

Santé sexuelle et reproductive

Collection
Avis et Rapports

Santé sexuelle et reproductive

Le HCSP propose de mettre en place une stratégie nationale de santé sexuelle, afin d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population. Ceci est d'autant plus nécessaire que la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive, morcelée entre diverses institutions et répondant à plusieurs plans et politiques de santé publique, manque de lisibilité. Selon la définition de l'OMS et les données de la littérature, cet enjeu requiert une vision holistique de la santé sexuelle ainsi qu'une concertation et une coordination des acteurs de l'éducation, la prévention, du social et du socio-culturel, du sanitaire et du médico-social. Etant donné l'impact de la santé sexuelle sur la santé globale, le HCSP souligne l'importance d'une prise en compte volontariste de cette dimension au cours de la consultation médicale et dans l'information et l'éducation à la santé des enfants et des parents, mais aussi de certains groupes de population (personnes lesbiennes, gays, bi ou transsexuelles, migrants, personnes détenues, personnes âgées, personnes présentant un handicap). La mise à l'agenda national et territorial d'une politique transversale partagée et suivie, la formation des professionnels des secteurs concernés, ainsi que la réorganisation des structures d'accueil, de prévention et de soins dans le cadre de la création des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), sont les autres éléments déterminants de cette stratégie.

Santé sexuelle et reproductive

Mars 2016

Ce rapport a été adopté par la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé le 2 mars 2016.

Sommaire

Introduction.....	6
1 - DEFINITION.....	7
2 - LE CONTEXTE INTERNATIONAL ET EN PARTICULIER EUROPÉEN.....	8
3 –LES PLANS ET LES DISPOSITIONS JURIDIQUES NATIONAUX INTÉGRANT DES OBJECTIFS RELATIFS À LA SANTÉ SEXUELLE	9
3.1 Le plan “VIH-IST 2010-2014”	9
3.2 Le plan “hépatites virales B et C 2009-2012”	9
3.3 Le plan national “actions stratégiques pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014”	10
3.4 Les plans “cancer”	10
3.5 Le plan gouvernemental de “lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013- 2017”	10
3.6 Le plan “santé des jeunes 16/25 ans 2008-2010”	10
3.7 Les plans périnatalité “Humanité, proximité, sécurité qualité”	10
3.8 Le dernier plan “lutte contre les violences faites aux femmes, 2014-2016”	11
3.9 Le plan national “santé environnement” 2015-2019.....	11
3.10 Le plan “violence et santé”	11
3.11 Le “plan national de la vie étudiante”	12
3.12 Les dispositions juridiques en faveur de l’éducation à la sexualité en milieu scolaire	12
3.13 Les dispositions relatives au contrôle des naissances.....	12
4 - LES TROUBLES SEXUELS ET LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE SEXUELLE AU COURS DE LA CONSULTATION MEDICALE	14
4.1 Les troubles sexuels.....	14
4.2 Evocation de la santé sexuelle au cours de la consultation médicale	16
5.1 Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d’information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissible (Ciddist).....	17
5.2 Les organismes de planification et d’éducation familiale.....	18
5.3 Une évolution récente : création des centres gratuits d’information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd)	19
5.4 Les comités de coordination régionale de la lutte contre l’infection due au VIH (Corevih)	20
5.5 Les réseaux santé périnatalité (RSP)	21

6. LE HCSP A FAIT DES CONSTATS ET IDENTIFIÉ DES BESOINS DANS LES DOMAINES SUIVANTS	23
6.1 L'information en santé sexuelle (évolution des savoirs).....	23
6.2 L'éducation à la vie sexuelle (évolution des savoir-être et des savoir-faire).....	24
6.2.1 <i>Les champs de l'éducation à la vie sexuelle sont larges</i>	24
6.2.2 <i>Les différentes approches à l'international</i>	24
6.2.3 <i>L'approche française et le rôle primordial confié à l'Education nationale (EN)</i>	25
6.3 Santé reproductive, nouvelles techniques, nouveaux comportements	27
6.3.1 <i>Contraception</i>	28
6.3.2 <i>Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)</i>	29
6.3.3 <i>L'assistance médicale à la procréation (AMP)</i>	30
6.3.4 <i>Diagnostic anténatal et interruption de grossesse pour motif médical (IMG)</i>	31
6.4 Les infections sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH	32
6.4.1 <i>Infections sexuellement transmissibles (IST)</i>	32
6.4.2 <i>Situation du VIH-sida en France en 2013</i>	33
6.4.3 <i>Dépistage</i>	35
6.4.4 <i>Prévention combinée du VIH</i>	36
6.4.5 <i>Spécificités de l'infection par le VIH</i>	37
6.5 La vaccination	38
6.5.1 <i>Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)</i>	38
6.5.2 <i>Vaccination contre l'hépatite A</i>	39
6.5.3 <i>Vaccination contre l'hépatite B</i>	39
6.5.4 <i>Vaccination contre le méningocoque C</i>	39
6.6. Discriminations et violences sexuelles	40
6.6.1 <i>Discriminations</i>	40
6.6.2 <i>Violences</i>	42
6.6.3 <i>Mutilations</i>	43
6.7 Populations aux caractéristiques particulières	43
6.7.1 <i>Personnes âgées et personnes handicapées</i>	43
6.7.1.a <i>Personnes âgées</i>	44
6.7.1.b <i>Personnes handicapées</i>	45
6.7.2 <i>Populations immigrées</i>	48
6.7.3 <i>Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)</i>	50
6.7.4 <i>Population trans</i>	51

6.7.5 Personnes en situation de prostitution.....	52
6.7.6 Personnes sous main de justice	52
7. LE HCSP FAIT LES PROPOSITIONS SUIVANTES	55
AXE 1 Une coordination nationale et territoriale pour un meilleur accès à la santé sexuelle	55
AXE 2 Information, Education, Formation	56
AXE 3 Santé de la reproduction.....	57
AXE 4 Prévention et dépistage des ISTs	58
Axe 5 Prise en compte de populations aux caractéristiques particulières	58
AXE 6 recherche	60
8. LE HCSP PROPOSE LES INDICATEURS DE SUIVI DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE	61
8.1 Les indicateurs d'activité proposés	61
8.2 Les indicateurs sociaux, comportementaux, de connaissance et de santé proposés ..	64
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXES.....	81
Sigles.....	81
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	86
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	89

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi¹ par la Direction générale de la santé par courrier du 5 février 2015, afin de :

- 1. Définir un périmètre de santé sexuelle et reproductive cohérent au regard des besoins prioritaires de la population en prenant en compte l'aspect éthique (acceptable pour la population et réalisable) des sujets : sexualité, contraception, maternité et périnatalité, IVG, IST et VIH, discriminations, violence.**
- 2. Identifier les manques en matière de santé sexuelle et reproductive.**
- 3. Proposer des éléments d'orientation pour une stratégie nationale « pragmatique » qui donne une cohérence accrue aux interventions et ainsi une meilleure lisibilité et efficacité.**
- 4. Définir des indicateurs de santé à prendre en compte dans une optique de pilotage national.**
- 5. Proposer des options opérationnelles d'intervention (éducation, promotion de la santé, prise en charge, recherche...) en s'appuyant sur l'existant et en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés (santé, social, éducatif et personnes relais).**

Introduction

Le Haut Conseil de la santé publique considère que la prise en charge de la santé sexuelle est actuellement morcelée entre de nombreuses institutions et dans différents plans et politiques de santé publique sans véritable lien entre eux. Il propose de transformer l'approche par pathologie et par risque en une démarche globale, valorisée par un parcours de santé sexuelle portant une attention particulière à l'individu, à ses spécificités et à ses choix.

Cette démarche devrait correspondre à une stratégie nationale de santé sexuelle dont l'objectif est d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité, de la naissance jusqu'à la vieillesse pour l'ensemble de la population.

Les spécificités de certains publics, qui peuvent être exposés à un risque particulier, seront prises en compte dans le respect du principe de l'universalisme proportionné.

Une stratégie nationale de santé sexuelle implique le rapprochement, la concertation et la coordination des acteurs de l'éducation, la prévention, du social et du socio-culturel, du sanitaire et du médico-social.

1 - DEFINITION

La définition de la santé sexuelle retenue par le HCSP repose sur celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²: « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis ».

Le HCSP considère que la santé sexuelle concerne toutes les personnes, quels que soient leur âge ou leur forme d'expression sexuelle. Elle repose sur la capacité de développer et maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir avec les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection, de l'amour et d'avoir des relations d'intimité d'une manière compatible avec ses propres valeurs³.

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

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

La grande majorité des pays aborde les questions éthiques liées la sexualité. D'une manière générale, les trois grands axes de la sexualité (plaisir, affection, procréation) sont considérés, quelles que soient les traditions culturelles et religieuses⁴. De manière constante, le respect de la dignité des personnes, de leur consentement, le principe d'autonomie et le principe de bienveillance s'y inscrivent. En introduction aux droits humains, ils sont rappelés dans les interventions auprès des populations vulnérables, dans la lutte contre les violences, et l'application des nouvelles technologies de la procréation. Si la prohibition de l'inceste a un fondement anthropologique, elle institutionnalise la sexualité, en donnant à la collectivité un droit de regard sur l'intime. Dans ce rapport certaines problématiques relevant du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé n'ont pas été développées.

La définition de la santé sexuelle retenue est celle de l'OMS qui implique une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir, sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Il est rappelé le respect des droits sexuels de chacun, le respect de la dignité des personnes, de leur consentement, le principe d'autonomie et le principe de bienveillance.

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

2 - LE CONTEXTE INTERNATIONAL ET EN PARTICULIER EUROPÉEN

La proposition d'une stratégie nationale de santé sexuelle en France s'inscrit dans le cadre d'une approche globale prônée par l'OMS⁵, relayée par le European Center for Disease Prevention and Control (ECDC)⁶, et déjà mise en œuvre par plusieurs pays : Espagne, Grèce, Lettonie, Norvège, Malte, Pays Bas, République Tchèque, Royaume Uni, Slovaquie.

Le rapport des Nations Unies⁷, produit en 2015, concernant les objectifs du millénaire pour le développement, a permis d'identifier 4 objectifs en rapport avec la santé sexuelle :

- Assurer l'éducation primaire pour tous
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- Améliorer la santé maternelle
- Combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies.

En Europe :

Au Grand-Duché de Luxembourg⁸, les Ministères de l'Education nationale et de la Formation Professionnelle, de l'Egalité des Chances, de la Famille et de l'Intégration, ainsi que de la Santé ont élaboré conjointement un «Programme National de Promotion de la Santé Affective et Sexuelle» et se sont engagés à mettre en œuvre, d'une manière cohérente et complémentaire, le plan d'action 2013-2016, qui s'y réfère.

La Suisse⁹ a mis en place une commission fédérale pour la santé sexuelle faisant suite au programme national VIH.

L'Allemagne¹⁰ n'a pas actuellement de politique globale mais a un focus sur l'éducation sexuelle, le planning familial et le VIH et les IST.

Au Royaume-Uni, des centres de santé sexuelle sont proposés au sein d'une stratégie nationale¹¹ ou en réponse à un besoin localisé. Certains centres sont davantage orientés vers l'accueil de populations particulièrement exposées aux IST¹².

L'OMS propose une note conceptuelle¹³ soumise à l'examen du Comité régional de l'Europe, exposant le projet de stratégie pour la santé de la femme et le projet de plan d'action pour la santé et les droits sexuels et génésiques, dans la Région européenne de l'OMS, 2017-2021.

Ces deux documents sont actuellement rédigés en parallèle, et ils seront examinés simultanément par le Comité régional de l'Europe, en sa soixante-sixième session de 2016, avec un projet de résolution portant sur les deux textes.

En dehors de l'Europe :

La Nouvelle-Zélande a adopté une stratégie nationale de santé sexuelle en 2001, l'Irlande en 2015 et l'Afrique du Sud en 2011.

Aux Etats-Unis les « Centers for Disease Control » (CDC) donnent les grandes lignes d'action en matière de santé sexuelle dans le pays et un Etat qui n'intégrerait pas ce concept pourrait se voir infliger des sanctions juridiques.

Le Canada et l'Australie ont mis en place des centres de santé sexuelle visant une approche globale.

La proposition d'une stratégie nationale de santé sexuelle en France s'inscrit dans le cadre d'une approche globale prônée par l'Organisation mondiale de la santé, relayée par le *European Center for Disease Prevention and Control*, et déjà mise en œuvre par plusieurs pays d'Europe et dans le monde.

3 –LES PLANS ET LES DISPOSITIONS JURIDIQUES NATIONAUX INTÉGRANT DES OBJECTIFS RELATIFS À LA SANTÉ SEXUELLE

Plusieurs plans nationaux de santé publique et des dispositions juridiques comportent une part d'objectifs et d'actions en rapport avec la santé sexuelle et reproductive, sans qu'il y ait toutefois une articulation explicite les uns avec les autres.

3.1 Le plan "VIH-IST 2010-2014"

Ce plan¹⁴ constitue un des premiers pas vers une politique de santé sexuelle, à travers sa structuration matricielle en quatre axes stratégiques et en quatre programmes populationnels : les problématiques fondamentales que sont la prévention, l'information et l'éducation pour la santé, le dépistage et la prise en charge sociale ainsi que la lutte contre les discriminations sont abordées dans une vision qui prend en compte les spécificités de populations particulières (jeunes, femmes, personnes handicapées) ou plus vulnérables face au risque d'infection (migrants, personnes LGBT, usagers de drogues, prostituées) et qui préconise d'intégrer la prévention et la gestion des risques dans une démarche globale de promotion de la santé sexuelle.

L'avis du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) sur le bilan à mi-parcours du plan¹⁵, tout en saluant l'ambition et le caractère innovant de la structure du plan, émet *d'importantes réserves sur ses résultats en rapport avec les objectifs annoncés, et sur sa mise en œuvre inégale selon les axes et les populations ciblées. Il insiste sur l'importance de la définition des indicateurs de suivi, qui détermine la faisabilité et la qualité du suivi du plan, jugée insuffisante.*

Le plan VIH -IST Outre-mer a été évalué courant 2014. Dans les départements d'outre-mer (DOM), le volet spécifique du plan VIH-sida IST a été intégré (excepté en Guyane) dans les programmes régionaux de santé (PRS) au titre des maladies chroniques pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et au titre de la santé sexuelle en matière de prévention dans une perspective globale de maîtrise des risques liés à la sexualité (fécondité, IST, VIH, hépatites).

Le plan « VIH-IST 2010-2014 » a été évalué en 2015- 2016 par le HCSP¹⁶.

3.2 Le plan "hépatites virales B et C 2009-2012"

Ce plan¹⁷ était étroitement lié au plan VIH-sida-IST 2010-2014. Toutefois dans sa conception, le plan « hépatites » adoptait des mesures relativement « classiques » en termes de réduction des risques infectieux ; il s'agissait d'augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B des populations cibles et de sensibiliser au risque de transmission de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Ce plan a été évalué par le HCSP en 2013 et a donné lieu à l'élaboration d'un rapport d'experts à l'instar de celui pour le VIH sans renouvellement du plan¹⁸.

3.3 Le plan national “actions stratégiques pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014”

Ce plan^{19,20} aborde amplement la sexualité des personnes détenues au sein de quatre actions visant à faire reconnaître la réalité d’une vie sexuelle en milieu pénitentiaire, à identifier et à protéger les victimes d’agressions sexuelles et à réduire les risques de transmission d’agents infectieux lors de rapports non protégés. Des actions spécifiques ont été déclinées au profit des mineurs détenus ou placés sous-main de justice (Protection judiciaire de la jeunesse) et des détenus infectés par le VIH ou les hépatites virales. Le plan a bénéficié d’une évaluation par l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l’Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) en novembre 2015, dont le rapport n’a pas été rendu public à ce jour.

3.4 Les plans “cancer”

Le plan **2009-2013**²¹ préconisait la prévention des cancers d’origine infectieuse, notamment par l’augmentation de la couverture vaccinale vis-à-vis du vaccin HPV et du vaccin hépatite B. Le plan **“cancer 2014-2019”**²² reprend et précise ces actions en insistant sur l’importance de l’accessibilité financière et de la diversification des lieux et des opérateurs de la vaccination. Il préconise la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l’utérus.

3.5 Le plan gouvernemental de “lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017”

Un paragraphe de ce plan²³ ambitieux, plurisectoriel, concerne la réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux. Au-delà des effets délétères de la consommation de stupéfiants sur la santé, en matière de risque infectieux et de surdoses mortelles, il souligne l’impact de la consommation d’alcool sur les désordres familiaux et sociaux :

« Parmi les victimes de ces dommages les femmes constituent une population à risque particulièrement élevé (grossesses non désirées, violences en particulier intrafamiliales, prostitution) ».

3.6 Le plan “santé des jeunes 16/25 ans 2008-2010”

Ce plan²⁴ visait principalement les jeunes âgés de 16 à 25 ans, et se proposait de protéger leur santé et de répondre à leur besoin d’autonomie et de responsabilité. Des mesures emblématiques ont été prises en faveur des jeunes les plus vulnérables. On peut citer les “maisons des adolescents”, la campagne de promotion du numéro vert « fil santé jeunes », les “jeunes en situation de vulnérabilité et la contraception”, la lutte contre la souffrance psychique liée à l’homosexualité (mal-être des jeunes lié à la découverte de leur homosexualité, de leur difficulté à l’accepter et à l’assumer et les pensées suicidaires qui peuvent en découler) et l’adaptation de la campagne « contraception 2008-2009 » pour toucher les jeunes non scolarisés.

3.7 Les plans périnatalité “Humanité, proximité, sécurité qualité”

Un premier plan périnatalité s’appuyant sur une méthode de rationalisation des choix budgétaires fut défini pour la période 1971-1976 et avec lui la première enquête nationale Haut Conseil de la santé publique

périnatale (ENP 1972) qui procurait les moyens d'évaluer la politique suivie. Le plan fut reconduit jusqu'en 1981. Ces deux plans²⁵ étaient centrés sur la notion de risque de complications associées à la grossesse et l'accouchement. Ensuite, la décentralisation renvoya au niveau départemental la structuration des soins de périnatalité, jusqu'à ce qu'en 1991 la loi hospitalière lance le processus de régionalisation des schémas d'organisation des soins. Puis, le rapport 1993 du Haut Comité de la Santé Publique²⁶ confirma la nécessaire exigence de sécurité à la naissance dans les maternités, et incita à poursuivre la réflexion sur les conditions de surveillance de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et sur l'organisation de filières périnatales de prise en charge. Ces filières devaient prendre en compte notamment les femmes les plus défavorisées et par ailleurs les grossesses à un âge tardif car l'élévation de l'âge maternel augmente la fréquence des complications obstétricales sévères (y compris la mortalité) des parturientes. La périnatalité devenant à nouveau prioritaire, un plan d'une durée de cinq ans fixa quatre objectifs à atteindre, en 16 mesures visant à diminuer les risques de mortalité, prématurité et d'absence de surveillance pendant la grossesse mais en développant des normes de sécurité appliquées aux structures de soins. Le dernier plan à ce jour, "Humanité, proximité, sécurité qualité" de 2005-2007, impulsa un changement fondamental en incitant à respecter les dimensions psychologique et émotionnelle dans le processus de prise en charge de la femme et du couple, à une époque où les progrès techniques entourant la procréation étaient devenus nombreux.

3.8 Le dernier plan "lutte contre les violences faites aux femmes, 2014-2016"

Outre des mesures pour améliorer la réactivité et la capacité de réponse des services publics face aux agressions, ce plan²⁷ comporte dans son axe 3, « Mobiliser l'ensemble de la société », une série de mesures visant à sensibiliser la population à la violence entre genres, et à changer le regard de la société sur la situation des femmes et les rapports entre genres.

3.9 Le plan national "santé environnement" 2015-2019

Certains agents chimiques et physiques représentent des dangers avérés pour la santé reproductive et le développement : mutagènes, reprotoxiques, agissant notamment en perturbant le système endocrinien. Ce plan²⁸ comporte trois actions relatives à la prévention dont l'une porte sur les études de biosurveillance en population, outils prometteurs pour mettre en lien les niveaux d'imprégnation et l'état de santé, et pour identifier les principaux facteurs et leviers pour réduire les expositions.

3.10 Le plan "violence et santé"

Ce plan²⁹, prévu parmi les cinq plans stratégiques de la loi de santé publique du 9 août 2004, n'a jamais vu le jour, alors que les travaux préparatoires d'élaboration par le comité d'orientation interministériel avaient dressé un état des lieux très détaillé des besoins et formulé des recommandations précises pour améliorer la connaissance des problèmes, la prévention, le repérage et la prise en charge des victimes et des agresseurs dans les différents secteurs et domaines où la violence peut s'exercer. Les raisons pour lesquelles la mise à l'ordre du jour d'un tel plan à forte composante interministérielle n'a jamais vu le jour ne sont pas explicitées.

3.11 Le “plan national de la vie étudiante”

Il préconise³⁰ l'amélioration de l'information en direction des étudiants, notamment des étrangers, concernant les modalités alternatives à la pilule (implants, patchs, anneau), la contraception d'urgence, l'IVG médicamenteuse et la protection par le préservatif. Il prévoit également de ne pas se limiter uniquement aux aspects de contraception et d'IST, mais d'aborder plus largement des thèmes de prévention en santé sexuelle, tels que le respect des orientations sexuelles, le droit à disposer de son corps, la rencontre et le respect de l'autre et la lutte contre le harcèlement sexuel. Le partenariat entre les services de santé universitaire et les réseaux associatifs concernés est encouragé. Des actions spécifiques sont prévues telles que la création de centres d'éducation et de planification familiale au sein des services de santé universitaire, l'accueil d'étudiants de la filière maïeutique hors du contexte hospitalier pour faciliter les consultations, le développement de l'activité d'IVG médicamenteuse en ambulatoire, la possibilité pour les Services de Santé Universitaires (SSU) de réaliser des dépistages VIH-Hépatites B et C (en les intégrant au dispositif des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic). Une formation continue en direction des personnels des services de santé universitaires concernant la santé sexuelle, les IST et la contraception, est mise à l'étude, en partenariat avec l'Association des directeurs de santé universitaire, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique etc.

3.12 Les dispositions juridiques en faveur de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire

- Les circulaires d'avril 1996 puis de novembre 1998, rendent obligatoires deux heures par an minimum d'éducation à la sexualité pour les élèves de 4^{ème} et de 3^{ème} des collèges et lycées professionnels³³.
- La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001³⁴ oblige l'Education nationale à assurer «au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées».
- La circulaire du 17 février 2003³⁵ redéfinit les objectifs de l'éducation à la sexualité de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée.
- La circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011³⁶ relative à la Politique éducative de santé dans les territoires académiques, réaffirme parmi ses sept priorités la nécessité de généraliser l'éducation à la sexualité (accès à la contraception et prévention des IST et du sida).
- Les circulaires n° 2015-117, n° 2015-118 et n° 2015-119 du 10 novembre 2015 précisent respectivement la politique éducative, sociale et de santé en faveur des élèves d'une part et les missions des médecins et des infirmiers-ières de l'éducation nationale, d'autre part.

3.13 Les dispositions relatives au contrôle des naissances

Depuis la loi Neuwirth autorisant la contraception en 1967 et la loi Veil légalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1975, des dispositions législatives et réglementaires ont permis d'améliorer l'accès des femmes à l'IVG et la contraception.

Les dispositions relatives à l'IVG recouvrent : la mise en place de l'IVG médicamenteuse, d'abord en établissement de santé (1989) puis en cabinet de ville (2004), et ensuite en centres de santé et centres de planification familiale (2009) ; la prolongation du délai légal
Haut Conseil de la santé publique

d'avortement jusqu'à 12 semaines de grossesse et la possibilité donnée aux mineures d'avorter sans autorisation parentale (2001) ; le remboursement à 100 % de l'acte d'IVG (2013) ; la suppression de la notion de détresse dans les conditions de recours à l'avortement de la femme en demande d'avortement (2014). Le programme national d'action « améliorer l'accès à l'IVG »³⁷ lancé en janvier 2015 réaffirme le droit des femmes à interrompre une grossesse, vise à améliorer l'information, l'accès financier, l'offre et l'organisation des soins et supprime l'obligation d'entretien préalable pour les femmes en demande d'IVG, à l'exception des mineures (2015).

Plusieurs mesures visent à faciliter l'accès à la contraception :

- la possibilité de prescription, de délivrance et d'administration de contraceptifs aux femmes mineures sans consentement de la part d'un titulaire de l'autorité parentale (2001) et la gratuité de la contraception pour les mineures (2013) ;
- la possibilité pour les sages-femmes de prescrire toute méthode de contraception sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique (article L.4151-1 du code de la santé publique) ;
- possibilité des infirmiers (dont les infirmiers scolaires) de renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux sous certaines conditions (article L.4311-1 du code de la santé publique) ;
- en milieu scolaire, l'habilitation des infirmiers à délivrer la contraception d'urgence ;
- la possibilité pour les pharmaciens de dispenser des médicaments contraceptifs oraux sous certaines conditions (Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012) ;
- des dispositifs facilitant l'accès des mineurs à la contraception : centres de planification et d'éducation familiale, prise en charge à 100 % de certains contraceptifs pour les mineures âgées de plus de 15 ans, existence de dispositifs PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) dans certaines régions, établissements d'information, de consultation et de conseil familial.

Enfin, le **plan national "Bien vieillir"**³¹ et le **plan 2007-2011 pour "l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques"**³² n'abordent pas la question de la sexualité.

Les plans et les dispositions juridiques comportant un volet santé sexuelle sont nombreux et sans réelle articulation :

- Le plan “VIH-IST 2010-2014”
- Le plan “hépatites virales B et C 2009-2012”
- Le plan national “d’actions stratégiques pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014”
- Le plan “cancer 2009-2013”
- Le plan gouvernemental de “lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017”
- Le plan “santé des jeunes 16/25 ans 2008-2010”
- Le programme national d’action “améliorer l’accès à l’IVG”
- Le plan périnatalité 2005-2007 “humanité, proximité, sécurité qualité”
- Le dernier plan “de lutte contre les violences faites aux femmes, 2014-2016”
- Le plan national « santé environnement » 2015-2019
- Le plan « violence et santé »
- Le plan « national de la vie étudiante »
- Les dispositions juridiques en faveur de l’éducation à la sexualité en milieu scolaire
- Les évolutions du contrôle des naissances

4 - LES TROUBLES SEXUELS ET LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE SEXUELLE AU COURS DE LA CONSULTATION MEDICALE

Plusieurs études ont démontré qu’une sexualité épanouie était associée à une meilleure qualité de vie^{38,39} ainsi qu’à une meilleure santé et une plus grande longévité^{40,41}. Il a même été suggéré que la reprise d’une fonction sexuelle pouvait avoir un effet psychologique favorable dans la prise en charge des pathologies chroniques chez la personne âgée⁴². Le développement et l’amélioration de la santé sexuelle comportent la prévention des risques que constituent les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles, la prévention et la lutte contre les violences et les discriminations, la prise en charge des dysfonctionnements sexuels ainsi qu’une démarche plus large de promotion de la santé et du bien-être sexuel.

