique. Je suis restée très perplexe quand j'ai entendu un couple de 24 ans, chacun ayant fait le choix d'une grossesse, me dire : *"On nous a dit qu'on était trop jeunes, que l'on ne saurait pas faire. Et pourtant on le veut, cet enfant, et c'est vrai que l'on se sent trop jeunes dans les groupes de préparation à la naissance. On se sent différents"*.

C'est à 24 ans que le corps de la femme est le plus prêt à accueillir une première grossesse. Et la moyenne d'âge des primipares aujourd'hui est de 30 ans. On peut se demander si le projet d'enfant ne véhicule pas plus de peur que de bonheur aujourd'hui.

Je pense que l'information pour éviter les grossesses non désirées circule. Mais c'est l'éducation qui fait défaut. Il n'est pas besoin de mieux informer mais de mieux éduquer.

La sage-femme, qui est habilitée depuis 2010 à prescrire la contraception, jouera-t-elle un rôle dans cette éducation? Je le souhaite vivement.

### **Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA**

Je voudrais adresser un clin d'œil aux jeunes qui sont dans la salle. Nous parlons beaucoup de vous et aimerions vous donner la parole. Prenez les quelques minutes qui viennent pour réfléchir à des questions pour les intervenants. Nous vous donnerons la possibilité tout à l'heure de vous exprimer.

Nous allons à présent passer à la présentation d'une expérience innovante.

## ➤ **Le Pass'contraception mis en place par la Région Poitou-Charentes** **Laurent Hervier, chargé de mission**

Merci à la Région et au CRES de nous accueillir pour présenter cette expérience.

Nous travaillons sur ce dispositif depuis novembre 2009, sur la base d'éléments de contexte qui ont incité nos élus à mettre en place une action sur la question des grossesses précoces non désirées.

### ➤ **Constats**

À l'inverse de la région PACA, la région Poitou-Charentes enregistre peu d'IVG dans la population des 15-49 ans, un taux parmi les plus bas en France : on est à 11,5 pour mille femmes de 15 à 49 ans, contre une moyenne de 14,7 en France.

En revanche, ce qui a attiré notre attention, c'est le pourcentage d'IVG chez les mineures, supérieur à celui observé en France : en 2007, 7,3 % des IVG réalisées en région le sont chez des mineures, contre 5,9 %. Selon une enquête faite par la DRASS en 2008, le taux s'élève même à 7,9 %. Il est en progression constante depuis plusieurs années.

Autre constat réalisé : un nombre de grossesses précoces également en augmentation. Il s'élève à 480 (IVG et accouchements de mineures) en Poitou-Charentes en 2008, chiffre qui a augmenté de 32 % depuis 2005.

Des constats sont également partagés par les professionnels de santé et les partenaires associatifs.

L'information des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles reste insuffisante.

La spécificité de la région Poitou-Charentes est d'être une région très rurale. 40 % de la population vit en milieu rural, contre 20 % en moyenne en France.

Les partenaires nous signalaient des difficultés d'accès à la contraception, notamment dans ces zones éloignées des centres de planification des Conseils généraux.

Un recours très important à la pilule du lendemain était également constaté. La pilule du lendemain était utilisée comme moyen contraceptif, suite à des rapports sexuels souvent concentrés sur le week-end.

À titre indicatif, en 2008, 4200 boîtes de Norlévo ont été délivrées à des mineures dans les pharmacies de la région, soit près d'un tiers de l'ensemble des délivrances.

Sans oublier les constats corroborés par des rapports nationaux. Tout d'abord le rapport de l'IGAS d'octobre 2009, qui recommande d'assurer dans les faits un accès gratuit et confidentiel des jeunes au conseil ainsi qu'à la prescription et à la délivrance des produits contraceptifs.

Et, plus ancien, le rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille de décembre 2006, qui met en évidence l'échec du choix de la France consistant à privilégier le curatif par

rapport au préventif (IVG et contraception d'urgence sont devenues anonymes et gratuites alors que la contraception reste payante ou remboursable sur la sécurité sociale des parents).

### ► La santé, une priorité régionale

La santé, pour les Régions, n'est pas une compétence classique, mais optionnelle. Donc cela a été un choix politique dans notre région, avec pour objectif de contribuer à l'égalité d'accès à la prévention et aux soins pour tous sur l'ensemble du territoire régional.

En complément de la gestion des formations sanitaires et sociales et de la recherche, la Région Poitou-Charentes développe ses actions autour de 4 axes :

- la prévention en direction des jeunes, et en particulier l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles (IST)
- la lutte contre la désertification médicale, paramédicale et odontologique
- la santé au travail
- la santé environnementale

### ► Dispositif régional d'accès à la contraception

Le Pass'contraception s'inscrit dans un dispositif régional d'accès à la contraception, mis en place en concertation avec l'ensemble des partenaires et reposant sur 3 axes :

- la gratuité de la contraception orale via un dispositif innovant : le Pass'contraception
- le soutien des actions d'information, de sensibilisation et de prévention au plus près des lieux de vie des jeunes
- la mise à disposition gratuite de préservatifs masculins et féminins dans les établissements relevant de la compétence régionale, tout en faisant la promotion de leur utilisation combinée à la contraception.

### ► Le "Pass'contraception"

Le Pass'contraception ressemble à un carnet comprenant différents coupons qui permettent de s'inscrire dans un parcours de soins.

Il s'agit de renforcer l'accès à la contraception en permettant un accès anonyme, gratuit (sans avance de frais) et de proximité à une contraception orale, et de passer d'un système curatif à un système préventif pour prévenir les grossesses précoces et les IST.

Le dispositif s'adresse aux jeunes filles de Poitou-Charentes qui, pour des raisons sociales, financières ou familiales, ont des difficultés d'accès à la contraception.

Quelles sont les caractéristiques du Pass'contraception ?

Tout d'abord, l'anonymat. Ou plutôt la confidentialité, car seuls les professionnels de santé connaissent l'identité des bénéficiaires et l'information des parents est laissée à l'appréciation de la jeune fille.

Ensuite, la gratuité. Elle est très importante puisque reconnue comme un frein pour l'accès à la contraception. Il n'y a pas d'avance de frais, donc pas de retour de remboursement sur la sécurité sociale des parents.

Enfin, la proximité, c'est-à-dire la possibilité de se rendre chez n'importe quel médecin généraliste, gynécologue ou pédiatre libéral de la région.

### ► Un processus de concertation élargi

Depuis mars 2009, une concertation élargie a été mise en place afin de présenter la démarche, recueillir les avis et ajuster le dispositif.

Nous avons organisé plus de 20 rencontres avec les professionnels de santé, Ordres des médecins, des pharmaciens et des infirmiers, Union régionale des médecins libéraux, syndicats d'infirmiers scolaires, représentants des laboratoires d'analyses médicales... avec les autorités académiques : Rectorat de l'académie de Poitiers, Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), Chambre régionale de commerce et de l'industrie, Chambre régionale des métiers et de l'artisanat, avec les 4 Conseils généraux; l'URCAM, l'ARH puis l'ARS ont également été informées de l'avancée du projet et sollicitées pour y participer, également les fédérations de parents d'élèves, associations spécialisées, trésorier payeur général...

Soit plus de 20 rencontres au total en un an avec l'ensemble de ces partenaires.

En terme de conventionnements, nous avons uniquement conventionné avec les 4 syndicats départementaux de pharmaciens d'officine, afin de gérer les remboursements des contraceptifs oraux délivrés.

### ► Composition du Pass'contraception

Le Pass'contraception est composé d'un ensemble de coupons, d'une valeur totale maximale de 144 euros, remis par la jeune fille aux différents professionnels de santé comme "moyen de paiement" :

- un coupon "remise du Pass'contraception", rempli et conservé par le médecin, l'infirmière scolaire ou l'association spécialisée (pour envoi à la Région), preuve de la diffusion du Pass à la bénéficiaire,
- un coupon "consultation médicale" utilisable chez un médecin généraliste, un gynécologue ou un pédiatre libéral de la région, d'une valeur maximale de 28 €,
- un coupon "prise de sang", d'une valeur maximale de 6 € permettant la réalisation d'une prise de sang par une infirmière libérale ou un laboratoire de la région,
- un coupon "analyses médicales" d'une valeur maximale de 20 € permettant la prise en charge des analyses médicales (glycémie et bilan lipidique notamment) effectuées par un laboratoire de la région,
- deux coupons "dispensation de contraceptifs" utilisables dans les pharmacies de la région, d'une valeur maximale de 45 euros chacun et permettant la dispensation de contraceptifs oraux pour une durée totale de 6 mois.

Le suivi des Pass'contraception délivrés est assuré en interne par la Région, avec un système de numéros et de lettres-clés apposés sur les Pass et les coupons.

### ► Première version du Pass'contraception en novembre 2009

Cette première version devait être diffusée dans les lycées publics et privés, les CFA, les maisons familiales et rurales, les Etablissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) de Poitou-Charentes - soit les établissements relevant de la compétence de la Région - par les infirmières scolaires ou par les personnels d'associations spécialisées (MFPP...), afin que l'accompagnement et la diffusion du Pass ainsi que l'orientation vers les médecins puissent être réalisés.

Les bénéficiaires de cette première version du dispositif étaient les jeunes filles, mineures ou majeures, des établissements concernés.

L'itinéraire des bénéficiaires était le suivant : l'infirmière scolaire => le professionnel de santé => le laboratoire ou l'infirmière libérale pour prise de sang et analyses médicales => délivrance de contraceptifs par l'ensemble des officines de la région partenaires du dispositif.

Nous avons rencontré des difficultés.

En dépit d'un accord de principe donné en mars 2009 et de plusieurs réunions de travail, le Rectorat a fait part en septembre 2009 de son refus de participer au dispositif, s'appuyant sur les réserves juridiques du Ministère de l'Éducation nationale qu'il avait sollicité.

La DRAAF s'est alignée sur ce refus, malgré l'accord également donné début 2009.

Nous avons tout de même envoyé 1400 Pass'contraception fin 2009, pour diffusion, à 99 infirmières scolaires, dans 128 établissements scolaires de la région, ce qui n'a pas manqué de provoquer la colère des autorités académiques.

Le Rectorat a interdit aux infirmières scolaires de les diffuser et a demandé aux chefs d'établissement de conserver les colis adressés aux infirmières.

A l'heure où je vous parle, le dispositif est toujours bloqué, malgré quelques infirmières scolaires un peu frondeuses qui en diffusent sous le manteau.

Les principales réserves juridiques du Ministère de l'Éducation nationale ont été les suivantes :

- le "non respect du principe de l'autorité parentale", alors que la loi du 4 juillet 2001 précise que "le consentement des titulaires de l'autorité parentale (...) n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineures",
- "un dispositif hors des compétences de la Région", alors que cette dernière possède, outre la clause générale de compétence, une compétence en matière sanitaire et sociale (art. L4221-1 du CGCT)
- "un dispositif contraire au code de déontologie des infirmiers scolaires et aux règles de la comptabilité publique" : pas de délivrance ni de financement des contraceptifs oraux

par les infirmières scolaires. Aucune manipulation de fonds n'est prévue mais uniquement la remise d'un Pass'contraception permettant d'accéder à la gratuité des prestations médicales.

On nous a même rétorqué à un moment que ce n'était pas dans les missions des infirmières scolaires.

### ► Deuxième version du Pass'contraception, juillet 2010

Pour contourner le problème, nous avons proposé une deuxième version du Pass'contraception.

Face au blocage des autorités académiques et en lien avec les Conseils de l'Ordre des médecins, nous avons décidé de mettre à disposition les Pass'contraception directement à l'ensemble des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres libéraux de la région (1830) afin qu'ils les diffusent directement aux jeunes filles de leur patientèle qui pourraient en avoir besoin.

Nous avons dû faire évoluer les bénéficiaires. Désormais, le dispositif est uniquement proposé aux jeunes filles mineures de Poitou-Charentes, mais quel que soit leur statut (collégiennes, lycéennes, apprenties, jeunes filles sorties du système scolaire...).

Le Pass'contraception dans cette version-là offre le droit à une consultation médicale d'accès à la contraception, et non un accès automatique à la contraception. Il est remis au cas par cas et à la libre appréciation du médecin.

L'éligibilité au Pass'contraception est vérifiée uniquement sur une base déclarative. Aucune pièce d'identité ou attestation n'est demandée. La démarche se situant hors du parcours de soins institué par la sécurité sociale, aucune carte vitale ne peut être demandée, ni aucun justificatif d'affiliation à une mutuelle.

Nous avons supprimé une étape par rapport à la première version, puisqu'il s'agit ici d'un dispositif directement porté par les professionnels libéraux.

Nous avons donc un dispositif qui fonctionne, mais il a perdu cet accompagnement qui aurait pu être réalisé par les professionnels de santé scolaire ou les associations.

Quelles sont les modalités d'envoi aux médecins ?

Un courrier expliquant le dispositif leur a été envoyé, validé par le Conseil de l'Ordre et accompagné d'une notice technique d'utilisation.

5 Pass'contraception ont été adressés à chaque médecin, soit au total plus de 9000, lors du premier envoi en juillet 2010, ainsi que 2 affiches à apposer dans la salle d'attente.

Le réapprovisionnement des médecins est fait de manière automatique, dès que trois Pass'contraception ont été utilisés et reçus à la Région pour remboursement.

Afin d'éviter les fraudes, une base de données permettant de suivre les numéros de Pass'contraception délivrés à chaque médecin a été mise en place.

Quelles sont les modalités de paiement des professionnels de santé ?

La Région assure en direct le remboursement des professionnels de santé, sur la base des tarifs pratiqués en secteur 1 et sur présentation des coupons des Pass'contraception ainsi que d'un RIB (pour le premier envoi); aucun autre document ne doit être transmis (ordonnance, feuille de soins ou facture).

Chaque coupon du Pass'contraception fait office de facture. A cet effet, les éléments demandés sur les coupons ont été validés par le Trésorier Payeur Général.

Le professionnel de santé remplit le verso du coupon et l'adresse à la Région qui le rembourse directement par virement bancaire.

En termes de communication, pour favoriser l'information des jeunes et des professionnels, nous avons envoyé des plaquettes d'information et des affiches aux établissements scolaires et aux structures accueillant des jeunes (centres socioculturels, MJC, foyers de jeunes travailleurs, missions locales, réseaux information jeunesse)... Nous avons également mis en ligne des informations sur les sites internet de la Région et réalisé un guide technique à l'attention des professionnels de santé.

Aujourd'hui, deux modalités complémentaires de diffusion du Pass'contraception coexistent donc, dont l'une est bloquée.

## RÉCAPITULATIF

### 2 modalités complémentaires de diffusion du « Pass'contraception »

	Modalité 1	Modalité 2
<b>Lieu de diffusion</b>	Etablissements scolaires et de formation	Cabinets médicaux libéraux
<b>Personne en charge de la diffusion</b>	Infirmiers scolaires ou associations spécialisées	Médecins généralistes, gynécologues et pédiatres
<b>Public bénéficiaire</b>	Jeunes filles scolarisées dans les établissements de la région, mineures ou majeures	Jeunes filles mineures de Poitou-Charentes
<b>Situation actuelle</b>	Blocage depuis novembre 2009	Opérationnelle depuis juillet 2010

## ► Les dépenses

Depuis août/septembre 2010, nous avons diffusé environ 50 Pass'contraception, ce qui représente environ 5000 euros, dont 1300 euros pour les remboursements des professionnels de santé.

Le budget prévisionnel annuel 2011 s'élève à 400.000 €, afin de permettre le remboursement de 2800 Pass'contraception et de couvrir également la mise à disposition de préservatifs.

En ce qui concerne l'évolution du dispositif, nous allons prochainement rencontrer les Ordres des professions de santé afin d'ouvrir en 2011 à d'autres contraceptifs (patch, anneau vaginal...) ou à d'autres actes (frottis, vaccin Gardasil...).

La marque "Pass'contraception" a été également déposée à l'Institut National de la Propriété Industrielle. Le règlement d'usage et le cahier des charges de la marque sont téléchargeables sur le site internet de la Région, [www.poitou-charentes.fr/rubrique santé](http://www.poitou-charentes.fr/rubrique_santé)

## ► Un point d'étape à mi-janvier 2011

53 Pass'contraception ont été diffusés à la mi-janvier 2011, avec une répartition très inégalitaire selon les départements de la région. Globalement, 32% ont été diffusés par des médecins exerçant dans une commune rurale.

Le nombre de Pass'contraception diffusés nous semble encourageant, au regard du nombre de grossesses précoces en région, et de la nature même de cet outil, qui se veut complémentaire à l'intervention des centres de planification et d'éducation familiale.

Notre objectif n'est pas de faire du chiffre mais de répondre aux besoins. Cette expérience a été confortée en 2010 par les conclusions du rapport d'évaluation de l'IGAS sur la loi du 4 juillet 2010 relative à l'IVG et à la contraception, qui préconise, entre autres, la mise en place d'un accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures auprès des professionnels de santé dans les zones dépourvues de centres de planification.

La Région souhaite de nouveau interpeller le Ministère de l'Education nationale pour que le Pass'contraception puisse être remis par les professionnels de santé scolaire aux jeunes filles qui en ont besoin et qui en font la demande, en complément de la diffusion par les médecins libéraux.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées, il peut arriver que le remplissage des coupons soit incomplet ou incorrect, que la prescription s'adresse à des majeures, ou concerne d'autres contraceptifs que des contraceptifs oraux (patch); en ce qui concerne les laboratoires, souvent un seul coupon est retourné avec un montant global, alors que le dispositif prévoit un coupon pour le prélèvement et un coupon pour les analyses médicales; les pharmacies ont quant à elles des difficultés de remplissage des montants HT et TTC pour intégrer leur marge.

Mais rien qui ne puisse être solutionné par une meilleure communication auprès des professionnels de santé via les Ordres.

### ► Dispositifs complémentaires

Le dispositif Pass'contraception s'insère dans une politique globale de prévention en direction des jeunes, qui comprend notamment la mise à disposition gratuite de préservatifs masculins et féminins dans les lycées, CFA, Etablissements régionaux d'enseignements adaptés et Maisons familiales rurales, ou lors des manifestations organisées ou soutenues par la Région. Elle soutient également des projets de prévention au plus près des lieux de vie des jeunes, que ce soit des appels à projets pour les établissements scolaires, des appels à projets à destination des associations pour la mise en œuvre de projets hors temps scolaire dans les autres lieux de vie des jeunes, ou spécifiques pour le développement d'actions (journée mondiale de lutte contre le sida) ou de prise en compte de la santé des jeunes dans le cadre des contrats conclus avec les pays et les agglomérations.

En conclusion, le Pass'contraception est un dispositif partenarial basé sur les constats des professionnels de santé et des partenaires associatifs sur le terrain et sur les données des grossesses adolescentes en région, complémentaire des dispositifs existants (centres de planification et d'éducation familiale, système de droit commun en lien avec la famille...) et pouvant répondre à certaines problématiques spécifiques.

## ➤ **Le dispositif Info-Ado**

**Professeur de Gynécologie-Obstétrique Israël Nisand, CHU de Strasbourg**

Merci d'avoir eu l'idée de ce colloque.

Je pense que nous sommes nombreux à nous préoccuper de l'augmentation des IVG chez les mineures : 15.000 l'année dernière.

Je rappelle que nous rencontrons tous des femmes qui, 5 ans, 10 ans, 15 ans après une IVG, en sont encore blessées. Il s'agit donc d'un vrai problème de santé publique, qui a malheureusement - ça l'a été rappelé dans l'intervention précédente - été politisé, anormalement.

Quel ministre de l'Éducation Nationale peut se permettre d'interdire la diffusion d'un Pass'contraception sans avoir de plan B ? On ne tire pas sur les ambulances !

*(Applaudissements)*

Rassurez-vous je le lui ai dit.

## ➤ **Pourquoi informer les adolescents ?**

D'abord parce qu'il s'agit d'un sujet féministe : les garçons n'en passent pas par là. C'est également un sujet éthique : qu'attend de nous la population ? D'être protégée contre un événement indésirable au début de sa vie sexuelle. Et puis le sujet est sociétal : c'est une des premières violences faites aux femmes.

## ➤ **Objectifs des interventions**

Je vais vous décrire le système que nous avons mis en place il y a 12 ans en Alsace, en commençant par vous annoncer les résultats : là où Info-Ado intervient, il y a moitié moins d'IVG.

En Alsace, 8 % du total des IVG sont des IVG de mineures, alors qu'à Strasbourg-ville, où nous devrions en enregistrer un peu plus car c'est le cas en milieu urbain, nous enregistrons 4 %.

Peut-on aller plus bas ? Nous aurons toujours des conduites à risques chez les adolescents et je ne pense pas que l'on puisse aller en-deçà.

Mais si au lieu d'avoir 15000 IVG en France nous n'en enregistrons que 7500 chez les mineures, je pense que nous aurions déjà fait notre travail.

Les jeunes ne vont pas chez le médecin naturellement. Ils pensent que le médecin ne connaît pas le secret professionnel, ils ont peur de l'examen gynécologique et ils n'ont pas d'argent, en tout cas pas pour ça.

