3ème Journée Régionale autour de l'Interruption Volontaire de Grossesse

Recueil des interventions

Journée organisée le 24 avril 2008 à Dijon

à la demande de la DRASS de Bourgogne et avec le soutien financier du GRSP

Groupement Régional de Santé Publique de Bourgogne

SOMMAIRE

Ouverture de la journée 3
Patrice RICHARD

Les statistiques sur les IVG en Bourgogne 5
David BRION

Enquête : «Contexte de la sexualité en France» 17
Nathalie BELTZER

Les dispositions de la loi à propos de la prise en charge de la contraception
et des IVG chez les mineurs 27
Dr Robert TAQUE et Dr Catherine TISSERAND

Pourquoi vivent-elles des IVG alors qu'il y a des moyens de contraception ? 35
Réflexion et pratique d'une gynécologue médicale libérale
Dr Marie-Annick ROUMÉAS

Création d'un réseau de prévention des IVG et d'actions santé/contraception : ACTIV'g 41
Gaël DRILLON

La prévention des IVG chez les jeunes.
Expérience de l'Éducation nationale et des services de promotion de la santé auprès des élèves .. 45
Dr Marie-Claude BOIVIN

Clôture de la journée 47
Dr Françoise JANDIN

Ouverture de la journée

Patrice RICHARD

Directeur régional - DRASS Bourgogne

Bonjour Mesdames et Messieurs, bien que les messieurs soit en minorité aujourd'hui. Je remercie bien entendu les organisateurs de cette journée pour leur invitation. Et puis, je vous remercie toutes et tous pour votre participation, puisqu'on a enregistré, je crois, 140 inscriptions à cette troisième journée régionale d'échanges professionnels sur le thème de l'IGV, orientée, cette année, sur la prévention auprès des jeunes. En tant que Directeur de la DRASS mais aussi en tant que Directeur du Groupement régional de santé publique, j'attache pour ma part un intérêt tout particulier à vos travaux, au traitement de cette problématique, qui figure à la fois dans notre Plan régional de santé publique mais aussi dans la Loi de santé publique d'août 2004. Parmi les 100 objectifs de la Loi figure l'accès à la contraception adaptée, la contraception d'urgence et à l'IVG, dans de bonnes conditions, pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, a été introduite une liste d'actions favorisant les centres de planning familial, les 160 cabinets médicaux à pratiquer les IVG médicamenteuses. Par ailleurs, le Ministre nous a demandé de poursuivre activement les inspections des établissements dans lesquels sont réalisées les IVG afin d'analyser les pratiques. Puis, il a aussi annoncé que le forfait IVG serait revalorisé. Et en même temps, l'Institut National de Prévention d'Éducation pour la Santé (Inpes) va lancer le 4 mai prochain, la campagne d'information sur la contraception. Différents documents sont à votre disposition sur le site de l'Inpes sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ou sur le site du Ministère de la Santé. Notamment, les stratégies d'actions en matière de contraception. On y trouve aussi un dossier thématique "Contraception et IVG".

Le thème de la journée justifie aujourd'hui qu'à côté des équipes, des professionnels des centres d'orthogénie de la région, des centres de planification des Conseils généraux, des professionnels de santé, concernés par le conseil conjugal, la contraception et la gynécologie (qui sont le thème habituel de ces journées) soient également fort présents aujourd'hui des professionnels qui interviennent auprès des jeunes, en milieu scolaire, notamment les médecins et infirmiers scolaires, mais aussi les conseillers d'éducation dans les structures d'apprentissage et dans les structures éducatives, et la protection judiciaire de la jeunesse. Et donc, je suis heureux d'accueillir l'ensemble des professionnels concernés.
Comme les deux premières journées, Autun en 2003, Dijon en 2006, la préparation de cette journée à été réalisée par un comité de pilotage auquel ont participé, et je les en remercie, le Docteur Catherine TISSERAND, Coordinatrice des centres d'éducation et de planification familiale de la Côte d'Or, le Docteur Robert TAQUE, Coordonnateur du Centre IVG du CHU de Dijon, Madame Catherine HUGONET, Déléguée Régionale au Droit des Femmes, Madame Bernadette LÉMERY, Directrice de l'ORS de Bourgogne, Madame le Docteur Françoise JANDIN, Médecin Inspecteur Régional de la Santé à la DRASS.
Cette journée d'échanges s'était donné plusieurs objectifs :

- D'abord, apporter des informations aux acteurs concernés par l'IVG chez les jeunes,
- Ensuite, approfondir la réflexion en matière de prévention et de prise en charge de l'IVG chez les jeunes,
- Enfin, faciliter la connaissance des actions sur les territoires de la région.

Au delà de ces objectifs, les rencontres informelles et conviviales permettront aussi à des professionnels parfois isolés dans leurs pratiques de partager leurs expériences.
Je remercie l'ensemble des intervenants, d'avoir accepté de participer à cette journée et du travail que cela à dû leur demander, en commençant par accueillir les plus éloignées d'entre eux, Madame Nathalie BELTZER, de l'ORS Ile-de-France, qui présentera l'enquête "Contexte de la sexualité en France" et Madame le Docteur Marie-Annick ROUMÉAS, gynécologue libérale qui nous fera part de son expérience. Venant de Bourgogne, du département de la Nièvre, Monsieur Gaël DRILLON, Responsable du pôle santé de la CPAM, qui nous parlera du réseau d'actions dans ce département.

Tandis que les expériences de l'Éducation Nationale et des services de promotion de la santé auprès des élèves seront présentées par le Docteur BOIVIN, Médecin Conseiller auprès du Recteur. Les Docteurs TAQUE et TISSERAND feront un rappel des textes de loi. Monsieur David BRION, Statisticien Régional à la DRASS présentera en introduction de cette journée les principales données sur la pratiques des IVG en Bourgogne. Les statistiques montrent qu'avec 4 100 IVG réalisées chaque année, en tout cas en 2006, nous nous situons parmi les 6 régions françaises où le taux d'IVG est le plus faible. J'étais auparavant dans une région, la Guadeloupe, où le taux était le plus élevé de France... Mais ce n'est pas parce que le taux d'IVG est plus faible que nous devons nous démobiliser. Il faut poursuivre l'amélioration de la prévention, la qualité de la prise en charge des femmes qui demandent une IVG.
Pour terminer, je remercie l'Observatoire Régional de la Santé qui a organisé cette rencontre, en particulier Bernadette LÉMERY, Directrice, Élodie NOLLE, assistante, avec Monsieur Claude MELLUL, dont j'ai fait la connaissance, mais qui est bien connu ici et qui va donc animer les débats.
Je vous souhaite un travail fructueux et une bonne journée.

Les statistiques sur les IVG en Bourgogne

David BRION

Statisticien – DRASS Bourgogne

Je propose de vous donner beaucoup de données statistiques sur la région. Je m'excuse auprès de ceux qui ne sont pas "férus" de statistiques.

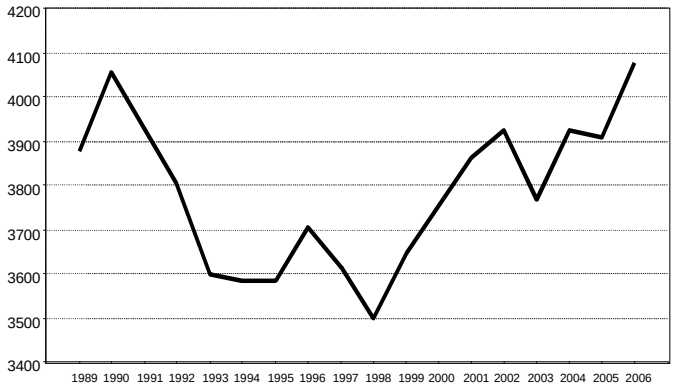
Tout d'abord, quelques définitions.
La mesure du stade de la grossesse : on utilise deux dates pour calculer où en est une grossesse. On compte en jours ou semaines d'aménorrhée, à partir de la date des dernières règles. Sachant que l'on peut compter également en termes de jours ou de semaines de grossesse, c'est-à-dire à partir de la fécondation présumée. Il y a environ deux semaines d'écart entre ces deux modes de calcul.

Nous traitons de l'IVG, nous ne prenons donc pas en compte (dans nos calculs) les interruptions de grossesse pour raisons médicales (anomalie fœtale ou cause maternelle).

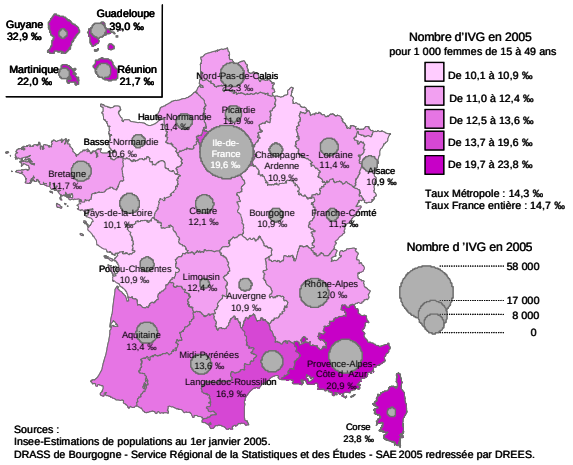
En préambule, je vous propose un bref rappel sur la réglementation française, avec les grandes dates qui ont forgé cette réglementation.

- 1975 : Promulgation de la loi Veil dépénalisant l'avortement. Elle prévoit que l'IVG doit être pratiquée avant la fin de la 10ème semaine de grossesse, soit avant la fin de la 12ème semaine d 'aménorrhée (fin des règles).
- 1982 : Remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale (loi Roudy).
- 1988 : Autorisation de mise sur le marché du RU 486 permettant l'avortement médicamenteux.
- 1993 : Adoption de la loi Neiertz sur le délit d'entrave à l'IVG.
- 2001 : Adoption d'une loi sur l'IVG et la contraception qui établit de nouvelles mesures : allongement du délai légal de l'IVG de deux semaines. Possibilité offerte aux femmes de recourir à l'IVG dans le cadre de la médecine de ville auprès des praticiens qui ont préalablement passé convention avec un établissement.

Évolution du nombre d'IVG en Bourgogne depuis 1989

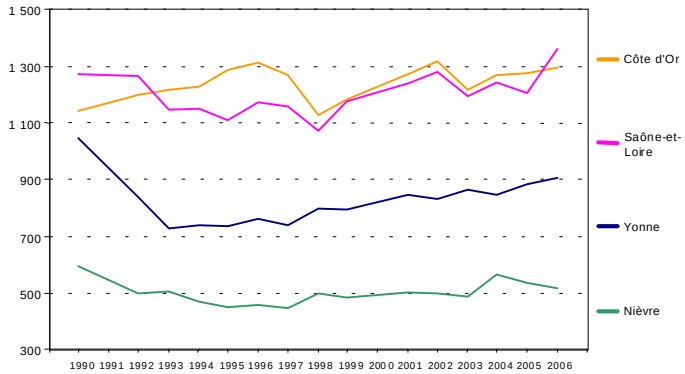


Taux de recours à l'IVG et nb d'IVG en 2005 par région



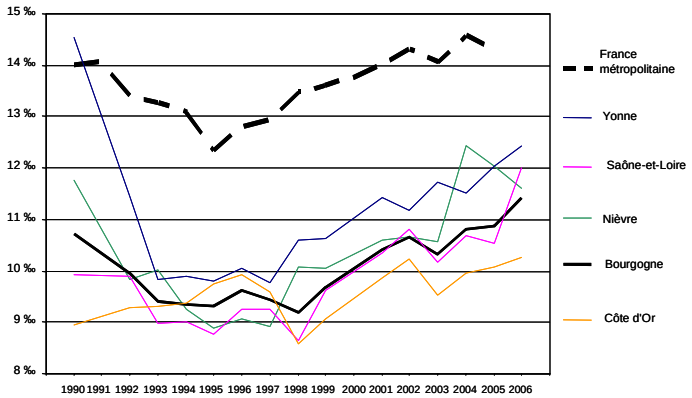
Nombre d'IVG réalisées par région. L'Ile-de-France enregistre près de 58 000 IVG (soit 28% d'IVG pratiquées dans l'hexagone). Ensuite, Provence-Alpes-Côtes-d'Azur et Rhône-Alpes.
Il est nécessaire de comparer le nombre d'IVG par femme en âge de procréer (statistiquement les femmes de 15 à 49 ans), indicateur représenté par les colorations.
Le taux de recours dépasse la moyenne nationale en Ile-de-France et dans les régions du Sud-Est.

Nombre d'IVG réalisées dans les départements bourguignons



Les nombres d'IVG par département sont les plus importants en Côte-d'Or et Saône-et-Loire, qui sont démographiquement les départements les plus importants.
Entre 2005 et 2006, le nombre d'IVG a le plus augmenté en Saône-et-Loire alors qu'il a diminué dans la Nièvre.

Évolution du taux d'IVG dans les départements bourguignons (nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)

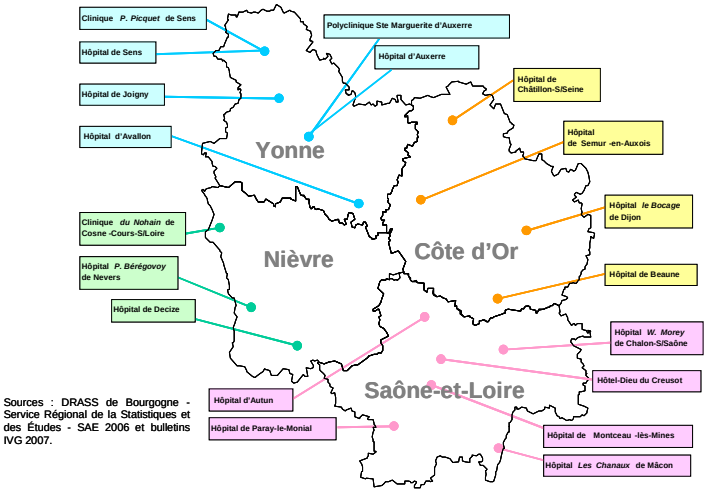


Si on regarde maintenant l'évolution de ce taux de recours. Il a diminué au début des années 1990 et jusqu'à 1998 en Bourgogne ou il s'élevait à 9‰. Les variations dans les départements : en 2006, l'Yonne enregistre le taux de recours le plus fort, (12,4‰), suivie de la Saône-et-Loire (avec un taux de 12‰), puis la Nièvre, (11,6‰) et enfin la Côte d'Or (10,3‰).

Augmentation sensible en 2006 du nombre des IVG en Saône-et-Loire

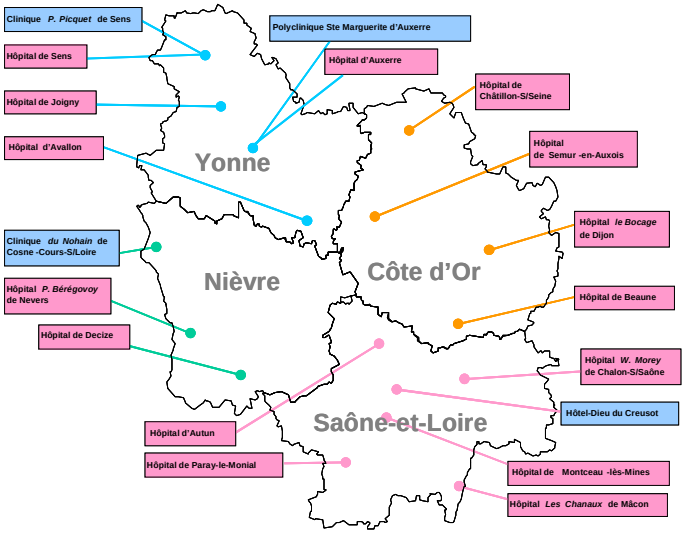
Raison sociale	Commune	2006	Evolution 2006/2005
Ensemble Côte d'Or		**1295**	**+1 %**
Ensemble Nièvre		**514**	**-5 %**
CH AUTUN (SITE LA TOUCHE)	AUTUN CEDEX	92	+35 %
CH W MOREY CHALON S/SAONE	CHALON SUR SAONE CEDEX	396	+7 %
HOTEL DIEU DU CREUSOT	CREUSOT	123	+4 %
CH LES CHANAUX MACON	MACON	530	+17 %
CH PARAY-LE-MONIAL	PARAY LE MONIAL CEDEX	129	+8 %
SIH CH MONTCEAU-LES-MINES	ST VALLIER	91	+14 %
Ensemble Saône-et-Loire		**1361**	**+13 %**
Ensemble Yonne		**907**	**+3 %**
Ensemble Région		**4077**	**+4 %**

19 centres pratiquent l'IVG en 2007



Sources : DRASS de Bourgogne - Service Régional de la Statistiques et des Études - SAE 2006 et bulletins IVG 2007.

La carte présente les centres orthogéniques de la région (19). On en compte 4 en Côte-d'Or, 3 dans la Nièvre, 6 en Saône-et-Loire et 6 dans l'Yonne. Globalement, le nombre d'établissements a baissé, de 23 en 1995, il est passé à 21 en 2000 et 19 actuellement.

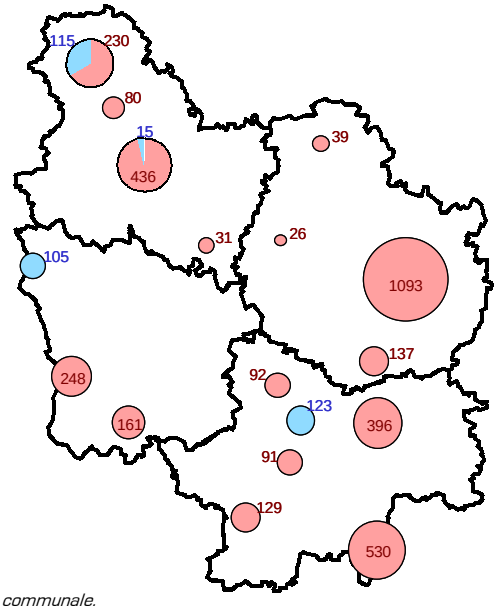


Ensuite, on voit que 4 établissements sur la région relèvent du privé et 16 du public.