4.1 Les troubles sexuels

Définir un trouble sexuel conduit à aborder la normalité. Cependant, concernant la sexualité, la normalité est une notion très relative, influencée par l’environnement sociétal, culturel et religieux. Le HCSP propose de retenir comme trouble sexuel toute situation entraînant une insatisfaction personnelle. Un avis du Conseil consultatif national d’éthique (CCNE) de 1999⁴³ reconnaît que l’activité sexuelle est une « expression et [un] facteur de bien-être », « même si un accomplissement de soi peut être détaché de la vie sexuelle ». Cette reconnaissance « implique que sa défaillance puisse être traitée par la médecine ». Selon certaines études, entre 15 et 70% des personnes, quel que soit leur sexe, rapportent des difficultés sexuelles. La dysfonction érectile a une prévalence élevée, touchant 30 à 52% des hommes de 40 à 70 ans (5,7 à 18,5 % en ne tenant pas compte des dysfonctions érectiles occasionnelles⁴⁴). Trop souvent, ces troubles sont classés de façon caricaturale en attribuant aux femmes les

troubles du désir ou du plaisir et aux hommes les dysfonctionnements de l'érection. Ces difficultés peuvent être exceptionnellement primaires ou plus souvent secondaires.

- **Primaires**

- Troubles vrais de l'identité sexuelle**

- La dysphorie de genre est une inadéquation entre le sexe biologique (déterminé par les caractéristiques anatomiques et physiologiques) et le sexe psychique (sentiment d'appartenance à un sexe défini). Cette inadéquation peut être anatomique dans le cas des personnes souffrant d'ambiguïté sexuelle physique (pseudohermaphrodisme) ou bien ressentie par la personne.

- Une enquête française de 2010, dont le mode de recrutement avait favorisé une surreprésentation des personnes trans MtoF (*male to female*, personnes dont le sexe de l'état-civil à la naissance est masculin et qui s'identifient au genre féminin) révèle des difficultés d'accès aux soins pour les trans en France ainsi que l'inadéquation d'une partie de l'offre de soins à la demande exprimée par cette population. Un tiers des personnes enquêtées a eu recours à la chirurgie de réassignation et/ou de stérilisation de sexe et, quand elles l'ont fait, les deux tiers l'ont pratiquée à l'étranger. Enfin les répondants ont déclaré une plus forte proportion de survenue de complications suite aux interventions sur les organes génitaux en hôpital public qu'en clinique privée ou à l'étranger. Les résultats de l'enquête suggèrent que l'offre de soins chirurgicale reste insuffisante et qu'elle ne répond pas complètement aux attentes des personnes concernées. Par ailleurs, ces difficultés s'inscrivent dans un contexte dans lequel il est obligatoire d'avoir eu recours à une chirurgie de réassignation de sexe et/ou de stérilisation pour obtenir le changement d'état-civil. Cette obligation administrative pourrait avoir comme effet d'inciter à la réalisation de ces opérations des personnes qui ne sont pas immédiatement désireuses de le faire⁴⁵.

- Ces problématiques ont été prises en compte dans un rapport de l'IGAS de 2011⁴⁶.

- Troubles anatomiques ne permettant pas un rapport sexuel satisfaisant**

- Ils sont de différentes natures allant des troubles les plus graves comme le Syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser, les conséquences de traumatismes médullaires aux plus mineurs comme le phimosis, les troubles de la peau et des muqueuses de l'appareil génital (infection, mycose, lichen...).

- **Secondaires**

- Les troubles sont essentiellement de deux ordres : organiques et psychologiques. Ils perturbent le désir, la réalisation de l'acte et l'obtention de plaisir.

Les troubles organiques sont souvent la conséquence de maladies chroniques qui entraînent des troubles de la vascularisation, de la conduction nerveuse ou de la commande centrale. Par ailleurs, de nombreux médicaments ont comme effets secondaires des troubles de la libido, des troubles de l'érection ou des perturbations de la flore vaginale. La prise en charge

chirurgicale de certaines pathologies de l'appareil sexuel peut s'accompagner de difficultés lors de la relation sexuelle, sources d'insatisfaction.

La sexualité est de nature multifactorielle et biopsychologique ; elle est affectée par des facteurs psychologiques, relationnels, physiques, sociaux et culturels, ainsi que par le vieillissement et le déclin hormonal. **La ménopause** est fréquemment considérée comme associée à des difficultés d'ordre sexuel⁴⁷. Parmi les femmes ménopausées, 12% sont personnellement incommodées par ces difficultés^{47,48}.

Les troubles psychologiques sont extrêmement nombreux et divers, pouvant s'exprimer par le manque d'envie mais également par des addictions ou des compulsions. De nombreux déterminants sont responsables de difficultés sexuelles qui peuvent, au minimum, entraîner une diminution de la qualité de vie et conduire à des troubles de l'humeur, à la consommation de psychotropes ou de médicaments, avoir des répercussions sur la vie affective (solitude, divorces) et être source de violences. Au cours des affections cancéreuses, au-delà des conséquences physiques et esthétiques des traitements, les dysfonctions sexuelles sont causées en général par le bouleversement psychologique induit par une maladie qui affecte le corps, en particulier un corps féminin fortement investi⁴⁹. Les affections psychiatriques (psychose, schizophrénie...) peuvent être responsables de troubles sexuels tant du fait de la maladie que de celui du traitement.

4.2 Evocation de la santé sexuelle au cours de la consultation médicale

Les patients ont souvent des difficultés à évoquer leurs troubles sexuels avec leur médecin. Ainsi, par exemple, seulement 10 à 20 % des hommes souffrant de dysfonction érectile évoquent leur problème sexuel avec un médecin⁵⁰. Par ailleurs, les médecins considèrent certains thèmes plus faciles à aborder que d'autres ; il s'agit des risques cardio-vasculaires (96,1%) et des dépistages des cancers (95,5%). Par contre les thèmes jugés les moins faciles à évoquer sont la consommation d'alcool (60,4%), la vie affective et sexuelle (58,7%) et l'usage de drogues (57,0%)⁵¹. L'OMS a publié en mai 2015 le « guide sur la Communication Brève relative à la Sexualité »⁵². Ce guide vise à étendre l'utilisation de la Communication Brève relative à la sexualité aux professionnels chargés de l'offre de service de santé sexuelle, et principalement aux professionnels de soins de santé primaire. Il s'agit d'une approche qui emprunte des outils techniques aux méthodes du counseling, sans conserver le formalisme des thérapies psycho-comportementales. Son but est d'aider les personnes venant consulter un professionnel de santé à s'exprimer sur leur vie sexuelle.

Une sexualité épanouie est associée à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à une meilleure santé et une plus grande longévité. Le HCSP propose de retenir comme trouble sexuel toute situation entraînant une insatisfaction personnelle. Il peut s'agir de troubles d'ordre physique ou psychologique. Leur prise en compte en consultation fait l'objet de propositions d'amélioration par l'OMS notamment par la « Communication brève relative à la sexualité ».

5. EVOLUTION DES STRUCTURES ET DISPOSITIFS POUVANT INTERVENIR DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

De nombreux organismes sont impliqués dans une offre de santé sexuelle en France : les ministères chargés de la santé et des droits des femmes, de l'Education nationale, de la justice, de l'intérieur, les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux, les rectorats, les conseils régionaux, les villes.

Ils s'appuient sur des structures publiques axées sur la prévention et/ou le dépistage :

- centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)⁵³, et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist)⁵⁴ actuellement réunis en centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic (Cegidd)
- établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) et centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)
- services de Protection maternelle et infantile (PMI)
- réseaux santé périnatalité (RSP)
- services de santé en milieu scolaire et universitaire
- comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (Corevih)

ainsi que sur des structures associatives comme les associations de lutte contre le sida et les hépatites ou le planning familial.

D'autres structures sont axées plutôt sur le soin comme les consultations d'orthogénie, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, les centres de santé ou les consultations de services spécialisés hospitaliers (maternité, gynécologie, urologie, maladies infectieuses, médecine légale, maladies chroniques, etc.).

Parallèlement à ces structures institutionnelles, de nombreuses structures associatives existent et participent à la prévention et à la promotion de la santé sexuelle. Nombre d'entre elles ont mis en place un numéro vert afin de répondre aux demandes le plus rapidement possible et avec la plus grande expertise (<http://destinationsante.com/vous-avez-un-probleme-trouvez-le-bon-numero.html>). La diversité de cette offre et la création constante de nouveaux numéros (<http://www.sante.gouv.fr/numero-vert-sexualites-contraception-ivg.html>) ne participent pas à la lisibilité pour le public.

5.1 Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist)

Ces structures ont joué jusqu'à ce jour un rôle essentiel dans le dépistage du VIH et des IST. Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été créés en 1988 pour favoriser le dépistage du VIH sans risque de stigmatisation. Financés par l'Assurance maladie et habilités par les ARS, ils avaient pour mission initiale le dépistage du VIH, secondairement élargi au VHB et au VHC. Leurs fonctions comprennent en outre : accueil, information, évaluation des

facteurs d'exposition, conseil personnalisé, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale en cas de besoin.

Les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (**Ciddist**) ont succédé, en 2004, aux dispensaires antivénéériens (DAV) mis en place à partir de 1916. Financés par l'État, ils sont habilités par les ARS et parfois en convention avec les Conseils départementaux. Ils sont chargés de réaliser le diagnostic et le dépistage anonyme de toutes les IST. L'ensemble de leurs fonctions sont : accueil, écoute, information, conseil, évaluation du risque, examen physique et test à visée diagnostique, prescription de traitement, orientation pour prise en charge médicale, psychologique, sociale, proposition de dépistage/traitement des partenaires.

En 2011 on dénombrait 368 sites CDAG et/ou Ciddist, soit :

- 249 sites CDAG/ Ciddist pratiquant à la fois l'activité CDAG et Ciddist sur le même lieu dont 144 en milieu hospitalier
- 95 sites CDAG uniquement dont 76 en milieu hospitalier
- 24 sites uniquement Ciddist dont 17 en milieu hospitalier⁵⁵.

Toutes ces structures sont tenues de produire un bilan d'activité annuel.

5.2 Les organismes de planification et d'éducation familiale

Le conseil conjugal et familial a été introduit en France avant la guerre de 1940 puis adopté par plusieurs associations autour des années 1960. Son assise institutionnelle débute par le décret d'application de la loi Neuwirth, du 28 décembre 1967.

Il repose sur les centres de planification et d'éducation familiale (**CPEF**) et sur les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (**EICCF**).

Les EICCF (n = 391) sont sous la compétence de l'Etat tandis que les CPEF (n = 1188) sont sous la responsabilité des conseils départementaux. CPEF et EICCF ont souvent un opérateur commun, notamment le Planning Familial (ex MFPPF) qui gère à la fois des établissements et des centres et dont la notoriété propre contribue pour une large part à celle du dispositif avec lequel il est souvent confondu dans l'esprit du public. Ces deux types de structures se différencient par la gamme des prestations proposées, la qualification des personnels, la nature et les conditions de délivrance des prestations et le public accueilli. Les CPEF peuvent être rattachés à un centre de PMI.

L'ouverture d'un CPEF doit obligatoirement comprendre en plus du personnel médical qui le différencie de l'EICCF, une personne compétente en matière de conseil conjugal et familial (Décret du 24 avril 1972).

La loi de 1975 prévoyait qu'une demande d'IVG devait être précédée d'un entretien avec un professionnel en conseil conjugal et familial. Actuellement cet entretien, systématiquement proposé, n'est obligatoire que pour les personnes mineures. Ces entretiens valident le métier de conseiller conjugal au sein des CPEF. Celui-ci y exerce une fonction, aussi bien de prévention que d'aide psychologique.

Les missions des CPEF sont définies réglementairement, par l'article 2311-7 du code de la santé publique :

- consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ;
- information en matière de sexualité et d'éducation familiale ;
- entretiens préalables à l'IVG ;
- entretiens faisant suite à l'IVG ;
- préparation à la vie de couple et à la fonction parentale ;
- entretiens de conseil conjugal.

Les CPEF peuvent également réaliser les actions suivantes :

- accueil et information sur la fécondité, la contraception ;
- prévention, dépistage et traitement des IST ;
- interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ;
- accueil et le conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences ;
- gratuité pour les mineures et non-assurées sociales, ou celles désirant garder le secret (confidentialité).

5.3 Une évolution récente : création des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd)

L'offre de services en matière de santé sexuelle et reproductive initiée en 1967 par la loi Neuwirth s'est accumulée au fil des années. Elle s'est développée de façon quasi indépendante en ne tenant pas compte des compétences communes et parfois redondantes des différentes structures du même type. Leurs missions à la charnière du sanitaire, du social et de l'éducatif se sont diversifiées et élargies avec le temps.

Ce constat a été fait dans un rapport de l'IGAS⁵⁶ en juin 2011 sur « Les organismes de planification de conseil et d'éducation familiale : un bilan ».

Dans ce rapport la mission proposait le maintien de structures comme les CPEF, les CDAG et les Ciddist, qui touchent des publics différents, et notait l'importance d'offrir une palette de services diversifiée. Toutefois, de façon symétrique à l'offre de base qui serait proposée par les CPEF en matière d'IST, elle suggérait que les CDAG et Ciddist puissent élargir leur offre au-delà du dépistage et du traitement des IST, en proposant des prestations complémentaires de base telles que test de grossesse, pilule du lendemain, prescription de pilule standard. La mission préconisait de concevoir la notion de centres de santé sexuelle en termes de socle commun de prestations de base proposées dans l'ensemble des structures intervenant dans le domaine de la santé sexuelle. Le maintien de plusieurs points d'entrée correspondant à la pluralité des publics devrait s'accompagner d'incitations à développer localement des synergies entre les différentes structures, notamment entre CPEF et CDAG/Ciddist, en matière d'interventions collectives par exemple, ou de moyens partagés (locaux, personnels). Dans un précédent rapport d'août 2010 (« Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles »), l'IGAS faisait le constat que les modalités d'organisation du dépistage et de la prévention sont compliquées pour le personnel et peu lisibles pour ceux qui y ont recours.

Ces propositions ont conduit à la mise en œuvre en juillet 2015 d'une réforme des CDAG – Ciddist qui a abouti à la création des Cegidd⁵⁷ en janvier 2016. Ceux-ci ont pour mission de

contribuer à la prévention, au dépistage et au diagnostic des infections par les virus VIH et des hépatites ainsi que des infections sexuellement transmissibles en général, et à l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés et la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Par ailleurs, le Cegidd doit adapter ses actions et les diriger, notamment à travers les actions hors les murs, vers les publics les plus exposés, au plan épidémiologique, au risque de transmission du VIH, des IST, des hépatites virales B et C ou les plus éloignés du système de soins.

Ces structures doivent se coordonner avec les CPEF qui demeurent une porte d'entrée dans l'offre de prévention et de soin pour des publics parfois différents.

Le personnel minimum d'un Cegidd doit comprendre :

- un médecin, généraliste ou spécialiste, ayant une expérience dans la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST ;
- un(e) infirmier(e) ;
- un(e) secrétaire chargé(e) de l'accueil du public et d'assister les autres membres du personnel dans la saisie et le traitement des données ;
- un(e) assistant(e) social(e) dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures ;
- un(e) psychologue ayant compétence dans la sexualité (sexualité humaine ou santé sexuelle), dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures.

L'agence régionale de santé est responsable de la programmation stratégique. Elle peut confier la mise en œuvre opérationnelle des missions de coordination, de suivi et d'analyse des activités à un Cegidd, à un Corevih ou à un autre organisme compétent. Il est précisé que le Cegidd veille à ce que les professionnels bénéficient d'une formation adaptée, notamment aux méthodes d'éducation relative à la santé et à la sexualité, aux mesures préventives adaptées aux différentes situations à risque d'exposition aux infections, à l'annonce d'un résultat positif, à la prise en charge des IST, aux spécificités des publics cibles et aux nouveaux outils de prévention.

5.4 Les comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (Corevih)

Le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005⁵⁸ relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine a institué la création de comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) implantés dans les établissements publics de santé couvrant un territoire de référence à un niveau infrarégional, régional ou interrégional.

Leurs missions sont de :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte FHDH-ANRS CO4).

En France, 28 Corevih bénéficient actuellement d'un financement pour exercer ces fonctions. Ils ne bénéficient d'aucun statut juridique. Ils comptent en leur sein des représentants des usagers, ce qui en fait des structures exceptionnelles de démocratie sanitaire au sein des régions.

Un bilan annuel de leur activité est établi conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS) et permet de mettre en exergue leur expertise dans le domaine du VIH et de l'organisation régionale. Il est précisé que les Corevih participent à de nombreuses actions de coordination en termes de « Prévention, dépistage, d'éducation thérapeutique, prévention positive ». Ces thématiques sont couvertes par une large majorité de Corevih. Elles contribuent à l'harmonisation des pratiques de dépistage (formations, recommandations, protocoles, etc.) et au renforcement de la prévention grâce à des actions conduites auprès des populations dites « générales ou ciblées ». On note, à travers les actions de coordination des Corevih, une montée en puissance des actions liées à la « vie affective et sexuelle des patients » (consultations, créations de centres, développement de projets liés à la santé sexuelle, création de sites internet, etc.), conformément aux recommandations du plan de santé publique sur le VIH-sida et les IST 2010/2014⁵⁹.

5.5 Les réseaux santé périnatalité (RSP)

Créés par décret en 1998, les réseaux de santé périnatalité (RSP) ont vu leurs missions développées et précisées par la circulaire N°DHOS / 01 / 03 / CNAMTS / 2006 / 151 du 30 mars 2006, relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. Ils doivent développer localement une prise en charge globale et continue de la grossesse (femme, couple et enfant) par l'intervention coordonnée des professionnels concernés (à l'hôpital et en ville). Ils visent à assurer, d'amont en aval :

- Un accès précoce à une prise en charge adaptée, l'organisation de la sortie de maternité, une meilleure prise en charge des transferts in utéro et du post-partum, un suivi des nouveau-nés vulnérables, des évaluations (staffs analyse de dossiers et suivi de données) ; des outils sont proposés comme le carnet de maternité ou le dossier périnatal partagé.
- Des actions ciblées en santé publique : amélioration des échographies de dépistage, de diagnostic, du diagnostic anténatal, des interruptions médicales ou volontaires de grossesse, prévention des addictions (tabac, alcool, toxicomanie), et la promotion de l'allaitement maternel.

- L'ouverture à des prises en charge médico-psycho-sociales : entretien prénatal précoce (non médical, du 4^{ème} mois), accompagnement psycho-social périnatal ou lors de deuil, comorbidités psychiatriques, précarité d'ordre socio-économique.
- La prise en compte de populations spécifiques : adolescentes, comorbidités de maladies chroniques, handicap.
- La prise en compte de problématiques régionales.

Une instruction de juillet 2015 vise à actualiser les missions des réseaux de santé en périnatalité⁶⁰ afin de conforter leur positionnement à un niveau régional et leur donner des priorités nationales d'action. Cette instruction vise à impliquer plus directement les réseaux dans l'amélioration de l'accès à l'IVG notamment pour les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse est compris entre 10 et 12 semaines, pour lesquelles une procédure d'urgence doit être prévue. La prise en charge doit être possible pour toutes les femmes, quel que soit l'âge gestationnel, sur le territoire de santé où a été formulée la demande. Un repositionnement volontariste des RSP est donc à opérer, alors qu'ils n'ont pas toujours investi cette mission déjà présente dans le cahier des charges du 30 mars 2006, à l'exception notable de réseaux spécialisés créés dans quelques régions.

De nombreuses structures sont impliquées dans la promotion de la santé sexuelle; cette offre s'est développée, au fil du temps, de manière non concertée, réduisant sa lisibilité, tant pour le public que pour les professionnels rendant compliqué l'accès aux soins. La création récente des Cegidd devrait permettre de clarifier l'offre de promotion, de prévention et de soins, en prenant en compte la diversité des publics et les territoires. Ces structures doivent, à terme, se rapprocher des CPEF et évoluer vers des centres de santé sexuelle.

6. LE HCSP A FAIT DES CONSTATS ET IDENTIFIÉ DES BESOINS DANS LES DOMAINES SUIVANTS

➤ LA PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

6.1 L'information en santé sexuelle (évolution des savoirs)

L'information en santé sexuelle est complémentaire de l'éducation à la sexualité. Les actions et dispositifs de communication autour de la santé sexuelle s'insèrent dans des projets plus larges et sont liés à des offres de services, ressources locales et offres de soins. Il est important de dissocier l'éducation et la promotion de la simple information. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir de bonnes connaissances ou de l'information pour éviter certains risques liés à la sexualité. Encore faut-il :

- avoir les compétences personnelles pour acquérir ces informations et les traduire en comportements ;
- évoluer dans un environnement qui permette d'adopter de tels comportements (accès aux ressources, normes sociales non défavorables) ;
- être face à des partenaires qui partagent des valeurs communes, notamment de respect et de tolérance.

C'est l'articulation de ces déterminants, à différents niveaux (individuels, interpersonnels et sociétaux) qui génèrent les conditions favorables à la santé sexuelle. Les métiers de la communication peuvent, en accord avec les autres métiers de la prévention et du soin, contribuer à articuler ces différents déterminants.

Le rôle d'Internet

Des sites d'information sur la sexualité destinés aux jeunes, comme ceux développés par l'INPES (www.onsexprime.com), par le Mouvement français pour le planning familial (www.parlons-ici.org) ou le CHU de Strasbourg (www.info-ado.u-strasbg.fr), coexistent en France. Cependant les coûts relatifs à leur maintenance, leur hébergement, leur administration etc, doivent être évalués. De très nombreux sites de vulgarisation en santé coexistent également (Top santé, Doctissimo, e-santé...). Par ailleurs, certains sites, forums ou blogs ont un rôle délétère par la diffusion d'informations erronées.

La littérature concernant les conséquences de l'accès massif à la pornographie sur les connaissances, attitudes et représentations des jeunes est ambivalente. Par ailleurs, lors des auditions, aucune convergence des avis n'a émergé. Environ 30% des consommateurs de pornographie sont des adolescents âgés de 13 et 14 ans ; 80% des garçons de 14 à 18 ans et 45% des filles du même âge ont vu au moins un film X dans l'année écoulée⁶¹.

Un consensus est ressorti des travaux sur le fait que de plus en plus d'enfants sont exposés à la pornographie, sans leur consentement et à un âge de plus en plus jeune. Selon la loi, l'exposition sans consentement, à des images pornographiques est une agression sexuelle.

6.2 L'éducation à la vie sexuelle (évolution des savoir-être et des savoir-faire)

6.2.1 Les champs de l'éducation à la vie sexuelle sont larges

- Le champ biologique : anatomie, physiologie, transmission de la vie, prévention du sida et des IST, contraception et IVG.
- Le champ psychoaffectif : développement psychosexuel, construction de l'identité de l'image de soi, relations aux autres, émotions et sentiments, orientations sexuelles, construction de l'identité sexuée.
- Le champ social : les lois (code civil, code pénal), les valeurs et les normes, la famille, l'école, la culture, la religion, les médias, les rôles sexués et les stéréotypes.

6.2.2 Les différentes approches à l'international

Selon l'OMS⁶², l'éducation sexuelle aide à préparer les jeunes à la vie en général, notamment à construire et entretenir des relations satisfaisantes. Elle contribue au développement positif de la personnalité et de l'autodétermination. Les évolutions sociétales (contraception, IVG, IST, projets de naissance) imposent l'accès à une information et à des connaissances.

Plusieurs auteurs⁶³ ont démontré que les programmes d'éducation à la sexualité basés sur les données provenant de la recherche pouvaient, lorsqu'ils étaient menés par des éducateurs formés, accroître les connaissances en matière de sexualité et diminuer les pratiques sexuelles à risques. Les programmes d'éducation à la sexualité ne promeuvent pas une activité sexuelle plus précoce ou plus intense chez les jeunes^{64,65,66}.

Les programmes fondés sur l'égalité des sexes dans les relations sexuelles⁶⁷ sont cinq fois plus efficaces dans la réduction des IST et des grossesses non désirées que les programmes qui n'insistent pas sur cette égalité intrinsèque des deux partenaires.

L'OMS propose une matrice structurée en fonction de six tranches d'âge⁶² et de huit catégories thématiques. Flexible, elle peut répondre aux besoins spécifiques d'individus et de groupes et s'adapter aux personnes ayant des besoins particuliers ainsi qu'aux minorités. Ce cadre de référence pose trois niveaux : informations/connaissances, compétences et attitudes à partir desquels se développent les comportements.

De nombreux arguments sont en faveur d'une éducation sexuelle précoce. Elle est dispensée à l'âge de 5 ans au Portugal, et 14 ans en Italie, Espagne et Chypre. En Belgique⁶⁸, en juin 2013, un protocole d'accord a été signé entre la Fédération Wallonie, Bruxelles et la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-capitale généralisant l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle en milieu scolaire (EVRAS). Les partenariats entre acteurs scolaires et associatifs sont facilités et des formations organisées.

En Suisse romande⁶⁹, les intervenants associatifs sont financés par les collectivités et interviennent à tous les niveaux de scolarité au moins une fois par an en partenariat avec les enseignants. L'uniformisation des programmes est en cours. L'information aux parents est systématique. Le taux d'IVG chez les jeunes y est le plus bas d'Europe.

Aux Pays-Bas⁶¹ les programmes, dispensés dès la maternelle, impliquent les parents qui peuvent assister aux séances. Il y existe une culture de la planification familiale très développée. Le taux d'IVG est le plus faible des pays occidentaux.

Aux Etats-Unis et au Royaume Uni⁶¹ les programmes de santé sexuelle sont marqués par une dimension moralisatrice et par la prise en compte du coût social des grossesses chez les adolescents notamment en milieu défavorisé.

En Ecosse⁷⁰, un cours optionnel dans le cursus de médecine permet aux étudiants de se positionner en tant qu'éducateurs en éducation sexuelle auprès d'enfants et de jeunes, et de délivrer des cours de sexualité dans les écoles de la ville. Cette expérience montre que l'éducation par ces étudiants augmente leur confiance en soi et améliore ainsi le dialogue et la prise en charge des patients faisant part de problématiques concernant leur santé sexuelle. Elle a été reproduite, à titre pilote, en France, en région PACA où l'éducation à la santé sexuelle est menée par des étudiants en médecine et pharmacie au sein de collèges ; les résultats sont encourageants⁷¹. Cependant il n'y a pas d'évaluation nationale disponible et publiée.