Info-Ado s'est construit là-dessus : il faut aller au devant des jeunes, pour leur donner des explications, et non pas de « l'éducation sexuelle ». Parce que c'est quoi "l'éducation sexuelle" ? "Tu vas faire l'amour comme ci ou comme ça ?".

Ce terme est ridicule, on ne peut pas éduquer à la sexualité. Chacun découvre sa sexualité, la découvre tout au long de sa vie. Abandonnez s'il vous plaît ce mot suranné !

Info-Ado a une triple action :

- une action dans les lycées et collèges, soit en classe de 3<sup>ème</sup>, parfois dans les classes de 4<sup>ème</sup> parfois en secondes à la demande des directeurs d'établissements,
- un accueil des jeunes anonyme et gratuit dans tous les hôpitaux publics de Strasbourg,
- un site Internet où nous répondons à leurs questions anonymement en 48 heures.

Nous menons également une expérimentation depuis 8 ans dans une vallée isolée, la vallée de la Bruche, où autour des médecins généralistes et d'un gynécologue de mon équipe, avec les pharmaciens de la région, les médecins ont été formés pour intervenir en milieu scolaire.

Ils vont dans les écoles, et les jeunes savent qu'en allant voir ces médecins-là, ils ne seront pas examinés, on ne leur demandera pas leur nom, le médecin se fera payer la consultation en tiers payant sans information des parents. Et les pharmaciens, quand ils voient le tampon Info-Ado sur l'ordonnance, ils ne gardent pas la jeune fille au comptoir mais l'emmènent dans un bureau à part, parce qu'on est en milieu rural, et ils lui donnent gratuitement des préservatifs et des contraceptifs, puis ils se font rembourser sur le code du Norlevo, avec l'accord de la directrice de la sécurité sociale de la région.

Nous n'avons plus d'IVG dans la vallée de la Bruche.

Les jeunes filles habitent à 40-50 km du centre de Strasbourg, elles ne peuvent pas aller en ville, mais elles peuvent tomber enceintes sur le chemin de l'école.

Donc, très clairement, nous constatons des IVG assez avancées dans cette vallée reculée, nous n'en avons plus ! C'est terminé !

Ce système ne repose pas sur la création de documents nouveaux, il repose sur la création d'un réseau de médecins et de pharmaciens. On peut le faire dans le Cantal demain matin, c'est une question de décision politique.

Il n'y a pas eu de décision politique pour protéger nos jeunes femmes dans notre pays ! On pourrait dire d'un pays et d'une société *"Montre-moi comment tu protèges tes jeunes femmes contre la grossesse non désirée et je te dirai qui tu es"*, eh bien nous sommes mal placés !

Des pays du Nord de l'Europe enregistrent trois fois moins d'IVG que nous, et je ne regarde pas ceux qui en ont plus, cela ne me console pas.

Notre objectif primaire et mesurable consiste donc à diminuer les grossesses non désirées des mineures, mais pas seulement... Parce qu'agir sur les mineures d'aujourd'hui, c'est agir sur les adultes de demain, en les éduquant mieux.

L'objectif secondaire me tient à cœur et n'est pas mesurable : parler de sexe à des adolescents en tant qu'adulte, sans pudibonderie, c'est lutter contre une information uniquement délivrée par la pornographie, contre l'image dégradante et avilissante de la femme, contre la violence et la barbarie.

Car moi, j'ai eu la chance d'apprendre la sexualité autrement que sur Internet avec des pornographies. Aujourd'hui, 98 % des enfants d'une classe de 3<sup>ème</sup> apprennent la sexualité avec des images d'une violence considérable. 98 % ont déjà vu un film porno parce que ceux qui ne voudraient pas le voir sont moqués par les autres et donc ils se sentent obligés d'apprendre la sexualité avec des images innommables sur la vision des femmes.

Je me rends 2 heures par semaine dans les écoles et les lycées, avec les internes en médecine. Au passage, plus aucun interne ne devient chef de clinique à Strasbourg s'il ne sait pas intervenir en milieu scolaire. Terminé l'angélisme ! Ils sont obligés d'apprendre, parce que si l'on n'apprend pas à cet âge-là, on n'apprend plus après. Si les médecins, les sages-femmes, les infirmières, ne vont pas dans les écoles, c'est qu'ils ne savent pas faire ! Donc il y a un enjeu terrible au niveau de l'apprentissage.

Je trouve important qu'un adulte en chair et en os vienne devant les adolescents pour leur parler autrement que de manière salace de la sexualité, pour leur dire qu'une fellation, eh bien c'est une caresse avec la bouche sur le sexe d'un homme, pour que ce ne soit plus des mots connotés.

C'est vrai que nous devrions être capables de commencer en 8<sup>ème</sup>, comme le font les Hollandais, ou avec des maîtres qui, dans les Instituts de formation, ont des leçons et disposent d'outils pédagogiques de style dessins animés. Nous ne le faisons pas, nous en sommes loin, nous n'appliquons même pas la loi de 2001 qui prévoyait l'information dans les écoles.

J'ai d'ailleurs dit au ministre que puisqu'on n'appliquait pas cette loi, autant l'abroger ! Il m'a répondu qu'il ne pouvait pas l'appliquer, les associations de parents d'élèves n'étant pas d'accord... Ce n'est pas la peine de nous faire croire que le système fonctionne alors que ce n'est pas le cas !

Je tiens d'ailleurs à dire, pour rassurer, que la manière d'éduquer nos jeunes en matière de sexualité, la manière de leur montrer la sexualité, est responsable d'une grande partie de leur violence.

Parfois, dans les écoles, il arrive qu'un jeune se lève et dise : *"Monsieur, Monsieur, quand une meuf elle veut pas, est-ce qu'on peut la tenir pendant que l'autre se la fait ? "...*

Ils ne l'ont pas inventé, ça ! Ils le voient ! Nous, les adultes, nous nous contentons de leur vendre un sexe dégueulasse, au lieu d'aller leur parler proprement du plus beau cadeau que nous avons tous reçu dans la vie.

*(Applaudissements)*

### ► Quels sont les écueils majeurs des interventions ?

Je vous rappelle qu'on ne peut pas laisser n'importe qui intervenir dans une classe, il faut l'avoir formé.

- Se contenter d'une intervention technique est le premier écueil. Catastrophe des catastrophes ! *"Venez, je vais vous montrer !"* Le manège des zizis sur lesquels on met des préservatifs, quelle horreur ! Quelle horreur !
- Le matériel à faire passer dans les rangs : il ne faut pas arriver avec du matériel dans les poches ou des préservatifs, parce qu'il y aura toujours le petit immature qui ne voudra pas prendre un préservatif dans les mains, et tous les autres se foutront de lui. Ne venez pas avec du matériel devant tout le monde.
- Aborder la physiologie sexuelle : ils se moquent de la physiologie sexuelle ! Il y a assez de profs de SVT pour leur apprendre le pistil des fougères ! S'il y a des questions, répondez, mais ne venez pas leur en parler, ce n'est pas le but de l'intervention.
- Information et non pas "éducation" sexuelle : on est dans de "l'information" sur la sexualité, et non dans de "l'éducation". Le mot "éducation sexuelle" est un non-sens. Il y a 10 % des jeunes qui sont devant vous, qui ont des pulsions plutôt homosexuelles, vous allez les éduquer à quoi ? Dans quelle position on fait l'amour ? D'ailleurs parfois il y a des questions dans ce sens. *"Comment est-ce qu'on fait jour une meuf ? Quelles sont les positions ?"*. Je réponds inéluctablement et invariablement : *"Il n'y a pas marqué auto-école ici ! Vous allez découvrir tout seul !"* On n'est pas là pour faire de l'éducation.
- Utiliser une terminologie vulgaire pour faire "jeun's" : c'est à proscrire.
- Tolérer le chahut : c'est un vrai écueil. Il faut de la discipline plus qu'ailleurs pendant l'intervention, et je suis d'une méchanceté absolue au début de mes interventions. *"Mince, on rigole pas avec celui-là !"*. Je ne suis pas là pour faire de la discipline. S'il y a des bébés, je veux qu'ils sortent tout de suite. Ici, on est entre adultes, pour parler de sexualité, de masturbation, de tout un tas de choses et au premier chahut, dehors ! Discipline absolue pendant ces interventions. D'ailleurs je ne suis pas le plus horrible de ce point de vue-là. Avec une de mes collaboratrices, Karima Bettahar, qui dirige Info-Ado et est haute comme trois pommes, je peux vous dire qu'il y a un silence de mort quand elle intervient, y compris dans les banlieues assez sauvages où il y a toujours des petits caïds qui estiment que c'est eux la parole sur la sexualité. Karima fait régner le silence et c'est indispensable.
- Intervenir sans qu'un enseignant ne soit présent : ne le faites pas, il faut la présence des professeurs de SVT, de l'infirmière scolaire... Vous remplacez un cours, donc le professeur qui devait faire cours est là, tout simplement. Pour réagir aux demandes qui seront faites ultérieurement. Et puis c'est la loi de l'Éducation Nationale.
- Porter un quelconque jugement sur une modalité sexuelle. Je vais vous faire une confession : je n'aime pas les partouzes. Mais il y a toujours des questions sur les partouzes ! Vous ne pouvez pas dire *"Ah! Les partouzes, c'est pas bien!"*. *"La zoophilie non plus!"*. Il y a toujours des questions là-dessus qui, entre nous soit dit, sont des questions sur le consentement. Parce qu'à cet âge-là, obtenir le consentement de quelqu'un, c'est difficile, et un animal n'a pas besoin de consentir. Quand il y a une question sur la zoophilie, enchaînez sur le consentement.

Oui, c'est dur de dire à quelqu'un "*Je t'aime, tu me plais, je te désire*". C'est très dur. Certains garçons et certaines filles ne voient pas comment ils vont y arriver et c'est pour ça qu'ils vous parlent de zoophilie. Derrière toutes les questions, il y a un substrat réel qui n'est pas moqueur.

- Faire prendre la parole aux jeunes pendant l'intervention. Défendu ! Vous croyez qu'il y a des jeunes qui vont se lever en disant "*Moi j'ai une éjaculation précoce*" ? S'il y en avait un qui le faisait, ce serait dramatique ! Remarquez ça arrive. Mais nous ne sommes pas là, collectivement, pour régler les problèmes individuels.
- Ne pas donner un endroit où cette parole sera possible. Les problèmes individuels relèvent de l'accueil anonyme et gratuit des jeunes. Ce n'est pas un happening, nous venons donner de l'information et ce n'est pas le moment de poser des questions autrement que par écrit. Donc je demande au professeur de SVT et au proviseur de laisser aux adolescents un quart d'heure la semaine qui précède l'intervention pour rédiger par écrit leurs questions. C'est très important parce que cela vous donne le ton des sujets de conversation dans la cour de récréation dans cet établissement.  
Il n'y a pas si longtemps, j'étais dans un établissement du centre ville de Strasbourg, un lycée international pour ne rien cacher, la crème des crèmes : que des questions sur la sodomie ! La proviseure était furieuse. Mais c'est important de le savoir quand vous allez intervenir car vous devez être capable d'aborder les questions qui intéressent les jeunes devant vous.
- Dire "*le sexe, ça tue ou ça donne des grossesses*", et se contenter de ça. Nous l'avons fait longtemps, c'est dramatique quand des adultes se contentent de ce genre de messages.

### ► Les modalités d'Info-Ado

Où toucher le plus facilement toute une classe d'âge ? Dans les écoles. Ne pas disposer de l'école, c'est se priver d'une vraie manière d'agir. Diffuser le Pass'contraception via les médecins ne peut pas fonctionner. On ne peut pas attendre que les jeunes aillent consulter les médecins, car ils n'y vont pas, ils ont la trouille.

- À l'école, les interventions durent 120 minutes, dont 30 pour les questions.
- Elles se font entre la 4<sup>ème</sup> et la seconde.
- Les garçons et les filles sont toujours ensemble. Un directeur de lycée m'a dit récemment : "*Les problèmes, nous les avons avec les filles, on vous les confie*". Eh bien je n'y vais pas. Mais je demande à ce directeur de bien vouloir appliquer la loi de 2001. Il me répond qu'il n'est pas obligé. Je demande alors au Ministre d'obliger les directeurs à appliquer la loi. Il répond qu'il ne peut pas à cause des associations de parents d'élèves...
- Par petits groupes si possible, mais c'est difficile car nous ne sommes pas assez nombreux. À Strasbourg, nous sommes 25 à faire ça régulièrement, il nous faudrait être 80... Quand nous serons plus nombreux nous pourrions nous permettre de prendre des plus petits groupes.
- Avec des questions anonymes préparées avant.

## ► Info-Ado

Info-Ado est donc un programme d'intervention en milieu scolaire, toujours mis en œuvre avec l'accord officiel du directeur. L'intervention se déroule à la place d'un cours. Ne faites pas Info-Ado pendant la récréation, de manière facultative, avec un surveillant qui essaie de rabattre les élèves.

Nous ne faisons de l'information des adolescents à la sexualité que lorsque le directeur ou la directrice estime que cela fait partie de son projet pédagogique.

Tous les lycées et collèges sont désormais dans le dispositif, mais je me déplace toujours pour vérifier s'ils sont motivés et éventuellement résister à des parents d'élèves qui seraient critiques. D'ailleurs il n'y a plus de parents d'élèves, y compris parmi les plus pratiquants, qui viennent se plaindre.

Info-Ado propose un accueil anonyme et gratuit aux jeunes. Sans examen clinique, sauf sur demande.

Je dis aux jeunes : s'il y a un médecin qui veut t'examiner, réponds-lui : *"Circulez y a rien à voir dans mon vagin !"* Pas avant l'âge de 20 ans ! Pour voir quoi ? Un cancer de l'ovaire, un fibrome ? Les gynécologues me répondent dans les congrès : *"Il faut que les femmes apprennent à en passer par l'examen gynécologique"*, sorte de trempette dans le Jourdain un peu sacrée ! Arrêtez ça, c'est un épouvantail ! J'explique aux jeunes femmes, et c'est leur droit : *"C'est vous qui me direz quand vous voudrez passer votre premier examen gynécologique"*. À 15 ans, c'est insurmontable, à 20, ça devient normal.

En cas d'examen complémentaire, il y a confidentialité.

Il est arrivé une fois qu'une jeune fille, victime d'un malaise dans un établissement, fasse un test de grossesse et que la facture revienne chez le père... J'ai d'ailleurs pris un coup de poing dans le ventre car le père est venu me demander des comptes. Je lui ai répondu qu'il devait se mêler de ce qui le regardait et il m'a frappé. Pour la jeune femme, c'était de la haute trahison ! Elle nous avait fait confiance et cela pouvait se terminer par un retour au pays !

Donc véritablement la confidentialité est très importante. Ces jeunes filles nous font confiance, elles ont droit à la confidentialité. Vous-mêmes qui êtes des adultes, vous n'êtes obligés de raconter votre sexualité à personne. De quel droit pourrait-on forcer des adolescents à en parler à des tiers ? Cela fait partie des droits de l'homme.

Les jeunes ont également la possibilité de poser une question sans se déplacer, grâce au site Internet d'Info-Ado : <http://info-ado.u-strasbg.fr/>

Ils peuvent revenir facilement. Ils bénéficient d'un accueil adapté, car quand ils viennent à l'hôpital, à Info-Ado, ils ont la trouille, donc ils viennent à 4 ou 5 en chahutant. Ce n'est jamais pour eux, toujours pour la copine, on ne peut pas les faire patienter en salle d'attente. Donc une secrétaire est dédiée à l'accueil de ces jeunes qui ont les boules de leur vie.

Puis ils sont reçus par de jeunes médecins, les internes de médecine générale qui se forment,

des élèves sage-femme... Ils peuvent se servir dans un grand saladier de préservatifs, ils s'en remplissent tous les poches. On discute. Comme ils ont été reçus très gentiment et affectueusement, ils reviennent, seuls, parce qu'ils ont des questions à poser.

Les classes défavorisées, nous les faisons venir à l'hôpital, où nous avons une salle de classe, littéralement. Par chance l'hôpital est inséré dans un quartier assez rude, assez difficile, le quartier de Haute-Pierre, et bien une conseillère conjugale accueille tous les jours dans cette salle des classes de collégiens et de lycéens du quartier.

### ► Pourquoi des intervenants extérieurs ?

Les parents sont les plus mal placés, sauf pour répondre aux questions quand elles viendront deux ans plus tard. Pour deux raisons. D'abord parce qu'il est impossible de parler de sexualité sans lever le voile sur sa propre sexualité, et s'il y a un truc que les jeunes ne veulent pas savoir, mais alors pas du tout, c'est ce que peuvent bien bricoler les parents.

Ensuite, parce que les parents sont les objets sexuels primaires des enfants. Ils rêvent des parents sexuellement. Ce qui caractérise l'adolescence, c'est que leur regard se tourne vers des objets sexuels secondaires. C'est ce moment qu'utilisent certains pères pour incester leur fille parce qu'ils ne supportent pas que le regard se tourne vers d'autres.

À ce moment-là, à 15 ans, on a l'impression de tromper sa mère, son père, on est dans une logique amoureuse par rapport aux parents, on ne peut pas leur en parler ! On va avoir besoin de 2 ans de plus, et cette période de 15 à 17 ans est une période de fragilité psychologique où on ne peut pas parler aux parents.

Donc exit les parents. Et je l'ai découvert lorsque ma fille avait 15 ans et qu'un jour je l'ai vue avec un petit gars à la main. Le soir même, je lui dis :

- *"Viens voir ma fille on va parler un peu".*
- *"Qu'est-ce qu'il y a papa, tu veux que je couche ?"*
- *"Mais non je vais te donner des informations".*
- *"Papa occupe toi de ce qui te regarde !".*
- *Demain je vais à Saint-Germain-en-Laye dans une classe de 3<sup>ème</sup> est-ce que tu veux venir avec moi ?".*
- *"Oui, je viens avec toi".*

On ne peut pas entendre en direct de la part des parents de l'information sur la sexualité. Exit les parents. S'ils répondent bien aux questions et s'ils ne se défilent pas, ils auront fait leur job. Mais dire à un jeune *"Viens par ici on va causer"*, ça a une petite connotation incestueuse, si vous voulez mon avis.

Ça ne peut pas non plus être les professeurs ! Parce qu'ils sont des pro-parents, désignés par les parents pour apprendre les mathématiques. Le professeur a une relation verticale à l'enfant, il le juge, le note. Ma femme est professeur et me dit : *"Ne me demande pas de faire ça, je ne le ferai pas, j'ai une posture par rapport aux élèves qui ne me le permet pas"*.

Si ce ne sont ni les parents ni les professeurs, alors qui ? Les professionnels. Où sont-ils ? Dans leur hôpital, leur consultation privée, ils ne se déplacent pas, ils ne savent pas faire... Les pays où les médecins généraliste et les sages-femmes interviennent tous dans le collège ou le lycée d'à côté enregistrent trois fois moins d'IVG que nous. L'intervention s'effectue sur le mode de la complicité, je suis complice des enfants et non celui qui les note ou qui les juge.

Seule contre-indication pour intervenir : être mal à l'aise avec sa propre sexualité. L'excuse que j'accepte de la part de mes internes, pour ne pas participer, c'est d'être mal avec leur propre sexualité, parce que les jeunes le détectent à la seconde.

Une expérience a eu lieu en 1970. Le Ministère de l'Education Nationale a proposé de l'information à la sexualité avec les professeurs de SVT. Un beau jour la prof de SVT, jupe et chignon serrés, arrivait en annonçant *"aujourd'hui on va parler de sexualité"*. C'était contre-productif, cela s'est arrêté au bout d'un an. Il ne faut pas envoyer devant les élèves des gens mal à l'aise avec leur propre sexualité.

Les internes qui ne souhaitent pas intervenir, ils sont affectés au site Info-Ado et répondent aux 40 questions que nous recevons chaque jour, plus que ceux qui vont dans les écoles.

Et quand l'un me dit *"Je ne veux pas faire d'IVG, clause de conscience"*, je réponds que la religion ne dispense pas d'aider à éviter les IVG, donc triple dose d'Info-Ado.

Mais j'ai du mal à comprendre. N'est-il là que pour apprendre des hystérectomies ? Ça ne va pas. Il y a les hystérectomies, il y a les cancers, il y a les césariennes, et il y a l'éducation des jeunes femmes pour qu'elles n'aient pas à en passer par une IVG.

### ► Mise au point

Les parents sont là pour l'éducation morale, ils sont même les seuls habilités pour cela, même s'ils ne sont pas toujours à la hauteur. Quand on n'a pas dit à une fille entre l'âge de 2 ans et 6 ans que l'on ne fait pas n'importe quoi avec son corps, elle fera n'importe quoi avec son corps. Et ce n'est pas le corps médical qui peut apprendre à un jeune à se respecter lui-même. Les intervenants médicaux sont là pour *"apprendre à traverser la rue sans se faire renverser"*, et c'est plus difficile encore pour la sexualité.

### ► Plan d'une intervention en milieu scolaire

Voici le plan de nos interventions en milieu scolaire :

- Citer les structures d'accueil dédiées aux jeunes de façon anonyme et gratuite, avec un plan d'accès
- Quelques généralités sur la sexualité. Notamment qu'en matière de sexualité, une norme existe, et tout rapport sexuel qui se fait sans le consentement valide des deux est un crime.
- Les deux écueils de la sexualité : les grossesses non souhaitées, je passe un quart d'heure là-dessus, comment les éviter, puis les maladies sexuellement transmissibles.