IVG réalisées en hôpital public

IVG réalisées en clinique privée

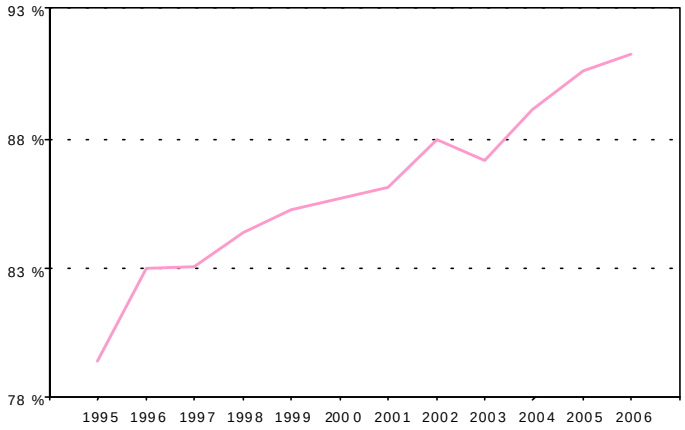
Nombre d'IVG réalisées en 2006 selon la commune où est situé l'établissement ayant pratiqué l'acte



Carte communale.
Sources : DRASS de Bourgogne - Service Régional de la Statistiques et des Études - SAE 2004 et bulletins IVG.

Vous avez ici, le nombre d'IVG réalisées pour chacun de ces centres. Le rose pour les établissements publics et le bleu pour les établissements privés. Le Centre Hospitalier de Dijon réalise le plus d'IVG dans la région (27% des IVG de la région). On a ensuite celui de Mâcon, puis celui de Auxerre.
On constate aussi sur cette carte que l'activité des IVG est surtout assurée par le secteur public.

Proportion des IVG réalisées à l'hôpital public en Bourgogne depuis 1995



91% des IVG sont réalisées dans les établissements publics de notre région (70% en France).
La proportion a augmenté avec le temps, en Bourgogne comme en France.

Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – Enquêtes SAE.
Remarque : la proportion des IVG réalisées par le secteur public en 2000 résulte d'une extrapolation à partir des statistiques des autres années, puisque cette information n'est pas disponible pour l'année en question.

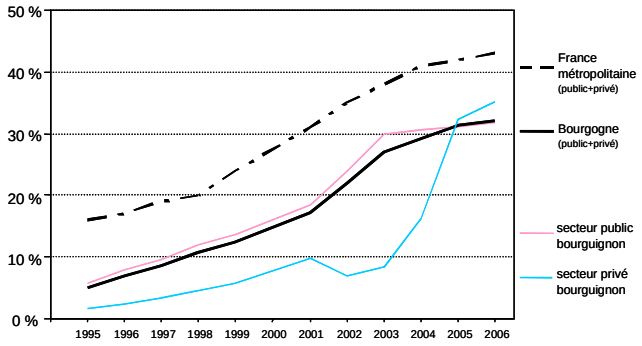
Au niveau maintenant des méthodes employées pour l'IVG, la méthode chirurgicale reste la plus employée...
Toutefois, la méthode médicamenteuse est de plus en plus utilisée.

Méthode chirurgicale : 68 %
- Hospitalisation inférieure à 12 h : **67 %** - 1 point
- Hospitalisation supérieure à 12 h : **33 %** + 1 point
- Avec anesthésie locale : **26 %** + 5 points
- Avec anesthésie générale : **74%** - 5 points

Méthode médicamenteuse : 32 %

Légende :
Evolution en 2 ans

Évolution de la part des IVG médicamenteuses depuis 1995



Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – Enquêtes SAE.
Remarque : la statistique en 2000 résulte d'une extrapolation réalisée à partir des autres années, puisqu'aucune données n'est disponible pour cette année.

Vous avez ici l'évolution de la proportion d'IVG réalisée avec la méthode médicamenteuse en France, et en Bourgogne, par le secteur public et le secteur privé.
La méthode médicamenteuse est moins utilisée dans la région qu'au niveau national. Par ailleurs, les établissements publics utilisent autant la chirurgie que les établissements privés.

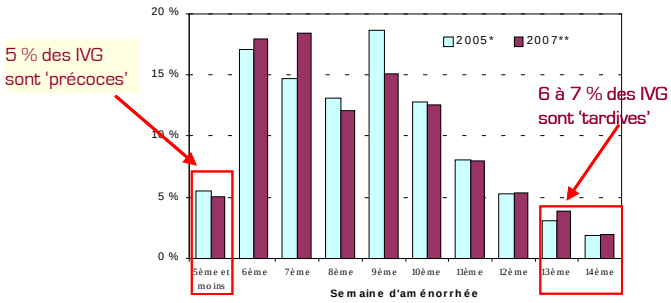
Toujours peu d'IVG réalisées en médecine de ville

	Bourgogne	France métropolitaine
2004	Aucun cas déclaré	Environ 1,4 % des IVG
2005	Environ 0,3 % des IVG	Environ 4 % des IVG
2006	Environ 0,5 % des IVG	Environ 5 % des IVG

Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – enquêtes SAE.

Le changement législatif de 2001 a permis l'IVG médicamenteuse en médecine de ville.
En 2004, aucun cas n'a été déclaré en Bourgogne. En France, elle représente 1,4% des IVG.
En 2006, on constate une augmentation légère du recours à cette méthode. Elle reste proportionnellement 10 fois moins utilisée qu'au niveau national.

36 % des IVG sont réalisées à 6-7 semaines d'aménorrhée

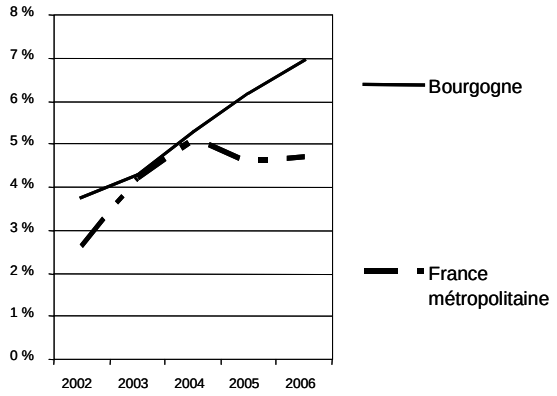


Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – SAE et bulletins IVG (juillet à décembre 2007).

Voyons à présent la répartition des IVG selon le stade auquel elles ont été pratiquées, en 2005 et 2007.
En 2007, 5% d'IVG sont dites "précoces", c'est-à-dire à la 5ème semaine d'aménorrhée au moins. Et à l'inverse, 6 à 7% d'IVG sont "tardives", c'est-à-dire réalisées les 2 dernières semaines légales. Certains établissements sont plutôt spécialisés dans l'IVG "précoces",

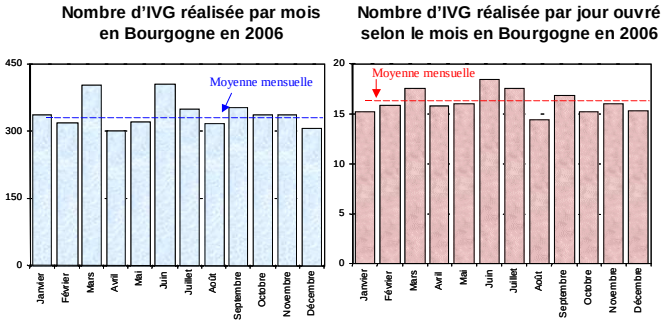
notamment le Centre Hospitalier de Joigny et d'Avallon, qui réalisent plus des 2/3 des IVG à des stades "précoces".
Et à l'inverse, des établissements réalisent plus d'IVG "tardives" que la moyenne : c'est le cas au CHU de Dijon et au Centre Hospitalier de Decize. Plus de 13% des IVG sont "tardives". [1]
Actuellement, 283 IVG sont réalisées en Bourgogne dans les deux dernières semaines du délai légal.
Depuis 2005, la proportion d'IVG tardives est plus élevée que dans la moyenne des régions métropolitaines

Proportion depuis 2001 parmi l'ensemble des IVG
de celles pratiquées les deux dernières semaines du délai légal



Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – Enquêtes SAE.

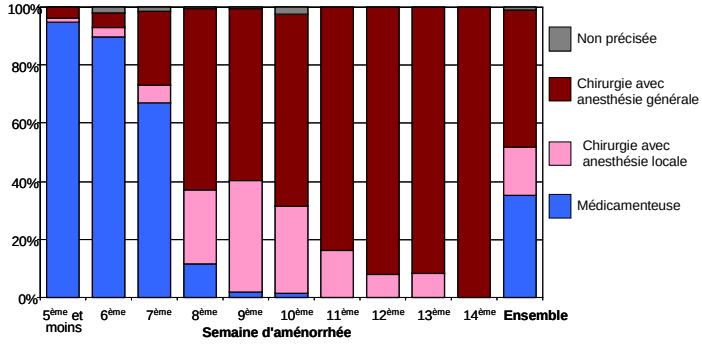
Le nombre d'IVG semble relativement stable dans l'année



Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – SAE et bulletins IVG 2006.
Le trait horizontal en pointillé de couleur (bleu ou rouge) correspond à la moyenne mensuelle 2006.

Il n'évolue pas sensiblement d'un mois sur l'autre. La pratique de l'IVG n'est pas en général une urgence, elle peut être programmée.

Répartition des IVG réalisées en Bourgogne
selon le stade de la grossesse et la technique employée



Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – SAE et bulletins IVG (juillet à décembre 2007).

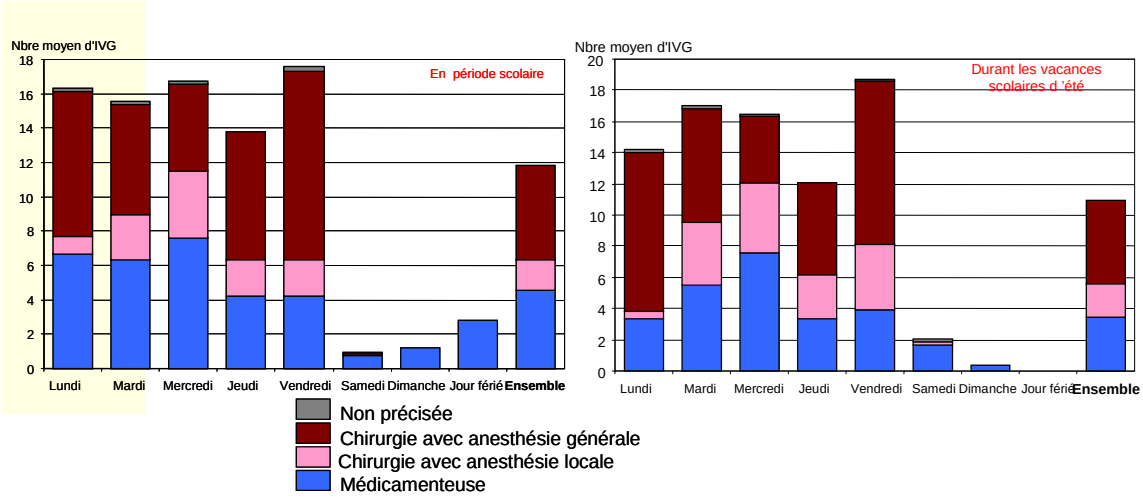
Examinons maintenant la méthode utilisée, selon le stade où l'IVG a été réalisée. Vous avez ici le stade où est réalisé l'IVG (par rapport aux nombres de semaines d'aménorrhée) et la répartition de la méthode. En bleu, la méthode médicamenteuse, par chirurgie avec anesthésie locale en

[1] Tous les établissements n'acceptent pas de pratiquer l'IVG "tardive".

rose, par chirurgie avec anesthésie générale c'est la partie rouge.
Jusqu'à la 7ème semaine, c'est la méthode médicamenteuse qui est la plus employée.
Au delà de la 9ème semaine, la chirurgie avec anesthésie générale est la méthode la plus employée. Et plus on avance dans la durée de la grossesse plus c'est le cas. La chirurgie avec anesthésie locale est employée principalement à la 9ème semaine (pour 39% des IVG).

Plus le stade de grossesse est avancé, plus la méthode chirurgicale avec anesthésie générale est utilisée.

Nombre moyen d'IVG réalisées en Bourgogne selon le jour de l'intervention et la technique utilisée



Source : DRASS de Bourgogne – Service Régional de la Statistique et des Études – SAE et bulletins IVG (juillet à décembre 2007).

Globalement, les IVG sont plus fréquentes les vendredis.
Maintenant, sur une semaine, on peut voir le nombre moyen d'IVG réalisées par jour, selon la méthode utilisée. Sur le graphique de gauche, il s'agit de la période scolaire et sur le graphique de droite, les vacances scolaires d'été. On voit que l'on évite les IVG au maximum les week-ends et les jours fériés. 12 IVG sont réalisées en moyenne par jour sur une semaine en période scolaire et 11 sur une semaine de vacances. La chirurgie avec anesthésie générale est plus utilisée à proximité immédiate du week-end, alors que la méthode médicamenteuse est plus utilisée en début ou au milieu de semaine.

Estimation des taux d'IVG en Bourgogne et en France
(nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans)

Âge de la femme	Bourgogne (taux estimés en 2006)	France métropolitaine (taux estimés en 2005)	Ecart
De 15 à 17 ans	11 ‰	11 ‰	+ 0 point(s)
De 18 à 19 ans	19 ‰	23 ‰	- 4 point(s)
De 20 à 24 ans	21 ‰	27 ‰	- 6 point(s)
De 25 à 29 ans	18 ‰	23 ‰	- 5 point(s)
De 30 à 34 ans	13 ‰	18 ‰	- 5 point(s)
De 35 à 39 ans	12 ‰	13 ‰	- 1 point(s)
De 40 à 44 ans	6 ‰	6 ‰	+ 0 point(s)
De 45 à 49 ans	0 ‰	1 ‰	- 0 point(s)
Ensemble	**11 ‰**	**14 ‰**	**- 3 point(s)**

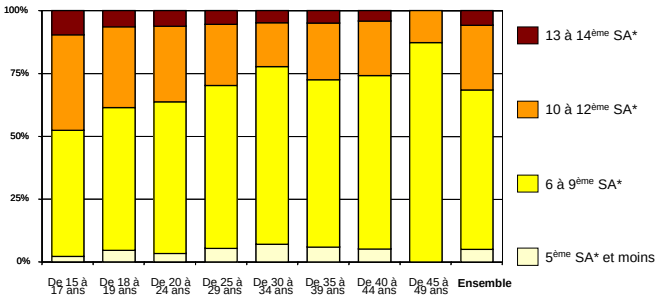
Les femmes de 20 à 24 ans ont le plus recours à l 'IVG.
Le taux de recours à l'IVG augmente en fonction de l'âge jusqu'à 24 ans. Il s'agit de la période de forte fécondité pour la femme.
Les taux de recours en Bourgogne sont inférieurs à la moyenne en France, globalement et entre 18 et 39 ans.

Estimation des taux d'IVG en Bourgogne et en France
(nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans)

Âge de la femme	Bourgogne (taux estimés en 2004)	Bourgogne (taux estimés en 2006)	Evolution
De 15 à 17 ans	9 ‰	11 ‰	+ 2 point(s)
De 18 à 19 ans	19 ‰	19 ‰	+ 0 point(s)
De 20 à 24 ans	22 ‰	21 ‰	- 1 point(s)
De 25 à 29 ans	17 ‰	18 ‰	+ 1 point(s)
De 30 à 34 ans	14 ‰	13 ‰	- 1 point(s)
De 35 à 39 ans	10 ‰	12 ‰	+ 2 point(s)
De 40 à 44 ans	4 ‰	6 ‰	+ 2 point(s)
De 45 à 49 ans	0 ‰	0 ‰	+ 0 point(s)
Ensemble	**11 ‰**	**11 ‰**	**+ 0 point(s)**

Le recours à l'IVG en hausse chez les mineures et les femmes de plus de 35 ans.
Si on regarde à présent l'évolution de ces taux de recours par âge dans notre région, sur deux ans, en 2004 et en 2006, on voit que le recours aux IVG des mineures paraît augmenter. Il en va de même pour les femmes de 35 à 44 ans.
A noter que les ¾ des IVG concernent les femmes de 20 à 22 ans.

Stade de la grossesse auquel est pratiqué l'IVG
en Bourgogne selon l'âge de la femme



La précocité de l'intervention est liée à l'âge de la patiente.
Si on examine la précocité de l'intervention par rapport à l'âge, on voit que les femmes jeunes, généralement, ont recours à l'IVG plus tard dans la grossesse que les autres femmes. Pour quelles raisons ? Certaines femmes, les plus jeunes surtout, mettent du temps à s'apercevoir qu'elles sont enceintes, puis certaines mettent du temps à trouver les bons moyens de se renseigner.
Sur ce graphique figure la répartition par âge des IVG réalisées selon le stade de la grossesse ; Plus la couleur est foncée, plus l'IVG est tardive dans la grossesse.
Plus la femme est âgée, plus la proportion d'IVG pratiquées entre la 10 et 12ème semaine d'aménorrhée diminue : elle atteint 32% pour les femmes de 18 et 19 ans contre 24% pour les 25-29 ans, 22% pour les 35-44 ans et 13% au-delà.

Nombre d'IVG antérieures des femmes
ayant recours à l'IVG en Bourgogne

	2005*	2007**
Aucune IVG antérieure	74 %	76 %
1 IVG antérieure	20 %	19 %
2 IVG antérieures	4 %	4 %
3 IVG antérieures ou plus	1 %	1 %
Non précisé	1 %	0 %
Ensemble	**100 %**	**100 %**

Les ¾ des femmes déclarent n'avoir jamais eu recours auparavant à l'IVG. 20% en ont eu une précédemment, 4% deux et 1% trois ou davantage.