6.2.3 L'approche française et le rôle primordial confié à l'Education nationale (EN)

L'approche est résolument sociale⁷² avec l'ouverture à des champs de la prévention comme les violences sexuelles, le sexisme, l'homophobie. De nombreux décrets et circulaires se sont succédés⁷⁴ mais ils ne sont pas suffisants ; les formations sont indispensables et un des leviers de la mise en œuvre du programme repose sur la formation des personnels. En 2012, l'Education nationale disposait de 380 formateurs et de 40 000 intervenants formés ; des équipes académiques de pilotage pluri catégorielles ont été mises en place.

On ne connaît ni la composition des équipes, ni l'impact de ces formations sur l'activité elle-même.

Dans les enquêtes menées en France auprès de femmes âgées de 18-24 ans en 2005-2006 sur les moyens d'accéder aux informations concernant la vie sexuelle, 85,6 % des répondantes ont cité l'école, 70,4 % la télévision et la radio et 67,2 % leur mère⁷³.

Les enjeux de l'éducation sexuelle portés par l'Education nationale sont⁷⁴

- développer les formations à l'éducation à la sexualité ;
- sensibiliser l'ensemble de la communauté éducative à l'éducation à la sexualité ;
- renforcer les partenariats institutionnels et associatifs ;
- accompagner les élèves face aux représentations véhiculées dans les médias ;
- insérer l'éducation à la sexualité dans le parcours éducatif de santé.

L'article L3-112-16 du code de l'éducation précise: « une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogènes ».

La mise en œuvre des trois séances annuelles d'éducation à la sexualité dans les établissements d'enseignement a été précisée par la circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 aux termes de laquelle une grande liberté et une grande souplesse sont laissées aux directeurs et aux équipes éducatives de ces établissements :

- à l'école primaire, cette éducation est assurée par le maître chargé de la classe qui l'aborde non pas au moyen de trois séances annuelles spécifiques mais dans un temps global réparti tout au long de l'année ; l'enseignant peut « solliciter conseils et assistance auprès de l'infirmière ou du médecin scolaire formés à cet

effet ». Selon le Syndicat national des infirmiers, infirmières et éducateurs de santé (SNIES), cette éducation des plus jeunes doit prioritairement avoir pour but une prévention concernant non pas directement la sexualité, mais le respect du corps, et porter sur des thèmes tels que « respect de soi, respect des autres » ou « le droit de dire non »

- au collège et au lycée, les modalités d'organisation et la planification des trois séances doivent être inscrites par le chef d'établissement dans l'horaire global annuel des élèves, intégrées au projet d'établissement et présentées au conseil d'administration. Les séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires qui, idéalement, doit associer les différents personnels de l'établissement : enseignants, bibliothécaires, personnels d'encadrement, personnels de santé... formés à cet effet ; mais, dans de nombreux cas, ces séances sont en réalité confiées aux seuls infirmiers scolaires ; avec l'accord du chef d'établissement, il peut être fait appel à des intervenants extérieurs, issus de préférence d'associations ayant reçu l'agrément, national ou académique.

Aucune remontée d'information concernant la mise en œuvre de ces dispositions n'est disponible au niveau national, ni aucun bilan des contenus délivrés. Ainsi il est possible de supposer qu'au-delà d'une couverture incertaine de la population scolarisée, il existe de grandes disparités de contenu entre académies, voire entre établissements, au détriment des enfants issus des milieux les moins éduqués, qui seront les moins à même de mobiliser les ressources adéquates à l'apprentissage de la santé sexuelle.

Le principal frein est l'organisation de ces interventions et leur insertion dans l'emploi du temps des élèves. La circulaire de 2003 laisse une grande souplesse de mise en œuvre³⁵. Les intervenants sont motivés et les interventions diversifiées (débat, expositions, ateliers...). Les parents ne considèrent pas toujours la thématique comme prioritaire et l'autonomie des établissements laisse à chaque cas la liberté de choix.

Cependant, en l'absence d'évaluation nationale, les résultats sur les comportements paraissent peu probants à l'exception des actions menés sur le long terme, en partenariat avec des professionnels de santé sur l'ensemble d'une académie⁷⁵.

Il a été démontré⁷⁶ la nécessité de programmes spécifiques et adaptés pour les élèves en difficulté ; cependant peu d'intervenants sont suffisamment formés pour les assurer.

Les grandes enquêtes scolaires réalisées en Belgique et au Canada^{77,78,79,80}, notamment celles portant sur la connaissance des modes de transmission du sida et la prévention des grossesses non désirées, mettent en évidence certaines méconnaissances. Celles-ci sont plus prononcées chez les élèves d'orientation scolaire technique et professionnelle que chez les élèves de l'enseignement général.

L'approche interdisciplinaire⁷⁶ de l'éducation à la sexualité associant les dimensions biologiques, psychoaffectives et sociales vise à accompagner les élèves dans la construction d'un ensemble de connaissances et d'opinions raisonnées. En effet, si l'éducation à la sexualité nécessite une approche scientifique, elle se doit également d'apporter la dimension psychologique indispensable à la construction de l'individu sexué. D'ailleurs, la dimension affective de la sexualité tient la première place (43,3 %) dans les représentations des élèves interrogés sur la définition de la sexualité.

Il est par conséquent primordial d'élaborer les contenus et de prévoir les modalités des interventions en relation avec ces principes et avec les besoins des élèves.

A la Réunion par exemple, une charte a été élaborée de façon conjointe par l'ARS et le Rectorat définissant les principes d'éducation à la sexualité et les modalités d'intervention des intervenants extérieurs. Une trame commune à toutes les associations intervenantes est en cours d'élaboration par l'ARS et la formation des intervenants sera réalisée avec le soutien de la région par le réseau périnatal.

Enfin, l'éducation sexuelle s'inscrit dans la vie de l'enfant dès son plus jeune âge à travers la cellule familiale. Il est donc indispensable d'ouvrir un espace de rencontre et de parole aux parents afin, notamment, de faciliter l'expression de leurs interrogations face à l'évolution de leurs enfants, notamment en période pubertaire. Les associations de familles et de parents font preuve d'un réel intérêt et devraient s'engager dans ce sens.

Les connaissances sur la sexualité et les questions de santé sexuelle parmi la population et les professionnels concernés (santé, éducation, action sociale notamment) semblent aujourd'hui insuffisantes pour permettre l'adoption de comportements et de pratiques nécessaires à la réduction de certains risques et à l'amélioration de la qualité de la santé sexuelle. L'information et l'éducation à la santé sexuelle visent à améliorer le niveau de connaissance et faire évoluer les attitudes et les comportements.

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

L'école a un rôle fondamental à jouer ; des formations sont proposées au personnel, de nombreuses circulaires sont diffusées et actualisées. Cependant aucun recensement systématique des programmes d'éducation à la santé sexuelle ne permet de connaître et d'évaluer les contenus des séances et la mise en œuvre des directives nationales. Les établissements sont à même de privilégier leurs propres priorités et partenariats.

Les programmes d'éducation à la santé sexuelle diffèrent d'un pays à l'autre sur plusieurs points : précocité des interventions, recours à des intervenants extérieurs à l'Education nationale, participation des parents, implication d'étudiants en médecine... Il est donc difficile de faire des comparaisons.

6.3 Santé reproductive, nouvelles techniques, nouveaux comportements

La santé reproductive porte sur la prévention des risques et la prise en charge ou l'accompagnement des fonctions ordinaires de la fécondité, englobant la contraception, l'IVG, l'assistance médicale à la procréation (AMP), le diagnostic anténatal et les interruptions de grossesse pour motif médical, la grossesse, l'accouchement et tout ce qui entoure la naissance⁸¹. Sur la contraception, les interruptions de grossesse et la AMP, plusieurs rapports récents émanant de l'IGAS, de l'Agence de la biomédecine, de la Direction de la recherche des études et évaluation et statistiques (Drees), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), et de la Haute Autorité de santé (HAS) ont fait l'état des lieux ; ils ont été pris en compte largement dans cet avis^{82,83,84,85,86,87,88}.

La grossesse normale, l'accouchement et ce qui concerne la maternité en général, ont bénéficié dans le passé de plans dits « de périnatalité ». Le dernier plan remonte à 10 ans (2005-2007). La maternité fait l'objet d'une stratégie à part entière, les dispositifs la concernant sont bien structurés, les acteurs (gynécologues, sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs) sont en lien avec tous ceux préoccupés de fécondité. L'orientation d'une nouvelle stratégie vis-à-vis de la maternité ne pouvait être conçue dans le cadre du présent avis mais celle-ci n'est pas exclue du champ de la santé sexuelle et de la reproduction. Elle devrait faire l'objet d'un programme spécifique, notamment du fait de la stagnation des indicateurs de morbidité maternelle sévère liée aux évolutions sociétales déjà évoquées.

6.3.1 Contraception

La contraception est très répandue en France, et depuis longtemps. De nos jours, ses modalités de mise en œuvre nécessitent le plus souvent un recours aux services médicaux qui ne sont pas toujours utilisés de façon optimale : globalement 45 % des femmes de 15 à 49 ans, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant utilisent la contraception orale et seulement moins de 5 % d'autres méthodes hormonales. Une femme sur cinq a recours au dispositif intra-utérin (DIU), la majorité d'entre elles ayant déjà deux enfants et plus, 12% au préservatif tandis que le recours à la stérilisation est faible (4%)⁸³.

L'accès des jeunes à la contraception est facilité. Sur prescription médicale, la délivrance des contraceptifs, à titre gratuit et anonyme, aux mineures désirant garder le secret et la levée de l'obligation de consentement parental pour l'avortement des mineures ont été rendues possibles par la loi du 4 juillet 2001 ainsi que l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières des établissements scolaires aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées.

On ne dispose pas d'une évaluation globale de l'impact du dispositif mis en place pour les mineurs, pas plus que d'une évaluation des dispositifs (PASS contraception) mis en place par les conseils régionaux, et parfois critiqués pour leur absence d'accompagnement des jeunes. Les données de la CNAMTS révèlent une faible utilisation du dispositif peut-être parce qu'il est peu connu. Le rapport de l'IGAS (avril 2015), sur les deux mesures prises dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale en 2013 et 2014 afin de favoriser cet accès, fait le double constat d'une très faible utilisation du dispositif et de l'incapacité à retracer la mise en œuvre des mesures votées, dans les bases de la CNAMTS.

Certaines recommandations de la HAS concernant les stratégies de choix des méthodes contraceptives ne sont pas suffisamment suivies par les professionnels. Les raisons peuvent relever d'une part, de leur formation initiale qui n'intègre pas suffisamment la prise en considération de l'influence des déterminants sociaux des femmes sur l'adoption de pratiques de prévention diversifiées, et d'autre part, des évolutions et innovations permanentes ayant rendu plus complexe l'offre contraceptive⁸³. Le choix et l'utilisation d'une méthode de contraception adaptée nécessitent une capacité de prendre en charge sa santé qui fait défaut aux personnes en situation de grande précarité, et parfois aux jeunes. Dans la population générale, il existe un gradient social dans les attitudes et les pratiques vis-à-vis de la santé, défavorable aux catégories les moins éduquées et aux revenus les plus

modestes. Dans les suites du débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, on a observé un gradient social dans le changement de méthode de contraception : les femmes ayant les niveaux d'éducation les plus bas ont délaissé les pilules récentes au profit des méthodes les moins efficaces (dates, retrait), les femmes les plus diplômées ayant adopté préférentiellement le stérilet⁹⁰.

Cette approche n'est pas assez prise en compte par les professionnels de santé. D'après l'enquête 2013 de Médecins du Monde, les femmes en situation précaire seraient 24 % à utiliser une contraception régulière (versus 72 % en population générale)⁹¹.

Le coût extrêmement variable des méthodes contraceptives, et l'absence de prise en charge par l'Assurance maladie de certaines de ces méthodes, incitent les personnes ayant des revenus modestes, les adolescents et les jeunes, à faire un choix non pas en fonction de leurs besoins physiologiques ou comportementaux mais sur des critères financiers^{83,92}.

L'IGAS a pointé la grande variété des structures et leur hétérogénéité qui nuit à la lisibilité de l'offre contraceptive. Certains établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) reçoivent assez peu de personnes non engagées dans un projet parental, car celles-ci ne se reconnaissent pas dans l'intitulé même de ces structures ; certains d'entre eux sont mal répartis sur le territoire ou ont des horaires d'ouverture inadaptés. Les Ceggid, bien qu'ayant un rôle à jouer dans l'approche globale de la santé sexuelle, se voient limités dans leurs missions autour de la contraception.

6.3.2 Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Leur nombre, 229 021 en 2013 soit un taux de 15,6 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, reste relativement stable depuis 10 ans (le taux annuel de naissances vivantes est de 55,6 pour 1000 femmes de 15-49 ans⁹³). Les taux de recours les plus élevés demeurent enregistrés entre 20 et 29 ans. Les écarts régionaux perdurent, avec des recours moyens toujours supérieurs à 18 IVG pour 1000 femmes en Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Languedoc-Roussillon et dans les DOM.

L'IVG médicamenteuse est devenue la méthode majoritaire, représentant 56 % des IVG ; 28 % des IVG médicamenteuses sont pratiquées en cabinets de ville.

On observe cependant des mouvements de fond depuis 1975, ainsi l'âge moyen à l'IVG s'est abaissé de 28,6 ans à 27,5 ans aujourd'hui et le nombre d'IVG à répétition augmente⁹³ bien que la fréquence des grossesses non désirées ait diminué. En effet lorsqu'elles surviennent, le recours à l'IVG est plus fréquent. L'augmentation des IVG à répétition est observée dans l'ensemble de la population. Elle est plus marquée chez les femmes âgées de moins de 30 ans, chez celles qui vivent seules, les étudiantes et celles appartenant aux groupes les plus précaires de la population (chômeuses, femmes sans couverture médicale, étrangères). Les femmes se présentant pour une deuxième IVG déclarent plus fréquemment un échec de contraception que celles qui se présentent pour une première IVG.

L'augmentation du recours multiple à l'IVG renvoie à plusieurs phénomènes, au premier rang desquels l'allongement de la durée entre le premier rapport sexuel et l'entrée en parentalité⁹⁴. Elle peut aussi traduire une plus grande facilité que par le passé à déclarer avoir eu recours à l'avortement, en raison d'une moindre stigmatisation sociale. La constitution de la famille intervient aujourd'hui à un âge beaucoup plus avancé qu'au début des années 1970 : l'âge moyen à la première maternité est ainsi passé de 26,7 ans en 1975 à

30 ans aujourd'hui. Cette phase de la vie est par ailleurs caractérisée par un nombre plus important de partenaires sexuels pour les femmes. Les relations affectives et sexuelles qui ne s'inscrivent pas dans un projet de parentalité sont de fait plus nombreuses que dans le passé ce qui explique que les grossesses non prévues soient plus souvent susceptibles de conduire à une IVG⁹⁴.

La multiplicité des structures et des intervenants professionnels, leur diversité de positionnement vis-à-vis de telle ou telle méthode d'IVG, sont complexes à appréhender pour les jeunes filles et les femmes d'autant qu'il existe d'importantes disparités de l'offre sur le territoire. Par exemple en 2012, le nombre de CPEF pour 100 000 femmes âgées de 15-49 ans variait de <6 en Bretagne, Pays de la Loire, Lorraine, Alsace et Franche-Comté, à >10 en Ile-de-France et Midi-Pyrénées⁹².

6.3.3 L'assistance médicale à la procréation (AMP)

L'âge maternel à la première naissance continue de s'élever inexorablement : il contribue à augmenter les demandes d'aide médicale à la procréation, et à accroître la prévalence des risques gravido-puerpéraux encourus par les femmes. Les activités d'AMP répertoriées par l'Agence de la biomédecine concernent, par ordre décroissant d'activité, en intra conjugal : la fécondation in vitro (FIV) et l'insémination artificielle puis les transferts d'embryons congelés ; en extra conjugal : les dons de sperme, puis d'ovocytes enfin l'accueil d'embryons congelés. En 2012, au total 23 887 enfants sont nés vivants après une AMP (23 651 en 2013), soit 2,9 % des naissances annuelles ; ils se répartissaient ainsi : 13 262 par FIV intra conjugale (1,6 %), 5 939 par insémination artificielle intra conjugale, 1 141 après dons de spermatozoïdes et enfin seulement 164 enfants (0,2 %) après don d'ovocytes^{95,96,89}.

Les couples en demande d'AMP sont pris en charge à 100% dans le secteur public, par l'assurance maladie, pour 4 tentatives de fécondation, incluant ponction et transfert.

D'après les données EURO-PERISTAT, le pourcentage des naissances totales qui résultent d'une aide médicale à la procréation (tous moyens confondus) était en France l'un des plus élevés avec 5,2 % des naissances⁹⁷.

Fin 2014, 103 centres clinico-biologiques assuraient la prise en charge de ces activités, y compris les laboratoires pratiquant uniquement l'insémination artificielle. Ils sont inégalement répartis sur le territoire, toutefois 91% des femmes en âge de procréer se trouvent à moins de 60 mn du centre d'AMP le plus proche⁹⁶. La mise en place en 2015, du registre des FIV apportera prochainement à l'échelon national une analyse plus fine de l'activité et des résultats des centres.

L'activité des dons d'ovocytes est insuffisante au regard de la demande. Parmi les 28 centres autorisés au don d'ovocytes, cinq assurent l'essentiel de cette activité.

Bien que le nombre précis de couples en attente soit inconnu, les spécialistes de l'AMP estiment qu'il est vraisemblablement sous-estimé. Plus de 80 % des grossesses issues de dons d'ovocytes parmi les couples français proviennent de dons réalisés à l'étranger, et échappent ainsi au cadre contraignant fixé par la loi française (gratuité, anonymat, âge de la femme limité à 43 ans). Il existe, et il existera, une demande croissante de FIV avec don d'ovocytes puisque la baisse de la fertilité féminine est très liée à l'augmentation de l'âge et que de plus en plus de femmes retardent leur maternité. Un rapport de l'IGAS sur ce don a

souligné la nécessité d'élaborer une politique incitative au développement de cette activité^{98,99,100,101}. L'Agence de la biomédecine estime que 900 dons d'ovocytes et 300 dons de sperme supplémentaires permettraient de répondre aux besoins des couples en attente⁸⁸. Régulièrement l'agence promeut des campagnes de communication. La dernière en date (novembre 2015) attirait l'attention sur les possibilités qu'ont les couples fertiles de porter ainsi assistance à ceux qui ne peuvent pas avoir d'enfant.

Le décret n°2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes¹⁰² a élargi cette possibilité aux personnes n'ayant pas eu d'enfants. D'autre part, le développement de la préservation de la fertilité féminine par la vitrification ovocytaire dite « sociétale » pourrait contribuer à pallier le déficit en don.

6.3.4 Diagnostic anténatal et interruption de grossesse pour motif médical (IMG)

Lorsqu'une anomalie fœtale, ou une malformation, est suspectée ou détectée au cours de la grossesse, les couples sont aidés dans l'analyse, le suivi et la prise de décision quand l'interruption de grossesse est envisagée pour motif médical (indications fœtale). Une IMG peut également être réalisée quand la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme. Les décisions d'IMG sont prises au sein des Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). L'IMG est réalisée dans un établissement de santé.

Les CPDPN sont soumis à autorisation selon des critères très précis de même que leurs règles de fonctionnement. En 2013, l'Agence de biomédecine décomptait 49 centres dont 40 situés dans les CHU, réalisant environ 7000 attestations de gravité et incurabilité en vue d'une IMG pour indications fœtales⁹⁶. Les indications maternelles représentaient 2,3 % des IMG en 2008. Les interruptions médicales de grossesse sont relativement fréquentes en France car elles ne sont pas limitées en fonction de l'âge gestationnel contrairement à certains pays européens⁹⁷.

La santé reproductive implique la prévention des risques et la prise en charge ou l'accompagnement des fonctions ordinaires de la fécondité, englobant la contraception, l'IVG, l'assistance médicale à la procréation (AMP), le diagnostic anténatal et les interruptions de grossesse pour motif médical, la grossesse, l'accouchement et tout ce qui entoure la naissance. De nombreux dispositifs visent à faciliter l'accès à la contraception des mineures et des jeunes mais leur impact n'est pas évalué. Le coût extrêmement variable des méthodes contraceptives, et l'absence de prise en charge par l'Assurance maladie de certaines de ces méthodes creusent les inégalités de choix de méthodes contraceptives. Les missions des Cegidd sont limitées en termes de contraception.

Le nombre d'IVG à répétition est en augmentation.

L'accès aux structures et le choix de la méthode d'IVG sont très complexes.

L'âge maternel à la première naissance continue de s'élever et contribue, en partie, à augmenter les demandes d'aide médicale à la procréation et à accroître la prévalence des risques gravido-puerpéraux encourus par les femmes. L'activité des dons d'ovocytes est insuffisante au regard de la demande et 80 % des grossesses issues de dons d'ovocytes parmi les couples français proviennent de dons réalisés à l'étranger échappant au cadre fixé par la loi française.

➤ LES RISQUES LIÉS À LA SEXUALITÉ

6.4 Les infections sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH

6.4.1 Infections sexuellement transmissibles (IST)

La gonococcie, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV ou maladie de Nicolas Favre) faisaient l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1942. Cette dernière ayant été abrogée depuis juin 2000, il n'existe actuellement aucun recueil exhaustif de données concernant ces IST. Les réseaux Renago et Renachla constitués de laboratoires volontaires permettent un suivi par échantillon de l'épidémiologie de ces IST. Le réseau Resist constitué de cliniciens dans les Ciddist permet d'apprécier l'évolution inquiétante des résistances des gonocoques. Depuis 1998, une augmentation de l'incidence des urétrites masculines a été observée par les médecins généralistes du réseau Sentinelles : entre 1996 et 2003, le nombre annuel d'urétrites identifiées est passé de 190 à 325 cas pour 100 000 hommes âgés de 15 à 64 ans¹⁰³.

Selon une Enquête ANSM – INVS de 2012¹⁰⁴ et l'enquête LaboHep 2010 parue dans le BEH en 2013¹⁰⁵, l'incidence des infections uro-génitales à *Chlamydiae* serait de 77 000 cas/an ; 15 000 pour les gonococcies, 10 à 20 000 pour la syphilis, 1400 pour l'hépatite B aigüe, 50 000 pour les condylomes et 3000 pour le cancer du col de l'utérus.

L'augmentation des infections asymptomatiques à *Chlamydiae* serait plus marquée que celles des chlamydioses symptomatiques dans les deux sexes témoignant peut-être d'un meilleur dépistage. Les femmes sont plus touchées que les hommes et surtout dans la tranche d'âge 19-40 ans. Dans un document de 2003¹⁰⁶, l'ANAES recommandait le dépistage des chlamydiae préférentiellement chez les femmes âgées de moins de 25 ans et chez les hommes de moins de 30 ans, ainsi qu'aux sujets ayant plus d'un partenaire dans l'année. Les CPEF, CIDDIST et DAV étaient répertoriés comme des structures privilégiées pour assurer ce dépistage.

Les lymphogranulomatoses vénériennes et rectites à *Chlamydiae* sont en progression chez les HSH (98 % des LGV et 90 % des rectites non LGV surviennent dans cette population)¹⁰⁷.

Depuis 2008, on constate une augmentation générale de l'incidence des gonococcies mais plus marquée depuis 2011 chez les HSH. Une vigilance particulière doit être exercée afin de dépister rapidement les souches résistantes qui pourraient avoir une incidence sur le choix de l'antibiothérapie recommandée à l'avenir¹⁰⁸.

Les cas de syphilis concernent les HSH dans 86 % des cas en 2013 et l'incidence augmente régulièrement depuis 2009. Dans un document de mai 2007¹⁰⁹ la HAS proposait d'augmenter le nombre de CIDDIST participant au recueil épidémiologique sur la syphilis et d'harmoniser par un logiciel unique le recueil de données dans ces structures. Par ailleurs l'accent était mis sur la nécessité de cibler les populations à risque (HSH) et d'avoir auprès d'elles un discours de prévention large sur l'ensemble des ISTs. Par ailleurs l'optimisation des structures passait par

- le renforcement de leur visibilité auprès de la population cible et des professionnels concernés ;
- le renforcement de leur rôle de conseil auprès des professionnels de santé ;
- le renforcement de leur rôle de surveillance épidémiologique

Les cas de syphilis congénitale restent rares en France (< 1/100 000 naissances) possiblement en rapport avec un dépistage efficace chez la femme enceinte. La précarité socio-économique semble cependant être un facteur de risque d'après l'Institut national de veille sanitaire (InVS)¹¹⁰. Bien que très fréquemment réalisés, les dépistages prénataux obligatoires de l'hépatite B et de la syphilis ne le sont pas encore suffisamment et un résultat positif pas toujours pris en compte, faisant échapper un certain nombre de nouveau-nés à la séro-vaccination comme l'a montré une enquête française publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire en 2003. L'absence de dépistage concernait dans l' Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE¹¹¹) (BEH 15-16 12/05/2015) entre 2,8% et 2,9% des femmes pour la toxoplasmose (en raison d'une immunité déjà connue pour 97,5% d'entre elles), entre 2,6% et 2,8% pour la syphilis et entre 2,2% et 2,3% pour l'hépatite B selon que l'on exclut ou non les valeurs manquantes. Cette étude a été effectuée sur 18 022 mères âgées d'au moins 18 ans ayant accouché dans 320 maternités publiques ou privées de France métropolitaine tirées au sort. Concernant le VIH, 10,2% à 11,0% des femmes ont déclaré ne pas avoir été dépistées.

On ne dispose actuellement que de peu d'éléments pour apprécier les séquelles éventuelles de ces infections en termes de stérilité, transmission mère enfant, cancers, etc. Ces infections sont des co-facteurs de risque de transmission du VIH ce qui renforce la nécessité d'un discours global sur l'ensemble des risques infectieux¹¹².

L'épidémiologie d'autres IST, comme *Mycoplasma genitalium* (21,1 % des urétrites non gonococciennes)¹¹³, *Ureaplasma* ou HSV 1 est mal connue faute de recueil organisé.

Dans un Rapport d'orientation de décembre 2010, la HAS préconisait d'encourager le recueil épidémiologique concernant la gonococcie¹¹⁴. La prévalence estimée en Europe de l'Ouest serait de 18 % chez les femmes et de 13 % chez les hommes¹¹⁵. L'incidence annuelle toujours en Europe de l'Ouest serait de 120 000 infections dans la tranche d'âge 15-19 ans et 83 000 pour les 20-24 ans.