- L'homosexualité : qui est homosexuel, est-ce une maladie ? N'allez pas chez les jeunes sans en parler.
- La masturbation : vous pouvez tranquillement regarder votre voisine de droite et votre voisin de gauche, j'ai une confiance à vous faire : il s'est masturbé, elle se masturbera !
- La jouissance sexuelle : on n'a pas besoin de faire un cours sur l'orgasme, les garçons ont tous eu du sperme dans leurs draps qu'ils ont nettoyé, ils sont étonnés que quelqu'un le sache, et les filles pareil mais il y a des choses à expliquer sur la jouissance sexuelle.
- La virginité : là les oreilles de cocker se dressent, il faut expliquer que le fait d'être vierge est de ne pas avoir eu de rapports, pas le fait de saigner. Il y a une éducation à l'égalité entre les hommes et les femmes à faire.
- Les violences sexuelles.
- Les abus sexuels et l'inceste.
- Et les réponses aux questions écrites.

Voilà le contenu d'une information Info-Ado, et nous donnons un photocopie aux jeunes intervenants pour qu'ils ne ratent pas une marche dans leur exposé.

De fait, en ce moment, nous enregistrons une diminution constante des IVG chez les mineures dans notre région. Pas besoin de créer de nouvelles structures, de créer de nouveaux documents, il faut juste former les médecins et les pharmaciens, s'occuper d'eux, ce qui relève d'une décision politique.

Tant que les politiques feront de la politique sur le dos des jeunes femmes, nous continuerons à avoir le tableau catastrophique que nous avons.

Merci de votre attention.

## ► Questions de la salle

### Une infirmière scolaire d'un établissement marseillais

Pr Nisand, j'ai bien suivi votre plan d'intervention. En tant qu'infirmières nous intervenons auprès des classes de 3<sup>èmes</sup>. Cela me rassure, j'ai l'impression qu'on reconnaît notre travail. De mon côté je ne demande pas la présence de l'enseignant. Cela permet aux élèves d'être dans la confidentialité. Notamment dans les classes de SEGPA d'élèves en insertion un peu plus en difficulté, j'ai alors le silence total, l'impression d'être entendue et de respecter davantage leur questionnement.

On m'a demandé d'avoir la présence d'un autre adulte dans mes interventions, mais cela modifie l'atmosphère.

### Pr Israël Nisand

Madame, je ne vous conseille pas de continuer ainsi, pour deux raisons.

La première, c'est qu'il y a des règles et des lois à l'Éducation Nationale. Personne ne peut se

permettre d'en sortir. Lorsqu'un intervenant extérieur intervient, c'est toujours en présence d'un professionnel de l'établissement. D'accord si vous êtes vous-même de l'Éducation Nationale. Mais la deuxième, c'est qu'il faut toujours s'attendre à ce que quelque chose ait été mal compris dans votre propos, et que ce soit rapporté aux parents différemment. Nous intervenons sur des sujets suffisamment sensibles et difficiles pour qu'au cours d'un dialogue un de vos propos ne soit pas répété faussement, ou avec mauvaise foi, et que cela ne vous mette en difficulté. Un jour cela vous arrivera, moi cela m'est arrivé et par chance il y avait les professeurs qui ont pu dire *"Mais non, il n'a jamais dit ça, vous avez mal compris"* et c'était terminé.

### **Une formatrice en éducation à la vie sexuelle et affective**

Je tiens à dire qu'en éducation sexuelle nous ne sommes pas là pour donner des recettes, faire comme ça, faire comme ça, je ne suis pas trop d'accord. Notre rôle est plutôt d'accompagner et de faire en sorte que les adolescents réfléchissent et gagnent en autonomie.

### **Pr Nisand**

Madame, la différence entre votre intervention et celle d'un professeur de SVT, c'est que le professeur de SVT a plus de connaissances en SVT que les élèves, il peut leur faire une interrogation écrite après. Vous, vous n'en savez pas plus sur la sexualité que les autres, ils ont la leur, vous avez la vôtre. Vous ne pouvez pas faire d'interrogation écrite, donc ce n'est pas de l'éducation. C'est autre chose, et le fait de l'appeler autrement est bon.

Je vais vous dire ce que "l'éducation sexuelle" me rappelle. Nous avons déjà fait ça en Afrique pour les civiliser. Avec même une position qui était celle du missionnaire. Ça, c'est de l'éducation sexuelle : voilà dans quelle position il faut le faire. Vous ne faites pas cela ? Donc ce n'est pas de l'éducation, c'est autre chose, de l'information sur la sexualité. Vous ne pouvez pas éduquer dans ce domaine, car cela voudrait dire que vous savez la vérité vraie, et que les autres sont là pour apprendre. L'éducation, c'est lorsque l'on sait mieux que les autres et que l'on va leur apprendre.

### **Une infirmière scolaire**

À l'Éducation nationale nous avons des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, des CESC, que nous sommes quasiment les seules à coordonner.

J'ai travaillé en groupes mixtes et je préfère de loin travailler avec les filles puis avec les garçons, et les rassembler après. C'est autrement efficace. La parole n'est plus du tout la même, les questions ne sont pas les mêmes, on travaille sur les représentations de chacun et de chacune... Je ne reviendrai pas là-dessus car les problématiques ne sont pas les mêmes pour les filles et pour les garçons.

### **Pr Nisand**

Je sais que les problématiques ne sont pas les mêmes. Mais quand ils font l'amour ils le font ensemble. Il y a deux sortes de garçons, les bons et les mauvais. Et si j'étais une fille j'essaierai

de voir dans quelle case est le mien. Les mauvais disent : *“Oh, si elle est enceinte, c’est pas mon problème !”*. Zéro. Ça porte un nom : irresponsable. Et j’ai une mauvaise nouvelle pour les filles : il y a beaucoup de garçons irresponsables. Et les bons que disent-ils ? : *“On a envie de faire l’amour, mais on n’a pas envie de faire un enfant. Qu’est-ce que t’as prévu ?”* Les bons sont justes des copilotes, il n’y a pas deux pilotes dans l’avion *“T’as sorti le train d’atterrissage ? Ah non je pensais que c’était toi qui le sortait”*. L’avion se pose sur le ventre. Eh bien pour la contraception, le pilote, c’est toujours la fille, et le garçon, s’il est bon, c’est le copilote. Comment voulez-vous donner ce message valablement aux uns, puis aux autres, puis les faire se retrouver après ?

Moi je n’ai pas le temps. La posture misogyne des directeurs d’établissements qui vous disent de régler le problème avec les filles est une posture inaudible. Cela fait longtemps que les écoles de garçons et les écoles de filles n’existent plus et y compris sur la sexualité il faut les éduquer ensemble.

### **Une élève de terminale S2S**

Je suis tout à fait d’accord avec ce qu’a dit M. Nisand. Il faut éduquer les filles et les garçons en même temps et pas les uns après les autres. S’il y avait partout Info-Ado, je pense que l’IVG serait en diminution.

### **Une élève de terminale S2S**

J’ai aimé la présentation sur le Pass’contraception. Je trouve que c’est un avantage pour les filles qui n’ont pas les moyens ou la possibilité d’en parler avec les parents et je pense que ça devrait être instauré dans toutes les régions, pour que tous les jeunes en profitent.

### **Une élève de terminale S2S**

Ce que je trouve regrettable par rapport au Pass’contraception, c’est qu’au niveau de la deuxième version, les jeunes filles majeures n’y ont plus accès. Je trouve cela dommage car elles n’ont pas toutes la possibilité d’avoir un dialogue avec leurs parents ou les moyens d’acheter une contraception.

### **Laurent Hervier**

Les raisons sont financières, on ne va pas se le cacher. Une région ne peut pas se substituer au rôle de l’Assurance Maladie. Dans la première version, le Pass s’adressait effectivement aux mineures et aux majeures, mais lorsque nous avons ciblé une population plus large, il nous a fallu des critères.

### **Pr Nisand**

J’ai un commentaire à faire sur le Pass’contraception. Je l’ai dit d’entrée : c’est mieux que rien. Mais le principal problème est un problème d’information. Quand on regarde le niveau de connaissance de nos jeunes en matière de contraception, il est dramatiquement bas.

Quelqu'un qui va utiliser le Pass'contraception a déjà l'information. Je préfère donc infiniment partir de l'information et faire en sorte que les jeunes aient les moyens gratuitement ultérieurement, ce qui me permet de former le réseau.

Je préfère commencer par l'information des jeunes, avec une gratuité et une confidentialité ultérieures, et avoir de bons réseaux de professionnels formés qui accueillent les jeunes.

### **Laurent Hervier**

Nous ne sommes pas du tout sur un dispositif aussi élaboré que le vôtre mais nous ne négligeons pas l'information des jeunes.

On débute, on rencontre des médecins généralistes pour tenter d'améliorer l'information des professionnels de santé et intervenir plus dans les établissements. Cela se construit peu à peu. Je voudrais rendre hommage aux infirmières scolaires. On est tous conscients de la difficulté pour une jeune fille d'aller directement chez un médecin généraliste. Ce n'est pas du tout évident. Des infirmières scolaires me disent régulièrement que pour orienter une jeune fille chez un médecin, c'est elle qui doit téléphoner, voire l'accompagner etc. Dans notre deuxième version du Pass'contraception, les infirmières scolaires ont conservé toute leur place.

## ➤ **L'expérience de la Belgique**

**Dr Anne Verougstraete (FIAPAC), Hôpital Universitaire Erasme, Université Libre de Bruxelles, Obstétrique**

Je suis vraiment contente d'être ici et d'entendre ce débat entre tous les acteurs et avec les jeunes !

Je travaille à mi-temps en hôpital universitaire où je m'occupe entre autres des grossesses à risque et à mi-temps en Planning familial. Je suis également des deux côtés du régime linguistique, ce qui devient rare !

### ➤ **La loi en Belgique**

En ce qui concerne la loi belge du 3/4/90, je serai rapide car c'est à peu près la même qu'en France, sauf que le délai de réflexion est de 6 jours. La femme doit faire une demande écrite le jour de l'IVG.

L'interruption doit intervenir avant la fin de la 12<sup>ème</sup> semaine de la conception.

La loi ne parle pas des mineures, c'est la femme qui décide de son état de détresse, quel que soit son âge. Aucune autorisation parentale n'est requise et il est interdit d'avorter quelqu'un contre son gré.

L'intervention est pratiquée par un médecin, dans de bonnes conditions médicales, dans une institution de soins à laquelle est reliée une structure d'information qui accueillera la femme et l'informerá de ses droits, des structures légales d'aide si elle décide de rester enceinte, des possibilités offertes pour l'adoption de l'enfant à naître, de la possibilité d'obtenir une aide psychologique et sociale.

### ➤ **IVG médicamenteuse : Mifepristone (arrêté royal) 7/5/2001**

La Mifegine ne peut s'obtenir qu'à la pharmacie de l'hôpital, c'est là que les centres extrahospitaliers vont la chercher.

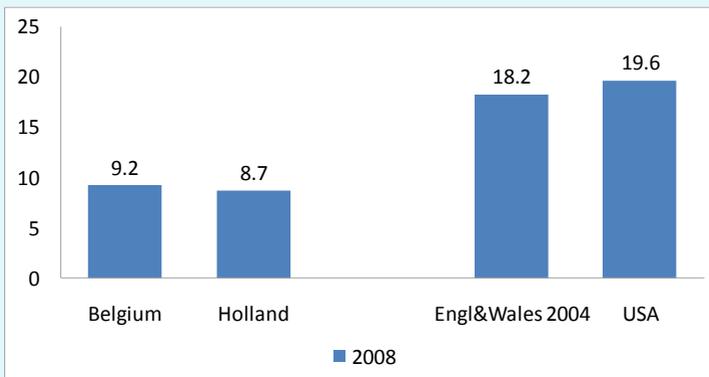
### ➤ **Le remboursement des IVG dans les centres extrahospitaliers en 2002**

En Belgique, il existe 34 centres extrahospitaliers reconnus (28 francophones et 6 flamands). Les centres reçoivent 400 € pour une prise en charge de l'IVG et les femmes paient 3 €.

### ➤ **Le taux d'avortement**

Le taux d'avortement annuel en Belgique est de 9,2 pour 1000 femmes de 15 à 44 ans. C'est encore mieux en Hollande.

## Taux d'avortements par an Nombre d'avortements / 1000 femmes 15-44 ans



Marseille 2011

Nous avons 18.870 IVG par an en Belgique. 18 % sont effectuées à l'hôpital et 82 % dans les centres extrahospitaliers, qui sont comme des maisons, avec des petits jardins et des terrasses où boire son café en attendant l'expulsion, et où les femmes discutent entre elles.

Nous n'avons que 17% d'IVG médicamenteuses. Il y en a plus dans les hôpitaux (22 %), qui sont pourtant dans des situations bien plus difficiles pour le suivi. Il y a toujours une réticence des centres (15%). Certains médecins viennent de Hollande et trouvent que l'IVG médicamenteuse est moins bien que les curetages.

Il existe très peu de complications : 2 % à l'hôpital, 1 % en centres. Dans les hôpitaux, la moitié des IVG se font sous anesthésie générale.

## ► Évolution du taux d'IVG en Belgique

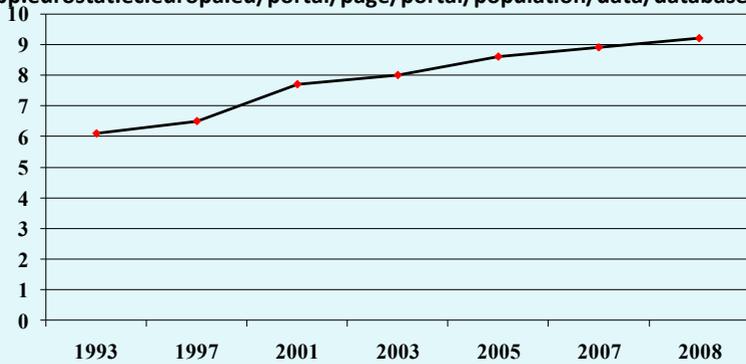
Années après années, nous enregistrons une petite augmentation du taux d'IVG.

### Evolution du taux d'IVG en Belgique

Number of abortions / 1000 women 15-44 y

(Verougstraete based on nationale evaluatiecommissie and Eurostat: <http://>

[epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database))



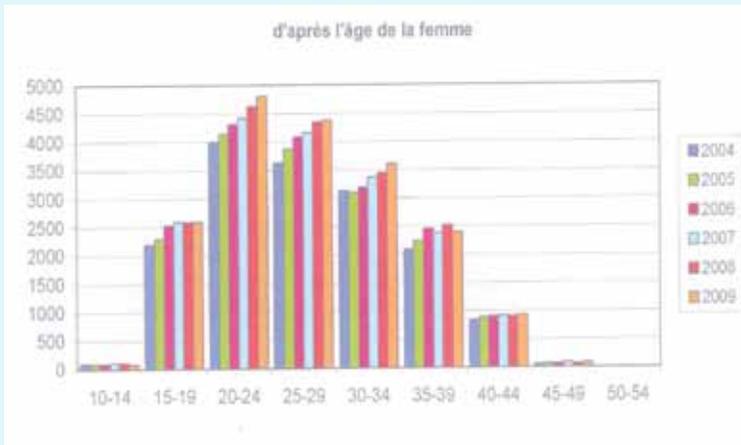
Marseille 2011

## ► Évolution du nombre d'IVG selon l'âge

Lorsque l'on regarde l'évolution du nombre d'IVG selon les âges, pour les jeunes de 15 à 19 ans, le taux d'IVG reste bas. L'augmentation concerne les jeunes adultes, les femmes de 20 à 29 ans.

# Evolution nombres d' IVG selon âges

## âge moyen: 27 ans



Marseille 2011

Cette augmentation est due tout d'abord au fait que les campagnes d'information ne s'adressent qu'aux jeunes. De plus, les femmes qui ont pris pendant 5 à 7 ans la pilule en ont marre.

Il y a également une image négative des hormones véhiculée dans les médias, une tendance bio, avec la crainte que les hormones aillent bloquer le corps et provoquer une infertilité. Et aussi le désir des jeunes femmes de sentir fonctionner leur corps, leur ovulation, et découvrir comment elles sont sans tout ce carcan hormonal.

## ► L'utilisation des moyens contraceptifs

Lorsque l'on observe l'utilisation des moyens contraceptifs en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie, on s'aperçoit qu'en Flandre environ 20 % des femmes utilisent une contraception très efficace. À Bruxelles, ce taux est de 9 % et en Wallonie il s'élève à 14 %. Le taux d'IVG est proportionnel à cette utilisation.

# Utilisation (%) contraception en Belgique: enquête de santé 2004

## contraception super fiable: implant, injectables, DIU, stérilisation:

Flandres: 19,6%

Bruxelles: 8,8%

Wallonie: 13,7%

	<b>pilule</b>	<b>Patch anneau u vag</b>	<b>Implant injectables</b>	<b>DIU</b>	<b>CU</b>	<b>condom</b>	<b>sterilisation</b>	<b>CI &amp; abstin period</b>	<b>Pas de contrac eption</b>	<b>Pas de RS</b>
Flandres	<b>33,3</b>	1,1	1,0	8,3	0,5	6,1	<b>9,3</b>	1,8	21,6	17
Bruxelles	36,6	0,9	1,1	<b>4,9</b>	1,4	5,2	2,8	0,6	19,9	26,7
Wallonie	42,1	1,6	0,7	8,1	0,6	2,7	4,9	0,2	19,8	19,4

Marseille 2011

### ► Bruxelles capitale

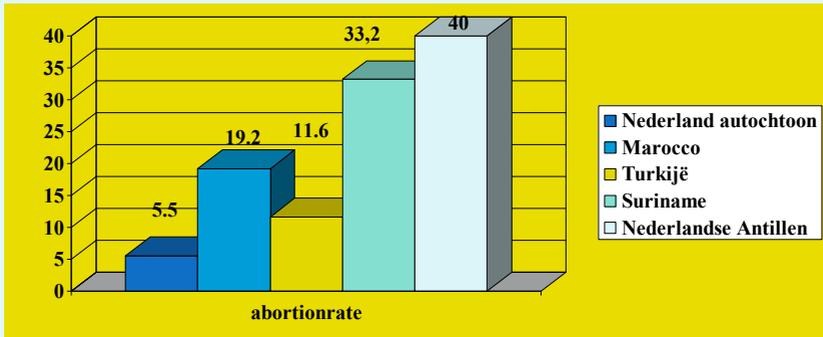
Bruxelles enregistre plus d'un quart (29 %) de toutes les IVG, alors qu'un dixième seulement de la population vit à Bruxelles.

30% des femmes déclarent être dans une situation financière et matérielle difficile. Il y a beaucoup de chômage, de sans papiers, où survivre est la priorité. Il y a également beaucoup d'immigrés.

### ► Le cas des Pays-Bas

Aux Pays-Bas, lorsqu'on observe le taux d'IVG en fonction du pays d'origine des femmes, on constate que les femmes autochtones ont moins d'IVG que les femmes immigrées turques, marocaines ou antillaises. Cela est important pour connaître les moyens de prévention à mettre en œuvre.

## Pays Bas: taux d'IVG global: 8.7 estimation (abortion rate) par 1000 femmes 15-44 ans, par pays d'origine en 2008



Marseille 2011

## ► L'histoire de Maya

Je vais vous raconter l'histoire de Maya. Maya est de nationalité hollandaise, née en Inde. C'est une jeune femme très attachante. En 2006, elle vient demander une IVG. Elle est trop jeune, elle n'est pas mariée, son ami attend ses papiers, ils ont peu d'argent...

En matière de contraception, ils utilisent parfois le préservatif.

On lui explique tous les contraceptifs possibles et imaginables. Elle préfère utiliser le préservatif. Un an après, elle revient et redemande une IVG : elle est toujours trop jeune, son mari travaille énormément dans un restaurant, ils ont toujours peu d'argent. Elle utilise parfois les préservatifs mais pas toujours. Elle revient seule. Quid de sa contraception future ?

On discute. On apprend que son mari refuse souvent d'utiliser le préservatif, qu'elle n'arrive pas à l'obliger à le faire. Elle décide de prendre la pilule.

Quand elle revient en visite de contrôle, elle est seule. Elle n'a pas commencé la pilule parce que son mari pense que ça va l'empêcher d'avoir des enfants plus tard. Elle essaierait bien "la piqûre".

Quand elle arrive à la porte, elle dit : *"Mon amie se lève tout de suite après les rapports sexuels et va se laver. Peut-être que je pourrais faire ça ?"*. Elle fait cela depuis deux ans avec succès.

## ► Qu'est-ce qui rend l'utilisation de la contraception difficile chez les femmes immigrées ?

On voit les difficultés que rencontrent les jeunes femmes immigrées pour utiliser la contraception : le manque de décisions autonomes, la position dominante de l'homme, l'ambivalence par rapport à la contraception, le manque de connaissances.

Pour d'autres, c'est le désir ambivalent d'enfant ou une attitude fataliste.