Nombre de naissances antérieures des femmes
ayant recours à l'IVG en Bourgogne

	2005*	2007**
Aucune naissance antérieure	44 %	44 %
1 naissance antérieure	21 %	19 %
2 naissances antérieures	20 %	21 %
3 naissances antérieures	9 %	10 %
4 naissances antérieures ou plus	5 %	6 %
Non précisé	1 %	0 %
Ensemble	**100 %**	**100 %**

Parmi les femmes ayant eu recours à l'IVG, 56% ont déjà eu auparavant au moins un enfant, 16% en ayant eu trois ou plus.

Activité professionnelle des femmes ayant recours à l'IVG en Bourgogne

	2005*	2007**	
	Répartition	Répartition	Age moyen
Occupe un emploi	49 %	52 %	30 ans
Actuellement au chômage	13 %	9 %	26 ans
Femme au foyer	16 %	16 %	30 ans
Étudiante ou élève	17 %	18 %	19 ans
Autre	4 %	3 %	26 ans
Non précisée	2 %	1 %	29 ans
Ensemble	**100 %**	**100 %**	**28 ans**

S'agissant de l'activité professionnelle, 52% des femmes ont un emploi, 18% sont en études, 9% sont au chômage et 16% n'exercent pas de profession entre 2005 et 2007.

Lieu de réalisation des IVG bourguignonnes en fonction du département de domicile de la patiente

	Département de l'IVG				
Lieu de domicile de la femme	*Côte d'Or*	*Nièvre*	*Saône-et-Loire*	*Yonne*	**Ensemble**
Même département*	90 %	87 %	77 %	89 %	**85 %**
Autre département bourguignon	6 %	2 %	3 %	2 %	**4 %**
Île-de-France	1 %	0 %	0 %	2 %	**1 %**
Rhône-Alpes	1 %	0 %	19 %	0 %	**6 %**
Cher	0 %	6 %	0 %	0 %	**1 %**
Autre département	3 %	3 %	0 %	4 %	**2 %**
Non précisé	0 %	0 %	1 %	2 %	**1 %**
Ensemble	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**

85% des IVG sont réalisées dans le département de domicile de la femme.
En Saône-et-Loire, 19% des IVG pratiquées concernent des femmes habitant en Rhône-Aples. Au Centre Hospitalier de Mâcon, 47% des femmes venues pour une IVG viennent de Rhône-Alpes.

Comparatifs de diverses statistiques selon le département

	Département de l'IVG				
	Côte d'Or	*Nièvre*	*Saône-et-Loire*	*Yonne*	**Ensemble**
Âge de la patiente					
Âge moyen de la patiente	27,0 ans	27,5 ans	28,3 ans	27,7 ans	**27,7 ans**
Activité professionnelle de la patiente					
% occupant un emploi	51 %	47 %	56 %	50 %	**52 %**
% actuellement au chômage	8 %	14 %	8 %	11 %	**9 %**
Taux de chômage	*14 %*	*23 %*	*12 %*	*18 %*	***15 %***
% de femmes au foyer	13 %	20 %	16 %	17 %	**16 %**
% d'étudiante ou d'élève	25 %	15 %	14 %	17 %	**18 %**
Nombre d'IVG antérieures de la patiente					
% n'ayant aucune IVG antérieure	76 %	75 %	80 %	71 %	**76 %**
% ayant 1 IVG antérieure	19 %	20 %	15 %	22 %	**19 %**
% ayant 2 IVG antérieures ou plus	4 %	5 %	5 %	7 %	**5 %**
Nombre d'enfants					
% n'ayant aucun enfant	50 %	40 %	43 %	41 %	**45 %**
% ayant 1 enfant	20 %	23 %	17 %	20 %	**19 %**
% ayant 2 enfants ou plus	30 %	37 %	40 %	40 %	**36 %**
Durée de gestation*					
Durée moyenne de gestation	9,3 SA	8,1 SA	8,0 SA	8,2 SA	**8,5 SA**
Proportion d'IVG "précoces"	1 %	7 %	4 %	12 %	**5 %**
Proportion d'IVG "tardives"	12 %	4 %	2 %	3 %	**6 %**
Technique employée					
% d'IVG médicamenteuses	23 %	44 %	43 %	36 %	**35 %**
% d'IVG chirurgicales avec anesthésie locale	26 %	3 %	23 %	0 %	**16 %**
% d'IVG chirurgicales avec anesthésie générale	50 %	53 %	32 %	63 %	**47 %**

Le profil des IVG peut être très différent d'un département à l'autre. La Côte d'Or se distingue par des femmes plutôt jeunes. Ce qui peut s'expliquer par la présence de la population d'étudiants. En effet, la proportion des étudiantes parmi les femmes recourant à l'IVG, est de 25%. Les femmes sont souvent sans enfant. Les IVG tardives représentent 10% des IVG de Côte-d'Or, ce qui est supérieur au niveau régional.
Pour la Saône-et-Loire, plus de patientes en emploi, le taux de chômage est plus faible. La technique est souvent médicamenteuse.
Et pour l'Yonne, les IVG sont bien plus souvent précoces. La méthode médicamenteuse n'est pas pour autant plus employée. C'est la chirurgie avec anesthésie locale ou anesthésie générale qui est la plus employée.

Comparatifs de diverses statistiques selon le statut de l'établissement

	Statut de l'établissement			Différence Pu/Pr significative ?
	Public	*Privé*	**Ensemble**	
Âge de la patiente				
Âge moyen de la patiente	27,7 ans	27,8 ans	**27,7 ans**	Oui
Activité professionnelle de la patiente				
% occupant un emploi	52 %	47 %	**52 %**	Non
% actuellement au chômage	9 %	13 %	**9 %**	Non
Taux de chômage	*15 %*	22 %	**15 %**	Oui
% de femmes au foyer	15 %	21 %	**16 %**	Oui
% d'étudiante ou d'élève	18 %	17 %	**18 %**	Non
Nombre d'IVG antérieures de la patiente				
% n'ayant aucune IVG antérieure	75 %	85 %	**76 %**	Oui
% ayant 1 IVG antérieure	19 %	13 %	**19 %**	Oui
% ayant 2 IVG antérieures ou plus	5 %	3 %	**5 %**	Non
Nombre d'enfants				
% n'ayant aucun enfant	44 %	48 %	**45 %**	Non
% ayant 1 enfant	19 %	19 %	**19 %**	Non
% ayant 2 enfants ou plus	37 %	33 %	**36 %**	Non
Durée de gestation				
Durée moyenne de gestation	8,5 SA	8,3 SA	**8,5 SA**	Non
Proportion d'IVG "précoces"	5 %	8 %	**5 %**	Non
Proportion d'IVG "tardives"	6 %	4 %	**6 %**	Non
Technique employée				
% d'IVG médicamenteuses	35 %	37 %	**35 %**	Non
% d'IVG chirurgicales avec anesthésie locale	17 %	9 %	**16 %**	Oui
% d'IVG chirurgicales avec anesthésie générale	47 %	52 %	**47 %**	Non

Pour conclure, voici quelques différences concernant les IVG en comparant le secteur public et le secteur privé.
Le privé accueille plus les femmes au foyer et plus de femmes au chômage.
Le stade moyen de la grossesse où l'IVG est pratiquée est globalement comparable dans le public et le privé.
Par contre, le secteur public utilise plus fréquemment la chirurgie avec anesthésie locale.

Je vous remercie de votre attention.

QUESTIONS/COMMENTAIRES

- Salle : Je voudrais m'adresser à M. TAQUE. Je suis très étonnée de la proportion d'interventions réalisées avec anesthésie générale au CHU. Nous, à Mâcon, on a environ 560 IVG par an, on en fait une dizaine par an sous anesthésie générale.
- Dr TAQUE : Il y a plusieurs explications possibles. La première est le taux important d'IVG tardives qu'a souligné M. BRION, puisque, comme vous le savez, en tant que centre régional, on accueille des femmes des quatre départements, les patientes à 12 semaines d'aménorrhée représentent une part importante. La deuxième chose, c'est que, à côté des recommandations de l'HAS (on sait bien qu'il y a un risque supplémentaire à pratiquer une anesthésie générale) il y a aussi la volonté de laisser le droit de choisir la méthode. Et que, bien souvent, lorsqu'elles ont déjà eu une interruption de grossesse sous anesthésie locale, qui ne s'est pas forcément tout à fait bien passée, les femmes sont demandeuses avec insistance d'avoir une anesthésie générale. Alors, depuis maintenant un an et demi, par manque d'anesthésiste dans le CHU et d'infirmière anesthésiste, on a réduit les plages d'anesthésie générale par contrainte ce qui augmente parfois les délais d'attente pour pouvoir bénéficier d'une anesthésie générale. Et, nous développons une anesthésie locale plus traditionnelle, mais par manque d'infirmière anesthésiste, nous avons du mal à la mettre en place. (Nous n'avons qu'un mi-temps d'infirmière destiné aux IVG). L'utilisation du KALINOX®, qui paraissait très intéressante dans une étude faite par l'une de nos internes en anesthésie, et que nous n'avons pas voulu mettre en place de manière opérationnelle à cause du manque de personnel anesthésiste en particulier…
- Salle : Vous utilisez des bouteilles toutes prêtes ?
- Dr TAQUE : Oui, on a des bouteilles toutes prêtes à disposition, dans la salle, en fonction de la situation. D'ailleurs, quand on voit les patientes à la consultation pré-IVG on explique cette possibilité pour être prêts si besoin et si l'on peut l'utiliser.
- Dr TAQUE : Vous avez un membre du personnel, quel qu'il soit, qui se charge de l'application du KALINOX® ?
- Salle : Oui
- Dr TAQUE : Ça, nous n'en disposons pas systématiquement. C'est vrai que vous devez vous en rendre compte certaine fois, le KALINOX® c'est tout ou rien. Quelques fois, elles sont très agitées sous KALINOX® et il est absolument indispensable d'avoir simultanément quelqu'un qui puisse servir d'opérateur et quelqu'un qui puisse s'occuper, à la tête de la patiente, de l'administration du KALINOX®.
- Mr Claude MELLUL : Tout le monde sait ce qu'est le KALINOX® ?
- Dr TAQUE : le KALINOX®, c'est un mélange de gaz et d'oxygène. C'est ce que l'on appelé à une époque le "gaz hilarant". C'est en fait un produit qui a un effet sédatif, antalgique et un effet amnésiant. C'est-à-dire que même si la douleur a été quelque peu ressentie, la mémoire de la douleur ne persiste pas au réveil. Un autre gros avantage de ce produit c'est sa réversibilité, un effet ON/OFF : une fois que l'on a administré le KALINOX®, en quelque instant, le volume distribué du produit s'en va très vite et la patiente retrouve immédiatement sa conscience. Et elle est accessible, durant cette période, à la perception de la voix et à la communication avec son entourage.
- Salle : On a remarqué que la Bourgogne était dans les régions avec les taux les plus faibles de France. Mais est-ce-que, en parallèle, on a une référence par rapport au taux de grossesse ? Par rapport au niveau français et y compris aussi dans cette optique parmi, les catégories socio-professionnels ? Est-ce qu'il y a plus de grossesse chez les femmes au chômage puisque le taux d'IVG paraît plus faible ? La Bourgogne a un taux d'IVG faible, alors est-ce que au contraire, on a un taux de grossesse élevé ?
- David BRION : On a un taux de fécondité moyen.
- Salle : Le taux d'IVG est plus important dans le Sud, est-ce lié à la pratique des professionnels ?
- David BRION : Je n'ai pas de réponse à cette question. Il semble que le taux d'IVG dans les régions n'aient aucune corrélation avec le taux de fécondité dans celles-ci.

Enquête : «Contexte de la sexualité en France»

Nathalie BELTZER

Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France

Chargée d'études à l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France, je suis ici en tant que coordinatrice de l'enquête «Contexte de la sexualité en France» (CSF). Alors je ne vais pas vous parler uniquement d'IVG mais plutôt de ce qui se passe en amont pour essayer de comprendre comment fonctionnent les comportements des jeunes qui conduisent à un échec de contraception et donc se dirigent vers une IVG.

D'abord, cette enquête a été réalisée au niveau national, avec 13 personnes :
Nathalie Bajos (Inserm) et Michel Bozon (Ined), *responsables*, Nathalie Beltzer (ORS- Ile de France), *coordinatrice,* Armelle Andro (Université Paris 1), Michèle Ferrand (CNRS et Ined), Véronique Goulet (InVS), Anne Laporte (Samu social), Henri Leridon (Inserm-Ined), Charlotte Le Van (Université de Caen), Sharman Levinson (Université d'Angers, Inserm), Agnès Prudhomme (Inserm), Laurent Toulemon (Ined), Nicolas Razafindratsima (Ined), Josiane Warszawski (Inserm, Paris XI).

Dans cette présentation, je vais d'abord vous rapporter les objectifs, puis donner quelques résultats concernant les jeunes et vous dire un mot de conclusion.
Introduction sur l'enquête CSF.
Très rapidement, il s'agit de la troisième grande enquête sur la sexualité en France après l'enquête Simon qui a été réalisée en 1970 (2 625 personnes interrogées), 2 ans après le mouvement social de mai 1968 (débuts de la diffusion de la contraception). Ensuite, il y a eu l'enquête ACSF, réalisée en 1992 auprès de 20 055 personnes (au moment du pic de la mobilisation contre le sida). Puis, en 2006, l'enquête CSF auprès de 12 364 personnes ; elles ont été interrogées, sur les comportements préventifs, la diversification des trajectoires et des normes sexuelles.

Cette enquête sur la sexualité a adopté une perspective large, dans l'objectif d'enquêter sur la sexualité, c'est-à-dire sur des actes, des relations et des représentations, d'inscrire la sexualité dans son contexte social : les conditions de vie, les trajectoires personnelles, les rapports entre les femmes et les hommes avec un fil directeur : le lien entre sexualité et santé (le VIH et la protection contre le VIH, la contraception, les IVG, les dysfonctions, les violences sexuelles, et les infections sexuellement transmissibles).

Cette enquête a été réalisée, sur le plan de la méthode, à partir d'un échantillon aléatoire de numéros de téléphone, en sélectionnant au sein du ménage un individu âgé de 18 à 69 ans selon la méthode "anniversaire" avec une surreprésentation des adultes de moins de 40 ans (18-24/25-39/40-69 ans).

L'enquête s'est déroulée de septembre 2005 à mars 2006. Au total, 12 364 personnes ont été interrogées (6 824 femmes et 5 540 hommes). Le taux d'acceptation de 75% est particulièrement bon.

Le questionnaire, d'une durée moyenne de 49 minutes, permettait de collecter les données suivantes :
- Caractéristiques socio-démographiques
- Santé et condition de vie
- Normes et représentations sociales
- Enfance et socialisation
- Biographie sexuelle (du premier rapport à la première mise en couple) et dernier rapport
- Activité sexuelle vie, 12 mois
- Santé sexuelle, prévention, sida, risque et toxicomanie, infections sexuellement transmissibles (IST)

Répartition par âge et sexe

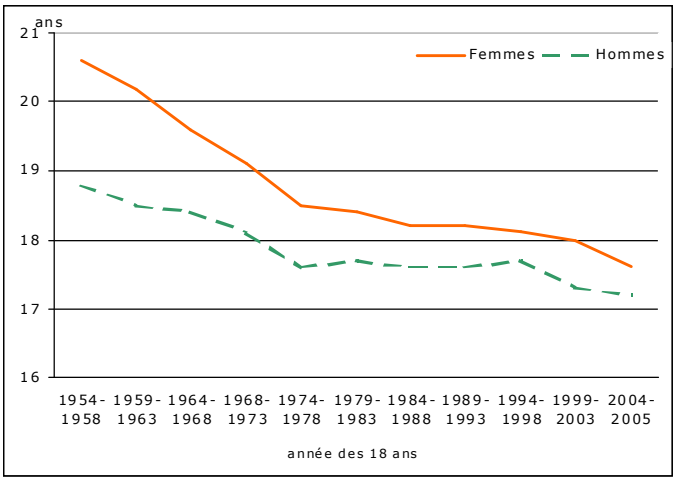
	Femmes		Hommes	
	% pondérés	Effectifs bruts	% pondérés	Effectifs bruts
18-19	3,1	235	3,2	224
20-24	9,9	750	10,5	663
25-29	9,1	864	9,4	665
30-34	10,5	1141	10,9	975
35-39	11,4	1346	11,4	1126
40-44	10,5	462	10,5	392
45-49	10,7	404	10,5	352
50-54	10,6	445	10,4	337
55-59	9,9	439	9,5	304
60-64	6,9	356	7,3	284
65-69	7,4	382	6,4	218
Ensemble	100	6824	100	5540

La répartition par âge figure dans le tableau 1. Les éléments que je vais présenter vont porter sur des personnes âgées de 18-24 et 25-34 ans (de 18-34 ans lorsque j'ai besoin de suffisamment de personnes pour avoir une réponse stable).
Au total, 2 990 femmes âgées de 18 à 34 ans et de 2 527 hommes âgées de 18 à 34 ans ont été interrogés dans cette enquête.
Les premiers rapports sont un miroir grossissant du fonctionnement de la sexualité. C'est ce que je vais vous présenter maintenant. Ma présentation sera centrée essentiellement sur les jeunes et sur les différences femmes/hommes.
J'illustrerai sur la période du premier rapport à la première relation. Cela permet d'observer les conditions et le contexte de la socialisation sexuelle et de profondes mutations au fil des générations et des périodes. A ce moment-là, se constitue une interaction de genre typique avec une asymétrie persistante des échanges entre partenaires. Même cette période témoigne des évolutions du contexte de la santé publique.
Malgré un rapprochement de certains indicateurs, le premier rapport est un événement vécu différemment par les femmes et les hommes. Les femmes sont plus fréquemment en situation de responsabilité par rapport à une méthode de contraception.