La prévalence de l'Ag HBs en France est estimée à 0,65 % de la population avec une incidence des hépatites B symptomatiques de 1,6/100 000¹¹⁶ habitants. Le taux de mortalité imputable au VHB est de 2,2/100 000 habitants. Plus de la moitié des porteurs de l'Ag HBs ignorent leur infection conduisant à des propositions d'élargissement du dépistage du VHB (et du VHC) aux hommes âgés de 18 à 65 ans et aux femmes enceintes, dès la première consultation prénatale¹¹⁷.

6.4.2 Situation du VIH-sida en France en 2013

La France dispose actuellement d'un bon dispositif de collecte et d'interprétation des données épidémiologiques pour décrire les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et la progression de leur maladie, avec un rôle complémentaire des données de la surveillance,

des études transversales et de cohortes, telle que PREVACAR ou VESPA2 et des cohortes ANRS¹¹⁸.

En 2011, en métropole, la population vivant avec le VIH se répartit en 39 % des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 11 % d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) (7 % d'hommes et 4 % de femmes), 24 % de personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne (8 % d'hommes et 16 % de femmes) et 26 % d'autres patients (13 % d'hommes et 13 % de femmes), catégorie constituée en grande majorité de personnes infectées par rapports hétérosexuels (79 %).

En 2013, 6220 personnes ont découvert leur séropositivité VIH¹¹⁹, dont 43 % d'HSH, 37 % d'hétérosexuels nés à l'étranger, 18 % d'hétérosexuels nés en France et 1 % d'usagers de drogues. Au-delà des données d'incidence, il est important de rappeler que l'épidémie cachée a été estimée pour l'année 2013 à 24600 personnes vivant avec le VIH en France mais qui l'ignorent. Cette épidémie concerne près de 18000 hommes dont la moitié sont des HSH¹²⁰. Entre 2012 et 2013, le nombre de découvertes est resté stable, quel que soit le mode de contamination. Cependant la prévalence augmente dans la mesure où la mortalité reste stable, de l'ordre de 300 décès par an.

Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2013, 39 % étaient précoces (≥ 500 CD4/mm³ ou primo-infection) et 25 % étaient tardives (< 200 CD4/mm³ ou stade sida). Le nombre de diagnostics précoces a augmenté depuis 2011 et le nombre de diagnostics tardifs a diminué depuis 2010, sauf chez les HSH où il est stable. Le traitement précoce a fait l'objet de recommandations récentes¹¹⁸; le diagnostic tardif est une perte de chance. D'après une étude sur les opportunités manquées de dépistage, parmi les personnes ayant présenté des symptômes évocateurs d'infection par le VIH, 61 % ont consulté et parmi elles, seulement 18 % ont été testées et seulement 21% des HSH bénéficiaient d'une prescription de dépistage par leur médecin généraliste¹²¹.

Parmi les découvertes de 2013, 726 concernaient des jeunes de 15 à 24 ans soit 11,7% des découvertes de 2013 dont 415 avaient entre 22 et 24 ans. La proportion de découvertes de séropositivité chez les jeunes a augmenté de 24% sur la période 2007-2013¹²². Chez les 15-17 ans le taux de découverte est plus important chez les jeunes femmes que chez les garçons. Parmi les 686 jeunes de 18 à 24 ans ayant découvert leur séropositivité VIH, 68% étaient des hommes dont 75% avaient des rapports homosexuels.

L'enquête Presse Gay et Lesbiennes 2011 a montré que les jeunes HSH de moins de 30 ans séronégatifs pour le VIH étaient plus enclins à ne pas avoir adopté de comportement de prévention que leurs aînés¹²³.

A partir de l'enquête ANRS – Parcours¹²⁴ il est estimé, selon différents scénarii, que 35 à 49% des migrants de l'Île de France auraient été contaminés par le VIH après leur arrivée en France.

Les disparités régionales observées depuis 2003 ont persisté en 2013 : le nombre de découvertes de séropositivité rapporté à la population (qui est globalement de 95 par million d'habitants) était plus élevé dans les départements français d'Amérique (DFA) (respectivement 908, 239, 225 en Guyane, Guadeloupe et Martinique) et en Ile-de-France.

Le taux d'incidence de l'infection par le VIH est estimé à 39 pour 100 000 en Ile-de-France et à 11 pour 100 000 en métropole. L'incidence est forte dans la population HSH et dans les départements français d'Amérique (taux global de 59 pour 100 000 et de 147 pour 100 000 en Guyane.).

6.4.3 Dépistage

En 2014 on estime¹²⁵ que les 4 275 laboratoires d'analyses médicales ont réalisé 5,27 millions [IC95%:5,20-5,33] de sérologies VIH, soit 80 [79-81] sérologies pour 1 000 habitants. Après avoir augmenté en 2011, ce nombre s'est depuis stabilisé. Les laboratoires de ville ont réalisé environ 76% des sérologies VIH, 7% des sérologies ont été réalisées dans un cadre anonyme (le plus souvent pour des consultants en CDAG/Ciddist), proportion stable au cours du temps, représentant environ 351 000 sérologies anonymes.

De 2012 à 2014, 149 800 Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) ont été réalisés par les structures associatives ou de prévention, dont 0,9% se sont révélés positifs (1370) et 1109 correspondaient à de nouvelles découvertes de séropositivité. Une montée en charge progressive du nombre de dépistages par TROD a été observée, avec environ 31 700 TROD réalisés en 2012, 56 500 en 2013 et 61 600 en 2014. Elle s'est accompagnée d'une évolution des types d'actions menées dans les locaux des associations ou hors les murs et d'une diversification des publics touchés par le dépistage¹²⁶.

Le nombre de tests positifs en 2013 était de 11 000 ; il a augmenté de 7 % depuis 2011, permettant de penser que les propositions de dépistage seraient mieux ciblées, également grâce aux actions communautaires par TROD; la proportion de sérologies positives reste, chaque année, plus élevée pour celles réalisées dans un cadre anonyme (3,4/1 000 en 2014) que pour celles réalisées dans un cadre nominatif confidentiel (2,0/1 000 en 2014). Bien que la moitié des répondants à l'enquête presse gays et lesbiennes en 2011¹²³ rapportent un test de dépistage du VIH dans les 12 derniers mois, 14 % déclarent encore « ne jamais avoir réalisé de test de dépistage au cours de leur vie »; enfin, le public touché pendant la semaine du dépistage VIH « Flash Test » avec des propositions de TROD ne diffère pas vraiment de celui qui est dépisté dans le cadre des actions communautaires organisées régulièrement, contrairement à ce qui était attendu et recherché. Toutefois, la stratégie semble efficace car, d'une part, le taux de séropositivité découvert est de 5,5 pour 1000 et, d'autre part, cette action a mobilisé les acteurs du dépistage et permis de promouvoir les pratiques de dépistage à l'aide de TROD dans quatre régions très concernées par l'épidémie.

Dans une enquête IFOP de 2007¹²⁷, 39 % des jeunes interrogés se considéraient mal informés sur les lieux où aller se faire dépister, 44 % dans la tranche d'âge de 15 à 18 ans, 45 % en région parisienne. En revanche, 75 % des jeunes homo ou bisexuels se considéraient bien informés. Cette enquête révèle, par ailleurs, que 27 % des jeunes interrogés pensaient pouvoir contracter le virus en se faisant piquer par un insecte.

Dans cette même enquête, 37,4 % des jeunes âgés entre 18 et 30 ans ont déclaré qu'ils craignent le sida, et 58 % considéraient qu'ils avaient « plus de risque » ou « le même risque » que la moyenne des gens d'être contaminés par le VIH. C'est la tranche d'âge qui se dit la plus concernée par le VIH-sida mais c'est néanmoins, celle qui connaît le moins les modes de

transmission, ceux qui n'en sont pas et les moyens de protection. En plus de l'âge, c'est le niveau d'éducation qui impacte ce niveau de connaissance : il est supérieur chez les personnes les plus diplômées. Concernant les traitements, les 18-30 ans sont à la fois les moins informés de l'existence des multi thérapies (52,5 %) et les plus informés de l'existence de traitements d'urgence (28,9 % en Ile-de-France), avec une nette amélioration de la diffusion de cette information entre 2004 et 2010 (+13,4 points en Ile-de-France). En France, les moins de 30 ans représentent la population qui a le plus souvent réalisé un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois (un quart de la population). Ce recours au dépistage n'est pas conditionné par le niveau de diplôme ou la connaissance des modes de transmission.

Bien que les taux de dépistage pour le VIH dans les départements français d'Amérique (DFA) soient globalement élevés, un faible recours est noté chez les jeunes hommes : plus de la moitié des jeunes hommes des DFA n'ont jamais réalisé de test de leur vie (51 % en Guyane, 54 % en Guadeloupe, 58 % en Martinique). Or, à 18-24 ans, 92,2 % des hommes indiquent avoir déjà eu un rapport sexuel et 37,3 % avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, 53,3 % des hommes de 18-24 ans ont indiqué avoir été engagés dans des relations simultanées au cours des cinq dernières années.

Depuis le 15 septembre 2015, la vente d'autotest du VIH (ADVIH) en pharmacie d'officine ou sur le site internet d'une pharmacie d'officine a été autorisée. Les autotests permettent à l'instar des TROD de donner une orientation diagnostique rapide pour l'infection par le VIH avec une période d'incertitude plus longue que le test ELISA lié à une moins bonne sensibilité. Cette nouvelle réglementation et cette mise à disposition vise à étoffer l'offre de dépistage en direction des personnes qui n'auraient pas recours à l'offre conventionnelle pour des raisons de confidentialité ou qui souhaiteraient avoir des tests régulièrement du fait de prises de risques fréquentes. Ces tests ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. Le bilan de cette mise à disposition ne pourra être fait qu'après quelques mois d'utilisation.

6.4.4 Prévention combinée du VIH

La prévention combinée est une approche de prévention, de réduction de risques, qui a émergé en réponse aux limites rencontrées par les actions de prévention centrées sur le seul usage du préservatif. Dans cette approche, les dimensions socio comportementales, structurelles et biomédicales sont appréhendées de manière intégrée. La prévention combinée intègre les connaissances actuelles pour associer l'ensemble des outils de prévention disponibles : préservatif, dépistage régulier, traitements antirétroviraux (ARV), traitements pré et post exposition, stratégies de choix des partenaires et des pratiques sexuelles.

Bien que ne concernant qu'une faible proportion des personnes atteintes d'IST, le VIH représente un coût non négligeable pour l'Assurance maladie. Sur les 147 milliards d'euros de dépenses tous régimes confondus, 1553 millions (1,1 %) sont attribués à la prise en charge du VIH¹²⁸. L'évolution brute de la prévalence entre 2011 et 2013 est de 0,01 point alors que durant cette même période, le taux de croissance annuel moyen des dépenses attribuables au VIH est de 2,55 %. L'augmentation de la dépense annuelle moyenne remboursée par personne est de 0,44 % par personne malade.

6.4.5 Spécificités de l'infection par le VIH

Dans le cadre de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles il y a lieu de promouvoir l'action en faveur des populations les plus à risque. Ces populations sont diverses et justifient l'application de stratégies adaptées. L'évaluation du plan VIH IST par le HCSP montre bien que les résultats obtenus dans la lutte contre les IST (gonocoques, chlamydiae, etc..) sont perfectibles.

L'infection par le VIH revêt un caractère particulier en ce sens qu'il s'agit d'une maladie chronique à caractère transmissible. Par ailleurs si la prévention de sa transmission passe par la promotion de la santé sexuelle dans sa globalité et ce dès le plus jeune âge, notamment en luttant contre la discrimination et en favorisant l'estime de soi. Elle passe également par la prise en compte des populations cibles particulièrement exposées¹¹⁸ et par la prévention combinée associant des mesures générales de promotion de la santé sexuelle à des mesures spécifiques telles que le dépistage, la prophylaxie pré exposition (PrEP), la prophylaxie post-exposition (PEP) et le traitement comme prévention (TASP). Il y a donc une composante biomédicale importante à prendre en compte dans un objectif de prévention s'adressant à des personnes le plus souvent en bonne santé mais appartenant à des populations à risque élevé. Cette composante répond également à un objectif de prise en charge de maladie chronique avec son traitement et sa surveillance mais également toute la composante psychologique et sociale qui permet de maintenir les patients dans le soin et donc de réduire le risque de transmission.

Après de nombreuses années d'attente, la création des Cegidd voit enfin le jour et doit permettre à terme de faire évoluer ces structures vers des centres de santé sexuelle. Les Cegidd dans leurs nouvelles missions sont au centre de la politique de lutte contre les ISTs, dont le VIH et certaines hépatites et doivent à ce titre bénéficier de l'accompagnement nécessaire à la mise en œuvre de la PrEP dans un contexte de promotion de la santé sexuelle. Ces dispositifs ont besoin d'un cadre définissant le périmètre d'action transdisciplinaire, des éléments éthiques, et s'inscrivant dans une stratégie nationale clairement définie qui rapidement devra mettre à plat les financements afin de rendre ce dispositif cohérent. Ce cadre doit permettre d'influencer l'action des agences régionales de santé tout en leur laissant une liberté d'action s'appuyant sur leurs spécificités territoriales et ou populationnelles.

On constate une recrudescence des IST, notamment dans la population HSH.

La France ne dispose pas d'un recueil systématique des risques infectieux liés à la sexualité, hors VIH.

L'incidence de l'infection par le VIH est toujours trop élevée chez les HSH et particulièrement chez les jeunes, ainsi que chez les migrants. Chez ces derniers les contaminations en métropole sont majoritaires pour ce qui concerne l'Île de France.

Les TROD ont permis de favoriser le dépistage communautaire mais la part la plus importante du dépistage a lieu dans les laboratoires de ville.

La diversification des moyens de dépistage est essentielle pour compléter l'offre de prévention combinée en direction de populations à risque. Les CeGIDD sont au centre du dispositif de prévention, de promotion et de dépistage des IST et des infections par le VIH.

6.5 La vaccination

6.5.1 Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)

La stratégie de prévention des cancers du col de l'utérus repose sur deux moyens de prévention complémentaires :

- le dépistage individuel de lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, tous les trois ans après deux frottis initiaux normaux effectués à un an d'intervalle (stratégie de prévention secondaire) ;
- la vaccination des jeunes filles contre les infections par les HPV 16 et 18 à l'origine de 70 % des cancers du col de l'utérus (stratégie de prévention primaire).

Depuis 2007, la France comme la plupart des pays industrialisés a introduit la vaccination contre les infections à HPV dans le calendrier vaccinal.

Cette vaccination est indiquée pour la prévention des lésions génitales précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve et du vagin, et *in fine* pour la prévention du cancer du col de l'utérus dû à certains types oncogènes de papillomavirus humains (HPV). A ce jour, deux vaccins sont disponibles : un vaccin bivalent (Cervarix®) et un vaccin quadrivalent (Gardasil®). En 2007, la vaccination a été recommandée chez les jeunes filles âgées de 14 ans, avec un rattrapage chez les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans. En 2013, la recommandation a évolué et concerne à ce jour les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage pour celles âgées de 15 à 19 ans révolus (pour permettre la vaccination sans autorisation parentale).

Les données recueillies dans plusieurs pays vaccinant les jeunes filles contre les HPV, ont montré que dès les premières années qui suivent l'introduction de la vaccination, un impact était visible sur l'infection HPV, les condylomes (vaccin quadrivalent) et les lésions précancéreuses. Cet impact est d'autant plus marqué et rapidement visible que les niveaux de couverture vaccinale atteints sont élevés (i.e. 70 à 80 % en Australie, Danemark ou Royaume-Uni)¹²⁹.

Malgré des incertitudes qui portent notamment sur la durée de l'immunité naturelle et la probabilité de transmission des infections, les données issues des modèles publiés ainsi que certaines études observationnelles semblent confirmer l'existence d'une immunité de groupe significative¹²⁹.

En France, au 31 décembre 2013, la couverture vaccinale (CV) pour au moins une dose était de 53 % à 20 ans (jeunes filles nées en 1993) avec un plateau atteint vers 18 ans. Cette couverture vaccinale était de 32% à 16 ans (jeunes filles nées en 1997) et de 18 % à 15 ans (jeunes filles nées en 1998). A l'âge de 15 ans, les CV des cohortes de naissance les plus jeunes sont les plus basses avec une CV pour au moins une dose passant de 26 % en 2011 (jeunes filles nées en 1996) à 18 % en 2013 (jeunes filles nées en 1998)¹³⁰. La CV pour au moins une dose à 13 et 14 ans au 31 décembre 2013, était respectivement de 2 % et 4 %. Ainsi, en France, la couverture vaccinale observée est très faible pour un schéma complet, en baisse depuis 2010 et inférieure à 25 % à 16 ans en 2013. Au 31 décembre 2014, la couverture vaccinale (CV) pour au moins une dose était de 17,6 % à 15 ans (jeunes filles nées en 1999). C'est le niveau le plus bas estimé depuis 2009. La baisse de la proportion de jeunes filles initiant leur vaccination HPV s'observe depuis trois ans et la CV a diminué de 8,7 % entre 2011 et 2014. La CV pour trois doses à 16 ans (jeunes filles nées en 1998) était de 17,2

%). Elle était de 28,3 % en 2010 soit une baisse de 11,1 % (données INVS à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) (CnamTS/InVS) chez les jeunes filles éligibles à la vaccination).

La vaccination contre les infections à HPV aurait d'autant plus de sens, en termes de santé publique, qu'elle arriverait à atteindre un pourcentage élevé de jeunes filles dont celles les moins enclines à adhérer au dépistage dans leur vie de femme. En fait, des études montrent que les populations qui n'adhèrent pas au dépistage et qui n'adhèrent pas à la vaccination se recouvrent en partie, laissant ainsi une part significative de la population, appartenant plus généralement aux catégories sociales les moins favorisées, dénuée de toute prévention. Une aggravation des inégalités sociales de santé peut résulter de la pratique « opportuniste » actuelle du dépistage et de la vaccination en France.

6.5.2 Vaccination contre l'hépatite A

Dans le calendrier vaccinal en vigueur¹³¹, la vaccination contre l'hépatite A fait l'objet de recommandations ciblées sur certains groupes à risque élevé d'exposition, dont les HSH.

6.5.3 Vaccination contre l'hépatite B

La politique de vaccination contre l'hépatite B en France repose sur deux stratégies¹³¹ :

- l'identification et la vaccination des personnes à risque élevé d'exposition ;
- et, dans la perspective de contrôle à plus long terme de l'hépatite B, la vaccination des nourrissons et le rattrapage des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

Sont en outre concernées parmi les personnes à risque élevé d'exposition, les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, les partenaires sexuels d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou d'un porteur chronique de l'antigène HBs.

En population générale, la couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois (3 doses) a progressé et atteint 81,5 % en 2013¹³².

Elle était de 43 % chez les adolescents âgés de 15 ans en 2009¹³².

6.5.4 Vaccination contre le méningocoque C

Au début des années 2000, des cas d'infections invasives à méningocoques C (IIM C) ont été rapportés en Amérique du Nord (Canada puis USA) dans la communauté gay. Au cours des années 2010, des cas semblables ont été enregistrés en Europe, en France notamment.

Les études montrent que les souches de méningocoques C impliquées dans les infections invasives à méningocoques chez des adultes HSH ou fréquentant les milieux de convivialité gays sont apparentées.

La transmission importante des souches de méningocoque dans la communauté HSH s'explique par un taux de portage naso-pharyngé plus élevé chez les HSH que chez les hommes hétérosexuels et par la possibilité de colonisation urétrale et anale.

La survenue de cas groupés en Ile-de-France en juin 2013 avait amené le HCSP à recommander, dans un contexte d'urgence et pour une période de trois mois, l'extension de l'âge de la vaccination contre les IIM C au-delà de 24 ans chez les HSH vivant en Ile-de-France et fréquentant des lieux de convivialité et de rencontre gays parisiens et ceux résidant en France et souhaitant se rendre à un ou des rassemblements gays organisés sur le territoire national ou en Europe¹³³.

Suite à la recrudescence en Ile-de-France en 2014 de cas d'IIM C chez des adultes proches de la communauté HSH et au signalement hors Ile-de-France de cas semblables, le HCSP a émis en novembre 2014 un avis (mis en ligne début janvier 2015) recommandant pour une durée de 1 an, la vaccination contre le méningocoque C des adultes âgés de 25 ans et plus qui fréquentent les lieux de convivialité ou de rencontre gays ou qui souhaitent se rendre à un ou des rassemblements gays¹³⁴. Il rappelle par ailleurs que la mise à jour du statut vaccinal vis-à-vis du méningocoque C est particulièrement recommandée pour les personnes âgées de moins de 25 ans, non antérieurement vaccinées et qui répondent aux mêmes conditions.

La stratégie de prévention des cancers du col de l'utérus repose sur deux moyens de prévention complémentaires : dépistage et vaccination contre les infections à HPV. La couverture vaccinale HPV, en France, est faible et en baisse constante alors qu'un pourcentage élevé de jeunes filles vaccinées contribuerait à diminuer les risques d'infection notamment chez les plus précaires et à protéger la population des hommes hétérosexuels par immunité de groupe.

La vaccination contre l'hépatite A fait l'objet de recommandations ciblées sur certains groupes à risque élevé d'exposition dont les HSH.

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

La vaccination contre le méningocoque C fait l'objet d'une recommandation par le HCSP, chez les personnes fréquentant les lieux de convivialité ou de rencontre gays ou qui souhaitent se rendre à un ou des rassemblements gays.

6.6. Discriminations et violences sexuelles

6.6.1 Discriminations

La loi du 4 août 2014 fait de l'égalité entre les femmes et les hommes une priorité. Elle propose des actions de prévention et de protection permettant de lutter contre les violences faites aux femmes et les atteintes à leur dignité ; elle comporte également des actions visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et les stéréotypes sexistes.

En dehors des procédures judiciaires, qui ne reflètent que 10 à 20 % de la réalité des actes discriminants, il est difficile de cerner toutes les populations concernées, donc d'être exhaustif sur l'impact des discriminations sur leur santé. Cependant le champ académique s'est emparé du sujet et plusieurs travaux démontrent des impacts sur la santé des populations concernées par ces discriminations.

Les femmes, dans une société encore marquée par le patriarcat, connaissent des discriminations notoires dans différents aspects de leur vie. Concernant la santé sexuelle, elles subissent plus de harcèlement sexuel dans le milieu du travail, d'agressions et de violences sexuelles. Elles sont soumises à des normes sociales concernant la sexualité qui ont des incidences sur leur santé¹³⁵, en les plaçant dans une situation de plus grande

vulnérabilité en ce qui concerne la prévention (difficulté de négocier l'utilisation du préservatif) et enfin, elles assument quasiment seules les problématiques de contraception.

L'homophobie et la transphobie sont les facteurs de risque les mieux identifiés pour la sursuicidalité des jeunes des populations d'identité et pratiques sexuelles minoritaires¹³⁶. A titre d'illustration, la moitié des répondants de l'enquête Presse Gay 2004 (InVS) déclare avoir eu une dépression au cours de la vie, dont 16 % au cours des 12 derniers mois. Cette dépression récente est liée à des phénomènes de rejet dans la sphère privée ou sociétale. Les répondants dont le père ou la mère rejettent l'orientation sexuelle, ceux ne déclarant pas d'amis et ceux déclarant avoir été victime d'injures ou d'agressions en raison de leur orientation sexuelle indiquent plus souvent avoir connu une dépression dans l'année. Enfin la littérature scientifique démontre des liens importants entre violences et discriminations homophobes subies, consommation de produits psycho-actifs et prises de risques sexuels. Un rapport du Conseil de l'Europe souligne également un moindre dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus pour les femmes lesbiennes et bisexuelles.

La littérature montre que les **personnes non-autonomes et les personnes handicapées** subissent plus de violences et d'abus sexuels que la population générale. Elle souligne également un moindre accès aux soins de santé sexuelle et à la prévention des risques sexuels, entraînant une plus grande exposition aux risques d'IST et de grossesses non prévues. L'ONUSIDA a constaté en 2009, dans sa « Note d'orientation sur le handicap et le VIH » que les personnes handicapées sont exposées à un risque aussi élevé, voire plus élevé, de contamination au VIH que le reste de leur communauté; et ce, pour diverses raisons : le manque d'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive et sur le VIH/sida, le manque d'accès aux soins médicaux, y compris aux services de soins relatifs au VIH/sida, la pauvreté et la marginalisation sociale, ainsi qu'un taux élevé de maltraitements et de violences sexuelles. Ces facteurs de risques décrits au niveau mondial, sont également présents en France, on peut donc supposer qu'ils ont également une incidence sur l'exposition au VIH des individus en situation de handicap.

L'ensemble de ces populations connaît également des difficultés d'accès aux soins pour les raisons suivantes :

- des soins non adaptés ou refusés aux personnes homosexuelles et trans pour des motifs invoqués d'ordre administratif et selon une répartition géographique inégalitaire ;
- une formation insuffisante des personnels impliqués dans l'accueil et les soins des populations ayant des besoins spécifiques en santé sexuelle ou en non-conformité avec les normes sociales liées à la sexualité.

Il est également reconnu que les modèles éducatifs en matière de sexualité proposés aux jeunes, par tradition et préjugés, ne s'inspirent pas toujours du principe de non-discrimination et restent marqués par les stéréotypes, notamment de genre. Ainsi, une enquête récente¹³⁷, qui avait pour objectif d'analyser la façon dont les professionnels et les jeunes (auprès desquels ils interviennent) appréhendent le consentement dans la sexualité, montre combien les stéréotypes de genre restent finalement très ancrés tant dans les pratiques des professionnels que dans les comportements des adolescents.

6.6.2 Violences

Concernant les violences sexuelles, les violences subies affectent durablement la santé physique, mentale et génésique et constituent un danger pour la santé maternelle et périnatale (risque d'avortement multiplié par deux, 17 % naissances prématurées). La santé mentale est menacée (26 fois plus de tentatives de suicides).

En France :

- 216 000 femmes seraient victimes de violences conjugales ; 145 000 enfants vivent dans des ménages où des femmes adultes sont victimes de violences ;
- chaque année 86 000 femmes et 16 000 hommes de 18 à 75 ans sont victimes de viol, tentative de viol ou de rapport sexuel forcé¹³⁸ ;
- 20,4 % des femmes et 6,8 % des hommes âgés de 18 à 69 ans ont subi des violences sexuelles (attouchements, tentatives de rapport forcé ou rapports forcés) au cours de leur vie¹³⁵. Dans l'enquête « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte »¹³⁹, 80 % des répondants avaient moins de 18 ans lors de la première agression subie, 51 % moins de 11 ans, 21 % moins de 6 ans.

De 1993 à 2013, **l'augmentation des plaintes pour violences** a été attribuée en partie à l'augmentation des plaintes pour violences sexuelles sur mineurs (Ministère de l'Intérieur et Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales)¹⁴⁰.