## ► Les femmes en situation illégale ou réfugiées en Belgique

Pour les femmes en situation illégale ou réfugiées, c'est encore bien pire, parce que souvent elles sont séparées de leur mari ou partenaire officiel et peuvent subir toutes sortes de violence : être dévalisées, violées, prostituées de force. 22 % des mineures réfugiées ont subi des violences sexuelles.

## ► Le sexe et les adolescents

Pour les adolescents, les messages sont contradictoires dans notre société.

Les médias disent toute la journée *"Faîtes l'amour !"*, l'église dit *"Non !"*.

Qu'on le veuille ou non : les jeunes ont des rapports sexuels. Mais le but de la société des parents et des politiciens devrait être : *"Si vous avez des rapports sexuels, protégez-vous !"*

Nous avons en Belgique une stabilisation des IVG chez les jeunes de 15 à 19 ans.

## ► Où les femmes obtiennent-elles leur contraception ?

Les femmes obtiennent leur contraception chez les généralistes et les gynécologues. Il existe aussi de nombreux plannings familiaux en Wallonie et à Bruxelles (108). Là, pour les consultations, les femmes doivent avoir la carte de sécurité sociale, ce que les jeunes n'ont pas toujours sur elles. Avec la carte, les consultations sont fort peu chères : 5,5 à 7,5 €. Sans la sécurité sociale, c'est 22,50 €.

Les tests de grossesse aussi coûtent de 3 à 7 €. La pilule du lendemain est gratuite, la première plaquette de pilule et quelques préservatifs aussi.

## ► Prix de la contraception en Belgique

Pour les jeunes, certaines pilules sont gratuites, mais toujours avec la carte de sécurité sociale. Des stérilets le sont aussi, ainsi que la contraception d'urgence. D'autres contraceptions sont moins chères ou non remboursées.

# Prix de la contraception en Belgique

- **Moins cher si < 21 ans (avec carte de la sécurité sociale)**

- **Gratuit**

- génériques de Mercilon, Marvelon, Meliane, Femodene, MG 30
- DIU cuivre génériques, NovaT et Multiload
- Contraception d'urgence au levonorgestrel

- **70% moins cher:**

- Cilest x 3                      3,46 euros (prix plein: 14,15)

- **40% moins cher:**

- Yasmin x 3                      20,02 euros (prix plein: 33,37)
- EllaOne                         17,94 euros (prix plein: 29,90)

- **20% moins cher:**

- Mirena:                         112,66 euros (prix plein: 140,83)
- Implanon                       114,87 euros (prix plein: 143,59)
- Evra x 9                         27,24 euros (prix plein: 34,05)
- Nuvaring x 3                    30,24 euros (prix plein: 37,80)

- **Non remboursé:**

- Diane x 3 : 24,03 euros; génériques: 10 euros

Marseille 2011

Après 21 ans, certaines pilules sont moins chères, ou non remboursées en Belgique (DIU hormonal notamment).

La Mutualité socialiste rembourse 40 euros par an pour toutes les contraceptions, mais il faut rentrer un formulaire et un numéro de compte. Pour les jeunes, c'est extrêmement difficile.

## Prix de la contraception en Belgique

- **Si > 21 ans (avec carte de la sécurité sociale)**
  - **Certaines pilules 20% moins cher** : Mercilon, Marvelon, Cilest, Minulet, MG 30
- **Pas remboursé**:
- nouvelles pilules: Yasmin, Yaz, Diane, Qlaira, Cerazette
- Patch, anneau vaginal
- DIU cuivre
- DIU hormonal
- Implant
- **Mutualité Socialiste**: rembourse 40 euro par an (tous les âges) pour pilules, anneau vaginal, patch, injectables
- DIU cuivre et hormonal, implant : max 120 euro en 3 ans
- **rentrer formulaire et numéro de compte!**

Marseille 2011

Avec toutes ces mesures, nous avons enregistré tout de même une augmentation de 10% de la prise de pilule chez les jeunes de moins de 20 ans.

### ► L'importance des parents

Contrairement à ce que dit M. Nisand, je pense que les parents sont extrêmement importants. On s'aperçoit, en Hollande également où il y a très peu d'IVG, que les adolescents venant de familles chaleureuses, avec une atmosphère d'ouverture concernant la sexualité, utilisent plus les préservatifs.

En Belgique, 80 % des adolescents déclarent que ce sont leurs parents qui paient leur contraception : nous avons de bons parents !

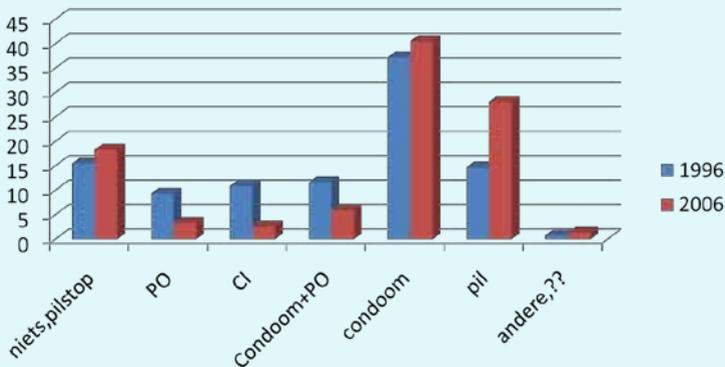
Cela ne veut pas dire que l'on va aller dans les détails de la sexualité. Mais si une adolescente peut mettre sa plaquette de pilules à côté de celle de sa mère, elle risque moins d'oublier et elle aura moins de conflits dans sa tête.

### ► Contraception avant l'IVG chez les jeunes

Avant l'IVG, chez les jeunes de moins de 18 ans, il y a eu entre 1996 et 2006 une nette augmentation des jeunes filles qui prenaient la pilule au moment où elles sont tombées enceintes, et ceci a encore augmenté.

## Contraception avant l'IVG (%) jeunes => 18 ans (%)

Kollektief Anticonceptie Gent: abortuscentrum Gent



Marseille 2011

### ► Peurs des adolescents et arrêt de la contraception

Pourquoi n'a-t-on pas de diminution des IVG alors que l'on enregistre une augmentation de prise de la pilule ?

En fait les adolescentes sont très peu tolérantes aux effets secondaires. 70 % d'entre elles pensent qu'elles vont grossir. Elles associent un effet secondaire banal, comme un saignotement lors de la prise de pilule, au risque d'infertilité ou à un danger pour sa santé. Elles ont peur d'être stérile à cause de la pilule etc.

Les Hollandais disent : *"Ni la pilule ni les autres contraceptifs ne te rendront stérile, mais les MST pourraient le faire. Si tu veux avoir des enfants plus tard, utilise le préservatif !"*

### ► Connaissances des jeunes concernant la fertilité et la contraception

- 6 % des jeunes pensent qu'on ne tombe pas enceinte la première fois
- 25 à 50 % ne savent pas que faire lors des oublis de pilule
- 87 % ne connaissent pas le délai d'utilisation de la contraception d'urgence
- 23 % pensent qu'une pilule du lendemain protège tout le cycle
- 18 % pensent que la contraception d'urgence est aussi efficace que la pilule
- 20 % pensent que la douche vaginale est assez efficace.

Je pense que si l'on faisait des enquêtes chez les femmes de 35 ans, ce ne serait pas beaucoup mieux !

On entend toujours que les jeunes n'ont pas assez de connaissances, mais les femmes adultes non plus. Et comme elles doivent aussi informer les jeunes, il faudrait les informer également.

### ► Les jeunes et la religion

Pour les jeunes femmes sexuellement actives issues de familles très religieuses, il est très difficile d'avoir une attitude préventive, parce que la contraception est par définition "le sexe avec préméditation".

Il y a des normes morales conflictuelles, une ambivalence par rapport à la sexualité et à la contraception.

Une jeune fille disait : *"Prendre une pilule tous les jours te rappelle tous les jours que tu vas faire quelque chose d'interdit", "Ta mère risque de trouver la plaquette, c'est trop risqué, donc on ne la prend pas"*.

Il est difficile d'utiliser la contraception correctement dans un climat d'interdits religieux.

### ► Pas de désir d'enfant, pas de contraception

En Belgique aussi, les rapports sexuels se font parfois sans contraception.

Cela concerne 16% des jeunes de 15 à 19 ans, et 10% des jeunes de première année d'université (moins de 20 ans).

Les Irlandais ont mené une étude là-dessus et ont interrogé les jeunes. (Irlande 2006 : crisis pregnancy agency & department of health and children, 18-24 ans). Les jeunes ont répondu à 10% qu'ils n'avaient pas de contraception lors du dernier rapport sexuel, pour les raisons suivantes :

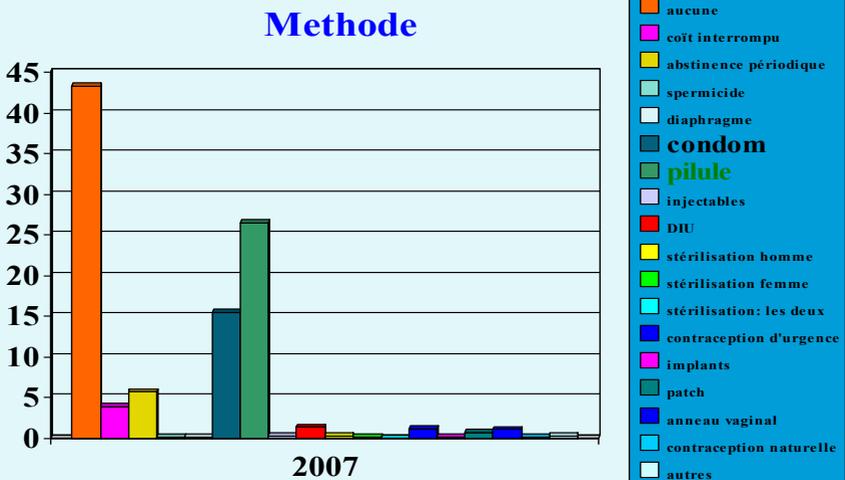
- alcool, joints, drogues : 20 %
- pas de contraception à portée de main : 18 %
- rapport sexuel non prévu : 16 %
- on n'y a pas pensé : 15 %

Donc lors de la fièvre du samedi soir, ce n'est pas toujours facile d'utiliser le préservatif.

## ► Méthode de contraception la plus utilisée lors de la grossesse accidentelle

Le graphique ci-dessous montre que très peu de femmes utilisent une contraception d'urgence après un rapport sexuel non protégé.

### Méthode de contraception la plus utilisée lors de la grossesse accidentelle : 2007



Marseille 2011

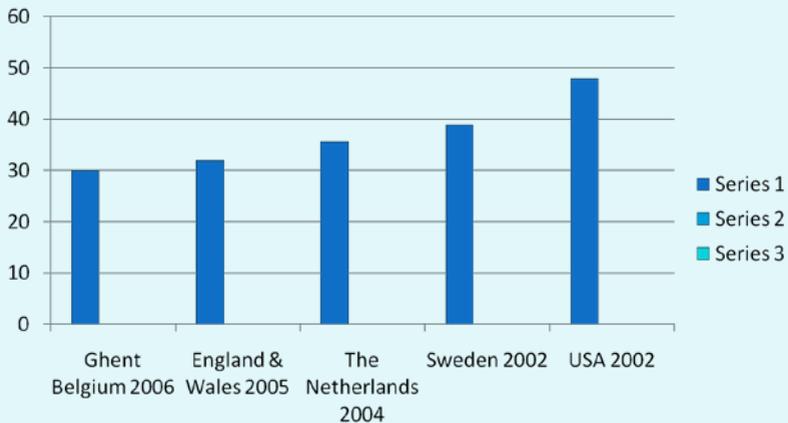
Commission Nationale d'Evaluation

Pourquoi la contraception d'urgence n'a pas été prise ? Elle est pourtant gratuite jusqu'à 21 ans, mais les femmes ne sentent pas le danger lorsque c'est "juste une fois". Elles pensent que ce n'est pas la peine, "je suis probablement infertile suite à toutes ces hormones !" Elles n'osent pas aller chez le pharmacien, "il va me prendre pour une pute !" "La contraception d'urgence c'est pour les jeunes, la ménopause arrive". "Une tonne d'hormones qui vont me rendre malade : ça ne peut pas être bon pour la santé".

## ► Les IVG répétitives

Parmi les femmes qui demandent une IVG, 30 % en Belgique a déjà eu une IVG.

### Parmi les femmes qui demandent une IVG: qui a déjà eu une IVG avant ( %) ??



Marseille 2011

Quelle est la définition des IVG répétitives : en un an ou en une vie ? En Russie, on parle d'IVG répétée lorsque 2 sont effectuées la même année.

Si une femme avait des rapports sexuels de 15 à 44 ans sans avoir d'enfants et sans jamais utiliser de contraception, elle aurait plus de 30 IVG au cours de sa vie : ceci veut dire que la plupart des femmes tentent d'éviter les grossesses non désirées, même si ce n'est pas toujours couronné de succès !

Il faut aussi savoir que 18 à 20% des femmes ayant des IVG répétées ne vont pas les signaler (Hawaii 1979 et USA 1996).

### ► Que savons-nous sur les IVG répétées ?

Les IVG répétées sont le fait de femmes qui ont plus de relations sexuelles. Certaines sont plus à risque de subir des violences physiques et sexuelles et d'avoir des MST (Fisher 2005 Canada).

Devant une femme qui fait des IVG à répétition, il faut se demander si elle n'a pas besoin d'aide par rapport à la violence physique et sexuelle parce que des statistiques montrent que les IVG répétées sont plus fréquentes chez les femmes ayant ce genre de problèmes.

Les IVG à répétition sont également plus fréquentes chez les femmes migrantes.

### ► DIU après IVG

Il a été prouvé que mettre une contraception intra-utérine juste après l'IVG diminuait le risque d'IVG répétée. Je crois que cela devrait être promu car 35 % des femmes ne reviennent pas pour une visite de contrôle.

### ► Le cas des mamans adolescentes

Pour une maman adolescente, éviter un deuxième bébé trop rapidement est capital pour son avenir socioprofessionnel. Si elle est bien entourée, elle va pouvoir rester à l'école, obtenir un diplôme et échapper à la précarité. Alors que souvent, avec un deuxième bébé, cela devient impossible.

## Conclusion

Au cours de sa vie, une femme belge sur 6 environ va interrompre un jour une grossesse. Contrairement aux idées reçues, en Belgique, c'est le groupe des jeunes adultes (20-29 ans) qui connaît une augmentation du nombre d'IVG et il est temps que l'on cible mieux les campagnes de prévention.

## Éliminer toutes les IVG ?

Nous ne pouvons pas éliminer toutes les IVG. Les échecs de contraception existent, tout comme les erreurs d'utilisation, les couples qui se séparent (une grossesse désirée au départ ne l'est plus).

L'IVG est un droit mais ce n'est pas une partie de plaisir, donc il vaut mieux tenter de les éviter. Il faut faire attention de ne pas encenser les femmes qui décident de garder une grossesse non désirée, car l'avenir des enfants non désirés n'est pas toujours rose. La parentalité responsable consiste parfois à interrompre la grossesse.

## ➤ **Contexte et prévention en Suisse**

**Françoise Méan, Université de Lausanne, Conseil de Fondation PLANeS,  
Formation continue UNIL-EPFL**

Je vais vous présenter un aperçu de la situation en Suisse, notamment en Suisse latine. Je parle en tant que membre du Conseil de Fondation PLANeS, qui est l'organisation faitière des services d'éducation sexuelle et de conseil en planning familial (que l'on appelle de plus en plus en Suisse conseils en santé sexuelle et reproductive et planning familial).

PLANeS dispose d'un mandat au niveau fédéral. Nous essayons de faire se rapprocher les prestations des deux régions. Vous savez que nous sommes un État fédéraliste, avec des cantons responsables et autonomes sur le domaine de la santé.

De formation biologiste, je suis ensuite conseillère en planning familial dans la région de Lausanne, et je m'occupe aujourd'hui de la formation des professionnels dans les domaines de l'éducation et du conseil.

## ➤ **Concept global de prévention**

Ce concept de prévention des grossesses non prévues en Suisse repose sur une politique de santé visant à limiter les interruptions de grossesse, en lien avec les IST. Les premiers centres de planning sont en effet apparus dans les années 60 et, depuis les années 80, on associe la prévention du Sida au travail de conseil. Chez nous, les centres de planning familial peuvent être médicalisés, mais ils ne font jamais d'interruptions. Cela se fait toujours en clinique, en hôpital, parfois en cabinet médical. D'autres n'offrent que le conseil.

Nous nous sommes battus depuis 40 ans pour mettre en place une synergie entre l'éducation à la sexualité ou information sexuelle et le conseil. Ceci grâce à une formation harmonisée des professionnels, une formation continue assez dense de deux ans (60 jours de cours et 30 de stage), pour des professionnels qui sont déjà infirmiers, psychologues, assistants sociaux, éducateurs...

Le concept repose aussi sur une éducation à la sexualité généralisée en milieu scolaire. Des intervenants externes, que nous formons, passent dans les écoles. Un choix privilégié qui permet aux élèves de s'exprimer plus librement. Ils interviennent à 3 ou 4 niveaux du cursus scolaire, en lien avec les différents stades de développement, en maternelle, en primaire et auprès des préadolescents.

Le nombre d'heures est restreint, mais les intervenants arrivent à aborder les sujets globalement. Appelés « éducateurs et informateurs en santé sexuelle », ils travaillent souvent en collaboration avec un site internet, [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch), site à l'attention des adolescents, dans les domaines qui les concernent, dont la sexualité.

Cette éducation sexuelle scolaire doit permettre des apports cognitifs et psychosociaux, des réflexions sur :

- la capacité d'entrer en relation avec l'autre, avec respect
- la limitation des comportements à risque
- la réflexion sur les normes et valeurs en jeu en matière de vie affective et sexuelle
- l'accès au conseil en santé sexuelle et au service personnalisé.

Parallèlement, le concept du conseil en santé sexuelle et reproductive a des dimensions d'accès bas seuil aux centres de santé sexuelle et reproductive et planning familial dans les villes (en Suisse romande : 23 centres pour 2,2 millions d'habitants et 7 cantons francophones) :

- conseil gratuit
- consultations médicales facilitées, avec des arrangements financiers possibles mais nulle part gratuites. Nous n'avons pas de sécurité sociale en Suisse, les assurances sont privées, ce qui peut être une difficulté puisque ce sont les parents qui paient les assurances. C'est pourquoi nous essayons de proposer des prix spéciaux aux jeunes s'ils ne veulent pas utiliser l'assurance de leurs parents :
- accueil sans rendez-vous en cas d'urgence
- contraception d'urgence, contraception post-coïtale à bas prix ou gratuite pour les jeunes selon les politiques cantonales
- contraception payante
- offre de tests de grossesse et de dépistage IST.

Les centres de planning sont encore trop connotés "femmes" et insuffisamment fréquentés par les hommes. Depuis que nous offrons les dépistages IST, nous avons plus de garçons.

### ► Taux moyen d'IVG en Suisse

Tout cela fonctionne assez bien. Le taux d'IVG est bas depuis une dizaine d'années : 7 pour mille femmes de 15 à 44 ans en 2004, 6,7 pour mille en 2007, 6,4 pour mille en 2009 (soit 10.137 IVG). Mais la Suisse, c'est tout petit !

Nous enregistrons cependant des diversités cantonales. Lorsqu'on regarde plus dans le détail, on se rend compte que les cantons urbains, comme Genève, Bâle, Lausanne, ont des taux plus élevés :

- Canton de Genève : 14 pour mille
- Canton de Vaud : 9,5 pour mille
- Canton de Bâle : 9,2 pour mille
- Canton du Valais : 5,1 pour mille
- Cantons ruraux : entre 1,6 et 5 pour mille.

## ► Prévention : où mettre l'accent ?

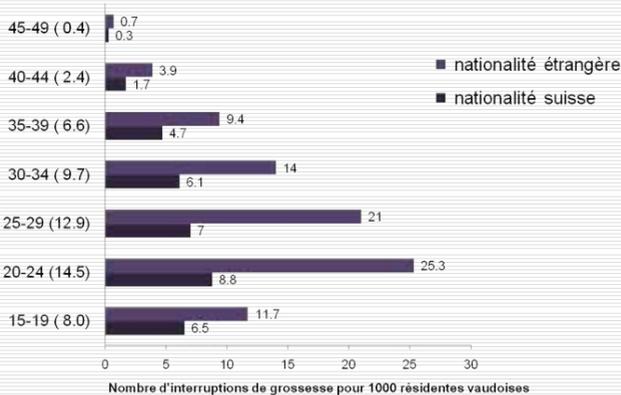
En 2009, en Suisse, 40 % des IVG ont été réalisées chez les femmes suisses, 60 % chez les femmes d'origine étrangère, alors qu'elles représentent 25 à 30 % de la population.

Pour mieux connaître le profil de ces femmes, nous disposons d'une étude centrée sur le canton de Vaud de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne, qui effectue un rapport chaque année sur l'évolution des IVG.

Les taux d'IVG sont plus élevés, quelle que soit la classe d'âge, chez les femmes d'origine étrangère, mais reste assez bas chez les jeunes, certainement grâce à l'éducation sexuelle.