C'est intéressant de voir qu'aujourd'hui les jeunes femmes comme les hommes, se sentent particulièrement bien informés sur les moyens d'éviter d'avoir un enfant lors du premier rapport sexuel. Selon l'enquête, 85% des femmes de 18-24 ans et 78% des hommes s'estiment bien informés ; alors que dans la génération 60-69 ans, 80% des femmes et 77% des hommes s'estimaient mal informés au moment du premier rapport sexuel.
En terme de sources d'informations, on voit aujourd'hui une multiplication des sources d'information sur la contraception. Parmi les 18-34 ans, les femmes citent 4,3 sources, les hommes 3,6 alors que parmi les 60-69 ans, les femmes citent 1, 9 sources et les hommes 2.
Aujourd'hui, pour les femmes, les sources d'informations citées sont essentiellement l'école, la télévision et la mère. Avec les très jeunes, on note l'importance du médecin. Les garçons, eux, ont comme sources d'information principales : l'école, la télévision, et les copains. A comparer avec les générations précédentes, qui avaient surtout l'influence des pères.

1- Premier rapport sexuel, première relation

Évolution de l'âge au premier rapport sexuel (PRS)



Sur l'évolution de l'âge du premier rapport sexuel, l'enquête permet de couvrir une cinquantaine de générations. Des personnes nées en 1936 jusqu'en 1988. Et vous voyez ici, sur ce graphique, l'évolution de l'âge du premier rapport en fonction de l'année des 18 ans. On constate que l'âge médian chez les hommes a diminué. L'âge médian était environ de 18,8 ans pour les générations les plus anciennes. Cet âge a chuté à 17,2 ans chez les plus jeunes hommes. Chez les femmes, l'âge médian a chuté de presque

3 ans : il était de 20,6 ans pour les générations les plus anciennes et se retrouve aujourd'hui à 17,6 ans. C'est chez les femmes qu'on aperçoit les plus grands changements. Finalement, c'est chez les femmes que la diminution de l'âge au premier rapport est la plus spectaculaire. On avait presque 2 ans (entre hommes et femmes) qui séparaient la date du premier rapport aux générations plus anciennes, par rapport à 4 mois aujourd'hui.

Les expériences continuent à être vécues différemment par les femmes et les hommes. Une majorité des femmes et des hommes de 18-24 ans déclarent qu'ils souhaitaient que ce premier rapport ait lieu au moment où il a eu lieu. Ce qui était déjà le cas pour les personnes de 60-69 ans. On constate aujourd'hui que les femmes sont deux fois plus nombreuses à dire qu'elles auraient souhaité que ce premier rapport ait eu lieu plus tard (16% versus 7%). Par ailleurs, la majorité des femmes connaissent leur première expérience avec un partenaire expérimenté. Chez les femmes de 18-19 ans par exemple, 36% ont eu leur premier rapport avec un homme vierge. Alors que c'est le cas de 56% des hommes. Et il est peut-être difficile pour une femme de négocier un préservatif avec un partenaire qu'elle considère comme expérimenté. La situation où les deux partenaires sont inexpérimentés est plus souvent vécue par un homme que par une femme. De plus, les hommes cachent souvent aux femmes qu'il s'agit de leur première expérience.
Les femmes ont une vision différente de la sexualité. C'est encore et toujours une sexualité conjugale.
L'entrée dans la sexualité aujourd'hui se fait principalement à l'âge des études. Ce n'était pas le cas des générations précédentes. Mais il reste une importante minorité de femmes qui commencent leur vie sexuelle avec un partenaire qui est déjà sorti du système scolaire.
Par rapport à l'évolution du cadre de la rencontre, les générations anciennes déclaraient avoir rencontré leur partenaire dans les bals, les lieux publics et dans le voisinage. Aujourd'hui, les rencontres de ce premier partenaire se font davantage dans les lieux d'études, des fêtes entre amis, et sur les lieux de vacances.
Parmi les générations récentes, pour les 18-19 ans, 31% des femmes et 49% des hommes ont rencontré leur partenaire dans le cadre des études.
L'endroit où a eu lieu le premier rapport sexuel a aussi beaucoup changé entre les générations. Pour les générations anciennes, c'était lié à la clandestinité ou la formation du couple : plein air et lieux liés à la formation du couple (domicile conjugal, ...). Pour les plus jeunes, ce premier rapport se déroule facilement dans des lieux privés, plus souvent dans le domicile des parents.

La première relation

Le temps de fréquentation entre le moment de la rencontre de ce premier partenaire et le premier rapport est relativement élevé. Il est d'environ 6 mois pour les femmes et de 5 mois pour les hommes.
Les rapports sexuels qui suivent immédiatement la rencontre sont plutôt rares. Ils ne concernent que 3% et 7% des hommes. La relation avec la première partenaire n'est plus du tout vécue comme une date importante. Dans les anciennes générations, on voit que pour les 2/3 des femmes, le premier partenaire avait très souvent été considéré comme le futur conjoint. Ce qui n'était le cas que pour 1/3 des hommes.
Au fil des générations, il y a un rapprochement entre les femmes et les hommes. Mais, il reste une forte différence. Car si on s'intéresse à la génération des 20-24 ans, la majorité des jeunes considère que le premier partenaire sexuel est un amoureux. Les femmes ont toujours beaucoup plus de mal que les hommes à le considérer comme un partenaire occasionnel. Par rapport à la sexualité, les femmes ont remplacé le cadre conjugal par le cadre familier. C'est le cas aussi pour les hommes. Mais eux, continuent à citer ce premier rapport sous le signe d'un engagement plus occasionnel.

Crainte d'une grossesse au moment du PRS

	18-19 ans	20-24	25-34	35-39	40-49	50-59	60-69	Total
Chez les femmes (effectifs)	157	561	1660	1125	727	740	625	5595
Tout à fait	20,5	22	26,1	24,8	30,6	43	49,5	33,3
plutôt	24,9	21,4	14,1	13,2	13,7	16,9	13,5	15,3
pas vraiment	24	23,8	20,5	18,4	17,9	13,8	13	17,6
pas du tout	30,6	32,7	39,3	43,6	37,7	26,3	24	33,7
Chez les hommes (effectifs)	157	487	1329	915	608	532	417	4445
Tout à fait	16,5	16,9	18,6	20,9	23,6	32,3	37,2	25,1
plutôt	21,5	16	11,2	11,9	14,2	15,3	17,3	14,3
pas vraiment	23,2	26,2	27	23,9	26,4	19,2	15,1	23,1
pas du tout	38,9	40,9	43,2	43,4	35,8	33,2	30,4	37,5

Champs : Femmes et hommes ayant eu un premier rapport avec une personne de sexe opposé

2- Contraception et prévention

Je vais vous présenter la comparaison sur la prévention au moment du premier rapport sexuel, mais aussi au début d'une relation, dans le cadre d'une rupture conjugale et dans le cadre du dernier rapport sexuel.
Tout d'abord, quelques mots sur les craintes d'une grossesse au moment du premier rapport, les différences d'expériences masculine et féminine, en termes d'accès au premier rapport. Les femmes et hommes affichent des conceptions différentes des risques contraceptifs et préventifs. La diffusion de la contraception moderne, lors du premier rapport sexuel, évolue au fil des générations.
Aujourd'hui, elles sont moins d'une femme sur deux de 18-19 ans à craindre une grossesse au moment du premier rapport alors qu'elles étaient 2 sur 3 chez les femmes de 60-69 ans. On a donc bien une baisse du niveau de la crainte, des générations les plus anciennes à celles qui on débuté leur sexualité avec la pilule. Mais aujourd'hui, on a encore un nombre important de personnes qui continuent à être préoccupées par le risque au moment de l'entrée dans la sexualité (1/2 des femmes et 1/3 des hommes).
Cela est particulièrement marquant quand on regardera, tout à l'heure, le taux d'utilisation du préservatif au premier rapport.

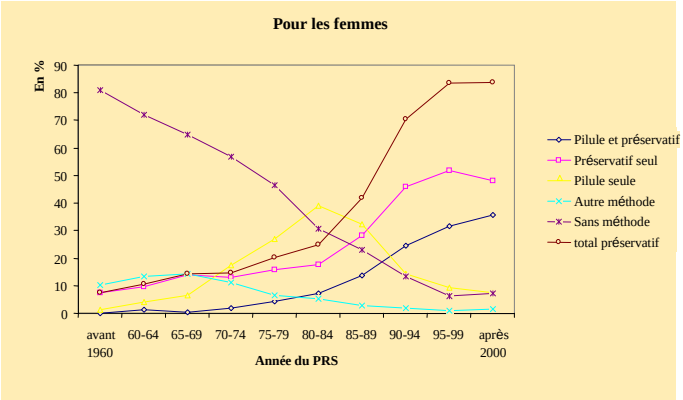
Avoir parlé de contraception ou/et des IST

	18-19 ans	20-24	25-34	35-39	40-49	50-59	60-69	Total
Chez les femmes (effectif)	158	561	1660	1125	728	741	629	5602
IST et contraception	44,1	37,1	32,5	18,4	10,3	3,5	2,3	16,3
contraception seulement	26,1	26,0	28,9	39,9	36,0	20,5	14,1	27,5
IST seulement	2,6	7,6	7	3,4	3,0	1,4	1,4	3,7
aucun des deux	27,1	29,2	31,6	38,3	50,7	74,6	82,2	52,6
Chez les hommes (effectif)	157	488	1330	916	609	532	419	4451
IST et contraception	29,0	28,3	22,3	12,3	5,4	3,1	1,0	11,4
contraception seulement	19,9	22,0	23,2	31,0	30,7	21,2	11,7	23,4
IST seulement	10,5	9,4	6,3	3,8	1,6	1,5	2,0	3,8
aucun des deux	40,6	40,3	48,3	52,9	62,2	74,2	85,4	61,4

Champs : Femmes et hommes ayant eu un premier rapport avec une personne de sexe opposé

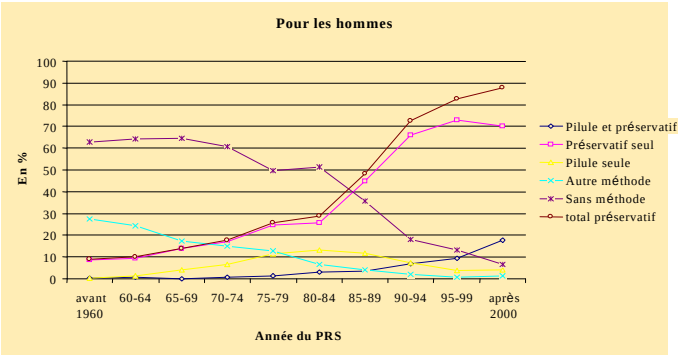
On avait aussi une question sur le fait d'avoir parlé de contraception ou/et des IST avant le premier rapport. On constate qu'auparavant, on ne parlait, ni de prévention, ni de contraception. Les IST restent encore un sujet de conversation très peu abordé avant le premier rapport. Il y a ici des différences qui s'installent entre les hommes et les femmes. Aujourd'hui, on se rend compte que 44% des femmes de 18-19 ans déclarent avoir parlé d'IST et de contraception avant le premier rapport, les hommes ne sont que 29% (à l'indiquer). Finalement, ce sont certainement les femmes qui doivent initier la conversation avant le premier rapport, car ce sont elles qui se souviennent en avoir parlé.

Utilisation du préservatif et de la pilule selon l'année du PRS



Abordons l'utilisation du préservatif et de la pilule selon l'année du premier rapport. On constate que la proportion des femmes, qui déclarent n'avoir utilisé aucune méthode de contraception au premier rapport, baisse. Ce qui était le cas de plus de 60% dans les années 70 et de 7% aujourd'hui. A partir des années 70, l'utilisation de la pilule augmente, ainsi que la pilule plus le préservatif. Cette progression est intervenue à l'arrivée du SIDA, à la fin des années 80, début des années 90. Puis, finalement, la pilule se retrouve remplacée par le préservatif. L'augmentation de l'utilisation du préservatif a débuté a priori avant le début des grandes campagnes.

Utilisation du préservatif et de la pilule selon l'année du PRS



On constate pour les hommes, une plus faible déclaration de l'utilisation de la pilule et du préservatif. Le moyen seul est plutôt le préservatif. Les femmes ne déclarent pas toujours à leur partenaire qu'elles utilisent la pilule. 10% des femmes de 18 à 24 ans déclarent ne pas avoir dit à leur partenaire qu'elles prenaient la pilule. Peut-être est-ce une stratégie de prévention ?

La double protection au PRS selon le diplôme – 18-34 ans

	Sans diplôme	Inférieur au Bac	Bac	Supérieur	Total
Pour les femmes	208	673	781	689	2351
Pilule et préservatif	23,4	34,6	30,4	26,3	30,1
Préservatif	41,5	45,2	49,4	54,4	48,2
Pilule	15,3	9,3	11,5	9,0	10,6
Autre méthode	0,9	1,1	1,6	2,1	1,4
Sans méthode	19,0	9,8	7,2	8,3	9,7
Seuil de signification			p<0,01		
Pour les hommes	279	683	567	430	1959
Pilule/préso	11,2	9,7	15,2	6,9	10,9
Préservatif	59,1	70,9	67,9	74,7	68,6
Pilule	4,9	3,5	4,8	8,0	4,8
Autre méthode	2,5	1,9	0,8	0,7	1,5
Sans méthode	22,3	14,0	11,4	9,8	14,2
Seuil de signification			p<0,01		

Cette double protection est fortement liée au niveau de diplôme. On s'aperçoit que la double protection "pilule et préservatif" est beaucoup moins utilisée chez les femmes (comme chez les hommes) sans diplôme. Ces femmes sans diplôme se caractérisent par une forte proportion de personnes qui déclarent n'avoir utilisé aucune méthode de contraception lors du premier rapport sexuel. Les femmes d'un niveau de diplôme supérieur se caractérisent par une plus faible utilisation de la pilule et du préservatif ensemble, mais, elles utilisent davantage le préservatif uniquement. On voit donc que l'utilisation du préservatif est lié au niveau de diplôme.

Les jeunes, lors du premier rapport sexuel, se réapproprient la spécificité préventive du préservatif. Dans une perspective plus globale de santé sexuelle reproductive, on a, aujourd'hui, près de 90% des premiers rapports sexuels qui sont protégés par les préservatifs. Mais on constate que les personnes non diplômées restent en retrait de ce mouvement. Ces femmes sont d'ailleurs les plus nombreuses à déclarer avoir eu une IVG : 11% parmi celles qui sont sans diplôme.

On constate que les femmes déclarent avoir moins utilisé le préservatif quand le partenaire est considéré comme le futur conjoint. Quand le premier rapport sexuel a lieu après 20 ans ou plus, on a moins d'utilisation du préservatif que quand le premier rapport a eu lieu plus jeune. Les femmes, quand elles ont un premier rapport avec des hommes plus âgés, utilisent moins fréquemment le préservatif. On a ici une autre appréhension du couple, qui met finalement les femmes souvent en situation de vulnérabilité. Alors, qu'est ce qui se passe ? 90% des premiers rapports sont protégés avec des préservatifs. Mais il y a quand même des échecs de contraception, car les taux d'IVG sont importants et les taux d'IST en augmentation.

Motif d'arrêt de l'utilisation du préservatif après PRS

	Femmes de moins de 35 ans		Hommes de moins de 35 ans	
	Arrêt dans les trois mois	Arrêt après trois mois	Arrêt dans les trois mois	Arrêt après trois mois
Quand vous avez arrêté d'utiliser les préservatifs...(effectifs)	*280*	*510*	*198*	*286*
Vous preniez une contraception et aviez effectué un test de dépistage	40,4	50,9	36,4	39,6
Vous preniez une contraception	49,8	42,6	51,8	51,6
Vous aviez effectué un test de dépistage	4,6	3,7	2,7	2,9
Aucun des deux	5,2	2,8	9,1	5,9

On se pose la question de savoir ce qui se passe après le premier rapport. Et on constate qu'une forte proportion arrête d'utiliser le préservatif au cours des trois premiers mois de la relation. 40,4% des femmes qui ont déclaré avoir arrêté le préservatif dans les trois premiers mois ont fait un test de dépistage et prennent une contraception. Et à peu près 50% des femmes prennent seulement une contraception. On a encore 6% des femmes qui ne prennent aucune contraception après l'arrêt du préservatif. Ce qui est intéressant ici, c'est de voir qu'une proportion importante d'individus effectue un test de dépistage dans les trois mois après le premier le rapport. On se rend compte ici qu'il y a un problème de compréhension du test de dépistage, car on sait que ce test ne peut donner un résultat fiable qu'après trois mois, ce qui incite peut-être à revoir les campagnes de prévention, d'information sur le fonctionnement du test de dépistage.

Après une rupture amoureuse ou conjugale

	18-24 ans		25-34 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
A eu au moins un nouveau partenaire après la rupture				
oui	72,6	68,4	72,8	68,7
non	27,4	31,6	27,2	31,3
Utilisation du préservatif avec ce nouveau partenaire				
oui	82,4	89,1	78,3	79,5
non	17,6	10,9	21,7	20,5
Ce premier partenaire avait-il lui même un autre partenaire?				
oui/probable/ı	25	43,4	35,6	37,7
non	75	56,6	64,4	62,3
Utilisation du préservatif avec ce nouveau partenaire si ce partenaire a d'autres partenaires (oui ou probable) au moment de ce rapport				
oui	82	87,3	78,6	89,8
non	18	12,7	21,4	10,2

Après le premier rapport, dans le cadre d'une nouvelle relation, même si on n'a pas de données complètes dans l'enquête, on sait que le préservatif est encore très utilisé au moment du premier rapport avec un nouveau partenaire. Mais on constate qu'il est plus difficile d'utiliser un préservatif lors du début d'une nouvelle relation si le préservatif n'a jamais été utilisé lors de la première relation sexuelle.

12% des femmes de moins de 35 ans, qui n'ont pas utilisé de préservatif au premier rapport, l'ont toujours utilisé au début des nouvelles relations versus 28% parmi celles qui l'avaient utilisé avant.

Le préservatif est davantage un code d'entrée dans la sexualité qu'un code d'entrée dans une nouvelle relation. Après une rupture conjugale, par exemple, on constate que 92% des femmes et 89% des hommes de 18-24 ans qui ont eu une rupture conjugale et ont un nouveau partenaire, ont utilisé un préservatif avec ce nouveau partenaire. Mais ce que l'on constate souvent c'est que ce premier partenaire avait lui même d'autres partenaires au moment de ce rapport, et que 18% des femmes et 13% des hommes qui étaient engagés dans une autre relation n'utilisent pas de préservatif.