L'enquête Cadre de vie et de sécurité (2010-2013) montre que dans 86 % des cas la victime de viol ou de tentative de viol connaissait son agresseur¹⁴¹. Les sources associatives confirment que les violences sont le plus souvent le fait d'individus de l'entourage des victimes

On sait également qu'il ne s'agit presque jamais d'un fait unique mais que la causalité est ancienne et qu'il y a une gradation des étapes. Entre les violences sexuelles et la plainte pénale, il existe une désynchronisation, en particulier dans les cas de violences répétées sur mineur(e)s.

D'autres formes de violences sexuelles viennent s'ajouter à ces chiffres :

- 53 000 femmes en France ont subi des mutilations sexuelles ;
- les personnes trans sont signalées par les services de santé spécialisés comme ayant un état de santé extrêmement précaire, et notamment lié à des violences subies¹⁴² ;
- les femmes comme les hommes déclarent deux fois plus de violences sexuelles subies au cours de la vie quand ils sont limités dans les actes de la vie quotidienne¹⁴³. Sont concernées les personnes en situation de handicap et/ou de dépendance. Parmi elles les personnes sourdes et malentendantes sont bien répertoriées¹⁴⁴ : les femmes sont deux fois plus victimes de violences sexuelles au cours de la vie qu'en population générale et les hommes trois fois plus.

Par ailleurs 11,4 % des franciliennes âgées de 15 à 25 ans ont été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie contre 4,2 % des hommes¹⁴⁵. Il n'existe pas de statistiques officielles concernant certains milieux de vie (armées, prisons).

La loi du 4 août 2014 « pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes » a rendu obligatoire la formation des personnels médicaux et paramédicaux sur les violences faites

aux femmes. Mais dans l'ensemble, les compétences des professionnels restent insuffisantes pour assurer l'identification et la prise en charge de ces actes.

6.6.3 Mutilations

La présence, en France, de **femmes excisées** est un phénomène connu depuis près de 30 ans. Dès le début des années 1980, la pratique de l'excision sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics et des associations. La première réponse apportée par l'État a pris la forme judiciaire, celle des associations étant avant tout préventive et informative¹⁴⁶.

Le nombre de femmes concernées en France est estimé à 53 000.

Les mutilations sexuelles touchent des migrantes mais aussi des femmes nées en France de parents originaires de pays où l'excision est encore pratiquée.

Celle-ci s'est très vraisemblablement perpétuée en France chez les filles de migrants jusqu'au début des années 1980. Elle a sans doute régressé ensuite, ou a même été abandonnée dans certaines familles, les générations les plus récentes ayant pu bénéficier des campagnes de prévention ciblées sur les petites filles. Mais on ne dispose pour l'instant d'aucune donnée nationale sur ces générations plus jeunes. Le seul chiffrage possible concerne la population adulte, âgée de 18 ans ou plus.

Il est difficile de cerner toutes les populations concernées par la discrimination et d'être exhaustif sur l'impact des discriminations sur la santé. Cependant le champ académique s'est emparé du sujet et plusieurs travaux démontrent des impacts sur la santé des populations concernées par ces discriminations : les femmes, les personnes d'identité et pratiques sexuelles minoritaires, les personnes non-autonomes et les personnes handicapées etc. Les stéréotypes de genre restent très ancrés dans les pratiques des professionnels.

On relève une augmentation des plaintes pour violences et, en particulier pour violences sexuelles. Le nombre de femmes excisées est stable ou en baisse.

➤ DOMAINE POPULATIONNEL

6.7 Populations aux caractéristiques particulières

Certaines populations nécessitent une attention particulière et une considération spécifique aux représentations dont elles font l'objet ainsi qu'aux risques d'exposition notamment infectieux.

6.7.1 Personnes âgées et personnes handicapées

La vie sexuelle des personnes âgées, comme celle des personnes en situation de handicap reste encore un sujet tabou que la société et les institutions peinent à reconnaître. Dans nos sociétés, en effet la sexualité tend à être associée aux notions de santé, de performance, de beauté et d'attractivité. L'activité sexuelle est conçue comme une prérogative des adultes en pleine possession de leurs moyens économiques et physiques et est déniée aux individus considérés comme dépendants, tels que les enfants, les personnes handicapées ou les personnes âgées¹⁴⁷. Bien que ni l'âge ni le handicap n'impliquent un renoncement au plaisir, il n'est pas rare de voir des personnes fragilisées – qu'elles soient âgées ou handicapées –

subir un processus d'infantilisation, qui tend à en faire des êtres asexués. Encore aujourd'hui, les professionnels – mais aussi les proches – trouvent souvent plus facile d'interdire ou de nier la question de leur vie amoureuse et sexuelle que de considérer pleinement cette dimension de leur existence. Au lieu d'être anticipées, ces questions «sont abordées dans l'urgence, de manière violente, et uniquement en termes de problématique»¹⁴⁸.

Les conséquences de l'asexualité présumée de ces personnes sont particulièrement importantes au niveau des institutions qui les accueillent¹⁴⁹.

6.7.1.a Personnes âgées

Au cours des quinze dernières années plusieurs enquêtes en population ont été réalisées et permettent de décrire l'évolution de la sexualité en fonction de l'âge. Aux Etats-Unis, une étude réalisée auprès de 1300 personnes âgées de plus de 60 ans (« The National Council on the Aging ») a montré que l'activité sexuelle jouait un rôle important dans les relations de cette population. Les données du Projet national vie sociale santé et vieillissement (NSHAP) indiquent que près d'un tiers de celles âgées de 75 à 85 ans ont une activité sexuelle. Il existe cependant des différences selon le genre, les hommes étant plus actifs que les femmes, avec des différences qui s'accroissent avec l'âge. Parmi les 75-85 ans 39 % des hommes et 17 % des femmes déclaraient avoir une activité sexuelle.

En France, l'enquête sur la sexualité réalisée en 2006¹³⁵ a interrogé 12 364 personnes dont 1240 âgées de 60 à 69 ans. Dans cette tranche d'âge, 89 % des hommes et 66 % des femmes déclarent avoir eu une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois. De nombreuses enquêtes ont étudié l'évolution des dysfonctionnements sexuels en fonction de l'âge. Toutes les études démontrent une diminution de l'activité sexuelle avec l'âge et la présence de pathologies cliniques et les situations de comorbidités. En ce qui concerne les troubles, il est difficile d'en chiffrer l'importance car les définitions et les méthodes d'investigation diffèrent d'une étude à l'autre. On peut cependant dire que chez l'homme des troubles augmentent avec l'âge (du fait principalement des troubles de la fonction érectile) tandis que chez la femme ils sont présents mais sans augmentation avec l'âge. Leur apparition peut d'ailleurs être un signe d'appel pour le dépistage de certaines pathologies, en particulier cardiovasculaires.

Une attention particulière mérite d'être portée au risque de contamination par le VIH. Un rapport de l'InVS a révélé que les plus de 50 ans représentaient 18 % des 6372 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2012, contre seulement 12 % en 2003¹⁵⁰. Les résultats de l'enquête « VIH et Séniors » réalisée en octobre 2014¹¹⁶ révèlent que, comparée à celle de moins de 50 ans, la population des 50-70 ans ne se considère pas comme étant moins bien informée, mais se sent moins concernée par les risques d'infection : 12 % seulement déclarent se sentir concernés (versus 28 % auprès des 18-49 ans). Les 50-70 ans n'estiment pas faire partie des populations les plus à risques et se font moins dépister que les plus jeunes : 46 % des 50-70 ans ont déjà réalisé un dépistage *versus* 61 % pour les 18-49 ans. Cependant les prises de risque sont aussi plus grandes chez les séniors : parmi ceux qui ont eu plusieurs partenaires ces cinq dernières années, 37 % n'ont jamais mis de préservatifs au cours de cette période et 26 % n'en ont mis que de temps en temps (versus 12 % et 45 % chez les 18-49 ans).

Bien que les différentes enquêtes démontrent que l'avancée en âge n'empêche pas une vie sexuelle active et heureuse, l'image d'un grand âge asexué persiste dans l'opinion générale et chez les professionnels du soin et du secteur médico-social¹⁵¹. « Le vieux serait celui qui n'a plus d'identité sexuée, sa seule identité étant l'indifférenciation de la vieillesse, une forme d'angélisme l'excluant des sensations du corps et du plaisir du dialogue des corps »¹⁵². Les conséquences de cet état de fait sont préjudiciables à plusieurs niveaux. Les personnes qui éprouvent des difficultés dans ce domaine hésitent souvent à en faire part à leur médecin et celui-ci omet généralement d'aborder le sujet au cours des consultations. Certaines personnes âgées ont intériorisé les attitudes négatives de la société et se perçoivent comme asexuées¹⁵³.

Enfin, la question est également complètement occultée dans la plupart des établissements pour personnes âgées. Un certain nombre d'actions sont initiées pour résoudre ces difficultés. Ainsi, par exemple, un groupement d'établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du Finistère a mis en place une formation inédite du personnel soignant pour faire évoluer les représentations des professionnels sur la sexualité des seniors et lutter contre leur asexualité présumée. Cependant ces initiatives sont locales, elles mériteraient d'être recensées et évaluées pour être ensuite généralisées. Des actions peuvent également être menées en direction des personnes âgées elles-mêmes. Ainsi, bien que le concept d'éducation soit habituellement réservé aux plus jeunes, au Canada, le développement de la « gérontagogie », ou éducation des personnes âgées, est cité comme moyen de les aider à se comprendre et à comprendre ce qu'elles vivent et ce qu'elles deviennent, pour faire de cette phase de leur développement une phase heureuse de leur vie grâce à une actualisation de soi et à une bonne intégration sociale¹⁵⁴. Le néologisme de « sexogérontagogie » est défini comme l'ensemble des connaissances et habiletés qui fondent les interventions sexoéducatives auprès des aînés¹⁵⁵. Il s'agit d'une science rattachée à la sexogérontologie qui se penche sur la vie sexuelle des personnes âgées. La sexogérontagogie s'inspire de la gérontologie éducationnelle qui examine les besoins, les processus et les contextes d'apprentissage des personnes âgées. La sexogérontagogie postule que les aînés ont une façon différente d'apprendre de nouvelles connaissances et attitudes sexuelles. Elle prône l'existence et le développement d'approches pédagogiques propre à l'éducation sexuelle des aînés.

6.7.1.b Personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 a permis une avancée importante vers l'égalité des droits et des chances et la participation des personnes handicapées. Il reste cependant d'importants progrès à accomplir dans de nombreux domaines pour que ces objectifs soient entièrement réalisés. Malgré de nombreuses initiatives, la santé sexuelle et reproductive reste un de ces domaines.

La plupart des obstacles au développement d'une sexualité harmonieuse et source d'épanouissement sont communs aux différents groupes de personnes handicapées, avec cependant quelques différences selon le type de la déficience responsable du handicap¹⁵⁶.

En ce qui concerne le handicap physique, l'approche de la sexualité ne sera pas la même pour une personne dont le handicap est apparu à la naissance ou très tôt dans l'enfance et pour celle où il est survenu plus tard, à l'âge adulte. Les parents d'enfants handicapés ont

parfois du mal à les reconnaître comme des êtres sexués et les tiennent à l'écart d'une éducation sur ce point.

Des études auprès d'adultes avec un handicap moteur, depuis l'enfance, ont montré qu'ils avaient un faible niveau de connaissance et une perception négative de la sexualité, ainsi qu'un niveau d'expérience de la sexualité plus faible que la population générale. Il a été montré qu'il existait une relation entre le bien-être sexuel et le bien-être psychologique global chez les personnes ayant un handicap physique, et que cette relation était plus forte que dans la population générale.

Les personnes qui présentent un handicap mental ont autant besoin d'amour, d'affection et de relations interpersonnelles que les autres. Elles n'ont pas accès à l'information et à l'éducation sur ce point, alors que celles-ci sont d'autant plus importantes que leur handicap nécessite d'acquérir des compétences spécifiques pour une expression et une communication sexuelle adaptée.

De plus, ces personnes manquent souvent de lieux d'intimité leur permettant de vivre leur sexualité, individuellement ou avec un partenaire.

Si la pratique d'une stérilisation sans consentement des personnes avec un handicap mental n'est plus admise ni pratiquée aujourd'hui, l'attitude générale persiste à décourager l'expression de leur sexualité, à la fois parce qu'elles sont considérées comme incapables d'avoir une attitude responsable, pour elles-mêmes et a fortiori pour une éventuelle descendance, et pour les prémunir contre les risques d'exploitation. Une étude américaine comparant trois groupes de personnes, avec handicap mental, handicap physique et sans handicap a montré que les premières avaient le niveau le plus bas de connaissances, d'expériences et de relations sexuelles et qu'elles exprimaient plus d'attitudes négatives par rapport à la sexualité que les deux autres groupes¹⁵⁷. La possibilité d'exercer sa sexualité doit tout naturellement être accompagnée d'une éducation et d'un accès à la contraception, qui peut nécessiter des adaptations en fonction du type de handicap.

La surveillance de la grossesse et l'accouchement nécessitent également une information spécifique, à la fois pour les personnes elles-mêmes et pour les personnels soignants, qui est encore peu développée en France. L'Institut Mutualiste Montsouris est actuellement le seul en France à proposer une consultation grossesse spécifique pour les personnes en situation de handicap moteur, auditif et visuel.

Il faut de plus noter que les personnes handicapées ont le plus souvent un besoin d'accompagnement et d'aide à la parentalité, particulièrement en cas de handicap intellectuel ou psychique. La loi de 2005 l'avait prévu, mais aucun texte d'application n'est paru, et il n'y a aucun moyen de financement pour cette aide à la parentalité.

De manière générale, les personnes handicapées ont un risque d'infection par le VIH au moins égal, voire supérieur, à celui de la population générale¹⁵⁸ mais font rarement l'objet d'interventions adaptées de prévention et de dépistage. Elles sont également fréquemment victimes d'abus sexuels, en raison de nombreux facteurs de vulnérabilité (situation de dépendance ou d'impuissance, manque d'information, isolement social, sentiment d'impunité des agresseurs)¹⁵⁹. A cette augmentation des risques s'ajoutent des limitations liées à leurs conditions de vie. La plupart d'entre elles souffrent d'un manque d'intimité, que ce soit en raison de la nécessaire intervention d'un tiers pour les activités de la vie courante ou du fait de la vie en institution. De plus, à cause de leur isolement social, elles ont peu

d'occasion de rencontrer des partenaires. Cette absence de partenaire est l'un des principaux motifs d'insatisfaction rapportés par les personnes¹⁶⁰.

Dans plusieurs pays, des actions ont été mises en place pour permettre la promotion de la santé sexuelle des personnes handicapées, en mettant l'accent sur des actions d'information et d'éducation. Deux documents, parmi les plus complets méritent d'être cités. Au Canada, un document intitulé « Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle » (édité en français et en anglais), a été établi par l'Agence de santé publique nationale et publié sous l'autorité du ministère de la santé, dès 2003 puis révisé 2008¹⁶¹. Il contient des consignes spécifiques concernant différentes populations dont les personnes handicapées. Aux Etats-Unis, un « Guide ressources sexualité et handicap » a été publié par le Département de santé publique du Massachussetts dans le cadre du plan 2009-2016 pour la prévention de la violence sexuelle¹⁶². Ce guide, produit par les agences de santé et de service social, a été établi à partir d'études menées auprès des jeunes en situation de handicap, ainsi que de parents et d'éducateurs, est destiné aux personnes handicapées, aux parents et aux professionnels. En Australie, le site "The Better Health Channel (BHC)", financé par le Gouvernement de Victoria pour fournir des informations sur la santé à destination des usagers, a édité deux documents concernant la sexualité des personnes avec un handicap physique¹⁶³ ou mental. La diffusion d'informations par Internet à destination des personnes handicapées est une approche dont l'intérêt a pu être prouvé¹⁶⁴, toutefois ce procédé ne peut pas toucher toutes les catégories de personnes.

En France, diverses actions de formation sont mises en place, dans le cadre d'initiatives régionales ou départementales. Un recensement de ces programmes, assorti d'une évaluation, pourrait permettre de capitaliser et diffuser les expériences.

Les associations de personnes handicapées sont très impliquées dans la promotion de la santé sexuelle. En 2011, à l'initiative de quatre associations, l'Association française contre les myopathies (AFM), l'Association des paralysés de France (APF), le Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques (GIHP) et Handicap international, a été créé le Centre Ressources Handicaps et Sexualités¹⁶⁵, sous la forme d'un Groupement de coopération sociale ou médico-sociale. Ce centre qui se veut au service des personnes en situation de handicap, de leur entourage, et des professionnels, a pour objectif de développer, soutenir et accompagner les réflexions et actions favorisant la prise en compte, l'épanouissement et le respect de la vie intime, affective et sexuelle.

En complément de la loi de 2005, de nombreuses associations de personnes touchées par un handicap revendiquent une réglementation complémentaire et adaptée concernant les fréquentes carences de leur vie affective et sexuelle. Certaines d'entre elles souhaitent même que la réglementation permette la mise en place de services d'accompagnement sexuel comme il en existe dans certains pays européens comme l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse, le Danemark.

Dans ce contexte, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été saisi par Madame Roselyne Bachelot, alors ministre des solidarités et de la cohésion sociale autour de trois questions :

- quelles prestations la société serait-elle susceptible d'offrir pour atténuer les manques ressentis dans leur vie affective et dans leur vie sexuelle par les personnes handicapées et notamment celles « dont le handicap ne leur permet pas d'avoir une activité

sexuelle sans assistance » et qui interrogent sur « la mise en place de services d'accompagnement sexuel » ?

- quelle analyse faire alors sur la mise en place éventuelle de ces services par les professionnels du secteur sanitaire et médico-social, qu'en serait-il dans ce cadre du droit à la compensation ?
- quel état des lieux et quelles propositions le CCNE pourrait-il faire sur les moyens susceptibles de promouvoir chez les personnels du secteur sanitaire et social les bonnes pratiques relatives à la vie privée, au respect de la liberté et de la dignité des personnes handicapées ?

Dans les conclusions et recommandations de l'avis rendu en septembre 2012¹⁶⁶, le CCNE a rappelé qu'il revenait à l'État de « doter les personnes handicapées de moyens financiers suffisants, de développer l'accessibilité dans l'espace public comme les capacités de leur accueil et de leur hébergement et d'avoir le souci de la formation des professionnels » mais que faire toute leur place à ces personnes était également « une affaire collective dont chacun porte la responsabilité » et qu'en particulier « c'est dès l'enfance que l'intégration des personnes handicapées doit se faire et dès le plus jeune âge qu'enfants valides ou handicapés devraient cohabiter pour reconnaître et accepter la différence et être éduqués en ce sens ».

Pour autant « la revendication portant sur la vie sexuelle ne peut être évacuée derrière celle de l'affectivité, même si elle lui est très liée ». L'amélioration de la vie des personnes handicapées « passe par un abord bien compris des questions touchant à la sexualité ». Une formation appropriée des personnels soignants et éducatifs est donc nécessaire, ainsi qu'une « éducation adaptée à la spécificité de chacun, dans le respect de son intimité et de son souci de discrétion » et « il convient donc de soutenir les recherches et initiatives existantes ».

En réponse à la demande d'assistance sexuelle, « le CCNE considère que la vigilance s'impose lorsque le corps d'un professionnel est mis en jeu pour des contacts intimes ». En conséquence en matière de sexualité des personnes handicapées, il « ne peut discerner quelque devoir et obligation de la part de la collectivité ou des individus en dehors de la facilitation des rencontres et de la vie sociale » et considère qu'il « semble difficile d'admettre que l'aide sexuelle relève d'un droit-crédence assuré comme une obligation de la part de la société et qu'elle dépende d'autres initiatives qu'individuelles ».

6.7.2 Populations immigrées

Les migrants forment une population très hétérogène et présentent un ensemble de facteurs de vulnérabilité sociale, juridique et épidémiologique. Il convient de rappeler que ce terme recouvre plusieurs types de populations :

- les personnes nées étrangères dans un pays étranger et résidant en France (environ 5 millions dont 40 % de Français par acquisition de nationalité selon le recensement INSEE)
- les personnes forcées à immigrer: les exilés, les demandeurs d'asile, les réfugiés qui ont soit un statut délivré par la Convention de Genève de 1951, soit une protection subsidiaire accordée par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides, ou la Commission des recours des réfugiés

- les personnes sans-papiers, travailleurs clandestins dont le séjour n'est pas validé administrativement
- les étrangers malades dont le droit au séjour en France est conditionné par leur état de santé

Contraintes de vivre hors de leur pays d'origine, ces catégories de populations sont originaires de régions diverses, ne sont pas toujours dénombrables et posent des problèmes de santé sexuelle liés à l'histoire de leur immigration et aux conditions de vie en France.

En France, le recueil d'informations sur les populations migrantes étant considéré comme sensible, il existe peu de données épidémiologiques, sauf pour les infections à VIH et les hépatites et quelques études socio anthropologiques concernant la santé des femmes ou quelques autres groupes victimes de discriminations.

Les femmes migrantes, en plus grand nombre que les hommes en France¹⁶⁷, subissent plus de problèmes liés à la santé sexuelle : des complications propres à la grossesse, et à l'accouchement et aussi, aux violences sexuelles. Ces états sont dépendants des conditions du pays d'origine (mutilations sexuelles, mariages forcés), du parcours migratoire (viols, trafic d'êtres humains). Ils peuvent être renforcés, selon les groupes de population lors de l'arrivée dans le pays d'accueil (hygiène déficiente, pénurie d'eau, manque d'abri et d'installations sanitaires adéquats, privations, et interruption éventuelle des premiers soins lors des périodes de mobilité) avec, pour certaines, une majoration des risques sociaux (esclavage humain, prostitution de survie).

En dehors de quelques études socio anthropologiques portant sur les femmes d'une région précise (ex : le Maroc, comme pays de transit)¹⁶⁸, on ne dispose pas d'informations propres à la santé de la reproduction des femmes migrantes, à leur usage des contraceptifs, ou leurs pratiques d'IVG. On sait que, dans l'ensemble, les primipares sont plus jeunes et l'usage des préservatifs moins systématique.

En ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles chez les migrants, on connaît surtout les personnes vivant avec le VIH. Malgré la baisse observée au cours de cette dernière décennie, les migrants représentent encore 35 % des nouveaux cas de VIH dans l'Union européenne et l'Espace économique européen, la proportion variant d'un pays à l'autre. 10% des nouveaux diagnostics concernent les immigrés originaires d'Europe de l'Est et d'Europe Centrale, et le groupe le plus important est celui des immigrés originaires d'Afrique Sub-Saharienne en raison de la taille des flux migratoires et de la situation épidémiologique dans une grande partie de l'Afrique. L'obligation de dépistage à l'arrivée soulève des inquiétudes. On estime que 49% des migrants d'Ile de France infectés par le VIH contractent le virus après leur arrivée¹²⁴. L'OMS¹⁶⁹ soutient le principe de tests rapides à l'arrivée, avec demande de consentement et, le cas échéant, la dispensation d'un traitement. La crainte que ces dispositions augmentent l'afflux des demandeurs séropositifs est en contradiction avec les données disponibles à cet égard.

A l'arrivée dans le pays d'accueil, les prises de risque susceptibles de provoquer des infections sexuellement transmissibles sont majorées par les privations, la séparation familiale, l'isolement et le stress. Un accès inadéquat aux soins peut être renforcé par la crainte de la stigmatisation.

Enfin, la situation de certains migrants menacés dans leur pays pour discrimination sexuelle a été explorée. On retrouve une immigration forcée chez les lesbiennes, gays, bi et trans (LGBT)¹⁷⁰.

Certains LGBT migrants indiquent avoir subi des violences émotionnelles, verbales, physiques et sexuelles au sein de leur cellule familiale d'origine. Ils ne bénéficient généralement pas de l'appui naturel de leur communauté ethnique une fois arrivés dans leur pays d'accueil. Confrontés aux juges qui doivent apprécier des indicateurs valides d'une demande d'asile au motif de persécutions, ils parviennent difficilement à relater les événements traumatiques qu'ils ont vécus et le fait de revenir sur un épisode de persécution peut avoir un nouvel effet traumatisant sur eux.

Le HCSP a émis en mai 2015 un avis relatif à la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers, qui n'est à ce jour pas publié. Cet avis recommande qu'un examen clinique général soit systématiquement proposé aux primo-arrivants, dans la cadre d'un « rendez-vous santé » obligatoire réalisé 4 mois après l'entrée sur le territoire.

Cet entretien médical, assisté autant que possible d'un interprète, doit comprendre :

- une évaluation de l'exposition à des violences physiques et mentales et leurs conséquences sur la santé (séquelles de sévices, dépression, syndrome post-traumatique, ...)
- une information sur les ressources spécialisées en santé sexuelle,
- l'offre d'un dépistage volontaire et anonyme du VIH, des conseils, et en tant que de besoin,
- un traitement financièrement accessible dès l'arrivée sur le territoire français. Une attention particulière doit être portée aux personnes provenant de pays de haute et moyenne endémicité de ces infections.
- pour les migrants LGBT, il convient d'offrir une approche plus spécialisée avec des prestataires en santé mentale car les déclarations et preuves du comportement sexuel ne traduisent pas toujours la situation des demandeurs qui ne bénéficient pas a priori du soutien de la communauté LGBT du pays d'accueil.

6.7.3 Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

L'épidémie VIH en France métropolitaine est considérée, selon la typologie développée par l'OMS et l'Onusida, comme une épidémie concentrée, c'est-à-dire qu'elle touche de manière disproportionnée certains groupes de la population et n'affecte que très peu la population générale. Les groupes les plus touchés sont avant tout les HSH et, dans une moindre mesure, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Concernant les homosexuels masculins, l'enquête Presse gay 2004123 révèle que leur consommation de drogues psychoactives est 4 fois supérieure à celle de la population générale (poppers 37% et cannabis 28%) ; 40% des gays ont eu une IST au cours de leur vie sexuelle, et 10% au cours des 12 derniers mois (gonococcie 4%, syphilis 2%); 15% ont déclaré avoir eu des végétations vénériennes et 7% déclarent avoir eu une chlamydie au cours de leur vie. La classe d'âge la plus touchée par les IST est celle des 25 – 44 ans.

Concernant les hépatites, 11% des répondants à cette enquête déclarent avoir eu une hépatite A confirmée par le médecin, 9% une hépatite B. En termes de vaccination, 63% indiquent être vaccinés contre l'hépatite B. Parmi ceux n'ayant pas eu l'hépatite A, 43 % ne sont pas vaccinés et 25% ignorent s'ils le sont. Ces pourcentages sont respectivement de

23% et 14% pour l'hépatite B. En termes de dépistage, 60% ont fait un test de dépistage de l'hépatite C au cours de leur vie et 2,6% sont positifs.