### Taux de recours à l'IG en 2008 (1'307 IG ) parmi les résidentes vaudoises, par classe d'âge

Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2008-G.Meystre-Agustoni, Brenda Spencer



CRES PACA-27.1.2011

7

Si l'on s'intéresse aux caractéristiques sociodémographiques, toujours dans le canton de Vaud en 2008, on remarque que le statut des femmes au moment de l'IVG est très différent :

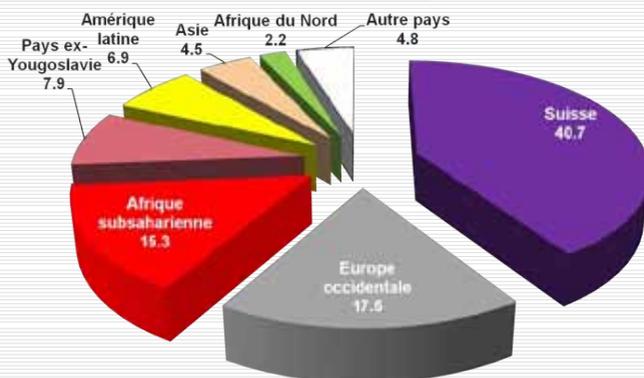
- chez les Suissesses : 70 % ont un niveau de formation supérieur et 62 % sont sans enfant, dans une situation plutôt privilégiée, voulant privilégier leur carrière, leur formation, leur liberté...
- chez les étrangères : une grande proportion est dans un statut beaucoup plus précaire, en galère, 16 % sont des clandestines, dans un état de précarité souvent lié à la prostitution, 38 % ont un permis B ce qui signifie qu'elles sont là depuis peu, un permis de travail mais peu valorisé, 57% n'ont fait que l'école obligatoire et 56 % ont déjà un ou plusieurs enfants.

## ► Les pays d'origine en 2008

Nous notons une grande variété des continents d'origine des femmes ayant eu une IVG dans le canton de Vaud en 2008. L'Afrique subsaharienne est notamment très représentée, comme en France.

### Continents d'origine 2008

Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2008-G.Meystre-Agustoni, Brenda Spencer



CRES PACA-27.1.2011

9

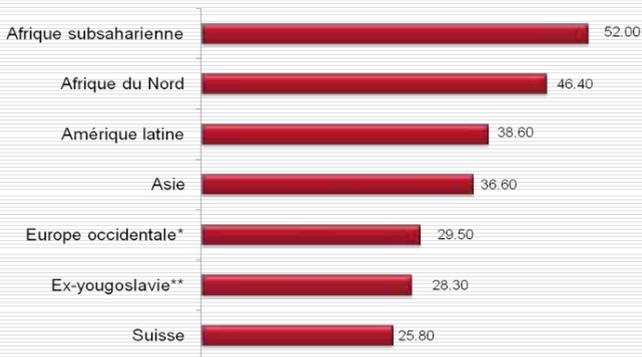
## ► Les interruptions de grossesse répétées

Regardons la proportion de femmes ayant déjà subi une IVG, par nationalité, en 2008. 52 % concernent les femmes d'origine d'Afrique subsaharienne, plus de 46 % les femmes originaires d'Afrique du Nord... contre environ 26 % des femmes suisses.

### IG Répétées

#### Proportion de femmes ayant déjà subi une interruption de grossesse par nationalité – 2008

Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2008-G.Meystre-Agustoni, Brenda Spencer



\* France, Allemagne, Grande-Bretagne, Portugal, Espagne, Italie

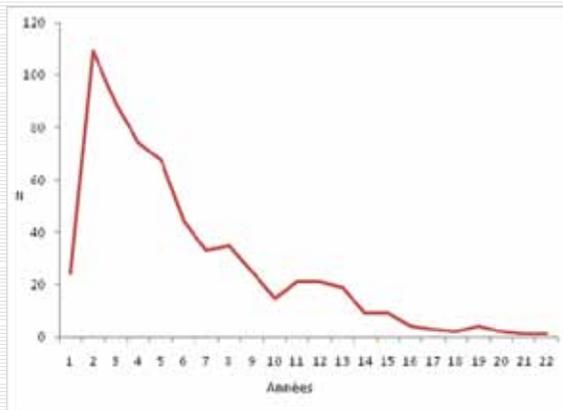
\*\* Croatie, Slovénie, Bosnie, Serbie, Macédoine, Monténégro

### ► Interruptions de grossesse chez les femmes ayant déjà un enfant

Nous constatons que quand une femme a déjà eu des enfants avant de faire une interruption de grossesse, elle a souvent accouché dans l'année qui a précédé l'IVG, voire dans la même année. En matière de prévention il faut mettre l'accent sur le counseling du post-partum et former le personnel de santé pour qu'il aborde cela partout où il peut. En périnatalité c'est important, les femmes sont souvent fragilisées, débordées par l'arrivée de l'enfant.

#### IG parmi les femmes ayant déjà un enfant ou plus - 2008 Années écoulées entre l'IG et le dernier accouchement

Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2008-G.Meystre-Agustoni, Brenda Spencer



CRES PACA-27.1.2011

11

### ► Stratégie fédérale 2008-2013

En termes de stratégie, l'Office fédéral Migration et Santé de Suisse a fait les mêmes constats que ceux du canton de Vaud :

- 25 à 30 % d'immigrées, avec un faible niveau de formation, une surreprésentation dans les branches à forte dépendance conjoncturelle, un taux de chômage de 6,6 %
- les étrangères avortent trois fois plus que les Suissesses

- une absence de contraception liée à des raisons financières, à la fragilité psycho-sociale, à des représentations négatives sur les méthodes disponibles, à des relations difficiles avec le partenaire, à un statut de séjour précaire
- des migrantes qui travaillent parfois dans l'industrie du sexe, en particulier les femmes venant des pays africains subsahariens (risques élevés de grossesses non désirées et d'IST).

L'Office fédéral propose une stratégie centrée sur l'égalité des chances, afin de donner un cadre et des perspectives aux jeunes et travailler en lien avec les communautés étrangères, au travers d'une approche intégrative.

Il s'agit de trouver parmi elles des personnes intéressées pour travailler dans la prévention qui seront formées à être des médiateurs culturels ou des médiateurs communautaires. Nous cherchons des personnes ressources dans ces groupes-cibles, prêts à être des multiplicateurs de messages de prévention dans les lieux où se rencontrent les communautés (sports, loisirs, églises, familles...), avec des interventions de proximité.

Il s'agit de travailler avec des outils simples basés sur l'oralité (création de spectacles de théâtre, récits...), réunions de cercles, groupes de discussion, travail avec de l'audiovisuel, des brochures, des flyers...

Il faut cibler les professionnels de santé pour développer leurs compétences à travailler avec les populations migrantes, via la formation continue. Il faut également que ces professionnels sollicitent et forment ceux qui travaillent dans l'interprétariat culturel, dans les entretiens, les consultations...

Site internet de Planes : [www.plan-s.ch](http://www.plan-s.ch)

## ► Questions de la salle

### **Brigitte Weiss, Vice-présidente de l'URAF**

Je voulais signaler deux choses. En matière de contraception, personne n'a évoqué la contraception naturelle, qui pourrait être exploitée, repose sur des bases scientifiques, est gratuite et efficace à 98,5%. Par ailleurs, en ce qui concerne les réponses aux grossesses imprévues, on a peut être écarté toutes les aides qui existent pour les femmes qui, malgré leur galère, voudraient garder leur enfant.

### **Pr Israël Nisand**

La contraception naturelle, c'est le meilleur moyen d'avoir des enfants quand on ne les souhaite pas et ça fomente un nombre d'IVG considérable. Soyons clairs.

### **Anne Verougstraete**

Je voudrais rajouter que la contraception naturelle est très fastidieuse. Les premiers mois on arrive à tenir, mais en général les grossesses surviennent car on n'a pas vraiment pu se tenir à ce schéma rigide : ne pas avoir de rapport quand on le souhaite c'est-à-dire au moment de l'ovulation.

### **Laurent Hervier**

Sur la thématique des grossesses précoces, des IVG chez les mineures, les méthodes naturelles impliquent une connaissance plutôt fine de son corps. Comment peut-on demander cela à une jeune fille de 15 à 17 ans ?

### **Pr Israël Nisand**

Je voudrais savoir Madame ce que nous proposons dans notre pays aux jeunes femmes qui se trouvent avec une grossesse imprévue. Quelles sont les aides ? Je veux bien qu'elles soient si nombreuses, mais alors j'aimerais les connaître, car nous ne faisons rien et c'est bien là le malheur !

### **Brigitte Weiss**

Il y a des associations qui proposent l'accueil des femmes en difficultés ou une liste des aides existantes. Je crois que l'isolement des femmes en demande d'IVG est assez terrible et mériterait des réponses.

### **Un volontaire en service civique à Unis-cité**

Je voudrais évoquer le rôle des parents dans tout ça. La jeunesse a un grand désir de liberté. Avoir une voiture, un logement, est compliqué. Pour la sexualité, il ne devrait pas y avoir de "caution solidaire" des parents pour payer les moyens de contraception. Cela devrait être totalement décloisonné de la sphère familiale, pour l'émancipation des jeunes. Les grossesses non désirées et l'IVG impliquent la crainte du regard de la famille. Les deux initiatives qui nous ont été présentées vont dans le bon sens.

### **La directrice du centre de planification d'Aix-en-Provence**

Je voudrais rappeler à l'attention des lycéens présents, sans vouloir faire la publicité du Conseil général, que dans les Bouches-du-Rhône il existe des centres de planification dans tout le département, avec accès gratuit, distribution de contraceptifs et de stérilets gratuits, aux mineures et aux majeures. On n'exige pas l'identité, ni la carte de sécurité sociale. Le département est très bien loti.

### **Dr Peggy Tréval, Conseil général de Vaucluse**

Nous accueillons les mineurs, c'est la loi, gratuitement, anonymement. Pour les majeures, si elles ont leur sécurité sociale ou celles de leurs parents, nous avons un système de bons de prise en charge, nous faisons une ordonnance et avons un accord avec les pharmaciens, qui nous envoient les factures. Donc la contraception est délivrée gratuitement si la personne ne veut pas que ses parents soient informés ou si elle est en grande précarité.

### **Anne Verougstraete**

En Belgique, c'est plus compliqué et pourtant nous avons moins d'IVG. Donc c'est sans doute une question de culture, d'éducation dans la famille, qui fait la différence.

## ➤ **Le numéro vert régional IVG contraception**

**Claire Ricciardi, Présidente du Mouvement Français pour le Planning Familial 13**

Le Mouvement Français pour le Planning Familial est une association qui a gardé un côté militant, mais qui a toujours été aussi une association de terrain.

Le Planning des Bouches-du-Rhône est important, avec 30 salariés, médecins pour les consultations, comédiens pour les interventions faisant appel au théâtre, conseillères pour l'écoute des personnes...

Le counseling, l'écoute des personnes, est le premier pilier du planning, avec la réduction des risques, et l'éducation populaire.

Nous avons également un regard différent sur l'IVG. Au Planning familial on ne fait pas d'IVG mais de l'orthogénie, c'est-à-dire de la planification, des consultations de contraception. L'interruption volontaire d'une grossesse non souhaitée est un droit précieux.

Le numéro vert IVG contraception pour la région PACA, le 0800 105 105, a été créé en juin 2000, d'après une circulaire émanant de la Direction Générale de la Santé, afin d'améliorer l'accès à l'IVG et diffuser l'information sur la contraception.

Il a été confié au Planning familial parce que c'est une association suffisamment solide, quoique fragile. Il fait partie de la mobilisation de la région PACA sur l'accès à l'IVG, dans un contexte de fermeture d'établissements et un taux d'IVG qui inquiète les autorités sanitaires.

Le recours à l'IVG suscite toujours une réaction très forte. C'est en effet un objet d'analyse paradoxal, à la fois la marque d'un progrès de civilisation - c'est le contrôle de l'état de Nature, la maîtrise de la taille de sa progéniture - et qui suscite en même temps la crainte de détruire un embryon de vie.

L'augmentation du nombre d'IVG est donnée comme un indicateur négatif de santé publique. C'est pourquoi nous sommes mobilisés aujourd'hui.

Au Planning, ce qui nous inquiète dans l'augmentation des IVG, c'est l'accès. Plus les IVG augmentent, plus il faut des structures pour accueillir et accompagner les femmes. Je remercie les personnes de la DRASS et de l'ARS aujourd'hui qui y veillent.

Parce que c'est un indicateur négatif, on est parfois tenté de reporter sur les personnes qui viennent demander une IVG l'irritation suscitée par une question collective. Une sorte de prévention par la réprobation, la culpabilité, qui fonctionne (on ne déclarera pas une deuxième IVG parce qu'on se ferait engueuler) et entraîne le recours à un autre praticien qui ne saura pas qu'on a déjà pratiqué une IVG.

Fort heureusement, il existe des services professionnels qui répondent aux demandes sans porter de jugement, mais nous recevons toujours des témoignages de femmes qui se sont fait éconduire vertement par des secrétariats de gynécologues, du fait que le médecin ne pratique pas ces actes, (c'est son droit), et sans donner d'adresse de recours (ce qui l'est moins).

Ou sur des médecins qui tiennent des discours que l'on croyait bannis : j'ai entendu parler de curetage sans anesthésie accompagné de " *Au moins elle n'y reviendra pas*".

Et nous avons au numéro vert des appels de femmes qui galèrent pour trouver un endroit pour avorter.

Je ne reviendrai pas sur ce qui fait qu'une femme a besoin d'une IVG, cela a été dit. Cela existe partout dans le monde. On choisit de ne pas avoir d'enfant, on est trop jeune, on n'a pas assez de ressources, on souhaite terminer ses études, on souhaite espacer les naissances, la relation avec le partenaire a pris fin ou est instable, la grossesse est dangereuse pour la santé, elle est le résultat d'un viol ou d'un inceste, les croyances sociales ou religieuses empêchent les femmes non mariées de porter un enfant...

Dans tous les pays où l'avortement est interdit - Brésil, Irlande, Pologne, Algérie... - cela ne le fait pas disparaître, cela le rend seulement clandestin et dangereux.

Et il y a dans le monde 19 millions d'avortements à risque par an, 70.000 femmes qui vont en mourir chaque année et des centaines de milliers qui vont supporter des blessures graves et irréversibles.

On comptait 1 décès par jour consécutif à un avortement dans les années 60 en France, deux par mois à la veille de la loi Veil, on en compte aujourd'hui moins de deux par an, c'est dire le progrès réalisé.

Il y a aujourd'hui en France environ 200.000 avortements par an, parce qu'aucune méthode de contraception réversible n'est efficace à 100 %. Voudrait-on d'une méthode efficace à 100% ? Où passeraient l'humain et le désir ?

Une femme sur deux sera confrontée à une grossesse non désirée. Deux grossesses non désirées sur trois sont suivies d'une IVG.

J'ai toujours l'air de faire un plaidoyer pour l'IVG. Il y a des IVG évitables. Nous devons agir sur l'information le plus précocement possible, mais aussi de façon renouvelée, sur les lieux de travail, de loisirs, de soins.

Se joue également l'égalité hommes-femmes. Dans les pays du Nord, il y a non seulement l'éducation aux plus jeunes âges de la vie, mais aussi une égalité hommes femmes très forte, ce qui joue.

Quelques mots sur la place de la maternité, cette expérience féminine, amie et ennemie à la fois. Comment ne pas être saisi d'effroi au moment d'accéder au statut de mère, de parent. Il faut travailler là-dessus. Une jeune fille qui a 16 ans et qui souhaite une grossesse, excusez-moi, mais personne ne lui dira que c'est bien pour elle. Il y en a qui le souhaitent et qu'il faut accompagner dans une grossesse, les autres c'est plus compliqué.

La médicalisation, les contraintes... les changements... La pilule autrefois était synonyme de libération, aujourd'hui c'est la contrainte. Il y a 30 ans on se cachait des parents, aujourd'hui dans certains milieux on se cache des parents et des copains, car c'est mal vu.

Ce n'est pas pour faire la morale, mais cette situation ambiante de culpabilisation de l'IVG, bien évidemment, on la retrouve au numéro vert, dans les permanences d'accueil, auprès des personnes qui travaillent en centres d'orthogénie. Il faut aussi parfois un contre-discours.

Le Planning familial participe à des actions d'éducation. La maîtrise totale de la fécondité est un objectif illusoire et il y aura toujours des grossesses qui ne peuvent se poursuivre. Nous nous félicitons qu'un service tel que les plateformes téléphoniques existent et sommes heureuses d'en avoir la charge.

### ► 3500 appels en 2009

Qui appelle le numéro vert ? Les femmes à 85 %, car la contraception reste une question de femmes. 40% des appelants ont de 18 à 25 ans, 30 % de 25 à 35 ans. Près de 80 % sont étudiantes ou en activité professionnelle.

Par ailleurs, 173 professionnels appellent par an. J'engage les infirmières scolaires à nous appeler avec les élèves.

Les motifs d'appel sont les suivants :

- l'IVG (50 % femmes, 40 % hommes)
- la contraception (20% femmes, 10 % hommes)
- le post IVG (1 %)
- les demandes d'IVG hors délai légal : 170 appels
- les difficultés d'accès : 10 % des appels.

On note le poids et l'angoisse qu'il y a sur la contraception, les questions relatives sont souvent le fait de femmes inquiètes.

Au numéro vert, nous essayons de nous renseigner le plus possible sur les ressources en PACA, et il y a des disparités.

### ► Disparités en PACA : les points noirs

Le Var représente un point noir dans notre région : il n'y a pas de réseau en place, les délais de rendez-vous sont très longs, notamment à Toulon, et il n'y a pas d'IVG en ville. Je viens d'apprendre que la maternité de la Seyne-sur-Mer, avec 1400 accouchements par an, donc pas une petite maternité, va fermer. Pour les IVG, les femmes de la Seyne-sur-Mer iront désormais je ne sais où.

Dans le Vaucluse, nous enregistrons ce que l'on appelle des "fins de délais légaux" : entre 12 et 14 semaines il est difficile dans ce département de trouver des places.

Dans les Bouches-du-Rhône, nous avons un problème avec le plus gros centre d'IVG de la région, car les anesthésistes refusaient les mineures sans les autorisations parentales. C'est en train de s'arranger. A Martigues aussi. Mais à Aix-en-Provence, aucun médecin ne fait d'IVG de ville.

Dans les Alpes-Maritimes des dépassements d'honoraires sont constatés.

Dans les Alpes de Haute-Provence, il n'y a pas d'IVG après 12 semaines d'aménorrhée.

Il y a peu d'appels de la part des Hautes-Alpes.

### ► Les IVG en Ville

Les IVG en ville représentent un signe de mobilisation des centres hospitaliers qui réalisent des IVG, car ces centres hospitaliers forment les médecins, créent un réseau, on vous en a parlé ce matin, et lorsque cela n'existe pas c'est problématique.

Dans les Alpes-Maritimes, énormément de médecins font des IVG en cabinets de ville, mais la majorité sont des gynécologues et ils demandent des honoraires élevés.

Dans le tableau ci-dessous, le nombre de médecins conventionnés pour les IVG en ville :

## IVG en ville

Département	Médecins conventionnés (2005) 2009		Numéro vert dont généralistes
Alpes Haute Provence	(0)	1	1 / 1
Hautes Alpes	(5)	7	3 / 3
Alpes Maritimes	(55)	60	25 / 6
Bouches du Rhône	(33)	36	25 / 17
Var	(7)	9	7 / 2
Vaucluse	(27)	27	9 / 2



## ► L'esprit du numéro vert

Le numéro vert est insuffisamment utilisé. Il est très connu dans les Bouches-du-Rhône où le planning familial est très présent, et où il y a le plus de population, mais moins dans les autres départements.

Quel est l'esprit du numéro vert ? Écouter, comprendre, permet de mieux accompagner et d'évoluer dans le respect de chacune et de chacun. La connaissance et le partenariat avec les lieux ressources facilite et améliore la prise en charge. C'est dans cet esprit que le Planning familial met en œuvre la plateforme téléphonique régionale 0800 105 105.

# 0800 105 105

Département	Appels sur le num vert 0800 105 105		Motif IVG 2009 / nbre ivg départ /2008
	2006	2009	
Alpes Haute Provence	15	21	8 / 585
Hautes Alpes	18	18	10 / 596
Alpes Maritimes	297	346	220 / 5279
Bouches du Rhône	1351	2003	1026 / 10 017
Var	196	267	130 / 4145
Vaucluse	148	138	71 / 2655
<b>Total PACA</b>	<b>2025</b>	<b>2667</b>	<b>1478</b>
<b>Hors PACA</b>	<b>522</b>	<b>799</b>	

Les financeurs font de gros efforts pour ce numéro vert mais il faudrait plus de publicité pour qu'il soit plus utilisé.

## ➤ **L'expérience du Carrefour santé jeunes à Nice dans l'accompagnement des mineures dans leur démarche d'IVG**

**Dr Muriel Couteau, médecin responsable des centres de planification des Alpes-Maritimes, service AME, Conseil général 06**

Merci aux organisateurs de me permettre de présenter cette expérience du Carrefour santé jeunes à Nice.

Je voudrais rappeler que dans les Alpes-Maritimes, nous avons 26 centres de planification, qui drainent en moyenne plus de 8.000 patients, essentiellement des femmes, et font en moyenne 15.000 actes médicaux par an.