Non utilisation au cours des 12 mois
Femmes et hommes 18-34 ans

	Femmes hétéros		Hommes hétéros	
Un depuis + d'1 an	1744	73.4	1275	67.2
Un nouveau	224	15.5	220	20.1
Deux	205	19.8	170	14.1
trois ou plus	107	7.1	178	10.6
Total	2280	58.8	1843	47.8
	p=0.000		p=0.000	

Dans le cas où il y a un nouveau ou plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois, on a une proportion non négligeable des femmes et des hommes à ne pas utiliser un préservatif. Parmi les femmes qui déclarent avoir eu deux partenaires au cours de l'année, 20% d'entre elles n'ont pas utilisé le préservatif.
On constate qu'ici, même si l'on a une baisse de la non utilisation du préservatif en fonction du nombre du partenaires, on a encore et toujours une proportion de femmes et d'hommes qui n'utilisent pas de préservatif alors qu'ils devraient le faire.

Lors du dernier rapport sexuel

	Femmes 18-34 ans			
	Cohabitant	privilégié ou stable non cohabitant	nouvelle relation de moins de 3 mois	autres occasionnels
A utilisé une méthode de contraception				
Oui	72.2	92.3	95	92.1
Non	27.8	7.7	5	7.9
Quelle méthode (parmi celles et ceux qui ont utilisé une méthode de contraception)				
pilule et préservatif	3.3	18.1	39.9	31.2
préservatif	12.4	10.7	30.8	32.1
pilule	63.4	65.6	27.1	32.9
autre méthode	20.9	5.7	2.2	3.9
Dans quels buts les avez-vous utilisés? (parmi ceux qui ont utilisé un préservatif)				
IST	11.8	22.4	31.2	16.1
IST+ contraception	23	58.2	64.3	81.6
Contraception	65.2	19.4	4.5	2.3

Rapport avec une personne de l'autre sexe

Dans une situation cohabitante, les femmes et les hommes, de façon concordante, sont très nombreux à utiliser une méthode de contraception. Dans ce cas, le moyen contraceptif le plus utilisé est la pilule. Le préservatif est utilisé dans un objectif de contraception. Dans les autres cas, le recours à la contraception est plus important et le préservatif est beaucoup plus souvent utilisé. Et, c'est surtout l'aspect préventif du préservatif qui ressort. Avec un nouveau partenaire, dans une relation de moins de trois mois, ou avec un partenaire considéré comme occasionnel, 90% des personnes déclarent utiliser une méthode de contraception. Mais la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé par les femmes et le préservatif est utilisé à titre préventif plus que contraceptif.

3- IST et IVG

IST (hors mycose) au cours des 5 ans selon l'âge

	Femmes	Hommes
18-19	0.2	1.8
20-24	3	2.2
25-34	2.9	2.2
35-44	1.4	1.8
45-54	0.9	1.7
55-69	0.1	0.3

Dans l'enquête, 1,6% des femmes et des hommes rapportent un antécédent d'IST dans les cinq dernières années. Cette déclaration est plus fréquente chez les plus jeunes.

Prévalence de l'infection à Chlamydiae Trachomatis (%)

Age	Femmes	Hommes
18-24	3,6	2,4
25-29	2,6	2,6
30-34	0,6	1,1
35-44	0,4	0,5
Ensemble	1,5%	1,4%

Dans cette enquête, un dépistage systématique de l'infection à *Chlamydiae Trachomatis* a été effectué auprès de 4 957 hommes et femmes âgés entre 26 et 44 ans ayant eu au moins deux partenaires ou un nouveau partenaire au cours de l'année. Avec un échantillon témoin, on leur a proposé de faire un test à domicile pour avoir le taux de prévalence de façon générale de l'infection à *Chlamydiae Trachomatis*. On a trouvé un taux de prévalence particulièrement élevé chez les femmes : il est beaucoup plus important que le taux qu'elles déclaraient.

Recours à l'IVG dans les 5 ans selon l'âge

	Femmes	Hommes
18-19	5.1	3.6
20-24	5.8	7.3
25-34	8.9	8.1
35-44	4.1	5.3
45-54	1.9	1.9
55-69	0	0.6

Quelques données sur l'IVG. C'est du déclaratif : il ne s'agit absolument pas du taux d'IVG effectué et réalisé en France. Mais 5,1% des femmes de 18 à 19 ans déclaraient avoir eu recours à l'IVG dans les 5 dernières années, 5,8% des 20-24 ans.

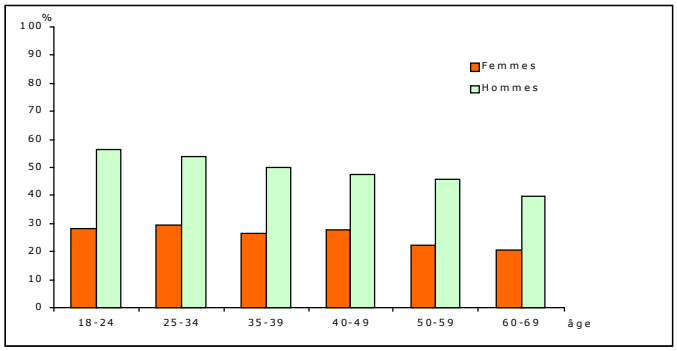
Recours à l'IVG dans les 5 ans selon le diplôme parmi les femmes et les hommes de 18-34 ans

	Femmes	Hommes
Ss diplôme+CEP+CAP	10.6	7.3
Brevet BEP	10.9	5.3
Bac tech	5.1	9.2
Bac Général	9.7	5.5
Bac + 2	4.7	11.3
dipl sup	5	6.6

Il est intéressant de voir que ce taux dépend du niveau de diplôme. 11% des femmes de 18-34 ans sans diplôme déclarent avoir eu recours à une IVG dans les cinq ans. Elles sont ainsi deux fois plus nombreuses que celles qui ont un diplôme supérieur. On a un problème socio-culturel, de capital social.

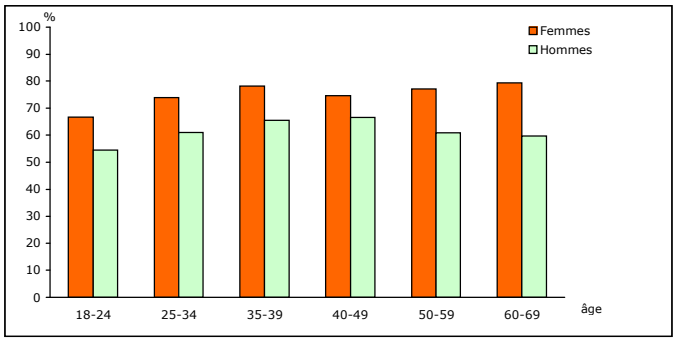
4- Représentations de la sexualité

Divergences dans les représentations de la sexualité au féminin
« On peut avoir des rapports sexuels avec quelqu'un sans l'aimer » (% d'accord)



Voici un exemple de divergence entre les hommes et les femmes sur la sexualité, à propos de la question "on peut avoir des rapports sexuels avec quelqu'un sans l'aimer ?". On a chez les hommes et chez les femmes encore deux appréhensions différentes de la sexualité. Les femmes sont toujours, quelle que soit la génération, beaucoup moins nombreuses que les hommes à déclarer "on peut avoir des rapports sexuels avec quelqu'un sans l'aimer". L'écart est plus important chez les jeunes, entre les hommes et les femmes, qu'il ne l'est dans la génération des 60-69 ans.

Divergences dans les représentations de la sexualité au féminin et au masculin (2)
« Par nature les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes » (% d'accord)



Sur la conception de la sexualité : "par nature, les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes". On a été très surpris, dans l'enquête, de voir que plus de 70% des femmes de 18-24 ans et 55% des hommes sont d'accord pour le dire. C'est quand même une conception de la sexualité qui va expliquer beaucoup de choses, notamment chez les femmes, d'accepter que les hommes ont plus de besoins sexuels qu'elles. Elles se soumettent, entre guillemets, à l'homme.

Pour terminer, on a dans cette enquête une source d'informations importante sur la sexualité vécue et l'évolution des comportements au fil des générations.
On constate, à travers l'enquête, une divergence entre les genres dans la représentation de la sexualité. La sexualité féminine est associée à la sexualité conjugalo-relationnelle, alors que celle des hommes est perçue plus comme une sexualité personnelle. On se rend compte que quand les femmes ont une représentation égalitaire des positions des hommes et des femmes dans la société, mais qu'elles se retrouvent dans la pratique, dans des tâches inégalitaires, c'est une manière pour elles, de gérer les tensions qui existent dans la sexualité. En vue de la prévention, il faut tenir compte de ce qui se passe dans la sexualité mais aussi dans d'autres sphères.

Merci pour votre attention.

QUESTIONS/COMMENTAIRES

- Salle : Pourriez-vous reprendre votre conclusion ? Je n'ai pas bien compris ce que vous venez de dire.
- Mme BELTZER : La représentation de la sexualité chez les hommes et chez les femmes, en particulier chez les femmes, montre qu'il est difficile pour elles de gérer les tensions qui existent dans deux domaines. Par exemple, on s'aperçoit que dès lors que les femmes ont une représentation égalitaire dans d'autres domaines, pour le partage des tâches par exemple, mais qu'elles sont dans la pratique dans un partage inégalitaire, que ce soit pour s'occuper des enfants, pour travailler et pour faire toutes les tâches ménagères, la façon qu'elles ont de gérer les tensions entre leur représentation et la pratique est de dire que de toute façon, dans la sexualité, les hommes ont plus besoin de rapports sexuels que les femmes.
- Salle : En terme de prévention, à quelles actions faites vous référence ?
- Mme BELTZER : Quand on veut faire de la prévention, on peut aussi se rendre compte de ce qui se passe dans d'autres sphères de la sexualité. C'est à dire qu'il ne faut pas seulement agir sur la sexualité mais agir sur toutes les différences sociales.
- Salle : Je voudrais juste faire un petit commentaire sur le lieu où les jeunes ont des relations sexuelles aujourd'hui. La tolérance des adultes, effectivement, c'est quelque chose que je constate lors de mes entretiens, où les jeunes ont une ouverture de la maison pour avoir une relation sexuelle avec la tolérance des parents. Mais on se demande qu'est-ce que cela veut dire.
- Je voudrais rajouter, ce que j'ai pu constater, lorsque les jeunes ont eu cette première relation sexuelle autorisée à la maison, il y en a qui ont du mal à sortir de cette relation, parce que la famille a invité le petit copain ou la petite copine. On rend les choses difficiles par la suite. Il faut qu'on réfléchisse à nos enfants. Quel espace de liberté doit-on leur donner ? J'ouvre grand la question…

Les dispositions de la loi à propos de la prise en charge de la contraception et des IVG chez les mineurs

Dr Robert TAQUE et Dr Catherine TISSERAND
CHU Dijon et PMI Côte d'Or

Depuis 40 ans, le législateur a encadré par des textes de loi la contraception dite moderne, l'IVG, mais aussi la publicité et la diffusion des préservatifs.
Avant d'aborder ce qui a été modifié au début du XXIème siècle, essentiellement la loi du 4 juillet 2001, en matière de contraception, je vous propose de faire le point sur ce que ces premiers textes ont rendu possible, et ce à travers le comportement des mineures lors de l'entrée dans la sexualité.

La situation des adolescentes
D'après les études, l'âge moyen du premier rapport sexuel se situe aux alentour de 17 ans pour les garçons et les filles. Ce chiffre paraît stable depuis trois décennies. Pourtant si on analyse les données plus finement, on constate qu'il n'existe plus de différence entre les filles et les garçons alors que l'écart était d'une année. D'une certaine façon, l'égalité est établie, au moins dans ce domaine.
En parallèle, l'âge moyen de la première maternité est de plus de 29 ans d'après les derniers chiffres publiés. Erreur de ma part : il s'agit de la première grossesse menée à terme.
Il s'écoule en moyenne 12 ans entre le premier rapport sexuel et la première naissance.

Utilisent-elles un moyen de contraception lors de la première relation sexuelle ? Oui, puisque seulement 16 % des femmes en 1993 n'en utilisent pas contre 51 % en 1970, c'est-à-dire au moment des lois Neurwirth, Veil.
Lequel ?
En 2005, 86 % des jeunes déclarent avoir utilisé une contraception mécanique contre 15 % en 1988, c'est à dire il y a 20 ans.
En moins d'une génération, l'utilisation du préservatif a gagné 70 points ce qui est considérable.
Par contre, ce moyen de contraception est bien vite oublié au profit de la contraception orale.
Ce relais entre le préservatif et une autre méthode est une période à haut risque, pour Nathalie Bajos, source de grossesses non désirées.
J'ai quelques situations cliniques de jeunes patientes venant pour une prescription de pilule et déjà enceinte.
Cependant, si on reprend l'évolution du nombre de grossesses chez les moins de 18 ans au cours des 30 dernières années, on constate que ce chiffre a diminué de moitié.
On passe de 10 000 mères adolescentes en 1980 à 5 000 environ en 2001, dont 880 jeunes filles de moins de 16 ans.
En 2001, le nombre d'IVG chez les mineures était de 10 153, soit deux fois plus que de grossesses menées à terme.
Donc moins de grossesses mais quand elle survient, elles ont plus recours à l'IVG.
L'âge critique est 17 ans, il correspond à la moitié des grossesses et des avortements.
L'adolescence est caractérisée par une plus grande prise de risque chez les jeunes, et c'est vrai qu'ils ont plus tendance à oublier toute contraception. Néanmoins, il est vrai que le taux de fécondité est élevé, et que l'usage du préservatif peut paraître compliqué, voire aléatoire, lorsque l'on n'est pas très à l'aise dans une situation nouvelle et inconnue, sous le coup de l'émotion, alors l'engagement charnel peut prendre le pas sur la raison. Le préservatif craque plus souvent, le taux d'échec est plus élevé chez les jeunes. La première relation sexuelle peut suffire à démarrer une grossesse.
Le bilan des trois premières décennies de contraception est plutôt optimiste je trouve : les jeunes se protègent mieux, on note une diminution du nombre de grossesses menées à terme. Pour les professionnels qui, comme moi, sont plongés dans ce domaine depuis bientôt deux décennies, je crois qu'il faut quand même le dire.

Toutefois, les chiffres des IVG restent stables dans l'ensemble. Malgré cette évolution favorable, des jeunes se retrouvent confrontées à des situations préoccupantes et les lois devaient être adaptées.

Au début du XXIème siècle le législateur a modifié de nouveau les textes.
Pour la première fois en 2001, information, contraception et IVG font l'objet d'un même texte de loi, exprimant ainsi la volonté du législateur d'agir sur le nombre de grossesses non désirées.
Je vais vous présenter ces dispositions, en tant que professionnelle de la santé, bref comme une adulte.

L'accès à l'information
Pour obtenir une information sur la contraception, les jeunes peuvent s'adresser à n'importe quel professionnel de la santé, médecin généraliste ou dermato, sage-femme, pharmacien, quel que soit le motif de la consultation : douleurs pendant les règles, acné…
Le médecin de famille est souvent le premier témoin de modification du corps au moment de la puberté.
Mais, traditionnellement en France, les consultations auprès d'un médecin sont plutôt à visée curative avec peu de prévention. Peut-être que la vaccination HPV va repositionner les médecins et leur permettre d'étendre leur propos vers la sexualité.
Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) bien sûr, réalisent des consultations médicales (médecin, sage-femme) mais surtout disposent des conseillères conjugales et familiales ayant reçu une formation spécifique.
Leurs missions sont confiées aux Conseils généraux depuis 1992.
Les CPEF sont au nombre de 1 196, répartis sur l'ensemble du territoire français. La loi précise seulement un nombre de séances minimum : 16 demi-journées pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans.
Certains départements n'offrent qu'un seul CPEF, le maximum est de 112 ou 116. D'où une inégalité d'accès à l'information en fonction du lieu d'habitation.
Ils sont cependant bien identifiés, les ado vont au "planning"….
Il existe également des lieux d'information non médicalisés que sont les Établissements d'Informations et Conseil Conjugal et Familial (EICCF), au nombre de 353 en France. Il s'agit le plus souvent d'associations EPE, MFPF, le CLER, couples et familles.
Ils sont financés par les DDASS au vu de leur activité, et donc de subventions : un statut parfois précaire et une incertitude chaque année.

Les informations même lorsqu'ils ne demandent rien.
La loi du 4 juillet 2001 repositionne clairement la nécessité d'une information dans les collèges et les lycées, et définit un projet ambitieux de 3 séances annuelles et par groupe d'âge homogène. Elle en précise ainsi le cadre général.
Une circulaire de l'Éducation Nationale est sortie en février 2003 (débordant largement les médecins et infirmières de santé scolaire).
De même, toujours dans la loi du 4 juillet 2001 pour les établissements accueillant des personnes handicapées, les mots éducation à la sexualité et à la contraception sont inscrits, modifiant nos interventions sur le versant de la vie affective. Là aussi d'autres textes sur les personnes handicapées et leur intégration dans la société ont paru, avec une définition du handicap.
Donc normalement un mineur doit pouvoir bénéficier, le long de son parcours scolaire, d'informations sur le thème « éducation à la sexualité et vie affective ».

L'accès à la contraception
Il convient de distinguer les contraceptifs d'accès direct et les contraceptifs sur prescriptions médicales.
On l'a vu, les jeunes utilisent les préservatifs en première intention. Et il vrai, en 2008, qu'il semble simple de se les procurer : pharmacies, distributeurs, grandes surfaces… les bars paraît-il, …
Ils savent tous où en avoir, et le coût (5 préservatifs pour 7 euros). Ils connaissent également les parfums…. (1 euro les 3 au distributeur du lycée).
Puis, en deuxième intention, ils se dirigent vers un autre moyen de contraception qui, lui, est sur prescription médicale.
La loi du 4 juillet 2001 assouplit et renforce le rôle du médecin. Beaucoup n'avaient d'ailleurs pas attendu la modification de la loi.