Par ailleurs, 49% ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie (26% des moins de 25ans ont eu un état dépressif au cours des 12 derniers mois), 19% ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie soit 5 fois plus que dans la population générale. Parmi les répondants, 27% déclarent avoir consommé des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs et 31% ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois. Les jeunes ou les hommes faisant partie des classes sociales moins favorisées sont plus fréquemment l'objet de rejet de la part de leurs proches ou d'agressions homophobes.

6.7.4 Population trans

Certaines populations trans, longtemps éloignées des lieux de décision et difficiles à intégrer dans les enquêtes, sont touchées par le VIH. Si le plan VIH-IST 2010-2014 prévoyait un ensemble de mesures en direction des personnes trans, notamment l'amélioration du recueil des données les concernant, leur relative absence dans les enquêtes et publications les écartent de la compréhension de l'épidémie et de la réponse collective aux défis soulevés par le VIH et les IST. Les risques de contamination VIH/IST/hépatites dans cette population ont été décrits dans la littérature internationale depuis les années 1990. Deux publications françaises⁴⁵ montrent des disparités très importantes de prévalence VIH selon les caractéristiques sociodémographiques des populations enquêtées. Cependant, le simple fait d'être trans est toujours associé à un niveau d'exposition aux risques VIH et IST plus important qu'en population générale.

Une enquête française de 2010 démontre qu'il est indispensable de prendre en compte le sexe de l'état-civil à la naissance lorsqu'il est question de VIH dans cette population. On observe une prévalence nulle du VIH parmi les FtM (*female to male*, personnes dont le sexe à l'état-civil à la naissance est féminin et qui s'identifient au genre masculin), ce qui corrobore les résultats des enquêtes internationales. En revanche, une prévalence de 6,9% de l'infection à VIH parmi les MtF (*male to female*, personnes dont le sexe de l'état-civil à la naissance est masculin et qui s'identifient au genre féminin) confirme la gravité de l'épidémie dans ce sous-groupe, et a fortiori lorsque ces personnes ont eu l'expérience de la prostitution et sont d'origine étrangère (prévalence de 36,4%)⁴⁵, ce qui est cohérent avec les données disponibles dans la littérature internationale.

Dans une enquête française de 2007 menée sur internet¹⁷¹ les répondants ont des caractéristiques assez proches de la population générale en termes d'âge, de proportion d'immigrés, de niveau d'étude et d'activité professionnelle. En revanche, la population trans de l'étude se distingue en effet de la population générale. Elle vit moins en couple, présente une activité sexuelle plus faible, mais également plus de prises de risques : la moitié des répondants déclarent ne jamais utiliser de préservatif lors de rapports de la pénétration avec leur partenaire principal. Côté dépistage, 21% des personnes interrogées disent n'y avoir jamais eu recours et parmi les personnes qui ont déjà été testées, 5,7% se déclarent séropositives. Enfin, 20% des participants avouent avoir renoncé à consulter un médecin traitant par peur d'être discriminé du fait de leur transsexualité tandis que 49% ont subi une discrimination ou renoncé à un droit de peur d'en subir une.

Dans un document de 2009 la HAS¹⁷² recommandait une clarification de la prise en charge financière des soins liés à la dysphorie de genre, l'amélioration de la durée de prise en charge et du délai d'entrer dans le parcours de soins. L'offre de soin doit être structurée en un réseau organisé autour d'équipes de référence pour dispenser des soins de grande qualité.

6.7.5 Personnes en situation de prostitution

Le nombre de personnes en situation de prostitution ne peut être qu'estimé dans une fourchette très large de 20 000 à 400 000 selon les sources¹⁷³. Une part importante de cette population (60 à 90 %) soumise aux contraintes, aux violences et à la traite des êtres humains, cumule de nombreux indicateurs de précarité (absence de soutien social, de logement, de titre de séjour, de couverture maladie). Au regard des évolutions récentes des méthodes de rencontre et de marchandage (usage d'internet, intensification de la traite), les personnes concernées par la prostitution (subie ou choisie) sont de fait éloignées des réseaux de solidarité entre pairs, des actions de prévention et des offres sanitaires adaptées. Plus de la moitié des personnes prostituées sont dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais avec une vulnérabilité particulière sur le plan gynéco-obstétrical (faible prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, faible utilisation d'une contraception orale et fort recours aux interruptions volontaires de grossesse). Les personnes transgenres qui se prostituent sont plus touchées par le VIH, avec une prévalence déclarée de 44 %¹⁷³.

6.7.6 Personnes sous main de justice

La France compte 188 établissements pénitenciers et plus de 77728 personnes écrouées détenues dont 3,3% de femmes pour qui les peines sont beaucoup plus courtes que celles des hommes.

Les problèmes liés à la sexualité ont été abordés dans le plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 concernant la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice¹⁹

La privation de liberté entraîne *de facto* des limites à l'expression de la sexualité de la personne détenue. L'activité sexuelle des personnes détenues peut s'exercer de différentes façons (rapports sexuels consentis ou non). Les personnes détenues sont réticentes à faire part de ces situations qui revêtent un caractère intime, par pudeur, par crainte de sanction disciplinaire, stigmatisation, brimades, agressions...

Aucun texte du droit positif français n'aborde la question de la sexualité en prison, à l'exception de l'article D.249-2 (5°) du Code de Procédure Pénale, qui précise « *Constitue une faute du deuxième degré le fait pour un détenu, d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur* ». Cette disposition est conforme au droit pénal et n'est que la transposition d'une règle de droit applicable en milieu libre.

Cependant, la sexualité des personnes détenues est reconnue par les textes d'organisation de l'administration pénitentiaire. Ainsi, des parloirs familiaux et des unités de vie familiale (UVF) ont été créés en établissements pénitentiaires (au nombre de 31 pour les UVF)¹⁷⁴. Aucun contrôle des rapports sexuels n'y est exercé.

Une enquête INSERM/PJJ¹⁹ de 2004 montre que les mineurs sous main de justice accueillis à la PJJ (hors mineurs détenus) manifestent une initiation à la sexualité plus précoce : 77% des jeunes enquêtés de 16 ans et près de 85% de ceux de 17 ans ont eu au moins un rapport sexuel. En outre, on note une consommation plus importante de produits psycho-actifs chez ces mineurs que chez les adolescents de la population générale (en dehors de l'alcool), produits tels que le tabac, le cannabis, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne... Ces habitudes de consommation peuvent également les conduire à des conduites sexuelles à risque.

Au vu de ces constats, il convient de travailler sur les représentations des mineurs détenus, sur le rapport fille/garçon, du respect de l'autre dans les relations affectives et sexuelles, sur l'orientation sexuelle, d'informer sur les IST, sur la contraception et l'IVG, des contextes à risque (prise de substances, violences..).

La prévalence des maladies chroniques en milieu carcéral est mal connue en dehors de celle des infections par le VIH et les hépatites. Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC. Elles sont précisées par l'enquête PREVACAR Aucune étude ne permet d'apprécier l'incidence des IST en milieu carcéral.

Les femmes constituent une minorité de la population carcérale; dans l'enquête DREES de 2003 sur les entrants en prison, elles avaient été moins en contact avec le système de soins que la population générale. Ainsi, à peine un peu plus du quart d'entre elles avaient bénéficié d'une consultation gynécologique.

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale prévoit la mise en place d'actions de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires. L'article R6112-20 du code de santé publique précise que « l'établissement public de santé coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire ». L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 stipule que « l'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires ».

- ***Personnes âgées et personnes handicapées***

La vie sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap reste encore un sujet tabou que la société et les institutions peinent à reconnaître.

Les personnes âgées qui éprouvent des difficultés dans ce domaine hésitent souvent à en faire part à leur médecin. De plus, la question est également complètement occultée dans la plupart des établissements pour personnes âgées.

Les parents d'enfants handicapés ont parfois du mal à les reconnaître comme des êtres sexués et les tiennent à l'écart d'une éducation sur ce point. Les personnes qui présentent un handicap ont autant besoin d'amour, d'affection et de relations interpersonnelles que les autres. Elles n'ont souvent pas accès à l'information et à l'éducation sur ce point, alors que celles-ci sont d'autant plus importantes que leur handicap nécessite d'acquérir des compétences spécifiques pour une expression et une communication sexuelle adaptée. De plus, ces personnes manquent souvent de lieux d'intimité leur permettant de vivre leur sexualité, individuellement ou avec un partenaire.

De manière générale, les personnes handicapées ont un risque d'infection par le VIH au moins égal, voire supérieur, à celui de la population générale mais font rarement l'objet d'interventions adaptées de prévention et de dépistage. La surveillance de la grossesse et l'accouchement nécessitent également une information spécifique qui est encore peu développée en France.

- ***Populations immigrées***

Il existe peu de données épidémiologiques sur la santé des populations migrantes. Les femmes subissent plus de problèmes de santé sexuelle : complications lors de la grossesse et l'accouchement et violences sexuelles, qui dépendent des coutumes du pays d'origine, du parcours migratoire et peuvent être renforcés par des conditions d'accueil précaire.

L'importance de l'épidémie par le VIH parmi les migrants, qui pour une large part se contaminent après leur arrivée sur le territoire français, fait de ces groupes de population une des cibles prioritaires de la lutte contre cette infection.

- ***Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)***

Une attention particulière est nécessaire à cette population très exposée aux IST méritant une stratégie de promotion et de prévention spécifique.

- ***Population trans***

Du fait de sa faible représentation, les actions auprès de ce public sont insuffisantes et l'exposition liée aux risques sexuels, sous-évalués.

- ***Personnes en situation de prostitution***

La situation sanitaire des personnes concernées par la prostitution, compte tenu des évolutions récentes des méthodes de rencontres (internet) est préoccupante.

- ***Personnes sous main de justice***

Malgré la privation de liberté, les personnes détenues peuvent revendiquer une activité sexuelle. Le risque de transmission de maladies infectieuses mérite une attention particulière. L'éducation des personnes détenues, en particulier des jeunes, ainsi que la formation des personnels doivent être soutenues. Une meilleure prise en charge des jeunes mères est indispensable pour le maintien d'une bonne santé physique et mentale ainsi qu'une réinsertion réussie.

7. LE HCSP FAIT LES PROPOSITIONS SUIVANTES

Le HCSP propose la mise en place d'une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive concertée, prenant en compte les besoins de chacun à tous les âges de la vie. Le HCSP insiste sur l'importance de la coordination, en particulier au niveau territorial, de l'ensemble des acteurs pour faciliter l'accès aux services et le parcours de vie sexuelle dans un souci de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Cette stratégie nécessite une démarche universelle de promotion de la santé sexuelle avec des dispositions spécifiques à certaines tranches d'âge et publics, suivant le principe de l'universalisme proportionné. Son efficacité sera d'autant plus garantie qu'elle veillera à impacter de manière simultanée l'environnement physique (accès à l'offre et aux services), l'environnement socio-culturel (respect, discrimination...) et les comportements individuels en s'attachant à réduire les inégalités sociales de santé.

La maternité (surveillance de la grossesse et accouchement) qui relève de dispositifs spécifiques, n'est pas incluse dans cet avis, mais devrait faire l'objet d'une révision de la stratégie la concernant.

Les propositions se déclinent en 6 axes :

AXE 1 Une coordination nationale et territoriale pour un meilleur accès à la santé sexuelle

7.1 Définir une gouvernance impliquant tous les ministères concernés, pour permettre de :

- définir des objectifs communs
- garantir la complémentarité des approches
- assurer une mise en œuvre, un suivi et une évaluation concertée des programmes

Ces objectifs supposent la mise en place d'un certain nombre d'actions et d'outils :

- création de comités de pilotage centrés sur une approche populationnelle
- partage des informations et des données relatives aux programmes et aux actions entre les partenaires et les décideurs
- définition d'indicateurs d'activité disponibles et robustes

7.2 Garantir une offre coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial

7.2.1 Simplifier l'offre

- pour la promotion, le dépistage et la prévention en santé sexuelle, promouvoir les Cegidd
- confier la prise en compte de la santé sexuelle des publics spécifiques aux Cegidd
- mieux faire connaître les structures susceptibles d'intervenir en cas de violence.

7.2.2 Formaliser les engagements des partenaires sur la santé sexuelle

- prendre en compte la santé sexuelle dans les schémas régionaux de santé
- contractualiser des partenariats et établir des circuits d'information entre les Agences régionales de santé (ARS) et les rectorats
- contractualiser des partenariats et établir des circuits d'information entre les ARS et les collectivités territoriales

- déterminer la répartition des missions et veiller à la complémentarité entre tous les acteurs de la santé sexuelle
- mettre en place des indicateurs territoriaux d'activité sous forme standardisée
- soutenir les Cegidd et les doter de moyens pour assurer leurs nouvelles missions
- garantir le rapprochement entre CPEF et Cegidd en vue de la création de centres de santé sexuelle

AXE 2 Information, Education, Formation

7.3 Promouvoir des sources et des outils d'information adaptés aux différents publics

- diversifier les vecteurs de communication en favorisant le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)
- faire connaître les ressources et structures de recours
- prendre en compte les spécificités locales dans les supports de communication, en particulier pour les départements d'Outre-mer
- encourager le partage des supports de communication (base de données publique à créer)

7.4 Mettre la priorité sur les programmes d'éducation à la vie sexuelle dès le plus jeune âge

- rappeler le droit français à tous les niveaux en commençant par l'école primaire, avec un langage et un mode d'expression adapté à chaque public
- insister sur la lutte contre les discriminations dans les objectifs d'éducation pour la santé sexuelle
- renforcer les compétences des détenteurs de l'autorité parentale pour mieux comprendre le développement de la vie sexuelle de leurs enfants
- s'assurer de la mise en place effective, dans le respect de la législation, des programmes complets et adaptés aux différents âges en milieu scolaire et non scolaire
- augmenter la collaboration en milieu scolaire entre l'Education nationale et les professionnels de santé extérieurs aux établissements
- expérimenter des interventions éducatives réalisées, en milieu scolaire, par les étudiants en santé (médecine, pharmacie, infirmiers, sage-femmes)
- allouer des moyens aux associations agréées pour intervenir en milieu scolaire

7.5 Améliorer les pratiques des professionnels du soin, du médico-social et de la justice

7.5.1 En formation initiale des professionnels de santé :

- intégrer un enseignement sur la santé sexuelle dans sa globalité incluant les notions de violence, discrimination et respect

7.5.2 En formation continue:

a- Des professionnels de santé

- permettre aux CPEF et aux Cegidd d'être des terrains de stage en santé sexuelle
- inscrire au développement professionnel continu (DPC) l'approche globale de la santé sexuelle

b- D'autres professionnels

- les professionnels de la Protection judiciaire de la jeunesse et ceux des lieux de détention
- les professionnels des établissements d'accueil pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées

c- En développant et en mettant en œuvre contenus de formation

- le repérage de violences et l'alerte
- la connaissance des dispositifs et de l'offre de structures, afin d'assurer des orientations pertinentes (demandes de contraception, handicap, violences, etc)
- l'abord de la sexualité en consultation avec la Communication brève relative à la sexualité proposée par l'OMS
- l'accueil des populations ayant des besoins spécifiques en santé sexuelle (homo-bisexuels, trans, personnes en situation de prostitution)

AXE 3 Santé de la reproduction

7.6 Assurer une contraception adaptée aux plus jeunes et aux plus démunis

7.6.1 Communiquer mieux et plus sur :

- les différents modes de Dans un document de 2009 la HAS recommandait une clarification de la prise en charge financière des soins liés à la dysphorie de genre, l'amélioration de la durée de prise en charge et du délai d'entrer dans le parcours de soins. L'offre de soin doit être structurée en un réseau organisé autour d'équipes de référence pour dispenser des soins de grande qualité.
- les possibilités d'accès facilité des mineures à la contraception telles que la gratuité et l'anonymat

7.6.2 Etendre la confidentialité et la gratuité de la contraception aux jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans

7.6.3 Renforcer les connaissances des professionnels de santé sur les modes de contraception et leurs indications recommandés par la HAS

7.7 Augmenter les chances de procréer

7.7.1 Informer sur la baisse de la fertilité féminine après 30 ans

7.7.2 Améliorer l'aide à la procréation

- valoriser et étendre les conditions du don d'ovocytes
- sensibiliser aux possibilités et aux limites de l'auto-conservation par vitrification des ovocytes

AXE 4 Prévention et dépistage des ISTs

7.8 Se donner les moyens d'augmenter la couverture vaccinale de certaines IST

L'objectif, cohérent avec les recommandations vaccinales du HCSP est :

- d'augmenter la couverture vaccinale HPV
- d'augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite A et l'hépatite B des personnes à risque élevé d'exposition
- de vacciner contre le méningocoque C les adultes âgés de 25 ans et plus fréquentant les lieux de convivialité ou de rencontres gays ou souhaitant se rendre à un ou des rassemblements gays (pendant un an à partir de janvier 2016 et réévaluer dans un an)

Pour ce faire, il convient:

- de multiplier les lieux de vaccination
- d'assurer la prise en charge financière complète des vaccinations inscrites au calendrier vaccinal
- d'élargir les compétences à vacciner de certains professionnels de santé
- de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé concernant la vaccination

7.9 Mieux dépister les infections sexuellement transmissibles

- généraliser le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur le territoire national
- recommander le dépistage des chlamydiae chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans, les hommes âgés de moins de 30 ans et les multipartenaires
- promouvoir le dépistage de la syphilis en priorité auprès de la population homosexuelle, des détenus, des personnes en situation de prostitution, des migrants
- dépister les personnes ignorant leurs facteurs de risques d'infection par le VIH

Il sera en particulier nécessaire de :

- développer et financer une offre de dépistage combinée des maladies sexuellement transmissibles y compris par TROD concernant VIH, VHB, VHC.
- développer l'offre de dépistage (TroD, autotest) en direction des personnes en situation de prostitution.
- former les professionnels de santé au repérage des situations cliniques évocatrices d'infection par le VIH
- mettre en place un système de surveillance des IST, notamment au sein des Cegidd

Axe 5 Prise en compte de populations aux caractéristiques particulières

7.10 Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en institution

7.10.1 Favoriser le regard de la société sur l'existence de la sexualité des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

7.10.2 Permettre l'expression d'une vie sexuelle au sein des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

- faire reconnaître la vie sexuelle au sein du règlement intérieur
- aménager de l'espace dans le respect d'une vie sociale et intime
- aménager des chambres doubles
- former les personnels des établissements d'accueil
- mettre en place, au sein des établissements, des programmes de santé sexuelle

7.11 Adapter les stratégies au ciblage des personnes à haut risque d'IST

7.11.1 Toucher les populations les plus éloignées du système de prévention et de soins : HSH, migrants, trans, personnes en situation de prostitution, les personnes sous main de justice

- développer les messages de prévention sur les réseaux sociaux
- renforcer et financer le dépistage en milieu communautaire par les TROD
- développer les actions allant au-devant des publics les plus exposés et les plus vulnérables face aux ISTs et au VIH

7.11.2 Mobiliser des ressources spécifiques aux besoins de ces personnes

- mettre en place le « rendez-vous santé » obligatoire des étrangers primo-arrivants dans un délai de 4 mois après l'entrée sur le territoire, selon les recommandations de l'avis non publié du HCSP du 6 mai 2016
- financer une offre adéquate d'interprétariat (migrants)
- assurer le financement de l'offre de dépistage du VIH par Trod et Autotest
- rendre accessible et déployer la prévention combinée (dépistage, prophylaxie pré exposition, prophylaxie post exposition, traitement précoce, préservatif et prévention comportementale) de l'infection VIH
- coordonner les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge de ces populations
- soutenir financièrement l'action des associations
- intégrer à la formation des professionnels de santé, la spécificité des populations à caractéristiques particulières pour une meilleure prise en charge, en particulier dans le cadre de la prévention du VIH
- concernant les personnes sous main de justice, développer les unités de vie familiale dans la plupart des établissements en assouplissant le règlement, favoriser l'accueil des femmes enceintes et des enfants, renforcer les programmes d'éducation pour la santé, former le personnel pénitentiaire.

AXE 6 recherche

7.12 Améliorer les moyens d'intervention

- promouvoir la recherche interventionnelle
- repérer les expériences locales prometteuses et les évaluer (Pass Santé, HANDISES, etc.)
- labéliser les "actions probantes" et les déployer sur le territoire

7.13 Développer les connaissances pour adapter les dispositifs et anticiper l'avenir

La recherche dans le domaine de la santé sexuelle couvre de nombreux domaines. Elle pourra plus particulièrement porter sur :

- les besoins en matière de santé sexuelle de publics spécifiques, notamment les migrants, les personnes en situation de handicap hors institution, les personnes trans
- les problématiques observées et leur surveillance dans les DOM
- l'apport éventuel des bases de données médico-administratives pour la connaissance de la santé sexuelle de la population

7.13.2 les déterminants de certains comportements ou recours en santé de la reproduction

- causes du recours à l'IVG, notamment répété chez les jeunes femmes
- facteurs favorisant ou freinant la contraception

7.13.3 les effets de certaines expositions ou pratiques

- effets de l'usage et de la diffusion de la pornographie chez les jeunes
- effets à moyen et long terme de l'AMP
- effets de l'accroissement des perturbateurs endocriniens sur la fécondité

7.13.4 l'évaluation de l'utilisation et l'impact de dispositifs mis en place :

- dispositif gratuit et anonyme de contraception pour les mineures
- les différents numéros verts en rapport avec la santé sexuelle
- l'apport éventuel des bases de données médico-administratives pour la surveillance épidémiologique de la santé sexuelle des populations et le développement des études médico-économiques

7.13.5 Assurer la promotion de la recherche en santé sexuelle tout en maintenant l'activité autonome de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales.

8. LE HCSP PROPOSE LES INDICATEURS DE SUIVI DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE

La stratégie nationale de santé sexuelle se décline en objectifs, activités et déterminants impactés, en veillant à réduire les inégalités sociales de santé :

- Objectifs généraux : garantir à l'ensemble de la population
 - une vie sexuelle satisfaisante,
 - en toute sécurité
 - avec la capacité de concevoir des enfants
 - et la liberté de décider de concevoir des enfants ou non.
- Conditions de mise en œuvre :
 - démarche universelle de promotion de la santé sexuelle
 - dispositions spécifiques à certains publics et tranches d'âge.
- Déterminants impactés :
 - l'environnement physique (accès à l'offre et aux services),
 - l'environnement socio-culturel (respect, discrimination...)
 - les comportements individuels.

Les indicateurs sont donc de natures diverses : indicateurs d'activités, indicateurs sociaux, indicateurs comportementaux, indicateurs de connaissance et indicateurs de santé.

8.1 Les indicateurs d'activité proposés

➤ AXE 1 : UNE COORDINATION NATIONALE ET TERRITORIALE POUR UN MEILLEUR ACCÈS À LA SANTÉ SEXUELLE

- ✓ Rapport annuel concerté d'évaluation et de suivi des programmes.
- ✓ Mise en place et alimentation d'une base de données d'informations et d'activités partagée concernant les programmes et les activités.
- ✓ Bilan des financements attribués aux structures et associations.
- ✓ Bilan d'activité annuel standardisé des Cegidd.
- ✓ Prise en compte de la santé sexuelle dans les schémas régionaux de santé.
- ✓ Nombre de conventions entre l'ARS et les acteurs (rectorat, collectivités territoriales...).
- ✓ Nombre de conventions entre les Cegidd et les acteurs régionaux.
- ✓ Nombre d'actions en faveur de la création de centres de santé sexuelle.

➤ AXE 2 : EDUCATION, FORMATION ET INFORMATION

Education des jeunes :

Par région et par niveau d'établissement d'enseignement :

- ✓ Nombre de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle organisées.
- ✓ Nombre d'élèves de chaque niveau ayant bénéficié des trois séances annuelles prévues.
- ✓ Nombre et qualification des intervenants extérieurs dont étudiants en santé
- ✓ Nombre d'actions éducatives en dehors du milieu scolaire.

Information de la population

- ✓ Nombre et évaluation des campagnes d'information généralistes incluant les réseaux sociaux.
- ✓ Nombre de campagnes adaptées à des publics spécifiques, incluant les départements d'Outre-Mer.
- ✓ Existence d'une base de données publique des supports de communication créés localement.

Formation des professionnels

- ✓ Nombre de stages proposés dans les CPEF et dans les Cegidd et nombre de stagiaires.
- ✓ Nombre de formations inscrites au DPC et nombre de personnes formées.
- ✓ Nombre de formations des professionnels de santé à la santé sexuelle, la contraception, l'accueil des populations spécifiques, violences, repérage des situations cliniques évocatrices d'infection par le VIH, etc
- ✓ Nombre de formations des professionnels de la PJJ et des prisons.
- ✓ Nombre d'actions de sensibilisation des professionnels de premier recours au repérage des situations cliniques devant faire évoquer une infection au VIH et promulguant la BSC proposée par l'OMS.

➤ AXE 3 : SANTE DE LA REPRODUCTION

- ✓ Nombre de campagnes grand public et taux d'exposition.
- ✓ Taux de recours à la gratuité et anonymat de la contraception.
- ✓ Nombre de dons d'ovocytes.
- ✓ Nombre d'autoconservation par vitrification.

➤ AXE 4 : PREVENTION ET DEPISTAGE DES IST

Vaccins

- ✓ Couverture vaccinale pour le HPV, l'hépatite A, l'hépatite B, le méningo C.

IST

- ✓ Nombre de dépistage des chlamydiae chez les publics cibles.
- ✓ Nombre de dépistage de la syphilis parmi les HSH, détenus, personnes en situation de prostitution et migrants.
- ✓ Moyens alloués aux associations œuvrant auprès des personnes en situation de prostitution.
- ✓ Evolution des financements attribués aux TROD et autotests
- ✓ Niveau d'informatisation des Cegidd, CPEF et centres de santé sexuelle.