Ce Carrefour santé jeunes est en fait l'évolution d'un centre de planification qui a été créé il y a une dizaine d'années pour permettre un meilleur accès à la santé et à la contraception des jeunes, dans des horaires qui leur convenaient, puisqu'en principe les centres de planification fonctionnent dans la journée.

Il s'agissait à l'époque de créer une consultation en horaires décalés le soir.

Puis cette structure a évolué pour devenir une consultation de santé globale, qui accompagne également les jeunes et en particulier les mineures dans leur démarche d'IVG.

Nous effectuons donc dans ce centre des consultations pluridisciplinaires, dans le cadre de prévention pour la santé des adolescents et jeunes adultes de 12 à 25 ans.

### ➤ **Principes de la structure**

Le principe de la structure est une approche globale de la santé des jeunes, avec un partenariat et une collaboration transversale avec de nombreux partenaires concernés par la santé des adolescents et des jeunes adultes.

Nous travaillons en réseau et depuis 2007 notre centre est devenu référent pour le centre des IVG du CHU de Nice en ce qui concerne l'accompagnement des jeunes.

### ➤ **Carrefour santé jeunes de Nice**

Carrefour santé jeunes se situe à Nice. La structure est très bien identifiée par les jeunes, d'accès facile aux consultations médicales et à l'accueil psychologique.

C'est un lieu ressource par la gratuité de la contraception qui y est effectuée pour les mineures et aussi pour les majeures au cas par cas, en fonction des possibilités financières.

Les demandes d'IVG représentaient 11 % de notre activité en 2009.

Au-delà, l'accès est possible pour les tests de grossesse, les bilans de dépistage des IST, la délivrance de la contraception d'urgence.

## ► Public accueilli

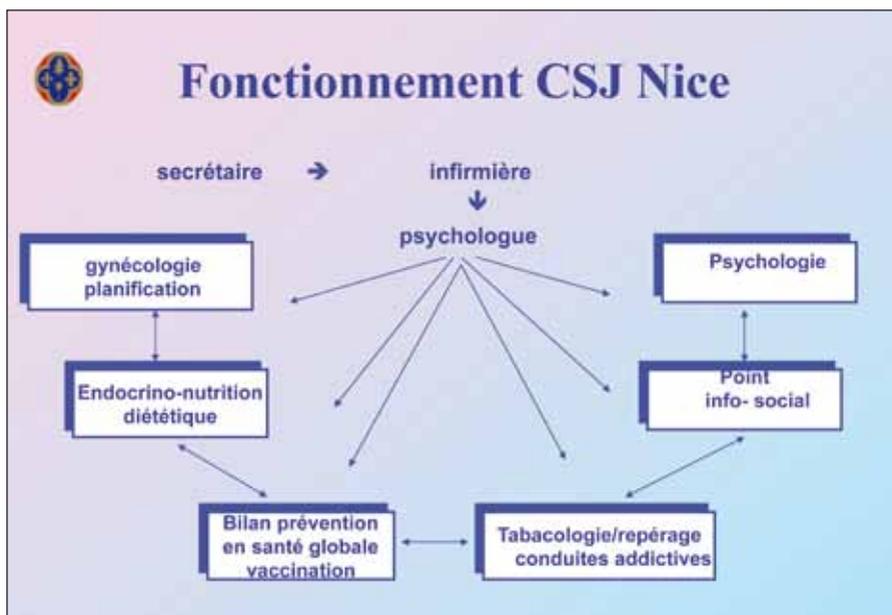
Il s'agit d'adolescents et jeunes de 12 à 25 ans, que ce soit des collégiens, des lycéens, des étudiants. Parfois des jeunes plus vulnérables, orientés par les foyers, la Protection judiciaire de la jeunesse, les missions locales, la Maison de l'adolescent, les équipes des secteurs médico-sociaux... Je dois dire que nous effectuons un gros travail de partenariat.

Les jeunes peuvent venir seuls ou à plusieurs, ou accompagnés de professionnels référents (éducateurs, infirmières scolaires...)

## ► Fonctionnement

Le fonctionnement du carrefour santé jeunes est coordonné par un médecin. Il participe aux actions de prévention en santé des jeunes développées par le service de PMI du Conseil général des Alpes-Maritimes. Il fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire médicale et psychologique. Il est ouvert 3 jours et demi par semaine (avec des horaires décalés). La confidentialité est requise et l'anonymat possible.

Le parcours de santé du jeune lorsqu'il rentre est le suivant : il est accueilli par la secrétaire, puis il rencontre l'infirmière. Lorsqu'il s'agit d'un premier accueil, le jeune est toujours reçu par une psychologue, ce qui fait l'objet d'un débat et d'un gros travail pour mettre en place ce travail d'accueil la première fois. La psychologue va dans cet entretien pouvoir aider le jeune à formuler sa demande et à s'exprimer.



Ensuite, le jeune est orienté vers les différentes consultations qui se trouvent au Carrefour Santé jeunes : en gynéco-planification, nutrition et diététique, santé globale et vaccination, tabacologie et repérage des conduites addictives, point info social...

### ► **Activité du Carrefour santé jeunes en 2009**

Notre activité en 2009 a concerné 994 jeunes (dont 50 % de nouveaux), et représenté plus de 5000 actes de santé, auprès de 35 % de mineures. En moyenne, 2,5 consultations par jeune et 1,3 entretien avec un infirmier par jeune, ainsi que 11 % de demandes d'IVG.

### ► **Données d'IVG dans le département**

Les IVG ont eu tendance à diminuer de 2007 à 2009. En 2009 nous en enregistrons pratiquement 5000.

En ce qui concerne les mineures, pour lesquelles nous avons vraiment une attention particulière, les IVG sont passées de 427 en 2007 à 256 en 2008. Malheureusement le chiffre de 2009 ne nous a pas été communiqué.

Au CHU de Nice, le nombre d'IVG chez les mineures s'élevait à 273 en 2007, à 133 en 2008 et à 122 en 2009.



## Données IVG 06

	TOTAL	MINEURES	CHU NICE	CSJ NICE
2007	5549	427	273	37
2008	5131	256	133	33
2009	4829	non communiqué	122	38

Et dans l'accompagnement des IVG au Carrefour santé jeunes, une petite quarantaine de cas, un chiffre stable de 2007 à 2009.

### ► L'évolution des demandes d'IVG au Carrefour santé jeunes

Elles étaient de 80 en 2007, de 94 en 2008, de 96 en 2009 et de 116 en 2010, avec une proportion stable pour les mineures et en évolution pour les majeures.

Nous ne constatons pas au niveau des demandes au Carrefour santé jeunes un pic des IVG durant l'été. Le recrutement est relativement régulier.



## Demandes IVG au CSJ

	MINEURES				MAJEURES			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
JANVIER	4	3	3	4	4	5	2	9
FEVRIER	5	1	4	2	2	8	4	7
MARS	4	6	5	2	1	3	6	12
AVRIL	0	1	0	6	6	4	4	6
MAI	5	2	6	0	3	2	6	4
JUIN	3	2	3	3	6	3	4	6
JUILLET	4	3	7	5	4	3	4	5
AOUT	0	2	3	2	6	6	9	6
SEPTEMBRE	4	2	2	0	2	10	4	11
OCTOBRE	3	5	2	1	4	9	8	7
NOVEMBRE	0	5	1	4	0	5	4	6
DECEMBRE	5	1	2	2	5	3	3	6
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>61</b>	<b>58</b>	<b>85</b>

### ► Les demandes d'IVG chez les mineures en 2009

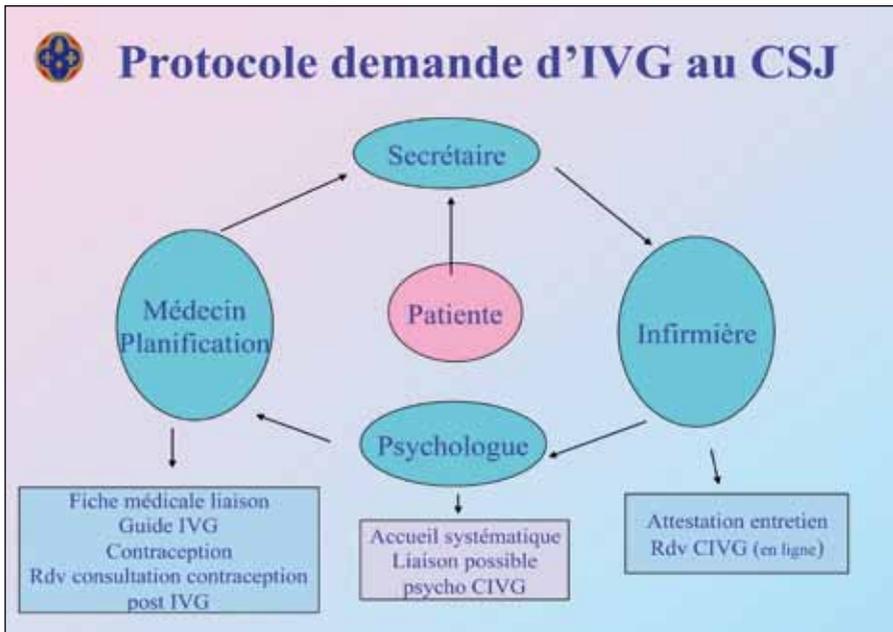
Un tiers des mineures faisant une IVG au CHU de Nice viennent du Carrefour santé jeunes (38 sur 122). La grande majorité (85 %) a plus de 16 ans, ce qui correspond à l'âge du premier rapport sexuel. 90 % de ces jeunes ont un examen médical avec un dépistage systématique à l'infection uro-génitale à chlamydia. Cela nous paraît important pour ces jeunes filles en démarche d'IVG, dans la mesure où nous enregistrons une prévalence de 6 %, pour leur fertilité ultérieure.

Ces jeunes bénéficient d'un entretien psychologique pré-IVG systématique, qui est accepté par toutes. 42 % des parents sont informés de la démarche d'IVG des jeunes.

Nous orientons les jeunes filles dans 90 % des cas vers le centre d'IVG du CHU de Nice. En fonction du terme de la grossesse, la méthode dans 80 % des cas est chirurgicale. Ce qui montre qu'il y a un retard à la révélation de la grossesse pour la jeune fille.

### ► Protocole de demande d'IVG au Carrefour santé jeunes

La patiente arrive et suit ce parcours : la secrétaire => l'infirmière formée au conseil conjugal et familial, remet l'attestation d'entretien obligatoire, centre d'IVG => la patiente va ensuite voir la psychologue, qui peut proposer une liaison avec la psychologue du centre d'IVG => puis le médecin qui remet une fiche médicale de liaison pour le centre d'IVG, le guide IVG obligatoire, lui prescrit une contraception de post-IVG, lui donne un rendez-vous de consultation de contraception post-IVG.

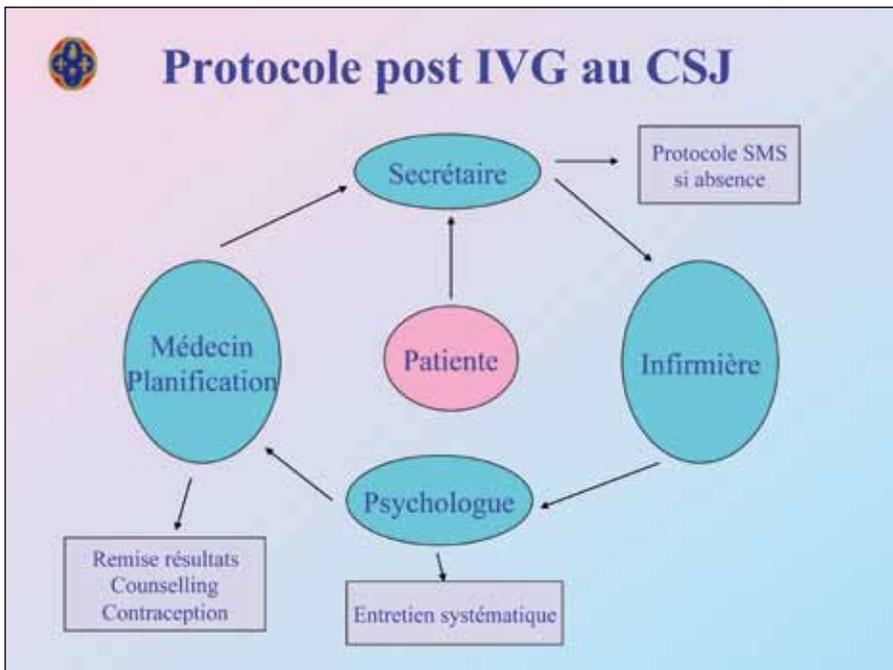


### ► Protocole post-IVG au Carrefour santé jeunes

Une fois l'IVG faite, la jeune fille revient au Carrefour santé jeunes et refait le parcours. Si elle ne vient pas (la moitié des cas), la secrétaire, via des SMS, avec l'accord des jeunes, va la relancer par un mot sur son portable pour lui rappeler la consultation.

Elle revoit systématiquement la psychologue, pour faire le point sur ce qu'elle a vécu lors de cette IVG et formuler des choses qui ont pu être douloureuses.

Le médecin revoit la patiente et effectue une consultation de mise au point de sa contraception.



### ► Devenir des patientes mineures

Sur les 38 jeunes filles mineures que nous avons vues en 2009, la moitié ont été revues en consultation contraception. Toutes celles qui sont revenues ont vu la psychologue.

Environ la moitié (17) ont été perdues de vue et 5 ont été suivies ailleurs (2 ont quitté le département, il y a eu une grossesse qui s'est poursuivie et 2 fausses couches).

## ► Le partenariat

Cette diapositive illustre le partenariat que nous avons mis en place, très fédérateur et nécessaire dans notre travail en réseau. Nous y retrouvons la médecine hospitalière, la médecine préventive (universitaire, Éducation nationale), la commune de Nice, les équipes de secteur, la PJJ, le réseau parentalité et la médecine libérale.



➤ **L'exemple de l'atelier santé ville de Digne-les-Bains, un projet partenarial pour prévenir les grossesses non désirées**

**Edwige Esmiol, chargée de projet,**

**Marie-Laure Kergadallan, coordinatrice, ASV de Digne-les-Bains**

**Marie-Laure Kergadallan**

Le projet que nous allons vous présenter vise à réduire les grossesses non prévues des adolescentes et des femmes en situation de vulnérabilité. Je vais vous exposer le cadre de ce projet et laisserai Edwige Esmiol vous en expliquer les aspects techniques.

➤ **Le contexte**

La thématique des grossesses non prévues était une thématique inscrite au Plan local de santé publique de la Ville de Digne-les-Bains, et c'est dans ce cadre que la ville a été retenue par la Direction générale de la santé dans le cadre d'une expérimentation pour observer l'articulation et la contribution des politiques territoriales de santé au développement des politiques régionales de santé.

Ce dispositif expérimental a été développé grâce au financement du GRSP, l'ARS aujourd'hui.

➤ **Problématique des grossesses non désirées chez les jeunes filles de moins de 25 ans**

Le projet répond à un besoin local puisqu'il était déjà identifié dans le Plan local de santé publique de Digne-les-Bains, établi à partir d'un diagnostic objectif de données de santé (objectif opérationnel de l'axe 3 du PLSP).

Nous avons repéré sur la ville de Digne en 2006, lors du diagnostic, que 40 % des IVG réalisées au centre hospitalier de Digne étaient réalisées chez les jeunes filles de moins de 25 ans, ce qui questionnait sur leur niveau d'information.

Par ailleurs, ce diagnostic a été abondé par un diagnostic de perception réalisé avec les professionnels de terrain autour d'un défaut de partenariat dans le cadre de la prévention, de la prise en charge des grossesses non prévues et d'information sur la contraception.

Dans un troisième temps, un diagnostic réalisé auprès des jeunes a fait état d'une méconnaissance du corps et de son fonctionnement.

Suite à la commande de la DGS, nous avons observé ce qui était financé dans le département dans le cadre du Plan régional de santé publique, dans le programme 9 "Contraception". Nous avons 1, 2, voire aucun projet, et quand il y en avait un il n'était pas partenarial. Nous avons donc choisi de travailler à l'amélioration du partenariat autour des grossesses non désirées, sur le public recommandé par la DGS des adolescentes et femmes en situation de vulnérabilité, et avec le réseau local.

## Edwige Esmiol

Le projet a été construit à partir des constats et des demandes des professionnels du secteur, avec pour objectif général de favoriser la diffusion d'une information objective, cohérente et adaptée relative à la contraception auprès des adolescentes et des femmes en situation de vulnérabilité.

Les objectifs intermédiaires étaient les suivants :

- coordonner les pratiques des professionnels médicaux et paramédicaux, pharmaciens et acteurs de prévention
- développer des actions partenariales relatives à la contraception auprès des professionnels relais et des publics cibles.

Les objectifs opérationnels consistaient à :

- permettre le rapprochement et la collaboration des professionnels intervenant auprès des publics
- développer trois actions partenariales d'information-formation à l'attention de professionnels relais, d'adolescentes et de femmes en situation de vulnérabilité.

### ➤ Première partie du programme

La première partie du projet s'est articulée autour du premier objectif opérationnel du projet, pour permettre la collaboration des professionnels.

Dans ce but, 6 demi-journées de travail ont été organisées, autour des thèmes suivants :

- un état des lieux sur la situation de l'IVG, des professionnels et structures ressources du territoire
- une analyse des pratiques professionnelles
- une analyse des pratiques partenariales
- une réactualisation des connaissances sur les moyens de contraception
- la définition d'un référentiel d'intervention commun
- la création d'un outil de liaison entre les acteurs.

### ➤ Participants

Plusieurs catégories de professionnels et institutions ont participé :

- les 2 sages-femmes libérales du bassin dignois
- le centre de planification et d'éducation familiale du Conseil général 04
- des éducatrices de santé (CoDES et Mutualité Française)
- 2 pharmaciens
- la sage-femme cadre du centre hospitalier de Digne-les-Bains (secteur mère-enfant)
- une infirmière du CFA
- l'Éducation nationale représentée par l'infirmière conseillère auprès de l'Inspection d'Académie.

### ► Boîte à outils partenariale

Ces séances ont permis d'aboutir à la création d'une boîte à outils partenariale, un outil pratique pour travailler en réseau ou en partenariat, de manière à améliorer l'accès à une contraception adaptée pour toutes les femmes et prévenir les situations de grossesses non prévues.

Cette boîte à outils a pour objectifs de permettre aux professionnels d'assurer un service continu, cohérent, complet et identifié, afin d'apporter une réponse adaptée au moment où le besoin se fait ressentir. Il s'agit de constituer comme une chaîne de professionnels dont les activités individuelles et collectives vont s'articuler entre elles et se relayer de manière à répondre en continu aux demandes.

### ► Public de l'outil

Cet outil contient des informations spécifiques utiles à la pratique spécialisée des professionnels médicaux et paramédicaux, des pharmaciens et des acteurs de la prévention qui œuvrent dans le champ de la contraception et de la prévention des grossesses non désirées.

### ► Contenu de l'outil

La boîte à outils comprend une charte des valeurs partagées, c'est-à-dire que les professionnels impliqués dans la création de cet outil ont souhaité partager des valeurs qu'ils estiment essentielles pour l'accompagnement des personnes vers une contraception adaptée et dans la construction d'une réponse partenariale continue.

Ils ont rédigé une charte à laquelle chaque professionnel peut adhérer s'il le souhaite, avec également :

- la description du rôle de chaque structure et professionnel ressource
- une synthèse des missions de chacun, la liste et les coordonnées
- une liste des ressources documentaires et pédagogiques disponibles, ainsi que les lieux de diffusion
- une présentation des différents moyens de contraception et des textes réglementaires essentiels c'est à dire certains articles du Code de santé publique.

### ► Deuxième partie du programme

En ce qui concerne l'objectif opérationnel qui était de permettre le rapprochement et la collaboration des professionnels intervenant auprès des publics, les participants ont beaucoup regretté l'absence des médecins, avec lesquels ils espéraient fortement créer un partenariat.

Il a donc été entendu que les médecins seraient invités à participer sous une autre forme, plus compatible avec leurs obligations professionnelles, ce qui nous permettrait de leur présenter un projet déjà initié auquel ils pourraient se fédérer et de discuter sur leurs attentes et leurs besoins.

Une réunion d'information et de concertation est prévue début février 2011 avec les médecins généralistes et gynécologues.

Le deuxième objectif opérationnel, qui consiste à mettre en place trois actions partenariales d'information/formation, démarre. Nous réfléchissons à trois projets, dont l'un parlera certainement de la légitimité des travailleurs sociaux à aborder le sujet et comment le faire, un autre sur la prise en charge de la contraception par les adolescents, et puis des flyers d'information qui pourraient être distribués lors de la délivrance de contraceptifs en pharmacie sur une ordonnance périmée, puisque les pharmaciens font état de difficultés par rapport à cette pratique.

### ► Les leviers

Quels ont été les leviers à la participation au projet ? D'abord, le diagnostic localement partagé, et la problématique reconnue par les professionnels concernés. Une forte volonté des acteurs de travailler ensemble pour optimiser les pratiques préventives. Et dans le département les acteurs de terrain sont peu nombreux donc c'est plus facile de réunir.