La prescription et la délivrance d'une contraception ne sont plus soumises à une autorisation parentale. Le mineur peut consulter le médecin de son choix et se rendre avec l'ordonnance en pharmacie.
La prise en charge est celle de tout acte médical, c'est l'assurance maladie, ou non, ce qui complique souvent l'accès à la contraception et en fait la limite, surtout pour les contraceptifs non remboursés.
Alors, bien-sûr on retrouve les CPEF, où un accueil spécifique est organisé pour les jeunes et les personnes ne bénéficiant pas de l'assurance maladie.
La consultation est gratuite et le moyen contraceptif peut être délivré gratuitement à la jeune fille. Les examens médicaux utiles à la surveillance d'une contraception classique sont à la charge des départements et non plus de l'assurance maladie.
Toutefois on observe une grande disparité dans les pratiques. Les budgets sont soumis à la volonté politique des départements. On observe dans la région des pilules de 3ème génération et les prescriptions de 2ème génération.
Les jeunes se rendent facilement dans les CPEF, si elles ont bénéficié d'une information en établissement scolaire, les premières craintes sont souvent levées. Elles connaissent certains visages, elles téléphonent plus facilement ou viennent à plusieurs.
Mais, on l'a vu la répartition des centres, est inégale sur le territoire français. Il est parfois compliqué pour une jeune de se rendre chez le médecin sans sa mère, ou lorsque l'on va au collège ou au lycée avec le bus du Regroupement Pédagogique Intercommunal (RPI), et que l'on rentre chez soi le mercredi après-midi, 4 km c'est déjà loin.

Alors le législateur a rendu la contraception d'urgence accessible sans prescription médicale.
En France, pour qu'un contraceptif d'urgence soit en vente « libre » on peut penser qu'il a fait la preuve de son innocuité sur le plan médical.
Le pharmacien joue un rôle majeur, il doit en préalable réaliser un entretien avec la jeune fille (entretien de prévention d'évaluation des risques) et il doit donner les adresses des centres de planification les plus proches.
Du point de vue du législateur, il s'agissait d'accompagner les jeunes vers un moyen de contraception plus régulier. Les pharmaciens ont des pratiques très variables quant au discours d'accompagnement.
Un autre professionnel prévu dans les textes de loi est l'infirmier scolaire des établissements secondaires. Un protocole national existe à ce sujet.
Un accueil, un entretien, une orientation, un suivi, sont réalisés par ces professionnels de l'éducation nationale ou du ministère de l'agriculture.
Les infirmiers viennent ainsi renforcer le réseau de proximité des professionnels susceptibles d'intervenir auprès des adolescentes, et, là aussi, prévenir les grossesses non désirées. Ce dispositif est largement utilisé par les jeunes : 12 000 plaquettes ont été délivrées en 2004.
Avant de conclure, j'ajouterai dans un autre registre que la ligature de trompes et des canaux déférents est interdite sur une personne mineure.
Et bien évidemment le rôle des professionnels que nous sommes dans la protection de l'enfance, les lois et les protocoles existant, à ce sujet dans les institutions où nous exerçons, et les révélations auxquelles nous pouvons être confronté... Mais ce n'est pas le sujet.

En conclusion :
Ces lois doivent permettre l'accès à la contraception et ainsi prévenir les grossesses non désirées.
Le monde change vite et ces lois pensées pour des ado de 17 ans (âge à risque) vont atteindre leur limite. L'âge de 17 ans que l'on nous annonce depuis longtemps nous semble, à nous en CPEF, plus bas. Les chiffres du début de l'année nous le prouvent, surtout les IVG.
L'information a 17 ans n'est pas la même qu'à 16 ans.
L'accès à une information juste n'est pas si simple.
Nous avons encore entendu, lundi, que la première relation sexuelle n'était pas féconde chez une jeune collégienne qui semblait par ailleurs bien au courant des «choses de la vie» et avait une bonne connaissance des quelques notions physiologiques nécessaires.
Le coût, paroles d'adolescent : "dans certaines pharmacies il vaut mieux payer les 8 euros que de répondre aux questions". Ils échappent ainsi au discours de prévention.
Là, elles sont d'accord pour payer, sinon il s'agit d'un frein.

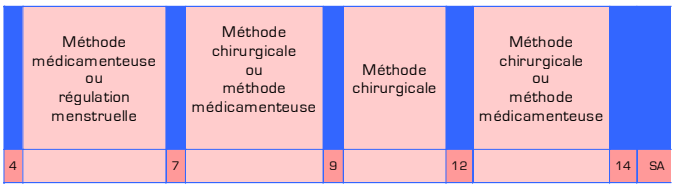
Une adolescente, a également, comme une adulte, les mêmes difficultés d'observance. De plus, elles prennent plus de comprimés qu'elles n'ont de relations sexuelles. Elles doivent faire avec, ou se détacher de leurs références familiales.
Le premier pas est difficile, en amour. Mais pour la contraception, je pense qu'il est fondamental que l'ensemble des professionnels concernés par ces questions se connaissent et constituent des circuits, des réseaux. On l'a vu, le maillage avant la première consultation auprès d'un médecin doit être soutenu.

QUESTIONS / COMMENTAIRES

- Salle : Sur la loi de 2001 qui s'applique à l'IVG, je voudrais savoir quand les décrets d'application ont-ils été promulgués ? On en parle mais les décrets d'application datent de 2004. La réalité de tout ce qui est dit ici part de 2004. Les changements vont être progressifs. Par exemple, pouvoir faire une IVG et avoir ses prescriptions gratuites, avant 2004, ce n'était pas possible. Il ne faut jamais oublier qu'il y a une loi mais que la législation et les politiques ont mis très longtemps avant de donner les décrets d'application.
- Mme TISSERAND : Tout ce qui est du domaine de l'interruption volontaire de grossesse, le Docteur TAQUE va nous en parler. La loi de 2001, sur la dimension "prescription d'une contraception orale", accès à l'information au niveau des jeunes, a facilité des choses qui étaient déjà dans les pratiques, dans les établissements scolaires. La loi a un côté englobant, le souci du législateur est d'avoir un processus de continuité. Les décrets de la contraception d'urgence sont parus en janvier 2002.
- Salle : Y'a t-il un recours par rapport aux pharmaciens qui refusent de donner la pilule du lendemain aux mineures ? Car nous avons eu plusieurs fois ce cas où ils la font payer aux mineures.
- Salle : A Nevers, une étude auprès du Conseil de l'ordre des pharmaciens sur cette difficulté des pharmaciens à délivrer la contraception d'urgence a été réalisée. C'est vrai que les jeunes n'osent pas toujours dire que le pharmacien lui a refusé la pilule et n'osent pas rentrer dans une autre pharmacie lorsqu'on leur a refusé. Mais à Paris, dans un colloque sur la contraception, il y avait des pharmaciens, et apparemment il n'a a aucun recours si ce n'est porter plainte. C'est trop douloureux, elles ne porteront pas plainte contre un pharmacien qui n'aura pas voulu donner la pilule du lendemain.
- Mme TISSERAND : C'est vrai qu'on a en mémoire des jeunes qui ne sont pas allés chercher la contraception d'urgence ou qui n'osent pas y aller. On est dans une région très rurale et il est vrai qu'aller dans la pharmacie du village, c'est pas évident. Il faut souvent traverser la place. On se retrouve un peu dans la même problématique qu'il y a quelques années par rapport aux préservatifs et aux distributeurs. Pour les préservatifs, ça a beaucoup évolué. Prendre la contraception d'urgence, je pense que ça va évoluer aussi. Je le dis en intervention, en milieu scolaire à Dijon : pour l'avoir avant, vous entrez dans une pharmacie, vous dites que vous avez eu une relation sexuelle et vous demandez la contraception d'urgence.
- Salle : Je voudrais juste ajouter que par rapport aux 16 ans, souvent, elles sont encore au collège, et les autorisations de sorties c'est pas évident…
- Salle : Ce qu'on peut faire, c'est dénoncer au Conseil de l'ordre des pharmaciens.

En introduction, l'intervention du Dr TAQUE porte sur une enquête de 1998 avec un rappel sur quelques chiffres nationaux.
Les chiffres de l'enquête de 1998 montrent qu'il y a eu 220 000 IVG pour 730 000 naissances, 10 000 mineurs ont une grossesse non désirée, 7 000 font une IVG (12 % des IVG), 5 000 / an supérieur à 12 semaines d'aménorrhée (SA) , partent à l'étranger. Selon les années, 22 % à 25 % des femmes ont déjà eu une IVG.

Du point de vue du **cadre juridique**, la base reste les **lois de S. VEIL 17/11/1975** et de **M. PELLETIER 31/12/1979**. La refonte du **code de la santé publique (15/06/2000)** dans sa partie législative regroupe les textes sur la contraception, l'éducation à la sexualité, l'IVG. Pour les femmes étrangères, la cour européenne de justice a déclaré cette disposition contraire aux droits de l'homme.



Rappel des recommandations de l'ANAES en 2001. L'ANAES a élaboré à la demande de la DGS, les recommandations pour la prise en charge des IVG jusqu'à 14 SA.

La loi du 4 juillet 2001 reprend les propositions du rapport NISAND (février 1999), elle autorise l'IVG de 12 à 14 SA. L'autorisation parentale reste le principe, mais s'il est impossible de l'obtenir, alors la mineure doit obligatoirement choisir la présence d'un adulte. L'entretien avec les femmes majeures devient non obligatoire. Le RU peut être fait en ambulatoire (choix de la patiente). Les obligations du chef de service sont rappelées, la limitation du nombre d'IVG par établissement est supprimée, les sanctions pénales contre la propagande ou la publicité sont levées. Seul persiste l'article 223.10 qui condamne l'IVG sans consentement. Les incriminations passent du Code Pénal au Code de Santé Publique. Il y a un élargissement du délit d'entrave. Les autres dispositions de la loi 1975 et 1979 sont maintenues.

Le 3 mai 2002, 3 décrets ont été mis en place. Le premier donne la possibilité d'utiliser le RU en ville, le second impose aux établissements publics gynéco-obstétricaux ou chirurgicaux de pratiquer des IVG, les CPEF dans les établissements (convention), puis le dernier apporte les modalités de prise en charge anonyme et financière aux mineures qui veulent le secret.

Concernant les mineures, pour celles non émancipées, il faut le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal. La mineure fait sa demande hors présence de toute autre personne. Pour la mineure ou la majeure protégée, elle doit être entendue seule à la 1ère consultation (C1). Si elle désire garder le secret, le médecin ou la conseillère doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le (ou les) titulaire(s) de l'autorité parentale l'autorise(nt). Si l'obtention du consentement est impossible, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à sa demande, et elle doit se faire accompagner par une personne majeure de son choix. Après l'intervention, une 2ème consultation (C2), notamment pour l'information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.
Le majeur accompagnant n'a aucune responsabilité légale et n'a aucun papier à signer. On doit juste s'assurer qu'il est majeur. Il peut être présent à chaque étape (respect du secret médical) mais doit au moins être présent lors de la C1 et à la sortie de la mineure. Le circulaire d'application étend ce rôle au personnel socio-éducatif. Il n'y a pas de possibilité de recours pour les parents de la mineure. Toute personne impliquée doit respecter la confidentialité. La mineure peut s'opposer à ce que son dossier soit adressé aux détenteurs de l'autorité parentale sur leur demande, Elle-même ne peut y accéder avant sa majorité.

Avec le consentement parental, la prise en charge financière des mineures ne pose aucun problème, le circuit est habituel. Sans consentement parental, l'hôpital transmet un titre anonyme en "AZAZ AZAZ" sur présentation d'une demande AME (CPEF). Le service médical liquide le titre à l'hôpital. L'AME se met en place au niveau des grands comptes de l'État et la mineure ne reçoit aucun décompte.

Le RU en ville : les textes

La **loi 2001-588 04/07/2001** (Art. L2212-2 du Code de Santé Publique (CSP)) institue la possibilité de faire des IVG médicamenteuses hors établissement. Le décret n° 2002-796 03/05/2002 est abrogé et remplacé par le décret n° 2003-462 21/05/2003 qui introduit les dispositions dans le CSP (Art. R 2212-1 à R 2212-3). Le décret n° 2004-636 01/07/2004 et l'arrêté du 23/07/2004 fixent les tarifs des forfaits. La circulaire du 26/11/2004 apporte les modalités de réalisation et de prise en charge en ville.

Un forfait de 191,74 € est applicable et est remboursé à hauteur de 70 %. Les médicaments coûtent 91,74 € TTC. Le reste comprend les consultations du consentement, de la prise de mifépristone, de la prise de misoprostol et la consultation de contrôle. Ne sont pas inclus, la consultation préalable et les actes complémentaires (bio + écho).

Les modalités de prise en charge garantissent l'anonymat seulement pour les mineures. Cependant, pour toutes, principe de confidentialité, les codes actes et le décompte sont neutralisés. La facturation se fait le jour de la prise de la mifépristone, la feuille de soins est réalisée en format papier ou électronique : FHV 100 € et FMV 91,74 €. Le décompte assuré ne fait apparaître que la mention «forfait médical».

Pour les mineures, seules les feuilles papier avec NR spécifique 2 55 55 55 + Code Caisse + 030. Les forfaits + Cs préalable + actes connexes sont remboursés par la CPAM aux médecins pour le compte des autres régimes.

Pour conclure, le législateur affiche la volonté de maintenir et/ou de restaurer l'autorité parentale, mais accepte que l'IVG ait lieu si cela est impossible. Il y a une nécessité de l'information sur la réalité de la méthode médicamenteuse. En cas d'échec ou de complication, il y a un risque de compromettre la confidentialité. Certains problèmes ne sont pas résolus (vide juridique) « quand IVG : absentéisme scolaire ». Si la mineure sans autorisation parentale sort contre avis médical ou ne vient pas à la consultation de contrôle, cela pose problème. Des nouvelles missions pour le CPEF : la délivrance du RU (dans le cadre du projet de Mme Bachelot).

Pourquoi vivent-elles des IVG alors qu'il y a des moyens de contraception ?
Réflexion et pratique d'une gynécologue médicale libérale

Dr Marie-Annick ROUMÉAS

Médecin gynécologue médical dans la banlieue parisienne depuis plus de 30 ans, je reçois des femmes de milieux sociaux différents et des femmes immigrées d'origines variées. Ce que je vois dans mon cabinet médical ce sont des adolescentes, des jeunes filles de 14 à 20 ans qui ont des grossesses non désirées et décident d'interrompre ces grossesses. Contrairement à ce que beaucoup pensent, ce ne sont pas parce qu'elles sont irresponsables qu'elles vivent des IVG. Alors qu'est ce qui se passe, qu'est ce qui se joue dans les IVG ? Pourquoi une jeune fille tombe t-elle enceinte alors qu'elle ne désire pas d'enfant et que des moyens de contraception existent ?

Dans une première partie je vais parler d'histoires différentes qui aboutissent au même schéma : des jeunes filles ont des relations sexuelles, deviennent enceintes et décident de ne pas garder cette grossesse.
Comment éviter ces grossesses non désirées ? Dans une deuxième partie, à partir des réflexions que ces histoires m'ont appris, je vais me poser la question : en quoi le comportement de la gynécologue est-il important pour prévenir des conduites à risque dans le domaine de la contraception ?

I- Je vais distinguer <u>trois situations dans lesquelles survient une grossesse non désirée</u>

<u>Première situation : la jeune fille ne prend pas de contraception</u>. Plusieurs cas sont possibles.

Soit il y a un rapport non prévu (là je ne parle pas de rapports forcés), rapport occasionnel ou dans la passion amoureuse et la contraception n'a pas été envisagée. Ou alors l'amoureux a posé la question fatidique : *« Quoi, tu ne me fais pas confiance ? »*

Soit la jeune fille ne prend pas de contraception car en prendre une ce serait faire savoir qu'elle a une sexualité. Elle veut garder le secret de son intimité, ou alors sa famille réprouve la sexualité adolescente ou interdit toute sexualité hors mariage. Et je vois souvent en consultation des adolescentes qui n'ont pas un lieu à elles, inviolable. Elles savent que tout peut être mis à jour.

Soit la jeune fille pense qu'être enceinte cela ne peut pas lui arriver à elle :
- Elle se sent encore trop jeune pour pouvoir tomber enceinte.
- La pensée qu'un rapport puisse être fécondant ne lui vient pas à l'esprit,
- L'amoureux qu'elle aime ne peut lui vouloir aucun mal. Avec lui, elle se sent dans une bulle protectrice. Elle se sent à l'abri de tout et surtout de tous ces procédés techniques de prévention ou de ces paroles d'adultes qui n'ont rien à voir avec ce qu'elle vit : on ne lui a parlé que d'interdits ou de risques.

Soit la jeune fille ne prend pas de contraception, car elle n'aime pas son corps et ce qui peut lui arriver, elle ne s'en soucie pas.

Soit elle ne prend pas de contraception, car elle est en dehors de son corps dans la relation d'amour. En particulier en cas d'agression sexuelle passée, elle n'est pas dans ce corps qui a été agressé dans un autre temps. Ce qu'elle vit maintenant c'est une autre histoire, en dehors de son corps qui a été meurtri et elle ne peut penser à le protéger. Je me souviens de cette jeune patiente qui a fait deux IVG avant de pouvoir me parler des attouchements sexuels de son frère, pendant plusieurs années, ce que sa mère n'avait pas voulu savoir.

Deuxième situation : Elle prend une contraception, mais c'est difficile à un moment ou à un autre.

Cela lui est difficile de gérer la contraception au quotidien :
- Difficultés pour une adolescente de penser à la prise régulière de la pilule alors qu'elle n'a pas de rapports réguliers ;
- Difficultés de penser à la pilule quand des conflits ou d'autres préoccupations lui prennent la tête et le cœur.
- Cela lui est difficile de faire renouveler une ordonnance : difficultés de penser à prendre un rendez-vous des mois à l'avance ;
- Appréhension de se retrouver en face d'un praticien avec qui elle ne se sent pas à l'aise ;
- Problèmes d'argent rendant improbable l'achat d'une contraception chère.