➤ **AXE 5 PRISE EN COMPTE DE POPULATIONS AUX CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES**

- ✓ Nombre d'actions (livres, films, campagnes...) donnant une image positive de la sexualité chez les personnes âgées et les personnes handicapées.
- ✓ Existence de programmes de santé sexuelle auprès des personnes âgées, personnes en situation de handicap, de leurs familles et des professionnels des établissements d'accueil.
- ✓ Nombre de règlements intérieurs intégrant la santé sexuelle.
- ✓ Nombre d'établissements avec aménagement des espaces au sein des institutions (notamment chambres doubles).
- ✓ Nombre d'actions spécifiques allant vers les publics les plus exposés et les plus vulnérables au VIH.
- ✓ Nombre de dépistages VIH (TROD et auto-test) en fonction du public.
- ✓ Nombre de programmes d'éducation pour la santé sexuelle en milieu pénitentiaire.
- ✓ Evolution des financements attribués aux interprètes.
- ✓ Evolution de la prescription du Truvada en recommandation temporaire d'utilisation (RTU)

➤ **AXE 6 : RECHERCHE**

- ✓ Nombre d'appels d'offre de recherche incitant à des recherches dans le domaine.
- ✓ Nombre de projets soumis et de projets retenus.
- ✓ Nombre d'actions potentiellement probantes repérées et évaluées.
- ✓ Nombre d'actions d'efficacité prouvée diffusées.
- ✓ Nombre de projets soumis et de projets retenus concernant les DOM.
- ✓ Nombre de projets portant sur l'impact de la pornographie sur la santé sexuelle

8.2 Les indicateurs sociaux, comportementaux, de connaissance et de santé proposés

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Proposition non exhaustive d'indicateurs
Vie sexuelle satisfaisante	Rapports sexuels consentis	Prévalence des premiers rapports sexuels non consentis, éventuellement ventilés selon comportements homo/bi
		Age aux premiers rapports
		Pourcentage de femmes et d'hommes victimes de violences sexuelles
		Fréquence du harcèlement sexuel en entreprise
		Violences sur enfants
	Orientation, comportement sexuel reconnu, respect et autonomie	Pourcentage de la population HSH, bi, FSF, trans
		Attitudes et comportements des professionnels de santé
		Fréquences de comportements ou d'actes homophobes (entourage, travail)
	Satisfaction sexuelle	Prévalence des dysfonctionnements
		Satisfaction au cours des relations : fréquence, qualité, autonomie
		Respect du droit à la santé des populations spécifiques : sensibilisation et formation des professionnels, installation de locaux adaptés
		Nombre de partenaires
En toute sécurité	Réduction des risques infectieux (exposition/transmission/ prise en charge VIH-IST)	Fréquence d'utilisation du préservatif notamment lors du premier rapport
		Evolution de l'incidence des ISTs et du VIH (notamment chez les migrants et les jeunes)
		Proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade sida
		Proportion de personnes ayant un traitement efficace
Liberté de décider de la conception	Possibilité d'usage contraception adaptée	Connaissance des méthodes de contraception chez les 15-25 ans
		Connaissances et pratiques des médecins en matière de contraception
		Fréquence d'utilisation des différents modes de contraception selon âge, niveau éducation, ruralité, FSF
		Fréquence de la contraception urgence
	Réduire les grossesses non désirées	Pourcentages d'IVG répétées
		Taux de grossesses chez les adolescentes
		Fréquence des IVG chez les mineures, notamment dans certaines régions (DOM, IDF, PACA, Corse, Languedoc-Roussillon)
	Faciliter l'IVG en cas de grossesse non désirée	Connaissance des ressources et lieux de recours par les professionnels et la population
		Pourcentage d'IVG non prises en charge par les établissements de santé par région
		Méthodes d'IVG utilisées
	Augmenter les chances de concevoir	Activité d'AMP
		Age à la 1ère maternité
		Taux de fécondité

BIBLIOGRAPHIE

1. Saisine « Saisine du Haut conseil de la santé publique pour une stratégie de santé sexuelle et reproductive en France ». DGS, Fév 2015
2. Defining sexual health:report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. [En ligne]. Genève (CH) : World Health Organization ; 2006. 36 p. Disponible : www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/index.html.
3. Minnesota Department of Health. Protecting, maintaining and improving the health of all minnesotans. [En ligne]. St. Paul (MN):MDH ; Definitions of Sexual Health [Consulté le 20 Nov 2015] ; [Environ 1 page]. Disponible : <http://www.health.state.mn.us/topics/sexualhealth/definitions.html>
4. Maître J, Michelat G (dir.). Religion et sexualité. Paris : L'Harmattan ; 2002. 263 p. (Religion et sciences humaines)
5. Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux : principes et processus d'adaptation et de mise en œuvre [En ligne] Genève (CH) : OMS Europe ; 2007. [Consulté le 2 février 2016]. 29 p. Disponible : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/fr/
6. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Technical report [En ligne]. Stockholm : ECDC ; Dec 2013. [Consulté le 2 février 2016]. 90 p. Disponible : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HVI-STI-prevention-comprehensive-approach-in-the-context-of-sexual-health-EU-EEA.pdf>
7. Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015. [En ligne]. New-York : Nations unies ; 2015. [Consulté le 2 Fév 2016]. 75 p. Disponible : http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf
8. Programme national promotion de la santé affective et sexuelle [En ligne]. Luxembourg : Le gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg ; 2013. [Consulté le 16 Fév 2016]. 9 p. Disponible : <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2013/07/sante-affective-sexuelle/programme-national-promotion-sante-affective-sexuelle.pdf>
9. Confédération suisse. Office fédéral de la santé publique OFSP [En ligne]. Berne (CH) : Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) : Office fédéral de la santé publique OFSP ; une nouvelle Commission pour de nouvelles tâches [En ligne]. Berne (CH) : Office fédéral de la santé publique OFSP ; 2012. [Consulté le 16 Fév 2016] ; [Environ 1 écran]. Disponible : http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/12494/12821/index.html?lang=fr
10. AIDS and STI Prevention [Internet]. Köln (DE) : Federal Centre for Health Education (BZgA) [Consulté le 2 Fév 2016]. BZgA ; [Environ 2 écrans]. Disponible : <http://www.bzga.de/home/key-topics-and-fields-of-work/aids-and-sti-prevention/>
<http://www.bzga.de/home/key-topics-and-fields-of-work/sex-education-and-family-planning/>

11. Department of health. A framework for sexual health improvement in England. [En ligne]. London (GB) : Department of health ; 2013 Mar 15. [Consulté le 16 Fév 2016]. 61 p. Disponible : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/142592/9287-2900714-TSO-SexualHealthPolicyNW_ACCESSIBLE.pdf
- 12.
- 13 Ki-Moon B. Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. [En ligne]. OMS ; 2010. [Consulté le 26 Fév 2016]. 24 p. Disponible : http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_fr.pdf?ua=1
14. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [En ligne]. Paris : Ministère de la Santé et des Sports ; Nov 2010. [Consulté le 20 Nov 2015]. 266 p. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
15. Geffroy L., Celse M., Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 : adopté par le conseil national du Sida le 16 janvier 2014 [En ligne]. Paris : CNS ; Jan 2014. [Consulté le 26 Nov 2015]. 29 p. Disponible : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2014-01-16_avi_fr_politique_publique.pdf
16. Evaluation du Plan VIH. Paris : HCSP, 2016 (*en cours de rédaction*)
17. Plan national de lutte contre les Hépatites B et C 2009-2012 [En ligne]. Paris : Direction générale de la santé ; 2009. [Consulté le 20 Nov 2015]. 88 p. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatites.pdf
18. Evaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. [En ligne]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; Avr 2013. [Consulté le 16 Fév 2016]. 135 p. (Evaluation) Disponible : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130416_evaluationp lanhepBC0912.pdf
19. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice [En ligne]. Paris : Ministère de la santé et des sports, Ministère de la Justice et des Libertés ; 2010. [Consulté le 20 Nov 2015]. 86 p. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
20. Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice ». [En ligne]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; Sept 2012. [Consulté le 21 Mar 2016]. Disponible : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20120919_santesous mainjustice.pdf
21. Plan cancer 2009-2013 [En ligne]. Paris : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, INCa ; 2009. [Consulté le 20 Nov 2015]. 138 p. Disponible : http://www.cnsa.fr/documentation/plancancer20092013_02112009.pdf
22. Plan cancer 2014-2019 [En ligne]. Paris : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, INCa ; Fév 2014. [Consulté le 20 Nov 2015]. 150 p. Disponible : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf
23. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [En ligne]. Paris : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie ; Sept 2013. [Consulté le 20 Nov 2015]. 82 p. Disponible :

- http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf
24. Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010 [En ligne]. Paris : Direction générale de la santé ; 2008. [Consulté le 20 Nov 2015]. 38 p. [Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_du_Plan_version_final.pdf]
 25. Plan « périnatalité » 2005-2007 : “Humanité, proximité, sécurité qualité” [En ligne]. Paris : Ministère chargé de la santé ; 2004. [Consulté le 26 Nov 2015]. 42 p. Disponible : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2004/planperinat.pdf>
 26. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. [En ligne]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; Jan 2014. [Consulté le 16 Fév 2016]. 276 p. Disponible : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001041.pdf>
 27. 4e Plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 [En ligne]. Paris : Ministère des droits des femmes ; 2014. [Consulté le 20 Nov 2015]. 44 p. [Disponible : http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf]
 28. Santé environnement. 3e Plan national 2015-2019 [En ligne]. Paris : Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; Nov 2014. [Consulté le 20 Nov 2015]. 106 p. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf
 29. Lovell AM. Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Commission "Violence et santé mentale" [En ligne]. Paris : Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées ; Mar 2003. [Consulté le 20 Nov 2015]. 79 p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000730.pdf>
 30. Plan national de vie étudiante. [En ligne]. Paris : Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche ; 1^{er} Oct 2015. [Consulté le 18 Fév 2016]. Disponible : http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/actus/48/9/Plan_national_de_vie_etudiante_01-10-2015_478489.pdf
 31. Plan national “ Bien vieillir” 2007-2009. [En ligne]. Paris : Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la sécurité sociale aux personnes âgées aux personnes handicapées et à la famille, Ministère de la jeunesse des sports et de la vie associative ; Jan 2007. [Consulté le 26 Nov 2015]. 32 p. Disponible : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
 32. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques. [En ligne]. Paris : Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative ; Avr 2007. [Consulté le 26 Nov 2015]. 32 p. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
 33. République française. Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du SIDA en milieu scolaire : éducation à la sexualité. BO 25 Avr 1996 ; 17 : 1264-1267

34. République française. Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception n° 2001-588 du 4 juillet 2001, JO 2001 Jul 4. Disponible : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631>
35. République française. Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. BO 2003 Fév 27 ;9. Disponible : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
36. République française. Circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques. BO Education nationale, 15 Dec 2011, (46), 27 p. Disponible : http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21235
37. Améliorer l'accès à l'IVG : programme national d'action Améliorer l'accès à l'IVG [En ligne]. Paris : Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes ; Jan 2015. [Consulté le 20 Nov 2015]. 13 p. Disponible : <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/01/160115-DP-Programme-national-daction-IVG.pdf>
38. Lindau ST, Schumm P, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh C, Waite L. A national study of sexuality and health among older adults in the US. *N Engl J Med.* 2007 Aug 23;357(8):762-74
39. Laumann EO, West S, Glaser D, Carson C, Kang JH. Prevalence and correlates of erectile dysfunction by race and ethnicity among men aged 40 or older in the United States: from the Male Attitudes Regarding Sexual Health Survey. *J Sex Med.* 2007 Jan;4(1):57-65. Epub 2006 Nov 1
40. Onder G, Penninx B, Guralnik JM, Jones H, Fried LP, Pahor M, et al. Sexual satisfaction and risk of disability in older women. *J Clin Psychiatry.* 2003 Oct;64(10):1177-82
41. Davey Smith G, Frankel S, Yarnell J. Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study. *BMJ.* 1997 Dec 20-27;315(7123):1641-4
42. Basson R. Sexuality in chronic illness: no longer ignored. *Lancet.* 2007 Feb 3;369(9559):350-2
43. Médicalisation de la sexualité : le cas du Viagra. Réponse au secrétaire d'Etat à la Santé. [En ligne]. Paris : CCNE ; 18 Nov 1999. Avis n°62. [Consulté le 20 Nov 2015] 4 p. Disponible : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis062.pdf>
44. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994 Jan;151(1):54-61
45. Giami A, Beaubatie E, Le Bail J. Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicosychologiques et VIH/sida dans la population trans. : premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. *Bull Epidemiol Hebd* [En ligne]. 22 Nov 2011 [Consulté le 8 mars 2016] (42) : 433-7. Disponible : www.invs.sante.fr/content/download/23362/.../14/.../BEH_42_2011.pdf
46. Zeggar H, Dahan M. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme. [En ligne]. Paris : La Documentation française ; Déc 2011. Rapport no. : RM2011-197P. [Consulté le 25 Fév 2016]. 107 p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000209.pdf>
47. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry Endocrinology and metabolism clinics of North America. *G.Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015 Sep;44(3):649-61

- 48 Reid R, Abramson BL, Blake J, Desindes S, Dodin S, Johnston S, et al. Prise en charge de la ménopause. *J Obstet Gynaecol Can* [En ligne]. 2014 Sep [Consulté le 18 Fév 2016];36(9):830-8. Disponible : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/09/gui311CPG1505Frev.pdf>
49. Vanlerenberghe E, Sedda AL, Ait-Kaci F. The impact of gynaecological cancers on woman's sexuality and her couple. *Bull Cancer*. 2015 May;102(5):454-62
50. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):537-44
51. Gautier A, dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : Inpes, coll. Baromètres santé ; 2011 : 266 p. [Consulté le 20 Nov 2015]. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
52. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach [En ligne]. Geneva (CH):World Health Organization;2015. [Consulté le 19 Fév 2016]. 72 p. Disponible:http://www.santesexuelle-droitshumains.org/images/pdf/WHO_BSC_Guideline_Final_May_2015.pdf
- 53 République française. Décret n° 88-61 du 18 Janvier 1988 pris pour l'application de l'article L 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du VIH. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066707&dateTexte=20000805>
- 54 République française. Article 71 : loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. *JORF* 17 août 2004, 190, 14545. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/INTX0300078L/jo#JORFARTI000002456710>
- 55 DGS-Sous-direction prévention des risques infectieux. Fusion des CDAG et CIDDIST : loi de financement de la sécurité sociale (LFSS 2015, article 47) Concertation des COREVIH. [En ligne]. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé-Direction générale de la santé ; 22 Jan 2016. 14 p. Disponible : http://www.infectio-lille.com/Fichiers_infectio-lille/congres/2015-VIH-IST/2015-actu-VIH_IST-COREVIH_CeGIDD.pdf
56. Aubin C, Branchu C, Vieilleribiere JL, Sitruk P. Les organismes de planification de conseil et d'éducation familiale : un bilan. [En ligne]. Paris : IGAS ; juin 2011. Rapport no. : RM2011-088P. [Consulté le 20 Nov 2015]. 164 p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405.pdf>
57. République française. Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. *JORF*, 2 Juil 2015, (151), 11153. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/7/1/AFSP1508890D/jo>
58. République française. Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *JORF*, 18 Nov 2005, (268), 17979. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000632050&categorieLien=id>

59. Synthèse des rapports d'activité 2011 des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) [En ligne]. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; 2012. [Consulté le 26 Nov 2015]. 36 p. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_activite_COREVIH_2011-3.pdf
60. République française. Instruction n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. Disponible : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39846.pdf
61. Nisand I. Et si on parlait de sexe à nos ados ? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles. Paris : Odile Jacob ; 2012. 256 p.
62. Sexualité, santé sexuelle et éducation sexuelle – définitions et concepts [En ligne]. In : Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes. Genève (CH) : OMS Europe, BZgA ; 2013. [Consulté le 20 Nov 2015]. 17-19. Disponible : https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf
63. Promouvoir la santé à l'école. Des preuves à l'action [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : IUHPE ; 2010. [Consulté le 20 Nov 2015]. 14 p. Disponible : http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_FR.pdf
64. Kirby D. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. J Sex Res. 2002 Feb;39(1):27-33
65. Silva M. The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinent behavior : a meta-analysis [En ligne]. Health Educ Res. 2002 Aug [Consulté le 20 Nov 2015];17(4):471-81. Disponible : <http://her.oxfordjournals.org/content/17/4/471.short?rss=1&source=mfr>
66. Henderson M, Wight D, Raab GM, Abraham C, Parkes A, Scott S, et al. Impact of a theoretically based sex education program (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of cluster randomised trial. BMJ [En ligne]. 2007 Jan 20 [Consulté le 20 Nov 2015];334(7585):133. Disponible : <http://www.bmj.com/content/334/7585/133.full.pdf+html>
67. Haberland NA. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. Int Perspect Sex Reprod Health. 2015 Mar;41(1):31-42
68. Feulien C. Un Guide-repères sans tabou pour parler sexualité avec les jeunes. Education Santé [En ligne]. Mar 2014 [Consulté le 20 Nov 2015] ; (298) : 12-14. Disponible : <http://educationsante.be/article/un-guide-reperes-sans-tabou-pour-parler-sexualite-avec-les-jeunes/>
69. Jacot-Descombes C. Un projet de développement de la santé sexuelle à l'école, l'exemple de la suisse romande [En ligne]. Paris : Journées de la prévention et de la santé publique ; juin 2015. [Consulté le 20 Nov 2015]. 16 p. Disponible : <http://journees-prevention.inpes.fr/sites/default/files/docs/JACOT-DESCOMBES.pdf>
70. Faulder GS, Riley SC, Stone N, Glasier A. Teaching sex education improves medical students' confidence in dealing with sexual health issues. Contraception. 2004 ; 70 (2) 135-9

71. Bretelle F, Shojai R, Brunet J, Tardieu S, Manca MC, Durant J, et al. Medical students as sexual health peer educators : who benefits more ? BMC Med Educ [En ligne]. 2014 Aug 7 [Consulté le 20 Nov 2015];14 (162), 7 p. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236602/pdf/1472-6920-14-162.pdf>
72. Picod C. Education à la sexualité au collège et au lycée. Rev de santé scolaire & universitaire [En ligne]. Avr 2013 [Consulté le 20 nov 2015] ; (20). 400-403. Disponible : <http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2013/07/PICOD.pdf>
73. De Luca Barrusse V. Usage d'internet et représentations de la sexualité chez les jeunes : quels liens ? La santé de l'homme [En ligne]. Mar 2012 [Consulté le 20 Nov 2015] ; (18):11-13. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-418.pdf>
74. Gasté V. Education à la sexualité en milieu scolaire [En ligne]. Paris : Journées de la prévention et de la santé publique ; juin 2015. 10 p. Disponible : <http://journees-prevention.inpes.fr/sites/default/files/docs/GASTE.pdf>
75. Poletti B. Rapport d'information fait au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures [En ligne]. Paris : Assemblée Nationale ; 2011. Rapport n°3444. [Consulté le 20 Nov 2015]. 62 p. Disponible : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/VPF1.pdf>
76. Berger D, Rochigneux JC, Bernard S, Morand J, Mougnotte A. Education à la sexualité : conceptions des élèves de 4ème et 3ème collège et SEGPA. Sante Publique. 2015 Jan-Fév;27(1):17-26
77. Decant P, De Smet P, Favresse D, Godin I. La santé des élèves de 5ème et 6ème primaire : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : SPIES;2013. 72 p.
78. Favresse D, Moreau N, De Smet P. La santé des élèves de l'enseignement secondaire : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : SPIES;2013. 100 p.
79. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête de lycée. Arch Pediatr. Août 2013 ; 20 (8) : 845-52
80. Pica LA, Traoré I, Bernèche F, Laprise P, Cazale L, Camirand H, et al. L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie, tome 1. [En ligne] Québec : Institut de la statistique du Québec ; Oct 2012 [consulté le 20 Nov 2015]. 258 p. Disponible : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire1.html>
81. Vaughan JP, AbouZahr C. Reproducing health : widening horizons. Bull World Health Organ [En ligne]. 2000 [Consulté le 20 Nov 2015];78(5):569. Disponible : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560773/pdf/0042-9686_78_5_569.pdf
82. Aubin C, Branchu C, Vieilleribiere JL, Sitruk P. Les organismes de planification de conseil et d'éducation familiale : un bilan. [En ligne]. Paris : IGAS ; juin 2011. Rapport no. : RM2011-088P. [Consulté le 20 Nov 2015]. 164 p. Disponible :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405.pdf>

83. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : HAS ; Avr 2013. [Consulté le 20 Nov 2015]. 50 p. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
84. Kersaudy-Rahib D, Lamboy B, Haroutunian L, Clément J. Interventions efficaces en prévention des grossesses précoces et non désirées via la contraception : une synthèse des connaissances – Résultats saillants [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : INPES ; Oct 2012. [Consulté le 20 Nov 2015]. 8 p. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/synthese-contraception.pdf>
85. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [En ligne]. Paris : IGAS ; Oct 2009. Rapport no : RM2009-104A. [Consulté le 20 Nov 2015]. 36 p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
86. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Etudes et résultats [En ligne]. Juin 2012 [Consulté le 20 Nov 2015] (804) : 6 p. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf>
87. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Etudes et résultats [En ligne]. Juin 2015 [Consulté le 20 Nov 2015] (924) : 6 p. Disponible : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_924_ivg_web.pdf
88. Rapport annuel 2014. [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : Agence de la biomédecine (FR) ; 2015. [Consulté le 19 Fév 2016]. 116 p. Disponible : <http://asp.zone-secure.net/v2/index.jsp?id=324/9403/59616&lng=fr>
89. Aballea P, Burstin A, Guedj J. Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France [En ligne] . Saint-Denis La Plaine (FR) : IGAS ; Fév 2011. Rapport no. : RM2011-024P. [Consulté le 20 Nov 2015]. 206 p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000113.pdf>
90. Bajos N, Rouzeau-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés [En ligne]. 2014 mai [Consulté le 20 Nov 2015] ; (511). Disponible : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
91. Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France [En ligne]. Paris : Médecins du monde ; Mar 2013. [Consulté le 26 Nov 2015]. 22 p. Disponible : <http://www.medecinsdumonde.org/content/download/13727/163956/file/RapportEnquetePreventioncancersprecarite.pdf>
92. Dupays S, Hesse C, Vincent B. L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures. [En ligne]. Paris : IGAS ; Avr 2015. Rapport no. : 2014-167. [Consulté le 19 Fév 2016]. Disponible : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-167R.pdf

93. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Populations & sociétés [En ligne]. Jan 2015 [Consulté le 26 Nov 2015] ; (518) : 4 p. Disponible : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
94. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. Rev Epidemiol Sante Publique. Août 2013 ; 61 (4) : 291-8
95. Bayer F, Di Costanzo S, Merlet F, Royere D, Pessione F. L'offre de soins en AMP. Communication aux Journées de l'Agence de la biomédecine, 2015
96. Rapport annuel 2014. [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : Agence de la biomédecine ; 2015. [Consulté le 22 Mar 2016]. 116 p. Disponible : <http://asp.zone-secure.net/v2/index.jsp?id=324/9403/59616&lng=fr>
97. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M, Alexander S, Blondel B, Bouvier-Colle MH, et al. European perinatal health report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010 [En ligne]. Bruxelles : Europeristat;2010. [Consulté le 20 Nov 2015]. 252 p. Disponible : http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
98. Bellaisch-Allart J, Brzakowski M, Chouraqui A., Grefenstette I., Mayenga JM, Muller E, et al. Conservation ovocytaire, quelle problématique ? Gynecol Obstet Fertil. 2013 ; 41 (9) : 518-20
99. Le Lannou D. Quelle stratégie pour améliorer le recrutement des donneurs de gamètes ? Gynecol Obstet Fertil. Déc 2013 ; 41 (12) : 711-4
100. Priou G. Réflexions sur la gratuité et l'indemnisation potentielle des donneuses d'ovocytes en France. La Lettre économique et politique de PACA . [En ligne]. 27 Fév 2015. [Consulté le 19 Fév 2016] ; environ 3 écrans. Disponible : <http://www.presseagence.fr/lettre-economique-politique-paca/2015/02/27/rennes-don-dovocytes-en-france-il-est-temps-de-faire-bouger-les-choses/>
101. Le Moal J. Indicateurs de la santé reproductive. [En ligne]. Saint Maurice (FR) : Les Journées de l'agence de la biomédecine 2015 ; 2015. [Consulté le 19 fév 2016]. Disponible : <http://www.journees-agence-biomedecine.fr/pdf/DrJolleLEMOAL.pdf>
102. République française. Décret n°2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes. JORF, 15 Oct 2015,(239), 19108. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/10/13/AFSP1513121D/jo>
103. Massari V, Dorléans Y, Flahault A. Persistent increase in the incidence of acute male urethritis diagnosed in general practices in France. Br J Gen Pract 2006;56(523):110-4
104. La Ruche G, Le Strat Y, Fromage M, Berçot B, Goubard A, de Barbeyrac B, et al. Incidence of gonococcal and chlamydial infections and coverage of two laboratory surveillance networks, France, 2012. Euro Surveill. 2015 Aug 13;20(32):6-15
105. Brouard C, Bousquet V, Léon L, Pioche C, Lot F, Semaille C, et al. Incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique en France en 2010, enquête LaboHep 2010. Bull Epidemiol Hebd [En ligne]. 21 Mai 2013 [Consulté le 26 Nov 2015] (19) : 210-4. Disponible : http://www.invs.sante.fr/content/download/65387/254591/version/10/file/BEH_19.pdf

106. Scarlett G, Laurent E, Goulet V. Enquête sur les lieux de consultation et les caractéristiques des personnes prélevées pour recherche de Chlamydia trachomatis dans les laboratoires appartenant au réseau Renachla [En ligne]. Saint-Maurice (FR) : Institut de veille sanitaire ; 2003. [Consulté le 21 Mar 2016]. 22 p. Disponible : http://www.invs.sante.fr/publications/2003/chlamydia_trachomatis/chlamydia.pdf
107. Centre national de référence des infections à chlamydiae. Rapport annuel d'activité 2013 : année d'exercice 2013 [En ligne]. Bordeaux : INRA, Université de Bordeaux, CHU Hôpitaux de Bordeaux ; 2014. [Consulté le 26 Nov 2015]. 39 p. Disponible : <http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux2.fr/wp-content/uploads/2014/09/CR-CNR-ann%C3%A9e-dexercice-2013.pdf>
108. La Ruche G, A Goubard, B Berçot. Évolution des résistances du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012. Bull Epidemiol Hebd. [En ligne]. 2014 [Consulté le 21 Mar 2016] ; (5):93-103. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/5/pdf/2014_5_2.pdf
109. Martel P. Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. Recommandations en santé publique. [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : HAS ; Mai 2007. [Consulté le 21 Mar 2016]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_-_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis.2.pdf
110. Pérel C, Gallay A, Goulet V. La Syphilis congénitale est-elle en recrudescence en France ? Enquête à partir du PMSI (2005-2007). Bull Epidemiol Hebd [En ligne]. 5 juil 2011 [Consulté le 20 Nov 2015] (26-27-28) : 298-300. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7149
111. Rey S., Brouard C., Benrekassa J. (dir.). Dépistages au cours de la grossesse et à la naissance : données épidémiologiques récentes. Bull Epidemiol Hebd. [En ligne]. 12 Mai 2015 ; (15-16) : 227-277
112. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. Hum Reprod Update. 1999 Sep-Oct;5 (5):433-47
113. Bébéar CM, De Barbeyrac B, Carcenac G, Clerc M, Pereyre S, Bébéar C. Mycoplasma genitalium, un agent émergent responsable d'urétrites et autres maladies sexuellement transmissibles [En ligne]. Bordeaux (FR) : Laboratoire de Bactériologie EA 3671 Université Victor Segalen, CHU de Bordeaux ; 2005 [Consulté le 23 Fév 2016]. 17 p. Disponible : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/JNI06/CT/ct7-Bebear.pdf>
114. Haute autorité de santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions. [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : HAS ; Déc 2010. [Consulté le 20 Nov 2015]. 144 p. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire_gonocoque_vf.pdf
115. Looker KJ, Garnett GP, Schmid GP. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. Bulletin of the World Health Organization [En ligne]. 2008 **2003** [Consulté le 20 Nov 2015];86(805):805-12. Disponible : <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/07-046128.pdf> 2003[SM1]
116. Antona D, Letort MJ, Larsen C, Lévy-Bruhl D. L'infection par le virus de l'hépatite B : une maladie sexuellement transmissible. Bull Epidemiol Hebd [En ligne]. Juil 2011