En ce qui concerne les leviers pour le partenariat, ces 6 demi-journées de travail ont permis aux acteurs de se connaître personnellement entre eux, de voir leur motivation. Le fait de voir un réseau qui se crée, avec un outil adapté à la demande, un premier résultat tangible du partenariat a également été positif.

Tout comme la motivation de certains professionnels, certains ont été très assidus et cela a été moteur pour les autres. Ainsi que la richesse des échanges entre professionnels.

### ► Les freins

Les freins à la participation au projet ont été l'organisation en 6 demi-journées, ce qui est apparu lourd professionnellement et financièrement.

Et puis l'implication des professionnels médicaux n'est pas rémunérée pour les actions de prévention. Les freins au partenariat : l'absence des médecins, les difficultés relationnelles entre certains acteurs ou institutions (concurrence ou manque d'affinités personnelles ou professionnelles), et puis certains professionnels préfèrent travailler seuls.

---

## ► Questions de la salle

---

### Dr Brigitte Reboulot, *directrice du CRIPS*

Je voudrais apporter une information qui concerne particulièrement les personnels de l'Éducation Nationale.

La plupart des établissements scolaires se sont dotés de logiciels de contrôle parental pour éviter que les élèves ne consultent des sites pornographiques en particulier.

En 2005, le Ministère de l'Éducation nationale a signé une convention avec la société Optenet, qui commercialise et diffuse ce logiciel, lequel empêche l'accès au site internet du Mouvement français pour le Planning familial, et également toute recherche sur un moteur de recherche sur le terme "IVG".

Ce n'est pas anodin et ce n'est pas un hasard. Les responsables de la société Optenet sont aussi des éditeurs des publications de l'Opus Dei.

Est-il possible de communiquer autour de cette information ?

---

## CONCLUSION

---

### **Danielle Marquis, responsable du département Prévention, Agence Régionale de Santé PACA**

Je voudrais, dans une conclusion rapide, remercier les organisateurs, les intervenants et aussi tout particulièrement le public qui a largement contribué à la richesse de ce colloque.

Ce colloque a permis des échanges entre les différentes catégories de professionnels, de connaître les expériences menées dans d'autres régions ou d'autres pays et d'entendre les questionnements des jeunes.

Norbert Nabet l'a dit ce matin, l'ARS est en train de se doter, en liaison avec ses partenaires, du Projet Régional de Santé, document stratégique, qui sera l'outil de la politique régionale de santé.

L'ensemble des interventions et remarques de cette journée viendront alimenter les réflexions et travaux qui seront menés à 2 niveaux :

- d'abord, dans le cadre de l'élaboration des schémas et notamment du schéma régional de prévention, qui sera soumis à l'avis de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie à la fin mai 2011
- ensuite, dans le cadre de l'élaboration des programmes opérationnels de mise en œuvre des actions qui seront finalisés à l'automne.

Compte tenu du calendrier, mai et automne 2011, les réflexions développées aujourd'hui contribueront donc, très rapidement et très directement, aux nouveaux documents de programmation régionale.

---

## Annexes

---

### Sélection bibliographique

#### Articles, dossiers, ouvrages, rapports disponibles au CRES sur la thématique du colloque

I - IVG : des progrès mais un taux encore trop important et une prise en charge hétérogène	p.110
II - Contraception : un taux parmi les plus élevés au monde mais une inadéquation des méthodes	p.115
III - Désir d'enfant et grossesse de l'adolescente	p.119
IV - Éducation à la sexualité : des actions indispensables à l'école et au-delà et des campagnes à renouveler	p.122

*Pour consulter ces documents :*

*Contacts : Nathalie Cornec, Gaëlle Lhours, Stéphanie Marchais, documentalistes au CRES,  
Tél. : 04 91 36 56 95, mail : cres-paca@cres-paca.org*

#### → Synthèse

En 2007, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont concerné 227 000 femmes (métropole et Outre-mer) dont 207 500 en établissement et 19 500 en cabinet libéral de ville. Plus de 15 000 IVG ont été pratiquées sur des mineures et 96 000 sur des jeunes filles de 16 à 25 ans. Au total, près d'une IVG sur deux (46 %) est le fait d'une jeune fille de moins de 25 ans. Si depuis quelques années le nombre d'IVG est relativement stable, autour de 14 pour 1000 femmes, il augmente régulièrement parmi les mineures et les jeunes femmes de moins de 20 ans (évolution continue à la hausse de 8,9 pour mille à 11,5 pour mille entre 2002 et 2006).

Le paradoxe français est souvent souligné : forte utilisation de méthodes contraceptives assortie d'un taux élevé et stable d'IVG, le tout dans un contexte de fécondité particulièrement dynamique. Selon le rapport sur la santé des femmes en France, cette situation résulte d'un double mouvement : d'un côté, on enregistre une baisse des échecs de contraception et des grossesses non prévues grâce à la diffusion des méthodes médicales de contraception (environ 40 % des grossesses étaient qualifiées d'imprévues en 1975 contre 30 % aujourd'hui), de l'autre,

on observe une augmentation de la probabilité d'avoir recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue (40 % des grossesses non prévues étaient interrompues par une IVG en 1975 et plus de 60 % aujourd'hui). Cette augmentation de la probabilité d'interrompre une grossesse non prévue traduit une évolution sensible de la norme procréative, c'est-à-dire des conditions socialement définies pour devenir parents au bon moment. Ainsi la stabilité des taux globaux d'IVG masque deux processus opposés. Cette explication ne vaut toutefois pas pour le recours anormalement élevé à l'IVG des très jeunes filles d'une part (la grossesse de l'adolescente pourrait avoir plusieurs significations : expression d'un désir de reconnaissance ou vérification de la capacité de fécondité et qu'elle pouvait être ou non désirée, voire faire l'objet d'un déni), des femmes de tous âges dans les collectivités territoriales ultramarines d'autre part.

Il faut également souligner que la place de l'IVG dans le système de soins n'est pas encore normalisée. Les femmes concernées peuvent être confrontées à des attitudes culpabilisantes de la part de certains personnels si l'éthique du service ne reconnaît pas la prise en charge de l'IVG comme une activité médicale à part entière et l'intégration de l'IVG dans l'offre de soins repose sur des bases fragiles qui menacent de se restreindre tant en termes d'établissements que d'équipes et de choix techniques

Une autre donnée amène à s'interroger, en particulier en termes d'information et d'éducation sexuelle : seul un peu plus du tiers des femmes (sans différence majeure selon le groupe d'âge) ayant eu recours à une IVG en 2007 n'utilisait aucune contraception. À contrario, plus de 60 % utilisaient une méthode contraceptive dont 30 % médicale (pilule essentiellement) et le reste non médicale (préservatif, retrait etc.). Les causes évoquées de survenue de la grossesse sont essentiellement des oublis (44 % des cas) et des erreurs ou accidents (préservatif déchiré, mauvais calcul de dates...).

Les enquêtes régulières sur l'évolution du contexte de la sexualité en France (dernière exploitation en 2008) ne montrent pas d'évolution marquée dans le sens d'une plus grande précocité du premier rapport sexuel par rapport à 2000 (17,6 ans pour les filles et 17,2 ans pour les garçons). En revanche, ces dernières années se caractérisent par une augmentation importante et régulière de l'utilisation du préservatif lors de ce premier rapport (près de 90 %). Cette évolution atteste de l'efficacité des politiques de prévention engagées autour des questions de sexualité (y compris protection contre les pathologies sexuellement transmissibles).

Pour autant, l'amélioration de la perception des risques se heurte d'une part, à la persistance d'inégalités sociales fortes dont témoigne la moindre propension des personnes les moins diplômées à utiliser le préservatif au premier rapport sexuel ou à se faire dépister pour une Infection sexuellement transmissible (IST) d'autre part, à une méconnaissance des différentes méthodes de contraception et de leur utilisation (condition de l'arrêt de l'utilisation du préservatif au profit d'une autre méthode de contraception, en particulier lorsque la relation s'installe dans la durée).

Ainsi que le souligne le rapport sur la santé des femmes en France, si le manque d'informations ou de connaissances apparaît particulièrement marqué chez les très jeunes femmes, c'est surtout la non reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains milieux sociaux, qui rend problématique leur inscription dans une démarche contraceptive.

L'IVG n'est pas non plus l'exclusivité d'une population « à risque » aux caractéristiques bien définies qui y aurait recours de façon répétée. Tous les professionnels rencontrés par la mission dans les services de gynécologie, d'obstétrique et d'orthogénie soulignent l'existence d'une seule et même population : les femmes demandeuses d'IVG à un moment donné seront ou ont été leurs parturientes à une autre phase de leur vie.

Il ressort que le recours à l'IVG ou la pratique de la contraception ne sauraient être envisagés comme des actes isolés mais doivent être appréhendés comme des éléments d'un processus d'ensemble et comme des étapes d'un continuum qui conduit de la première information sur la sexualité à la pratique d'une activité sexuelle, accompagnée ou non d'une couverture contraceptive adaptée, et à une éventuelle demande d'IVG au cas où survient une grossesse non désirée.

HENON Dominique

### **La santé des femmes en France**

Référence : *Conseil économique, social et environnemental, 2010/07/07, 106 p.*

<http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/doclon/10092716.pdf>

DANET Sandrine, OLIER Lucile

La santé des femmes en France

Référence : *La Documentation française, 2009, 285 p.*

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santefemmes/santefemmes.htm>

## **I - IVG : des progrès mais un taux encore trop important et une prise en charge hétérogène**

### **Article**

MORGNY Cynthia, TAQUE Robert, FROMAGET Jean

### **Interruptions volontaires de grossesse. Tenter de comprendre la répétition**

Référence : *ADSP*, n° 53-54, 2005/03, pp. 106-110

### **Article**

PRUDHOMME Muriel

### **En cas de pépin mais pas seulement. Les CPEF, lieux de parole et d'accompagnement**

Référence : *L'École des parents*, hors-série n° 2, 2005/09, pp. 35-37

### **Article**

VILAIN Annick

### **Les interruptions volontaires de grossesse en 2007**

Référence : *Études et résultats*, n° 713, 2009/12, 6 p.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er659.pdf>

### **Article**

VILAIN Annick

### **Les établissements et les professionnels réalisant des IVG**

Référence : *Études et résultats*, n° 712, 2009/12, 6 p.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er712.pdf>

### **Article**

FIQUET Bénédicte

### **L'IVG, encore et toujours un parcours d'obstacles**

Référence : *Gazette santé social*, n° 62, 2010/04, pp. 16-17

### **Article**

### **Près de 22 900 IVG pratiquées en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005**

Référence : *Infostat*, n° 5, 2007/10, 6 p.

Cette publication présente un état des lieux des IVG pratiquées dans la région. Elle fournit des données sur le taux de recours à l'IVG et le nombre, le type d'établissement de l'intervention et sur le recours à l'IVG médicamenteuse. Les caractéristiques des femmes ayant recours à l'IVG sont aussi décrites par tranches d'âge.

[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Pages\\_partie\\_1de\\_Infostat\\_5-2.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Pages_partie_1de_Infostat_5-2.pdf)

### Article

BAJOS Nathalie, LERIDON Henri, JOB-SPIRA Nadine

#### **La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentation et premiers résultats de l'étude Cocon. Dossier**

Référence : *Population*, vol. 59 n° 3-4, 2004/05, pp. 407-517

Présentation de la méthode utilisée et des résultats d'une enquête dénommée Cocon, menée sur 5 ans, pour connaître l'évolution des pratiques contraceptives, les circonstances des échecs de contraception, les facteurs décisionnels pour choisir de mener à terme une grossesse non prévue, les filières d'accès aux soins pour une IVG, les effets sur la santé des méthodes contraceptives utilisées et des méthodes d'IVG.

<http://www.cairn.info/revue-population-2004-3.htm>

### Article

BAJOS Nathalie, MOREAU Caroline, LERIDON Henri

#### **Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?**

Référence : *Population et sociétés*, n° 407, 2004/12/01, 4 p.

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/11171/telechargement\\_fichier\\_fr\\_public\\_pop.et.soc.francais.407.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/11171/telechargement_fichier_fr_public_pop.et.soc.francais.407.pdf)

### Article

REGNIER-LOILLIER Arnaud, LERIDON Henri, CAHEN Fabrice

#### **La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ? Dossier**

Référence : *Population et sociétés*, n° 439, 2007/11, 8 p.

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/15892/telechargement\\_fichier\\_fr\\_public\\_439.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/15892/telechargement_fichier_fr_public_439.pdf)

### Article

Observatoire régional de la santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)-U 379

#### **Sexualité, contraception et IVG chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Référence : *RepèreSanté*, n° 10, 2006/10, 4 p.

[http://www.se4s-orspaca.org/syntheses\\_resultats/pdf/06-SY11.pdf](http://www.se4s-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/06-SY11.pdf)

### Article

BAJOS Nathalie, MOREAU Caroline, FERRAND Michèle

#### **Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative**

Référence : *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 51 n° 6, 2003/12, pp. 631-647

### **Article**

MOREAU Caroline, BAJOS Nathalie, BOUYER Jean

#### **Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France**

Référence : *Revue médicale de l'Assurance maladie*, vol. 36 n° 1, 2005/01/01, pp. 77-87

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/L\\_acces\\_a\\_IVG.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/L_acces_a_IVG.pdf)

### **Ouvrage**

RONDOT-MATTAUER Bernadette

#### **Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens. Un autre regard dans l'accompagnement psychologique**

Référence : *Erès*, 2003, 192 p.

L'auteur témoigne ici de sa pratique de clinicienne à l'écoute de femmes de tous horizons qui se voient dans l'obligation sociale ou psychique d'interrompre leur grossesse.

### **Rapport**

POLETTI Bérengère

#### **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. Rapport n°1026**

Référence : *Assemblée nationale*, 2008/10, 41 p.

Dans ce rapport, la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale s'inquiète des difficultés d'accès à l'IVG et s'interroge sur la contradiction entre le taux élevé de l'usage de la contraception et un nombre d'IVG en stagnation. Les parlementaires proposent de relancer les campagnes d'information sur les méthodes contraceptives, notamment dans les collèges et lycées, tout en constatant que les centres du Planning familial sont inégalement répartis sur le territoire.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1206.pdf>

### **Rapport**

#### **IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un problème de santé publique**

Référence : *DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARH Provence-Alpes-Côte d'Azur, DRDFE Provence-Alpes-Côte d'Azur, MFPP*, 2000, np

Point sur les IVG en 2000 pour la région Provence Alpes Côte d'Azur : l'organisation régionale et les mesures en cours, l'évolution de la demande d'IVG et la comparaison entre deux centres de gynécologie sociale, l'accès à la contraception pour les femmes migrantes.

**Rapport**

NISAND Israël, TOULEMON Laurent

**Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures***Référence : HCPF, 2006/12, 26 p.*

Après une première partie sur l'IVG chez les mineures, ce rapport analyse les obstacles à la contraception puis recommande une politique de prévention en lien avec les établissements scolaires et un accès effectif à la contraception.

<http://fmc68.fr/jmha/fichiers/PREVENTION%20IVG%20MINEURES.pdf>

**Rapport**

AUBIN Claire, JOURDAIN-MENNINGER Danièle, CHAMBAUD Laurent

**Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001***Référence : IGAS, 2009/10, 93 p.*

Dans le cadre du programme annuel de travail de l'Inspection générale des affaires sociales pour 2008, 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. Le présent rapport de synthèse expose les principales conclusions de la mission. Il est accompagné de trois rapports thématiques qui approfondissent les questions ayant trait à : la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, la contraception et la contraception d'urgence, l'éducation à la sexualité, l'information et la communication.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000047/0000.pdf>

**Rapport**

AUBIN Claire, JOURDAIN-MENNINGER Danièle, CHAMBAUD Laurent

**La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse***Référence : IGAS, 2009/10, 160 p.*

Ce rapport est publié dans le cadre 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, à la suite de la loi du 4 juillet 2001. Il vise à évaluer l'impact sur la mise en œuvre concrète du droit à l'IVG des modifications législatives et réglementaires intervenues au cours de la dernière décennie. Il concerne les IVG pratiquées à la demande de la femme enceinte jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse à l'exclusion des IVG pratiquées pour motif médical.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000051/0000.pdf>

### **Rapport**

International Planned Parenthood Federation (IPPF) European Network, Lund University, World health organization (WHO) - regional office for Europe

### **A guide for developing policies on the sexual and reproductive health and rights of young people in Europe**

Référence : IPPF European Network, 2007, 64 p.

Ce guide est l'aboutissement d'un programme intitulé "SAFE" : Sexual Awareness for Europe (SAFE) : A European Partnership to promote the sexual and reproductive health and rights (SRHR) of young people. Il a été réalisé à l'intention des responsables de programmes de santé qui souhaitent promouvoir l'éducation affective et sexuelle auprès des jeunes en Europe et propose des recommandations méthodologiques sur l'information, l'éducation et la communication auprès des jeunes, la mise en place de services de santé appropriés. Il examine plus particulièrement l'accès à la contraception, les IST, le Vih et le Sida, les grossesses non désirées et l'IVG.

<http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/4A7E8620-5009-4170-918B-E2891FC4161B/0/policyguide.pdf>

### **Rapport**

Observatoire régional de la santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur

### **Interruptions volontaires de grossesses. Etat des lieux en France et en PACA, revue des connaissances et recommandations pour des études-actions en 2005**

Référence : ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2005/02, 60 p.

Le taux de recours à l'IVG en PACA figure parmi les plus élevés en France et il est très supérieur à la moyenne nationale. Alors que la contraception semble quasi généralisée en France, dans un cas sur deux, le recours à l'IVG est imputable à un échec de la contraception. On constate que cet échec est souvent à l'origine d'un manque d'information et que les médecins généralistes, les plus fréquemment consultés sur ce point, sont peu formés à ce sujet et n'engagent pas la femme dans le choix de sa contraception. Par ailleurs, le délai de prise en charge des IVG est beaucoup trop long et le nombre d'établissements pratiquant les IVG a fortement baissé en PACA. Des mesures législatives ont été engagées au niveau national en matière de contraception et d'IVG, un système d'informations statistiques et des enquêtes ont été mis en place, des recommandations de l'Anaes ont été formulées.

<http://www.se4s-orspaca.org/depot/pdf/05-R2.pdf>

## **II - Contraception : un taux parmi les plus élevés au monde mais une inadéquation des méthodes ?**

### **Article**

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle

#### **La première contraception, au-delà de la question de la fécondité. Trois temps pour entreprendre sa biographie contraceptive**

Référence : *Agora débats/jeunesse*, n° 53, 2009, pp. 21-33

[http://www.injep.fr/IMG/pdf/Agora53\\_Amsellem.pdf](http://www.injep.fr/IMG/pdf/Agora53_Amsellem.pdf)

### **Article**

DE BOCK Christian

#### **Un meilleur accès à la contraception pour les jeunes. Lutter contre les grossesses non désirées chez les jeunes, tout en les sensibilisant à la prévention des MST**

Référence : *Education santé*, n° 192, 2004/08/01, pp. 3-6

<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=199>

### **Article**

DUPUIS Marc

#### **Contraception : la pilule reste difficile à avaler**

Référence : *Le Monde de l'éducation*, n° 318, 2003/10/01, pp. 58-59

### **Article**

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle

#### **Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives**

Référence : *Politiques sociales et familiales*, n° 100, 2010/06, pp. 104-109

[http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/01528e1b583effc1c1257754004a617f/\\$FILE/PSF100-2-Yaelle%20Amsellem-Mainguy.pdf](http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/01528e1b583effc1c1257754004a617f/$FILE/PSF100-2-Yaelle%20Amsellem-Mainguy.pdf)

### **Article**

LERIDON Henri, OUSTRY Pascale, BAJOS Nathalie

#### **La médicalisation croissante de la contraception en France**

Référence : *Population et sociétés*, n° 381, 2002/07/01, 4 p.

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/154/publi\\_pop1\\_pop\\_et\\_soc\\_francais\\_381.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/154/publi_pop1_pop_et_soc_francais_381.pdf)

### **Article**

#### **Contraception : le théâtre interactif au service de la prévention**

Référence : *Priorités santé*, n° 16, 2006/05, p. 8

[http://www.cres-paca.org/depot\\_cres/fiches/400/400\\_1\\_doc.pdf](http://www.cres-paca.org/depot_cres/fiches/400/400_1_doc.pdf)

### **Article**

#### **Une campagne régionale d'information sur le numéro vert «contraception et IVG»**

Référence : *Priorités santé*, n° 18, 2007/01, p. 5

[http://www.cres-paca.org/depot\\_cres/fiches/398/398\\_1\\_doc.pdf](http://www.cres-paca.org/depot_cres/fiches/398/398_1_doc.pdf)

### **Article**

LE Monique

#### **Analyse commentée : contraception orale et risque de cancer du sein**

Référence : *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 50 n° 5, 2002/10, pp. 501-502

### **Article**

GIAMI Alain, SPENCER Brenda

#### **Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels**

Référence : *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 52 n° 4, 2004/09, pp. 377-387

### **Article**

PERRIN Hélène, WARSZAWSKI Josiane, BAJOS Nathalie

#### **Les modes de contraception utilisés par les femmes**

Référence : *Santé de l'homme*, n° 356, 2001/11/01, p. 43

### **Article**

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle

#### **Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence**

Référence : *Santé de l'homme*, n° 399, 2009/01, pp. 8-10

<http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/399/05.htm>

### **Article**

LEVASSEUR Gwénola, BAGOT C., HONORAT Charles

#### **L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne**

Référence : *Santé publique*, vol. 17 n° 1, 2005/03/01, pp. 109-119

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-1-page-109.htm>

### **Ouvrage**

WINCKLER Martin

#### **Contraceptions mode d'emploi**

Référence : *J'ai Lu*, 2007, 619 p.