Ou alors la jeune fille prend une contraception mais elle a oublié une ou des pilules et on ne lui a pas expliqué que faire en cas d'oubli, ou on a omis de lui parler de la pilule du lendemain et de la lui prescrire, ou elle ne se rappelle plus qu'on lui en a parlé et elle n'a pas osé téléphoner au praticien.
Ou encore la jeune fille prend une contraception mais à avec réticence, elle a peur des conséquences. Elle ne se sent pas bien, compte changer de moyen contraceptif et en attendant arrête celui qu'elle utilise

Troisième situation : La jeune fille prend une contraception techniquement "sûre", qui a fait ses preuves, cependant il s'est passé quelque chose d'inexplicable, mais quelque chose d'humain, qui fait qu'elle est devenue enceinte alors qu'elle ne désire pas d'enfant.

Parfois les jeunes femmes parlant de leur avortement ne peuvent en dire qu'une seule chose : *« J'ai été enceinte ».* C'était leur crainte depuis longtemps d'être stériles et elles ont trouvé le moyen de se rassurer. Je me souviens de cette jeune fille à qui on avait dit lors d'un examen qu'elle était trop étroite et elle était persuadée que cela voulait dire qu'elle ne pourrait pas avoir d'enfant, de même celle à qui on avait signalé sans autres explications qu'elle avait un utérus rétroversé et qui se croyait stérile.

Le temps de l'avortement peut être celui où l'adolescente qui vit une relation violente avec son partenaire va réussir à se séparer de lui. La réalité de cette grossesse, la nécessité de prendre une décision quant à sa poursuite et l'amertume liée à l'IVG l'amènent à prendre conscience qu'elle ne peut demeurer dans une situation intolérable.

Devenir enceinte peut également permettre à une situation douloureuse ou confuse de « prendre corps », c'est-à-dire de se concrétiser, lorsque la jeune femme n'arrive pas à mettre des mots sur ce qu'elle vit. Il y a une prise de conscience. Une jeune femme ainsi ne pouvait pas quitter sa famille, ne se sentait pas femme. Sa mère la traitait toujours comme une petite fille. Le jour où elle est tombée enceinte, elle s'est rendue compte qu'elle était une femme, qu'elle avait un corps de femme et qu'elle pouvait vivre sa vie en dehors de sa mère. Elle a eu besoin d'en passer par là pour s'en rendre compte. Une autre jeune fille a parlé de son IVG à sa mère. Celle-ci lui a dit qu'elle avait eu aussi une IVG et que sa grand-mère également avait subi un avortement suite à un viol. Ce secret de famille n'avait pas pu être transmis autrement.

L'IVG peut être aussi le biais utilisé par des jeunes filles qui ont à se démarquer d'un passé. C'est l'histoire de celle qui avait des partenaires fréquents mais venait de rencontrer un homme qu'elle aimait. Elle est devenue enceinte de cet homme et a interrompu la grossesse. Et ensuite ils ont choisi de faire un enfant. Il ne s'agissait surtout pas de culpabiliser la jeune femme sur cette grossesse interrompue. Peut-être fallait-il qu'il y ait un marquage entre la vie d'avant et celle d'après ? Peut-être que cette gestation inachevée était indispensable pour que la femme sache sa capacité de faire du lien avec cet homme ?

Donc, les IVG ne sont pas simplement le résultat d'une erreur. Elles signifient quelque chose, mettent à jour une difficulté. Si on ne prend pas en compte cette complexité qui entoure les grossesses non désirées, on ne peut espérer faire diminuer les IVG.

II- Quelle attitude avoir ? Comment en tant que gynécologue, puis-je aider ces jeunes filles ?

D'abord, je dois vous dire que j'ai été amenée à sortir du rôle de technicienne se bornant à prescrire la contraception que je jugeais la meilleure pour la femme venant consulter. J'ai appris que ma responsabilité de médecin est de repérer s'il existe une contre-indication pour un mode de contraception, et non d'imposer un moyen de contraception.

Puis il m'a fallu aborder les conditions de vie et les difficultés financières et autres.
J'ai appris aussi qu'il me fallait m'impliquer, être présente. Je sais que les mots et les gestes de la gynécologue signifient quelque chose et conditionnent la relation qui peut s'établir avec la jeune fille. L'acceptation de la contraception et son observance dépendent pour une part de ce qui va se passer entre elle et moi. A ce propos, je peux dire que j'ai été obligée de travailler sur la différence de génération qui s'accentue avec les années : elles ont toujours de 14 à 20 ans et moi je vieillis. Souvent, la contraception n'est plus perçue comme un moyen de libération de la femme dans sa sexualité, mais plutôt comme une contrainte ou comme une source de conséquences néfastes. Il m'a fallu acquérir plus de souplesse dans ma relation à l'autre.

Réfléchissant sur l'attitude du gynécologue, je crois que si j'avais un seul mot pour caractériser l'attitude que je souhaite avoir, je dirais le respect. Le respect du corps de la jeune fille et le respect de sa parole, et j'ajoute que cela suppose de prendre son temps.

1- Le respect du corps de la jeune fille

Le respect c'est ne pas me précipiter pour faire l'examen gynécologique. Je choisis de me mettre d'abord sur le côté, près de la jeune fille, pour lui montrer que je suis présente. Je lui explique l'examen, lui fait toucher les instruments. Enfin seulement, je lui demande la permission de l'examiner. Je lui dis ce que je perçois et les conclusions que j'en tire.

Respecter son corps c'est aussi laisser des temps de respiration pour que la jeune fille puisse intervenir et parler de son corps et c'est souvent ce qui se passe. Elle interroge sur ce qu'elle croit anormal en elle *« je pensais que j'avais un vagin serré »* ou sur une zone d'elle qu'elle n'aime pas *« mes petites lèvres, c'est un truc qui dépasse, c'est dégoûtant, je ne suis pas comme les autres ! »* Respecter son corps c'est aussi accepter qu'elle refuse une étape de l'examen : par exemple le toucher vaginal ou l'examen des seins et nous essayons de mettre des mots sur ce qu'elle ressent.

Je dois vous dire que je pose systématiquement la question des agressions sexuelles. Je ne l'ai pas toujours fait, mais j'ai compris que si je n'invitais pas à en parler, cette réalité de la souffrance du corps continuait son œuvre de mort. Restant dans le silence, quel que soit mon désir de respect, mon examen intrusif ne pouvait qu'être vécu dans ce contexte. S'il y a eu agressions : viols ou attouchements, j'affirme la gravité de ce que la jeune fille a vécu, elle n'est pas folle, elle n'est pas coupable. J'affirme qu'elle a le droit d'être respectée et heureuse dans son corps. Je me souviens de cette jeune fille constatant qu'après avoir parlé du viol qu'elle avait subi elle se sentait sur une terre plus ferme.

2- Le respect de la parole de la jeune fille, cela veut dire pour moi :

Croire les paroles qui me sont dites par la jeune femme et leur accorder leur importance.
Entendre ce qu'elle me dit sur la contraception. En particulier, il est essentiel qu'elle puisse m'exprimer ses craintes. Bien souvent il y a des a priori, des peurs qui ne sont pas la réalité : par exemple devenir stérile avec la pilule ou le dispositif intra utérin, ou bien cette peur de la raréfaction des règles sous pilule qui laisserait du mauvais sang non écoulé à l'intérieur du corps. Mon rôle est d'écouter attentivement et d'expliquer de manière à ce que la jeune fille ne soit pas dans des peurs fantasmatiques et soit sereine dans son choix. C'est elle qui va choisir sa contraception, le praticien n'est là que pour être attentif à une contre-indication, informer, aider dans le choix.
Le respect de la parole de la femme c'est aussi ne pas méconnaître les ruses et les détours que chacune peut trouver pour manifester ce qu'elle a du mal à exprimer ou à penser. C'est lui proposer de sortir de la confusion. Il peut être plus facile de dire *« je ne supporte pas la contraception »* plutôt que d'arriver à penser *« je ne sais plus qui je suis dans la relation sexuelle avec l'autre ».* Il peut être moins douloureux ou moins désespérant de se plaindre de l'inadaptation

de la contraception plutôt que de se souvenir d'une agression qui a laissé une marque indélébile. Je me souviens de cette jeune femme qui multipliait les consultations et les demandes de changement de pilule, aucune ne lui convenait. Je lui ai affirmé que je la croyais quand elle me disait qu'elle souffrait et un jour, elle me parla de pratiques sexuelles dans lesquelles elle ne se sentait pas à l'aise et dont elle souffrait.

3- Respecter suppose de prendre son temps.

Je vais parler en particulier d'une circonstance pour laquelle il est primordial de prendre son temps, c'est lorsque qu'une jeune fille a déjà vécu une IVG. C'est important de l'aider à préciser ce qu'elle ressent pour sortir de l'amalgame de sentiments différents : culpabilité, regrets de la perte d'un enfant, perte de la naïveté *« je pensais que cela ne m'arriverait jamais »,* perte de l'estime de soi, peur du jugement des autres. Il est souhaitable d'accepter ce qu'elle dit sans jugement de valeur et de lui laisser le temps de s'exprimer. En fait, prendre son temps, tout le temps nécessaire, c'est une condition pour éviter la récidive d'une grossesse non désirée.

La contraception existe, elle est techniquement efficace et pourtant elle n'est pas toujours utilisée ou son observance n'est pas suffisante. Nous venons de voir quelques éléments favorisant les conditions du choix de la contraception et son observance, et comment l'attitude du médecin peut avoir une influence. Si la jeune fille s'est sentie respectée dans son corps, elle peut se respecter. Si sa parole est entendue elle sait que sa parole a de la valeur, elle sait qu'elle peut dire non et c'est bien son désir qui s'exprime quand elle dit oui.
Aussi pour la jeune fille être au clair avec le moyen contraceptif utilisé, sortir de la confusion, c'est s'assurer d'une meilleure observance de la contraception qu'elle a choisie. Aimer son corps, s'estimer, ne pas fermer la porte à une souffrance, sortir de la mort, pouvoir être sujet et actrice de son histoire, ce sont des conditions précieuses pour qu'elle se situe en présence de l'autre dans la relation sexuelle, relation sexuelle que sous-entend sa demande de contraception.

Je voudrais maintenant faire part de deux constats qui aident aussi à comprendre pourquoi il y a une absence ou des échecs de contraception.
Il s'agit de la parole manquante sur la sexualité quand la consultation se focalise sur la contraception. Et le fait que le désir d'enfant n'est pas abordé.

La parole manquante, c'est bien celle sur la sexualité.

Des sociologues ont souligné que plus la parole est favorable sur la sexualité des jeunes, plus une jeune fille entend parler de l'amour de façon positive, plus elle est prête à faire attention à son corps et à se protéger. Paradoxalement, moins on parle de risques, moins il y a de ratés de la contraception et moins il y a d'IVG.

Dans la pratique, qu'est-ce qu'on observe ? Le discours sur la contraception est très efficace pour escamoter les questionnements sur la sexualité. Voilà ce qui se passe dans le cabinet de gynécologie : des jeunes filles, sous le prétexte d'une demande de contraception, viennent chercher une information sur la sexualité ; des mères amènent leur fille pour que la gynécologue instaure une contraception alors que la sexualité n'a jamais été parlée entre elles !
Je me souviens de cette jeune collégienne amenée par sa mère. Elle a 13 ans mais n'a plus un corps de petite fille. Je commence par la recevoir seule et lui demande pourquoi elle vient me voir. Renfrognée, elle marmonne que c'est sa mère qui veut qu'elle consulte. Je demande pourquoi. « Elle veut savoir si je suis toujours vierge et elle veut que je prenne la pilule. » Nous discutons. Nous parlons de ce que veut dire être vierge, de ce qu'elle sait du plaisir d'être bien dans son corps et heureuse avec un autre. Je lui confirme l'importance de se protéger et de prendre une contraception en cas de relations sexuelles. La jeune fille m'écoute, pose des questions. Elle me dit alors : « Je n'ai pas de copain » et j'ai toujours en mémoire la façon qu'elle a eu de se redresser et de me regarder avec un sourire lumineux quand j'ai prononcé : « Je crois ce que vous dîtes, il n'est pas nécessaire que je vous examine. » L'entrevue avec la mère a été plus difficile ! C'était une femme très occupée, qui rentrait tard le soir de son travail : « Je n'ai pas le temps de surveiller ma fille, m'a-elle dit, et pas de temps à perdre avec vous ! »

Pourquoi les femmes ont-elles besoin de l'alibi de la contraception pour parler de la sexualité ? Pourquoi la préoccupation principale de beaucoup de mères est-elle que leur fille ne tombe pas enceinte au lieu de désirer qu'elle vive une sexualité à son rythme ? Pourquoi, quand une jeune fille désire explorer sa sexualité, la seule parole des adultes concerne-t-elle les risques encourus, grossesse ou infection, alors que rien n'est dit du désir et du plaisir ? Pourquoi est-ce difficile de parler de la sexualité alors que les femmes ont lutté pour pouvoir vivre une sexualité non contaminée par la peur ?

Je crois qu'il faut oser parler de la sexualité dans les consultations et dire que c'est un bonheur légitime pour les adolescentes. Je crois que nous avons à transmettre que la sexualité ça s'apprend, que chacune prend son chemin, que les erreurs d'orientation sont permises, qu'un changement de direction est possible, que le repos peut être heureux. Je sais qu'il n'y a pas une sexualité bonne ou mauvaise, que le critère c'est de respecter son corps et de se sentir respectée par l'autre, que chacune fera les découvertes qui lui permettront, chemin faisant, de construire sa sexualité, de s'épanouir.

Quand le questionnement sur le désir d'enfant est occulté, ce sont bien souvent les erreurs de contraception qui amènent à aborder ce sujet.

Maintenant beaucoup de jeunes femmes commencent dans le même temps la contraception et leur vie sexuelle. C'est une évidence pour elles de prendre la pilule, la question de l'enfant ne se pose même pas. Pourtant cette question, qui est mise entre parenthèses, peut ressurgir à travers leurs comportements. La jeune fille oublie sa pilule ou bien ne la supporte plus, alors qu'avant il n'y avait pas de problèmes et elle arrête de la prendre. Ces réactions vont l'étonner sans qu'elle comprenne ce qui se passe. Ainsi une jeune fille qui n'était jamais satisfaite de la contraception proposée a finalement réalisé qu'elle était tracassée : *« Ai-je envie de faire un enfant ? Est-ce que je pourrai avoir un enfant ? Serai-je capable d'être mère ? »* Et ces questions qui la taraudaient, elle avait oublié de se les poser. Une autre vient paniquée en consultation. Elle n'a pas pris pendant deux jours sa pilule et craint d'être enceinte. C'est la première fois qu'elle oublie, elle ne comprend pas pourquoi. Elle a peur surtout de la réaction de son compagnon actuel avec lequel elle n'a jamais parlé d'un désir d'enfant. Elle se sent inquiète, son couple va-t-il tenir quand vont être posées les questions qui explosent à l'occasion d'un oubli de contraception ? : *« Est-ce que j'ai envie d'un enfant ? Est-ce qu'il veut un enfant ? Est-ce que nous avons envie de nous engager ? »* Je me dis, dans ces moments-là, qu'un couple se construit autant par ses certitudes que par les questions qu'il affronte, et que cette question du désir d'enfant restant longtemps en suspens peut entraîner des grossesses non désirées, alors pourquoi ne pas aborder le sujet ?

Avoir une parole positive sur la sexualité des jeunes, les aider à formuler les questions qu'elles se posent, et en particulier ne pas méconnaître les interrogations sur le désir d'enfant, ce sont des pistes pour accompagner les jeunes filles et leur permettre de vivre leur sexualité sans passer par l'épreuve d'une grossesse non désirée suivie d'une interruption de grossesse.

En conclusion

Je vais d'abord dire ma colère.
Je suis en colère de constater qu'il n'y a pas au niveau national une volonté politique en faveur des conditions permettant de diminuer le nombre d'IVG.
Je suis en colère car je pense que :

- c'est injuste que des moyens de contraception utiles ne soient pas remboursés ;
- c'est inadmissible qu'une jeune fille qui décide de se prendre en charge et désire une contraception ne puisse avoir un rendez-vous rapidement. Que se passe t-il dans les faits ? Elle attend plusieurs semaines ou mois.

C'est pourquoi, c'est intolérable :

- de constater une diminution des subventions pour ces lieux, centres d'orthogénie ou centres de planning dans lesquels les jeunes peuvent rencontrer des gens formés à les écouter ;
- de constater aussi la disparition voulue des gynécologues médicales (si rien n'est fait il restera 180 gynécologues en 2020, c'est-à-dire dans 12 ans, pour 30 millions de femmes, c'est-à-dire pour nos filles, nos petites filles, nos arrière-petites filles).

C'est absurde de nous faire croire que l'information peut se passer d'hommes et de femmes pour la transmettre. On cherche le moyen de favoriser l'observance de la contraception comme si c'était le but de la consultation. Je pense que ce n'est pas qu'un problème technique ou d'information. Pour ma part, l'observance n'est qu'une conséquence, en particulier la conséquence du respect du corps et de la parole de la jeune fille dans la relation médicale.

C'est inquiétant d'entendre les femmes raconter leur parcours difficile pour accéder à l'IVG.

Enfin je voudrais insister sur des choses simples.
La sexualité est un droit heureux, un bonheur légitime pour les jeunes.

Une consultation de contraception nécessite de prendre son temps. On ne peut escamoter aucun temps de cette rencontre de deux personnes : le praticien et la jeune fille. Cette rencontre est déterminante pour le choix approprié du moyen contraceptif qui conditionne le rapport de la jeune fille à son corps sexué et au corps de l'autre dans la relation sexuelle.

Une interruption de grossesse n'est jamais un évènement anodin dans la vie d'une jeune fille mais ce n'est pas forcément un drame. Notre rôle est d'accompagner les jeunes dans ce qui prend sens pour eux. Et je vous rappelle la campagne d'information récente du planning familial : sexualité, contraception, avortement : un droit, mon choix, notre liberté.