- [Consulté le 20 Nov 2015] ; (26-27-28) : 307-10. Disponible : http://www.invs.sante.fr/content/download/11602/72053/version/4/file/beh_26_27_28_2011.pdf
117. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. [En ligne]. Paris : ANRS, AFEF ; 2014. [Consulté le 20 Nov 2015]. 537 p. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
118. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. [En ligne]. Paris : La Documentation française ; 2013 [Consulté le 23 Fév 2016]. 480 p. Disponible : http://issuu.com/ministere-sante/docs/rapport_morlat_2013_mise_en_ligne/1?e=2487729/5166461
119. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd [En ligne]. 24 Mar 2015 [Consulté le 26 Nov 2015] (9-10) : 152-61. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/pdf/2015_9-10.pdf
120. Supervie V, Ndawinz JD, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. AIDS. 2014;28(12):1797-80
121. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infect Dis. [En ligne]. 2013 May 2 [Consulté le 23 Fév 2016];13:200. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3652743/>
122. Lot F, Smati J, Montlahuc C, Cazein F, Barin F, Le strat Y, et al. Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd [En ligne]. 1er Déc 2015 [Consulté le 23 Fév 2016] (40-41) : 744-51. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41.pdf
123. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Bernillon P, Sommen C, Methy N, et al. Enquête presse gays et lesbiennes 2011 [En ligne]. Saint-Maurice : InVS ; 20 Nov 2012 [Consulté le 26 Nov 2015]. 16 p. Disponible : http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL_ReunionAssos_2012.pdf
124. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS). Bull Epidémiol Hebd. [En ligne]. 1er Déc 2015 [Consulté le 23 Fév 2016] (40-41) : 752-8. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41_2.pdf
125. Cazein F, Le Strat Y, Ramus C, Pillonel J, Lot F. Dépistage de l'infection par le VIH dans les laboratoires d'analyses médicales, 2003-2014. Bull Epidémiol Hebd. [En ligne]. 1er Déc 2015 [Consulté le 23 Fév 2016] (40-41) : 752-8. Disponible : 769-71. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41_4.pdf
126. Sarr A, Itodo O, Bouché N, Caté L, Faliu B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. Bull Epidémiol Hebd. [En ligne]. 1er Déc 2015 [Consulté le 23 Fév 2016] (40-41) : 772-8. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41_5.pdf

127. Les jeunes face au SIDA : représentations et comportements face à l'épidémie [En ligne]. Paris : IFOP ; 12 Nov 2007. [Consulté le 26 Nov 2015]. 40 p. Disponible : http://www.ifop.com/media/poll/jeunes_sida.pdf
128. Personnes prises en charge pour VIH en 2013. [En ligne]. Paris : Assurance maladie ; 7 Jul 2015. [Consulté le 23 Fév 2016]. 2 p. Disponible : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/VIH_ou_SIDA_2013.pdf
129. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains [En ligne]. Paris : Haut Conseil de la santé publique ; Jul 2014. [Consulté le 26 Nov 2015]. 33 p. Disponible : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20140710_vachpvdon_neesactualisees.pdf
130. Données de couverture vaccinale : papillomavirus humains (HPV) [En ligne]. Saint-Maurice : InVS ; 2015. [Consulté le 27 Nov 2015] ; [Environ 1 écran] Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>
131. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. [En ligne]. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; 2015. [Consulté le 23 Fév 2016]. 50 p. Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf
132. Guthmann JP, Fonteneau L, Collet M, Vilain A, Ragot M, Ben Boutieb M, et al. Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant en 2014 : progrès très importants chez le nourrisson, stagnation chez l'adolescent. Bull Epidemiol Hebd. [En ligne]. 28 Jul 2015 [Consulté le 23 Fév 2016] (26-27): 499-504. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/26-27/pdf/2015_26-27_4.pdf
133. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations de vaccination contre le méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). [En ligne]. Paris : Haut Conseil de la santé publique ; 1er Jul 2013. [Consulté le 23 Fév 2016]. 3 p. Disponible : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=356>
134. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). [En ligne]. Paris : Haut Conseil de la santé publique ; 7 Nov 2014. [Consulté le 23 Fév 2016]. Disponible : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=474>
135. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. [En ligne]. Paris : La Découverte ; Mar 2008. [Consulté le 23 Fév 2016] Disponible : http://www.editions-ladecouverte.fr/catalogue/index-Enquete_sur_la_sexualite_en_France-9782707154293.html
136. Beck F, Firdion JM, Leleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives [Nouvelle édition 2014]. [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2014. [Consulté le 23 Fév 2016]. 146 p. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1291.pdf>
137. Amsselem-Mainguy Y, Cheynel C, Fouet A. Entrée dans la sexualité des adolescent-e-s : la question du consentement. Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant-e-s en éducation à la sexualité. [En ligne]. Paris : Institut national de la

- jeunesse et de l'éducation populaire, l'Observatoire de la jeunesse et des politiques de jeunesse ; Août 2015. [Consulté le 23 Fév 2016]. 102 p. Disponible : http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/rapport_sivs_def.pdf#overlay-context=article/entree-dans-la-sexualite-des-adolescentes-la-question-du-consentement-9486.html
138. Département de la Seine Saint-Denis. Observatoire des violences envers les femmes. [En ligne]. Saint-Denis (FR) : Conseil départemental de Seine Saint-Denis. Disponible : <https://www.seine-saint-denis.fr/-Observatoire-des-violences-envers-les-femmes-.html>
139. Synthèse du rapport impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte : déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge, enquête nationale auprès des victimes. [En ligne]. Paris : Association mémoire traumatique et victimologie ; Mar 2015. [Consulté le 23 Fév 2016]. 13 p. Disponible : http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/Synthese-Rapport2015-AMTV-Web.pdf
- 140 Debauche A. L'émergence des violences sexuelles intrafamiliales : un appui pour la visibilité des violences sexuelles en France dans les statistiques françaises ? [En ligne]. Enfance familles génération. 2015 [Consulté le 25 Fév 2016] ; (22) : 136-158. Disponible : <http://www.erudit.org/revue/efg/2015/v/n22/1031122ar.pdf>
141. Baueret A, Soullez C. La criminalité en France. Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Les résultats des enquêtes "Cadre de vie et sécurité" INSEE-ONDRP 2007 à 2012. [En ligne]. Paris : INHESJ ; 2012. [Consulté le 21 Mar 2016]. 8 p. Disponible : http://www.inhesj.fr/sites/default/files/files/Mini_synthese_CR.pdf
142. Zeggar H, Dahan M. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme. [En ligne]. Paris : La Documentation française ; Déc 2011. Rapport no. : RM2011-197P. [Consulté le 25 Fév 2016]. 107 p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000209.pdf>
143. Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence. Les femmes sont plus souvent victimes d'un proche ou de leur conjoint. INSEE Première [En ligne]. Nov 2013 [Consulté le 22 Mar 2016];(1473):4 p. Disponible : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1473/ip1473.pdf>
144. Sitbon A. Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012. [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : Inpes, coll. Baromètres santé ; 2015. [Consulté le 25 Fév 2016]. 296 p. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1690.pdf>
145. Embersin-Kyprianou C, Savolle H, Beltzer N. Conduites à risque des jeunes franciliens. Exploitation régionale du Baromètre santé 2010 de l'Inpes et évolutions 2005-2010. Rapport & enquête. [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR) : INPES, ORS Ile-de-France ; Sept 2015. [Consulté le 25 Fév 2016]. 116 p. Disponible : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/2015_ORs_conduite_a_risque_WEB.pdf
146. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population et sociétés. [En ligne]. Oct 2007 [Consulté le 26 Fév 2016] ; (438) 4 p. Disponible : http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19106/438.fr.pdf

147. Wallach I. Sexualité : les seniors, des êtres asexués ? Un préjugé dont il faut se détacher. L'Obs Le Plus [En ligne]. 26 Jun 2013 [Consulté le 26 Fév] ; [Environ 2 écrans.] Disponible : <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/893426-sexualite-les-seniors-des-etres-asexues-un-prejuge-dont-il-faut-se-detacher.html>
148. Sadrati-Dinet C. Personnes âgées et handicapées. Sexualité : la fin d'un tabou ? ASH. 27 Août 2010 ; (2671) : 38-41
149. Milligan MS, Neufeld AH. The myth of asexuality: a survey of social and empirical evidence. Sex Disabil. 2011 Jun; 19(2):91-109
150. Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le strat Y, Sommen C, Pinget R, et al. Découvertes de séropositivité VIH et Sida - France, 2003-2012. Bull Epidemiol Hebd [En ligne]. 1er Avr 2014 [Consulté le 256 Fév 2016] (9-10) : 154-62. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/9-10/pdf/2014_9-10_1.pdf
151. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. Age Ageing [En ligne]. (2011) [Consulté le 26 Fév 2016] ; 40 (5): 538-543. Disponible : <http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2011/07/19/ageing.afr049.full>
152. Ribes G. Sexualité et vieillissement. Comprendre et anticiper les évolutions. Lyon (FR) : Chronique sociale ; 2009. 144 p.
153. Kaas MJ. Geriatric sexuality breakdown syndrome. Int J Aging Hum Dev. 1981;13(1):71-7.
154. Lemieux A. La gérontagogie : une nouvelle réalité. Montréal (CA) : Editions nouvelles ; 2002. 157 p.
155. Dupras A, Viens MJ. L'éducation à la sexualité des aînés : éléments de sexogérontagogie. Sexologies. Juin 2008 ; 17 (3) : 135-42
156. Di Giulio D, Sexuality and people living with physical or developmental disabilities : a review of key issues. Can J Hum Sex. 2003 ; 12(1) : 53-68
157. Mc Cabe MP. Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. Sex Disabil. 1999; 17 (2): 157-170
158. Groce N. HIV/AIDS & disability: capturing hidden voices. Global Survey on HIV/AIDS and disability. [En ligne]. New Haven (US): Yale school of public health; 2004 Apr. [Consulté le 26 Fév 2016]. 31 p. Disponible : <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Health-and-Wellness/HIVAIDS.pdf>
159. Nosek MA, Clubb Foley C, Hughes RB, Howland CA. Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. Sex Disabil. 2001 Sep; 19 (3) : 177-189
160. Victoria state government. Better Health Channel [En ligne]. Melbourne (AU): Victoria state government. Physical disability and sexuality. [Consulté le 26 Fév 2016] ; 5 p. Disponible : <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/servicesandsupport/physical-disability-and-sexuality?viewAsPdf=true>
161. Canadian guidelines for sexual health education. [En ligne]. Ottawa (CA): Public health agency of Canada; 2003. [Consulté le 26 Fév 2016]. 62 p. Disponible : <http://www.sexualityandu.ca/uploads/files/guidelinessexedeng.pdf>
162. Healthy relationships, sexuality and disability resource guide: resource guide 2014 edition. [En ligne]. Boston (US):Massachusetts Department of Public Health; 2014.

- [Consulté le 26 Fév 2016]. 43 p. Disponible : <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/com-health/prevention/hrhs-sexuality-and-disability-resource-guide.pdf>
163. Victoria state government. Better Health Channel [En ligne]. Melbourne (AU): Victoria state government. Intellectual disability and sexuality. [Consulté le 26 Fév 2016] ; 5 p. Disponible : <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/intellectual-disability-and-sexuality>
164. Pendergrass S, Nosek MA, Holcomb JD. Design and evaluation of an internet site to educate women with disabilities on reproductive health care. *Sex Disabil.* 2001 Sep; 19 (1): 71-83
165. CeRHeS : Centre ressources handicaps et sexualités [En ligne]. Lyon : CeRHeS [Consulté le 26 fév 2016]. Disponible : <http://www.cerhes.org/>
166. Beaufils F, Burlet C, Dickelé AM, Lacroix X, Lebatard C, Legras C, et al. Vie affective et sexuelle des personnes handicapées : question de l'assistance sexuelle. [En ligne]. Paris : Comité consultatif national d'éthique ; 4 Oct 2012. Avis no 118. [Consulté le 26 Fév 2016]. 15 p. Disponible : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_ndeg118.pdf
167. Les mutilations sexuelles féminines en France. Premiers résultats de l'enquête Excision et Handicap (ExH). [En ligne]. Paris : Institut national d'études démographiques ; 2013 [Consulté le 22 Mar 2016]. 3 p. Disponible : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/version.imprimable.mutilations.fr.pdf
168. Violence sexuelle et migration : la réalité cachée des femmes subsahariennes arrêtées au Maroc sur la route de l'Europe. [En ligne]. Paris : Médecins sans frontières ; Mar 2010. [Consulté le 22 Mar 2016]. Disponible : <http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/d87b284fadac0af3475f1f92bce47b3c.pdf>
169. Stepping up action on refugee and migrant health. Toward a WHO European framework for collaborative action. [En ligne]. Genève (CH) : World Health Organization ; 2015. 6 p. Disponible : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf?ua=1
170. France diplomatie. Orientation sexuelle et identité : l'action de la France en faveur des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) Paris : France diplomatie. [Consulté le 22 Mar 2016]. Disponible : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/droits-de-l-homme/orientation-sexuelle-et-identite/>
171. D'Almeida Wilson K, Lert F, Berdougou F, Hazera H. Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007. . *Bull Epidemiol Hebd* [En ligne]. 1^{er} juil 2007 [Consulté le 8 mars 2016] (27) : 240-4. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf
172. Cuzin B, Doublet JD, Iacub M, Glikman J, Terra JL, Lindecker V, et al. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme. [En ligne]. Saint-Denis-La Plaine (FR) : HAS ; Nov 2009. [Consulté le 8 Mar 2016]. 223 p. Disponible :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf

173. Fender L, Hajman E, Lot F, Gallay A, Jauffret-Roustide M, Lavin L, et al. Etude ProSanté 2010-2011 : étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales [En ligne]. Saint-Maurice (FR) : Institut de veille sanitaire ; 2013. [Consulté le 26 Fév 2016]. 146 p. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/Etude-ProSante-2010-2011>
174. L'administration pénitentiaire en France. [En ligne]. Paris : Ministère de la justice ; 2007. [Consulté le 22 Mar 2016]. 18 p. Disponible : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/administration_penitentiaire_en_france.pdf

ANNEXES

Sigles

ADSP	Actualité et dossiers en santé publique
ADVIH	Autotest de dépistage du VIH
AFM	Association française contre les myopathies
Aides	Association française de lutte contre le VIH et les hépatites virales
Ag HBs	Antigène HBs
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANRS	Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APF	Association des paralysés de France
ARS	Agence régionale de santé
ARV	Antirétroviral
BHC	Site “The Better Health Channel”, Australie
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire (InVS)
BSC	Balanced Scorecard (Carte de pointage équilibrée)
CCNE	Conseil consultatif national d'éthique
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDC	Centers for Disease Control
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CFSS	<i>Commission fédérale pour la santé sexuelle, Suisse</i>
CHU	Centre hospitalier universitaire
Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés Haut Conseil de la santé publique

CNS	Conseil national du SIDA et des hépatites virales
Corevih	Comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH
CPDPN	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal
CPEF	Centres de planification et d'éducation familiale
Csapa	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSESP	Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective du HCSP
CSMC	Commission spécialisée Maladies chroniques du HCSP
CSMT	Commission spécialisée Maladies transmissibles du HCSP
CSPEP	Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé du HCSP
CTV	Comité technique des vaccinations du HCSP
CV	Couverture vaccinale
DAV	Dispensaires antivénéériens
DFA	Départements français d'Amérique
DGesco	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (devenue DGOS en 2010)
DIU	Dispositif intra-utérin
Dom	Département d'outre-mer
DPC	Développement professionnel continu
Dress	Direction de la recherche des études et évaluation et statistiques
ECDC	<i>European center for disease prevention and control</i>
EGB	Échantillon généraliste des bénéficiaires
EHESP	École des hautes études en santé publique
Ehpad	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EICCF	Établissements d'information en conseil conjugal et familial

Elfe	Etude longitudinale française depuis l'enfance
Elisa	<i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i> (Méthode immuno-enzymatique ELISA)
EN	Éducation nationale
ENP 1972	Enquête nationale périnatale de 1972
Evras	Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, <i>Belgique</i>
FHDH	<i>French hospital database on HIV</i> (Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH)
FIV	Fécondation in vitro
FSF	Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes
FtM	<i>Female to male</i> (Personnes dont le sexe à l'état-civil à la naissance est féminin et qui s'identifient au genre masculin)
GIHP	Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques
HAS	Haute autorité de santé
HCEfh	Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPV	<i>Human papillomavirus</i>
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HSV	<i>Herpes simplex virus</i>
IDF	Ile de France
Ifop	Institut français d'opinion publique
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IGSJ	Inspection générale des services judiciaires
IIM C	Infections invasives à méningocoques C
IMG	Interruption médicalisée de grossesse
INED	Institut national d'études démographiques
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles (« <i>STI</i> » en anglais)
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne (Maladie de Nicolas Favre)
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
MtF	<i>Male to female</i> (Personnes dont le sexe de l'état-civil à la naissance est masculin et qui s'identifient au genre féminin)
NSHAP	<i>National social life, health, and aging project</i> (Projet national vie sociale santé et vieillissement), USA
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OFSP	Office fédéral de la santé publique, Suisse
OMS	Organisation mondiale de la santé (« <i>WHO</i> » en anglais)
Onusida	Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA
ORS	Observatoire régional de la santé
PACA	Provence Alpes Côte-d'Azur
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
Pep	Prophylaxie post-exposition
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PrEP	Prophylaxie pré exposition
PRS	Programmes régionaux de santé
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
Renachla	Réseau national des chlamydiae
Renago	Réseau national des gonocoques

RésIST	Réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles
RSP	Réseaux santé périnatalité
RTU	Recommandation temporaire d'utilisation
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise (<i>« AIDS » en anglais</i>)
SNIES	Syndicat national des infirmiers, infirmières et éducateurs de santé
SSU	Service de santé universitaire
TASP	<i>Treatment as prevention</i> (Traitement comme prévention)
Trod	Tests rapides d'orientation diagnostique
Ucsa	Unité de consultation et de soins ambulatoires
Unaf	Union nationale des associations familiales
UK	<i>United Kingdom</i>
UVF	Unité de vie familiale
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine (<i>« HIV » en anglais</i>)

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Israël NISAND, Gynécologue-obstétricien aux hôpitaux universitaires de Strasbourg, professeur des universités de la faculté de médecine de Strasbourg.

Brigitte LETOMBE, Gynécologue médicale, sexologue, praticien hospitalier au CHU de Lille.

Carine FAVIER, Co-présidente du planning familial, médecin spécialiste des maladies infectieuses.

Véronique SEHIER, Co-présidente du planning familial, conseillère conjugale.

Éric VERDIER, Psychologue communautaire, responsable du pôle "Discriminations, Violence et Santé" à la Ligue Française pour la Santé Mentale.

Pierre COSTA, Urologue, Andrologue, Professeur à l'Université Montpellier I, Chef du service d'urologie du CHU de Nîmes, Président de la Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle.

Marc DIXNEUF, Directeur général délégué, AIDES.

Stéphane MOREL, Chargé de mission santé sexuelle, AIDES.

Thierry PRESTEL, Directeur animation réseau, AIDES

Mirentxu BACQUERIE, Directrice générale de l'Ecole des parents et des éducateurs d'Ile-de-France.

Patrick YENI, Président du Conseil national du sida et des hépatites virales, consultant de l'hôpital Bichat, professeur de maladies infectieuses de l'Université Denis Diderot, Paris.

Michel CELSE, Conseiller-expert du Conseil national du sida et des hépatites virales.

Michel BOZON, Sociologue, démographe, directeur de recherche à l'INED, chercheur associé à l'EHESS.

Michel OHAYON, Médecin généraliste, sexologue, directeur du centre de santé sexuelle « Le 190 ».

Natacha CHETCUTI-OSOROVITZ, Anthropologue-sociologue, membre associé au Centre en études genre de la Faculté des sciences sociales et politiques – Université de Lausanne, Suisse, membre du LEGS Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis et Université Paris Ouest-Nanterre la Défense.

Emmanuelle PIET, Médecin départemental de PMI en Seine-Saint-Denis, coordinatrice de l'activité des centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis, membre de l'observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis, membre du Comité départemental de prévention des agressions sexuelles contre les enfants de Seine-Saint-Denis, présidente du collectif féministe contre le viol.

Dominique BERGER, Psychologue, professeur des Universités en Sciences de l'Education, Directeur Adjoint chargé de la recherche, ESPE de l'Académie de Lyon, Université Claude Bernard - Lyon 1, membre du laboratoire HESPER (Health Services and Performance Research).

Catherine GAUD, Présidente Corevih de La Réunion, responsable du service d'immunologie du CHU Felix Guyon.

Catherine CHAUSSADE, Chargée de projet du service prévention de l'ARS Océan Indien.

Anh-Dao NGUYEN, Médecin de santé publique de l'ARS Océan Indien.

Michel ROUSSEY, Professeur en pédiatrie, CHU de Rennes, membre du Haut Conseil de la santé publique au sein de la Commission spécialisée Maladies chroniques (CSMC).

Catherine TISSERAND, Médecin en charge des centres de planification et d'éducation familiales et consultations prénatales au sein du service de PMI du département de la Côte-d'Or.

Laurent MANDELROT, Gynécologue-obstétricien, service de Gynéco-Obstétrique de l'Hôpital Louis Mourier Colombes, Professeur de médecine à l'université Paris-Diderot.

Jean-Jacques COIPLÉ, Directeur général de l'ARS Corse.

Anne-Marie BAZZICONI, Chargée des affaires financières à la direction de l'organisation et de la qualité de l'offre de santé de l'ARS Corse.

Annie DONSIMONI, Chargée des programmes d'éducation thérapeutique du patient, maladies chroniques et programme contraception à la mission expertises et projets de santé de l'ARS Corse.

Jean-Louis WYART, Médecin, responsable de la mission expertises et projets de santé de l'ARS Corse.

Chantal JANNET, Administratrice de l'Union nationale des associations familiales (UNAF).

Patricia HUMANN, Coordinatrice du pôle éducation de l'UNAF.

Véronique GASTÉ, Cheffe du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité au sein de la sous-direction de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives, Direction générale de l'enseignement scolaire.

Valerie DELPECH, Head of national HIV surveillance, Public Health England.

Anthony NARDONE, Head of Sexual Health Promotion Unit, Public Health England

Luc BARRET, Médecin-conseil national de la CNAMTS, adjoint au directeur général de la CNAMTS.

Isabelle VINCENT, Responsable adjointe du département de prévention et promotion santé de la CNAMTS.

Vanessa GAYET, Praticien Hospitalier en Gynécologie, Port Royal, Unité Médecine de la reproduction, CHU Cochin.

Françoise LAURANT, Présidente de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCEfh).

Margaux COLLET, représentante du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Responsables des études, en charge du suivi de la commission santé du HCEfh.

Joëlle BELAICH-ALLART, Chef du service Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction, Saint Cloud. Professeur de médecine à l'université René Descartes, université Pierre et Marie Curie, université de Versailles Saint Quentin en Yvelines.

Michel FIX, Médecin responsable de l'UCSA et du CSAPA de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, Centre hospitalier sud-francilien.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Pilotes du groupe :

Éric BILLAUD, Praticien hospitalier en infectiologie à l'Hôtel-Dieu de Nantes, président honoraire de la Société française de lutte contre le sida, président de la coordination régionale de la lutte contre le VIH des Pays de la Loire. Membre de la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) du HCSP.

Zeina MANSOUR, Directrice du comité régional d'éducation pour la santé, Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). Présidente de la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) du HCSP.

Membres du groupe :

Lucile BLUZAT, Responsable du pôle Santé Sexuelle au sein de L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Florence BRETTELLE, Professeur des universités, praticien hospitalier en Gynécologue-obstétrique au CHU Hôpital nord, APHM (Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille), à Marseille.

Marie-Hélène BOUVIER-COLLE, Directeur de recherche émérite à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), épidémiologiste. Membre de la Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective (CSESP) du HCSP.

Emmanuel DEBOST, Médecin généraliste à Plombières-les-Dijon, attaché au centre d'orthogénie de la maternité de Dijon. Président de l'Aremel (Association de régulation en médecine libérale) au Samu de Côte d'Or, Élu à l'URPS Médecins libéraux de Bourgogne Franche-Comté, président du réseau de surveillance régional de la grippe GROG Bourgogne Franche-Comté. Membre de la Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT) du HCSP.

Hélène GRANDJEAN, Spécialiste en gynécologie-obstétrique et en épidémiologie, directeur de recherche émérite à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Membre de la Commission spécialisée Maladies chroniques (CSMC) du HCSP.

Virginie HALLEY DES FONTAINES, Praticien hospitalier en santé publique, maître de conférences à l'université Pierre-et-Marie-Curie. Membre de la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) du HCSP.

Anne-Marie MONNIER-CURAT, Sage-Femme cadre retraitée, trésorière du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF). Membre du Comité technique des vaccinations (CTV) du HCSP.

Hélène PEIGUE-LAFEUILLE, Professeur des universités, Praticien consultant, directeur du Centre national de référence des entérovirus/parechovirus-laboratoire associé, service de virologie du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand. Vice-présidente de la Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT) du HCSP.

Haut Conseil de la santé publique

Coordination :

Corinne LE GOASTER, Médecin épidémiologiste, chargée de mission « Maladies transmissibles » au Secrétariat Général du HCSP (SG-HCSP).

Régine LEFAIT-ROBIN, Médecin de santé publique, épidémiologiste, secrétaire générale du HCSP.

Béatrice TRAN, Médecin de santé publique, praticien hospitalier. Chargée de mission « stratégie nationale de santé-indicateurs » au SG-HCSP.

Pierre-François CHABOUREAU, Stagiaire HCSP

Déclarations publiques d'intérêt :

Les membres du groupe de travail ont remis une déclaration publique d'intérêt.

Le groupe de travail adresse ses remerciements à Stéphanie Marchais, documentaliste du CRES PACA.