Guide pratique de la contraception, expliquant en termes clairs et actualisés les méthodes existantes, la consultation de contraception, la contraception adaptée à chaque situation, l'interruption de grossesse, les informations sur les différents examens pratiqués.

ACTES - Colloque régional : Contraception & grossesses non désirées

**Ouvrage**

DE LA ROCHEBROCHARD Elise

**De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?***Référence : INED, 2008, 261 p.*

Cet ouvrage analyse le processus historique qui a permis sa médicalisation puis étudie les déterminants du choix de l'individu quand il s'agit de faire appel à la procréation médicalement assistée, de l'accès à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en France, de la maternité, du genre de l'enfant. La deuxième partie est consacrée aux relations entre le médecin et son patient et du choix de la contraception, de la technique d'avortement, du dépistage et diagnostic prénatal, de l'information des partenaires quand il y a infection sexuellement transmissible (IST). La dernière partie s'attache à témoigner des expériences psychologiques douloureuses que constituent les suites d'une grossesse extra-utérine, du recueil de sperme quand il y a infertilité, du parcours pour une fécondation in vitro (FIV).

**Ouvrage**

FERRAND Michèle

**De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues***Référence : INSERM, 2002, 348 p.*

Des entretiens ont été menés auprès de 73 femmes confrontées à une grossesse non prévue, vivant en France, de tous les âges et se trouvant dans des situations sociales et familiales volontairement diversifiées, afin de comprendre pourquoi, 35 ans après la législation de la contraception et plus de 25 ans après la Loi Veil, permettant l'IVG, tant de femmes se retrouvent enceintes sans l'avoir prévu. Leurs comportements et les normes adoptées en matière de désir d'enfant, de vie de couple, de parentalité et de sexualité, de méthode contraceptive utilisée sont analysés ; leur décision de mettre un terme ou non à leur grossesse, le système de santé prenant en charge les IVG sont également analysés. Une attention particulière a été portée aux mineurs, aux femmes d'origine Maghrébine, aux femmes ayant dépassé les délais légaux de recours à l'IVG.

**Rapport**

CARBAJAL Myriam, PASQUIER Nadia

**Migration et intimité "Amélioration de l'information et de l'accessibilité à la contraception auprès des migrantes". Bilan 2003-2006***Référence : PROFA, 2007, 17 p.*

Ce document rapporte la mise en œuvre d'un programme suisse qui a pour objectif de prévenir les grossesses non désirées auprès des femmes et hommes migrants par une information adaptée sur la sexualité, la contraception, la grossesse et les "risques sexuels" (grossesses non désirées, infections sexuellement transmissibles - IST, VIH/sida).

[http://www.profa.ch/MembresProfa/documents/PF-migration-intimite-bilan-02-06\\_000.pdf](http://www.profa.ch/MembresProfa/documents/PF-migration-intimite-bilan-02-06_000.pdf)

### **Rapport**

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

### **Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique**

*Référence : ANAES, 2004/12/07, 234 p.*

Ces recommandations pour la pratique clinique relatives aux stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme permettent d'établir un état des lieux des connaissances des méthodes contraceptives disponibles, de déterminer des recommandations sur la prescription d'une contraception en tenant compte du contexte psychologique, économique, familial et pas seulement médical, de promouvoir l'information des femmes par les professionnels de santé habilités à prescrire et à délivrer les méthodes de contraception.

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme)

### **Rapport**

LOQUET Ludovique

### **Contraception - Prévention des IVG. Etat des lieux et proposition d'actions en Provence-Alpes-Côte d'Azur**

*Référence : CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2003/03/01, 37 p.*

Selon l'ORS, la région PACA possède l'un des plus forts taux de contraception féminine orale en Europe mais le nombre de grossesses non désirées reste important. Devant ce constat, il est apparu nécessaire de s'intéresser aux actions qui ont pu être réalisées depuis 3 ans en région PACA. Ce recensement des actions et compétences dans le domaine de la contraception aborde cinq axes principaux : signalétique de la structure, actions mises en place (nombre, objectifs, financement des actions, type d'action, public cible, couverture géographique...), acteurs impliqués (leur formation, leur compétence...), partenariat et réseau existant autour de cette problématique, opinion des acteurs sur la recrudescence des IVG et leurs propositions d'actions.

### **Rapport**

### **Comment aider une femme à choisir sa contraception ?**

*Référence : INPES, sd, 4 p.*

Ce document à destination des professionnels de santé répond à leurs principales questions quand il s'agit de conseiller les femmes à choisir leur contraception : Pourquoi impliquer la femme ou le couple dans ce choix ? À quelle occasion aborder le sujet ? Quelles sont les étapes de l'aide au choix ? Quelle démarche spécifique pour l'adolescente ?

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

## **Rapport**

NAUBRON Virginie

### **Enquête sur la contraception d'urgence chez les lycéens**

Référence : *Faculté de médecine de Marseille*, 2001/06, 157 p.

Cette enquête chez les lycéens, filles comme garçons, a pour but d'appréhender leur connaissance de la contraception d'urgence notamment la pilule du lendemain et les moyens d'accès ainsi que les implications des garçons.

## **III - Désir d'enfant et grossesse de l'adolescente**

### **Article**

#### **Désirer un enfant ? Dossier**

Référence : *L'Ecole des parents*, n° 1, 2003/02/01, pp. 28-46

### **Article**

#### **Les mères. Dossier**

Référence : *Lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 59, 2005/03, pp. 5-126

### **Article**

REGNIER-LOILLIER Arnaud, SOLAZ Anne

#### **La décision d'avoir un enfant : une liberté sous contraintes**

Référence : *Politiques sociales et familiales*, n° 100, 2010/06, pp. 61-77

[http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/79fb2fc72312dffc1257754004a5043/\\$FILE/PSF100-1-ARegnier-Loillier%20et%20ASolaz.pdf](http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/79fb2fc72312dffc1257754004a5043/$FILE/PSF100-1-ARegnier-Loillier%20et%20ASolaz.pdf)

### **Article**

#### **La paternité aujourd'hui. Pratiques, implications et politiques. Dossier**

Référence : *Recherches et prévisions*, n° 76, 2004/06/01, pp. 1-85

<http://www.caf.fr>

### **Article**

ZAUCHE-GAUDRON Chantal, EUILLET Séverine, ROUYER Véronique

#### **Être père en situation de précarité économique**

Référence : *Recherches et prévisions*, n° 90, 2007/12, pp. 86-91

[http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/667f78c5c74cbc8dc12573bf00462de5/\\$FILE/RP90-CZaouche-Gaudron%20et%20al..pdf](http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/667f78c5c74cbc8dc12573bf00462de5/$FILE/RP90-CZaouche-Gaudron%20et%20al..pdf)

### **Article**

#### **Grossesse et désir de grossesse à l'adolescence. Dossier**

Référence : *Bruxelles santé*, n° 22, 2001/06/01, pp. 8-17

<http://www.questionsante.org/03publications/charger/bxlsante22.pdf>

### **Article**

BLAIS Josée

#### **La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste. Dossier**

Référence : *Ca s'exprime*, vol. 1 n° 2, 2005/12/01, 8 p.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-314-02.pdf>

### **Article**

JACQUEMIN Hélène

#### **Adolescentes devenant mères. Les fantasmes de la grossesse**

Référence : *L'École des parents, hors-série n° 2*, 2005/09, pp. 56-57

### **Actes**

#### **Deuxième journée de Médecine et santé de l'adolescent. Actes du colloque. Grossesse et adolescence**

Référence : *Association FIREA*, 2000, 127 p.

Lieu et date : Poitiers, 09/12/2000

Au cours de cette journée d'étude, les divers aspects médicaux, obstétricaux, psychologiques, familiaux, sociaux de la grossesse à l'adolescence ont été abordés par les spécialistes issus de diverses disciplines. Car toute grossesse chez une mineure est un enjeu médico-social par la complexité du suivi qu'elle nécessite, un enjeu obstétrical par les questions délicates qui se posent chez les jeunes, un enjeu psychologique par la menace sur l'épanouissement effectif qui caractérise cette période de la vie.

**Dossier**

BERREWAERTS Joëlle, NOIRHOMME-RENARD Florence

**Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?**

Référence : UCL-RESO, 2003/12/01, 43 p.

L'objectif principal de ce dossier est d'identifier l'ensemble des facteurs psychologiques et psychosociaux, cognitifs, culturels et comportementaux liés à la survenue des grossesses chez les adolescentes d'une part, et à l'issue de ces grossesses d'autre part (grossesse menée à terme ou volontairement interrompue).

<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos40.pdf>

**Ouvrage**

LE VAN Charlotte

**Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues**

Référence : L'Harmattan, 1998, 204 p.

Sur la base d'une enquête minutieuse de terrain privilégiant l'étude des motivations des adolescentes enceintes, cet ouvrage se propose de mettre en relief les divers facteurs susceptibles d'influer sur la survenue d'une grossesse à cet âge de la vie.

**Rapport**

AUJOUAT Isabelle, LIBION France, Rose Brigitte (et al.)

**Les grossesses chez les adolescentes. Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue. Tome 2. Synthèse des résultats et recommandations pour la prévention, l'éducation et l'accompagnement**

Référence : UCL-RESO, 2007/10, 32 p.

Ce rapport est une synthèse de résultats de recherche sur le thème de la grossesse chez l'adolescente. Il se compose de cinq parties : sexualité et contraception ; désir de grossesse et désir d'enfant ; décision d'interrompre une grossesse ; décision de mener une grossesse à son terme ; et devenir parent à l'adolescence. Chacune de ces parties est déclinée en trois axes : le point de vue de la littérature scientifique, celui des professionnels et celui des mères adolescentes. Le rapport se conclut par une série de recommandations pour des interventions éducatives en amont et pendant la grossesse, et après la naissance de l'enfant.

<https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/grossesseadosynth.pdf>

## **IV - Comportements sexuels et éducation à la sexualité : des actions indispensables au-delà de l'école et des campagnes à renouveler**

### **Article**

LURCEL Marion

#### **Les jeunes et la sexualité. Surinformés, mal informés ? Dossier**

Référence : *Agor'elles*, n° 17, 2002/07/01, 8 p.

### **Article**

#### **L'éducation à la sexualité... Dossier**

Référence : *ADOSEN*, n° 146, 2004/12/01, pp. 4-14

### **Article**

MOSSUZ-LAVAU Janine, VACHON Jérôme

#### **"Le planning familial reste essentiel"**

Référence : *ASH*, n° 2595, 2009/02/06, pp. 42-43

### **Article**

RAMSAY Sylvain

#### **Embrasser d'autres cultures : l'éducation sexuelle auprès d'une clientèle multiculturelle.**

#### **Dossier**

Référence : *Ca s'exprime*, vol. 1 n° 3, 2005/12/01, 12 p.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-314-03.pdf>

### **Article**

BARROUX-CHABANOL Colette, GUARDIOLA Isabelle, BOZON Michel

#### **Parler de sexualité. Dossier**

Référence : *L'Ecole des parents*, n° 561, 2006/12, pp. 19-39

### **Article**

BONREPAUX Christian

#### **Le planning familial en mission scolaire**

Référence : *Le Monde de l'éducation*, n° 374, 2008/11, pp. 22-23

### **Article**

FONCK Vinciane, VERVERIER Anne

#### **Les bureaux de Dieu, ou comment parler contraception et sexualité aux adolescents**

Référence : *Santé de l'homme*, n° 400, 2009/03, pp. 42-44

## Article

CONDE Michel

### **Cinésanté. The Magdalene Sisters**

Référence : *Santé de l'homme*, n° 370, 2004/03/01, pp. 44-47

## Actes

Association française pour la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)

### **L'éducation à la sexualité. Recherches, stratégies, actions**

Référence : Editions AFPSSU, 2002, 165 p.

Lieu et date : Bordeaux, 22-24 juin 2000

Rencontre-formation entre professionnels de la santé scolaire et leurs partenaires sur l'éducation sexuelle des enfants et des adolescents autour des questions suivantes : quelles en sont les stratégies et les apports ? Comment est-elle mise en œuvre en Europe et ailleurs ? Quelles sont les spécificités propres à différents départements en France ? Quel est le travail effectué en partenariat avec d'autres professionnels impliqués ? Qu'en est-il de la campagne contraception de 2000 ? Comment aborder la sexualité avec les adolescents ?

## Ouvrage

MACKAY Judith

### **Atlas de la sexualité dans le monde. Similitudes et différences dans les comportements et les valeurs**

Référence : *Autrement*, 2000, 128 p.

Informations précises et comparatives sur les comportements sexuels dans le monde : relation sexuelle, rencontre et contraception, santé sexuelle, marché du sexe, rites, crimes sexuels sont analysés sous forme de cartographie.

## Ouvrage

Ministère de l'éducation nationale -DGESCO

### **Éducation à la sexualité. Guide d'intervention pour les collèges et les lycées**

Référence : *CNDP*, 2008/08, 61 p.

Cette brochure constitue un appui méthodologique à l'organisation des séances d'éducation à la sexualité. Elle a pour objectif d'aider les équipes éducatives à préparer ces séances, à structurer, animer leurs interventions. Elle apporte des éléments de réflexion, d'information et de progression sur différentes thématiques de travail, traités au travers de fiches d'activités à utiliser soit au collège, soit au lycée, telles que la puberté, les relations entre filles et garçons, les violences à caractère sexiste, les discriminations, la compréhension et l'intégration de la loi, la prévention.....

[http://media.eduscol.education.fr/file/Action\\_sanitaire\\_et\\_sociale/52/6/education\\_sexualite\\_intervention\\_114526.pdf](http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/52/6/education_sexualite_intervention_114526.pdf)

### **Ouvrage**

BLANCHARD Véronique, REVENIN Régis, YVOREL Jean-Jacques

#### **Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIXe-XXIe siècle)**

Référence : *Autrement*, 2010, 407 p.

Des historiens, des sociologues et des philosophes ont fouillé la littérature et mené des enquêtes de terrain en Europe et dans le monde pour dresser un panorama de la sexualité des jeunes articulé autour de trois axes : initiations (éducation sexuelle, santé sexuelle et contrôle social, représentations dans les arts et médias), interdits (prostitution, violence sexuelle) et identités (genre et hétérosexualité, homosexualité).

### **Ouvrage**

Ministère de l'Éducation nationale - DGESCO

#### **Éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guide du formateur**

Référence : *CNDP*, 2008/08, 52 p.

Ce guide est avant tout un document d'appui et de réflexion pour les personnels responsables de la formation et de la mise en œuvre des actions dans les établissements scolaires. Outre des repères d'ordre pédagogique et éthique destinés à restituer l'éducation à la sexualité dans un processus éducatif global, ce document propose également, à travers différents points de vue, une approche de la sexualité dans ses dimensions culturelle, sociale, psychoaffective, participant à la construction et à l'intégration de chacun dans la société.

[http://media.eduscol.education.fr/file/Action\\_sanitaire\\_et\\_sociale/68/2/education\\_sexualite\\_112682.pdf](http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/68/2/education_sexualite_112682.pdf)

### **Ouvrage**

PICOD Chantal, GUIGNE Christophe

#### **Éducation à la sexualité au collège**

Référence : *CRDP de Grenoble*, 2003, 232 p.

Guide pratique constituant un recueil d'activités pédagogiques destinées aux enseignants et aux personnels médico-sociaux du secondaire. Il contient des fiches d'animation adaptées à chaque classe et contient un rappel des principaux éléments nécessaires à l'éducation à la sexualité ainsi que les textes et lois s'y référant.

### **Ouvrage**

VAISMAN Anne, TRICOT Rémy, MACHET Bertrand

#### **Sexe amour et sentiments**

Référence : *De La Martinière*, 2009, 310 p.

À destination des garçons et filles à partir de 14 ans, ce livre aborde toutes les questions qui assaillent les adolescents concernant le corps, l'amour, la sexualité.

**Ouvrage**

MOSSUZ-LAVAU Janine

**La vie sexuelle en France. Une enquête inédite : des hommes et des femmes racontent comment ils font l'amour aujourd'hui***Référence : De La Martinière, 2002, 466 p.*

L'auteure a enquêté pendant trois ans dans les villes, les banlieues, les campagnes, auprès d'hommes, de femmes, jeunes et moins jeunes de tous les milieux sociaux hétéros, homos, bisexuels ou transsexuels qui lui ont raconté leur vie sexuelle. Cette chronique complète des pratiques et des comportements sexuels en France aborde également la protection contre les risques sexuels et la violence liée à la sexualité.

**Ouvrage**

PIQUEMAL Michel, WITEK Jo, DEEMOES

**Tout savoir sur le sexe sans tabous ni complexes***Référence : De La Martinière, 2009, 237 p.*

Cet ouvrage se présente comme un guide pratique à l'attention des adolescents pour les aider à appréhender leur sexualité. Constitué d'un abécédaire rédigé dans un langage simple et concis, il traite toutes les questions que les jeunes peuvent se poser en matière de sexe, qu'il s'agisse des positions amoureuses, de la première fois, de la frigidité, mais aussi du viol, de l'inceste, des grossesses adolescentes...

**Ouvrage**

ROBERT Jocelyne, VALLE Jean-Nicolas

**Full sexuel. La vie amoureuse des adolescents***Référence : Editions de l'Homme, 2003, 183 p.*

Guide pratique écrit sur un ton humoristique à l'attention des ados pour leur apprendre à mieux connaître et respecter leur corps et celui des autres.

**Ouvrage**

ATHEA Nicole, JEAMMET Philippe

**Parler de sexualité aux ados. Une éducation à la vie affective et sexuelle***Référence : Eyrolles, CRIPS Ile-de-France, 2006, 311 p.*

Support de réflexion sur les enjeux de la prévention et de l'éducation à la sexualité chez les adolescents, cet ouvrage propose une série d'outils pratiques pour les parents et les intervenants scolaires. Abordant tour à tour la maturité sexuelle et affective, le développement psychosexuel, la construction de l'identité et le rôle des parents, des copains et de la société et aussi les risques liés à la sexualité, chaque chapitre propose des méthodes et des thèmes d'intervention.

### **Ouvrage**

JASPARD Maryse

#### **Sociologie des comportements sexuels**

*Référence : La Découverte, 2005, 122 p.*

Histoire du comportement sexuel des hommes et des femmes, des jeunes et des adultes, du Moyen-âge à nos jours, s'appuyant sur les résultats d'enquêtes sociologiques.

### **Ouvrage**

BAJOS Nathalie, BOZON Michel, BELTZER Nathalie

#### **Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé**

*Référence : La Découverte, 2008, 609 p.*

Cet ouvrage rend compte de l'enquête «Contexte de la sexualité en France» réalisée en 2006 auprès de douze mille personnes par l'Inserm et l'Ined à l'initiative de l'Anrs. La construction de l'enquête fait l'objet d'une première partie, les biographies affectives et sexuelles sont analysées dans une deuxième partie, les partenaires, les pratiques et les rapports sexuels dans une troisième partie. Sont ensuite abordés la sexualité et les rapports de pouvoir puis la sexualité, les conditions de vie et la santé, enfin les significations et représentations de la sexualité. Une synthèse en fin d'ouvrage souligne les apports de l'enquête.

### **Rapport**

MEREMANS Philippe

#### **L'éducation affective et sexuelle des adolescents dans le contexte de l'épidémie du sida**

*Référence : Faculté de médecine de Marseille, 1997/01, 320 p.*

Cette thèse se compose de trois parties : la première est consacrée à l'adolescent "à risque" ; la seconde analyse le thème de l'éducation morale, sexuelle et affective dans une perspective historique ; le troisième et dernier volet relate les enjeux idéologiques et éthiques de la prévention du SIDA.

### **Rapport**

AUBIN Claire, JOURDAIN-MENNINGER Danièle, CHAMBAUD Laurent

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

*Référence : IGAS, 2009/10, 107 p.*

Les actions d'information, d'éducation et de communication représentent un enjeu majeur dans la prévention des grossesses précoces. Ce rapport propose trois angles d'approche : l'information et l'éducation à la sexualité des jeunes en milieu scolaire notamment, l'accompagnement spécifique des personnes en situation de précarité ou de risque, les actions de communication en direction du grand public dans le cadre de la politique de santé.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000048/0000.pdf>

## **Rapport**

AUFFRET Corinne

### **Sexualité et femmes étrangères : représentations et réalités**

*Référence : MFPP, 1999/06, 23 p.*

Enquête auprès des femmes étrangères ou d'origine étrangère reçues par le Mouvement français pour le planning familial à Marseille sur le rapport au corps, au couple et au mariage, à la vie sociale, au travail, à la maternité et à l'enfant, à la famille, à la société quittée et à la société d'accueil.

Colloque  
"Contraception & grossesses non désirées : Mieux connaître pour mieux gérer"  
le 27 janvier 2011,  
Hôtel de Région, Marseille