Dans le train qui me transportait vers Dijon ce matin je pensais à Camille Claudel dont votre ville reçoit une exposition. Camille Claudel a eu une vie de femme difficile : au moins une grossesse et une maternité douloureuse. Quelle aurait été la vie de Camille Claudel si elle avait eu le choix ?

Création d'un réseau de prévention des IVG et d'actions santé/contraception : ACTIV'g

Gaël DRILLON
CPAM Nièvre

La prévention des IVG et l'action santé/contraception. Un réseau fédérateur dans la Nièvre : ACTIV'g.

Monsieur DRILLON reprend très rapidement (car largement évoqué au cours de la journée) le rappel historique de l'IVG en France.

- 1975 : Législation des IVG (loi Veil). (Terme maximum 12 SA soit 10 semaines de grossesse)
- 2000 : Apparition de la contraception dite d'urgence
- 2001 : Les IVG passent à 14 SA soit 12 semaines de grossesse
- 2002 : Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures
- 2004 : Apparition de l'interruption médicamenteuse de grossesse en ville

Le contexte nivernais

Pour l'année 2004, on dénombre 45 440 femmes de 15-49 ans dans le département. Cette année, 566 IVG ont été pratiquées dans les établissements nivernais. La Nièvre est le département bourguignon où le nombre d'IVG est le plus faible, mais en 2004 elle enregistre le taux d'IVG le plus important de la région. De plus, le nombre d'IVG réalisées dans la Nièvre était de 499 en 2002, 636 en 2003, pour revenir à 566 en 2004.

Sur les 20 centres pratiquant l'IVG en Bourgogne, 4 sont situés dans la Nièvre : la Clinique du Nohain de Cosne-sur-Loire, l'Hôpital Pierre-Bérégovoy de Nevers, l'Hôpital de Decize, l'Hôpital de Clamecy (mais il a fermé en juillet 2005).

Concernant l'IVG	Nièvre	Bourgogne
Age moyen de la patiente	27,3 ans	27,2 ans
Proportion occupant un emploi	44%	49%
Proportion au chômage (au moment de l'acte)	24%	13%
% ayant 1 enfant	24%	21%
% ayant 2 enfants	23%	20%
% d'IVG médicamenteuses	27%	29%
% d'IVG chirurgicales avec anesthésie locale	8%	15%
% d'IVG chirurgicales avec anesthésie générale	66%	56%

Les enjeux pour la Nièvre
Face à cette situation, l'objectif est de faire diminuer le taux d'IVG et faire progresser le recours à une meilleure contraception. En outre, il s'agit d'offrir des solutions pour l'IVG moins traumatisantes (pilule d'urgence, IVG médicamenteuse, une orientation plus rapide).

La CPAM de la Nièvre a décidé de coordonner les "forces vives", mutualiser les ressources. L'une des particularités du projet de réseau est d'associer les soignants et les acteurs sociaux : les médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes, les cadres de santé des maternités nivernaises, les hospitaliers... et tous les autres partenaires sociaux.

Monsieur DRILLON insiste sur la place des acteurs du social. Il s'agit de mobiliser les acteurs sur les thématiques de la prévention des IVG, susciter l'adhésion des acteurs au programme Activ'g, développer davantage le réseau Activ'g, d'initier des projets innovants en lien avec les acteurs, une vraie politique locale de prise en charge coordonnée (projet de centre d'orthogénie).

L'objectif n°1 du programme est d'"être partout" dans la Nièvre, de coordonner un réseau opérationnel sur tout le territoire.

Monsieur DRILLON souligne l'importance des partenaires que sont les professionnels de santé de la Nièvre (médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, pharmaciens, sages-femmes), et également les acteurs sociaux de terrain (impliqués de près ou de loin dans la prévention des IVG), qui relayent l'information, sont présents sur le terrain, et remontent des informations.

Il liste les partenaires : CPAM de la Nièvre, CODES de la Nièvre, Conseil Général de la Nièvre (centre de planification et d'éducation familiale), MSA de Bourgogne (délégation Nièvre), Mission locale jeunes de Nevers, Fédération des centres sociaux de la Nièvre, inspection académique de la Nièvre, DDASS de la Nièvre, Bureau Information Jeunesse de la Nièvre, l'ordre des médecins et la protection judiciaire de la jeunesse, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des pharmaciens, le service gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Nevers, le CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles).

A partir de ce réseau de partenaires, le réseau s'est fixé des cibles prioritaires. La 1ère cible est constituée des jeunes filles, la 2ème des jeunes en général (hommes, femmes) : 15-25 ans. Ensuite, la 3ème, pour élargir à l'environnement le plus proche, est constituée des parents. Il s'agit de les sensibiliser sur le fait qu'il faut et qu'ils peuvent parler de contraception avec leurs enfants et avec les jeunes qui les entourent. Cela concerne surtout les parents des cantons plutôt ruraux. Puis, la 4ème cible, ce sont les femmes de 25 ans et plus. L'IVG ne touche pas seulement les jeunes filles en situation de fragilité.

Pour cela, il a fallu sensibiliser, former les professionnels de santé et du social, améliorer les prises en charge en terme de parcours et de qualité, en amont et en aval. Il s'est agit de favoriser l'accès à la contraception régulière (première ligne dans la prévention des IVG), bien choisir sa contraception (préservatifs masculins ; féminins, pilule, spermicide, implant, stérilet…) et communiquer sur la pilule du lendemain (en constante augmentation ces dernières années).

Les premiers résultats du programme 2007 du réseau Activ'g : une montée en charge progressive.

La création d'Activ'g a permis la mise en réseau de tous les acteurs confrontés aux questions de sexualité, et plus spécifiquement de contraception et d'IVG. Cette nouvelle coordination a permis l'émergence de synergies et d'actions partenariales innovantes, parallèlement à une mutualisation des ressources.

Différentes actions sont mises en place : animation en structures scolaires professionnelles auprès des 16/25 ans (4 Classes ciblées), sensibilisation sur la question de la grossesse, des IST, et de l'IVG, sensibilisation sur la question de la prévention de la grossesse, des IST et de l'IGV, distribution de préservatifs ; informations des jeunes du secteur agricole ; informations des jeunes relevant du régime général dans le cadre de bilan de santé : information systématique des jeunes filles sur les enjeux d'une contraception adaptée (169 femmes sur 341).

Une conférence a été organisée le 24 septembre 2007 avec les pharmaciens. Une trentaine de personnes ont assisté à cette conférence, qui a permis d'engager une action avec les pharmaciens pour favoriser l'écoute, la prise en charge relationnelle et l'orientation des jeunes femmes se présentant dans les officines.

Création d'un réseau Activ'g :
La coordination (assurée par la CPAM 58 et la fédération des Centres Sociaux de la Nièvre) du réseau a été effective sur l'année 2007. 4 comités de pilotage ont été mis en place et les différents groupes de travail se sont réunis à plusieurs reprises.

Enfin, un site Internet a été créé comme support de communication : www.activg.fr

Le programme 2008

→ Plus de médiatisation !

Après un premier bilan positif, il reste aujourd'hui à consolider le réseau en renforçant la dynamique partenariale et en médiatisant l'existence et l'action d'Activ'g.

→ Plus de terrain !

En 2008, ce programme doit marquer la poursuite de l'action engagée sur le terrain, notamment reprendre des conférences et rencontres qui n'ont pu avoir lieu en 2007.

❖ **Actions à destination des jeunes de 15 à 25 ans**

L'objectif est la sensibilisation des jeunes à la question de la contraception, de la prévention des IVG dans le cadre d'une éducation sexuelle habituellement ciblée sur les IST.

→ Interventions dans les milieux scolaires et professionnels :

- Une classe de collège et un groupe de la PJJ :
  - Visite de l'exposition « Zizi Sexuel » (Cité des Sciences, Paris),
  - Au retour de cette exposition, capitalisation autour de l'articulation entre protection et contraception,
  - Partage du travail de capitalisation auprès d'autres classes ou groupes du département.

Exposition prévue pour l'année 2008. Capitalisation et partage prévus sur les 2008-2009

- Une classe de 3e du lycée professionnel Pierre-Bérégovoy de Fourchambault
  - Donner des informations permettant aux jeunes de s'assumer dans leur vie affective et dans leur vie sexuelle, pour une meilleure utilisation du préservatif

→ Interventions sur des manifestations jeunes :

- Festival Skalimouchaulgnes. Festival Ska et Skate à Chaulgnes (4 et 5 avril 2008)
  - Distribution de préservatifs, de stickers pour alerter sur l'importance d'une contraception adaptée.
  - Stand Activ'g avec affiches et plaquettes sur les contraceptifs et le réseau Activ'g. (une centaines de visites sur le stand).
- Animation auprès des jeunes de 15 à 25 ans :
  - Apporter une information sur la contraception et l'IVG, en structures scolaires et professionnelles (CFA de Marzy, LEGTA de Plagny, LEGTA de Château-Chinon, IPERMA de Saint-Saulge).

→ Semaine de la prévention de l'IVG sur une semaine cible :

- Animation au sein de la mission locale Jeune et au sein du BIJ :
  - Exposition
  - Accès libre au site Activ'g
  - Supports d'informations en libre accès
  - Animation par le CDPEF
  - 2 conférences thématiques sur la semaine (à destination des parents et partenaires)

❖ **Actions à destination des parents**

→ Sensibilisation des jeunes de 15 ans à la question de la contraception :

- 5 conférences dans les territoires de la Nièvre (Guérigny, Château-Chinon, Decize, La Charité sur Loire, Fourchambault).
- Ciblage et organisation en partenariat avec les Centres Sociaux pour mobiliser les parents du territoire : échanger avec les parents sur la sexualité des jeunes, favoriser la contraception des jeunes en influant sur le comportement des parents.
- Action à destination des professionnels de santé (sensibilisation et implication des professionnels de santé).

- Accompagnement des pharmaciens dans l'accueil des jeunes filles demandeuses de pilule d'urgence ou de préservatifs et dans le repérage des besoins : création de supports à destination des jeunes filles (insérables dans les boîtes de contraceptifs), Création d'un protocole d'accueil et d'orientation à destination des pharmaciens.

❖ **Sensibilisation des médecins du travail**

Favoriser leur rôle de prévention auprès des jeunes femmes salariées : courrier d'information, protocole argumentaire pour informer les jeunes femmes et les orienter sur les acteurs du département.

❖ **Sensibilisation des médecins généralistes et des gynécologues**

Sensibiliser les médecins à la problématique des IVG dans la Nièvre et engager un partenariat lors des débats.

- Conférence débat à Nevers le 2 juin 2008 (sous réserve de confirmation).

❖ **Consolidation du réseau départemental de la prévention des IGV : ACTIV'G**

→ Consolider le site internet collaboratif :

- Assurer la maintenance et le développement du site : alimenter le site en infos (articles, brèves, "quizz"...).

→ Co-animer le réseau Activ'g :

- Assurer la coordination du réseau Activ'g et du site internet : Animation des COPIL, Suivi des groupes de travail, Bilan annuel et financier, Mise en ligne sur le site des contenus (notamment les docs HAS à destination des professionnels de santé, les informations du CDPEF...).

→ Prendre en charge la pilule contraceptive pour les jeunes filles de 15 à 25 ans :
- Favoriser l'accès à une contraception adaptée,
- Création d'un circuit de prise en charge et de diffusion de la contraception.

→ Participer à la journée régionale de prévention des IVG :
- Présenter le dispositif Activ'g aux acteurs de la région.

→ Créer des points permanents d'Activ'g : signature d'une charte d'engagement dans le réseau.

<u>Activ'g : 2 ans après...</u>

En Nièvre	2004	2006
Nombre de femmes en âge de procréer	**45440**	**44908**
Nombre d'IVG réalisées	**566** soit 12.4‰	**514** soit 11,6‰
Répartition des IVG technique médicamenteuse	**14%** (Bourgogne 29%, France 41%)	**36%** (Bourgogne 32%, France 44%)

Premier constat : le taux d'IVG en 2006 dans la Nièvre a sensiblement baissé depuis le pic observé en 2004 (-1,2 point).
La Nièvre en 2006 est le département bourguignon où le nombre d'IVG est le plus faible (514). Par contre, rapporté au nombre d'IVG par naissance, la Nièvre est le département bourguignon qui enregistre le plus d'IVG : 1 IVG pour 4,2 naissances.

Il s'agit d'un réseau qui fonctionne car il est ouvert, évolutif et, surtout, tourné vers l'opérationnalité, dans une approche globale : la santé comme un bien être physiologique, psychologique et social.

La prévention des IVG chez les jeunes.
Expérience de l'Éducation nationale et des services de promotion de la santé auprès des élèves

Dr Marie-Claude BOIVIN
Rectorat de l'Académie de Dijon

Une politique de prévention qui s'appuie sur des textes, des moyens, des dispositifs d'urgence, des actions de formation et de prévention.

Les textes :
- Loi du 4 juillet 2001 (IVG et contraception).
- Code de l'éducation : article L312-16: 3 séances annuelles/groupe d'âge homogène.
- Circulaire N°2003-027 du 17-2-2003. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées : objectifs, mise en œuvre, pilotage et la formation.
- Circulaire du 30/11/2006 sur les CESC. Dans chaque établissement scolaire, le CESC définit un programme d'éducation à la santé, à la sexualité et de prévention des conduites à risques.
- Décret du 11/07/2006. Le socle commun de connaissances et compétences : les élèves doivent être éduqués à la sexualité, à la santé et à la sécurité.

→ Des moyens

- Les distributeurs de préservatifs

Dans le cadre de la prévention du SIDA, des distributeurs ont été installés dans tous les lycées et lycées professionnels de l'académie, à raison de 2 par établissement.

- La contraception d'urgence :

Le protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire, annexé au décret du 27 mars 2001, permet l'administration de la contraception d'urgence non soumise à prescription obligatoire ni à autorisation parentale. 254 délivrances de Norlevo® en 2006-2007 par un personnel de santé de l'Éducation nationale (infirmières principalement) et 184 orientations vers un centre de planification ou d'éducation familiale.

→ Les actions de formation

Depuis 1998, des formations sont proposées aux personnels de l'Éducation nationale. Elles sont assurées par des formateurs académiques et nationaux. Environ 300 adultes ont bénéficié de cette formation. Elle leur permet ensuite d'intervenir auprès des élèves.
Les séances d'éducation à la sexualité sont dispensées par des personnels formés. Il s'agit d'une démarche globale visant à informer les parents d'élèves, à garantir la cohérence et la coordination des différents apports, à susciter un travail intercatégoriel, à assurer, le cas échéant, le cadrage des interventions de partenaires extérieurs.

→ 5 objectifs sont visés

- Analyser les enjeux, les contraintes, les interdits,
- Apprendre à intégrer les différentes dimensions de la sexualité *(biologique affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique),*
- Développer l'esprit critique,
- Favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective,
- Apprendre à connaître et utiliser les ressources disponibles.

L'éducation à la sexualité est une démarche de prévention, inscrite dans un programme sous la responsabilité du chef d'établissement, portée par le CESC de l'établissement, véritable dispositif de fédération et de coordination des actions de prévention, validée par le CA.

Plusieurs outils sont fournis pour cette formation. Un guide du formateur, édité en 2004, document d'appui à la mise en oeuvre des formations en éducation à la sexualité en direction des équipes éducatives des collèges et des lycées. Un guide d'intervention pour les collèges et les lycées constitue un appui méthodologique à l'organisation des séances d'éducation à la sexualité. Enfin, une mallette pédagogique «Bonheur d'aimer» contient une cassette vidéo, un livret d'accompagnement, un dossier technique, un support pédagogique.

On relève des faiblesses : une certaine lassitude, parfois, des « pionniers », des injonctions multiples sur des thématiques variées à destination des établissements scolaires, un créneau horaire pour l'éducation à la santé qui fait toujours défaut.
Mais on relève aussi des forces : un effort de formation important, des équipes médico-sociales impliquées, des séances nombreuses, des partenaires impliqués dès la formation.

Clôture de la journée

Dr Françoise JANDIN

Médecin inspecteur régional - DRASS Bourgogne

En conclusion de la journée, le Dr Françoise JANDIN, médecin inspecteur régional à la DRASS de Bourgogne remercie tous les intervenants pour la richesse des informations et de leurs expériences qu'ils ont apportées et des pistes de réflexion qu'ils proposent.
En souhaitant un bon retour à tous, elle invite tous les participants à approfondir les échanges, en particulier entre professionnels qui exercent sur un même territoire, au sein des services de santé et dans les divers services et institutions d'éducation ou de prise en charge des jeunes, qui étaient invités à cette journée.

Liste des personnes inscrites à la journée

NOM	PRENOM	PROFESSION	ORGANISME	VILLE
ABED	Nassira	FF cadre de santé	Centre d'orthogénie	BEAUNE
AMOURETTE	Magali	Assistante sociale	Éducation Nationale	MACON
BABOUHOT	Martine	Adjoint administratif	CG 21	DIJON
BALTZER	Marie-Joëlle	Conseillère conjugale & familiale	Etablissement Chardles	CHAROLLES
BELTZER	Nathalie		ORS Ile de France	PARIS
BERNARD	Laure	Médecin	Médecine préventive universitaire	DIJON
BERSAC	Blandine	Conseillère prinicipale d'Education	Lycée agricole	CHATILLON-SUR-SEINE
BERTHAUT	Claire	IDE	CHU Dijon	DIJON
BOCQUEL	Laehha	CCF	Centre d'orthogénie	PARAY LE MONIAL
BOIVIN	Marie-Claude	Rectorat		DIJON
BONDIVENA	Sylvie	Conseillère ESF	Institut de Vigne	SEMUR-EN-AUXOIS
BONNOT	Nathalie	Délégation départementale aux droits des femmes	DDF SL	MACON
BORDET	Béatrice	Educatrice spécialisée	Centre St Exupéry	CHAROLLES
BORDET	Béatrice	Conseillère conjugale et familiale	CG 21	CHABLIS
BOULAY	Fabienne	Infirmière Santé Scolaire	Education Nationale	LONGECOURT EN PLAINE
BOULET	Isabelle	Infirmière	Conseil Général	AHUY
BOUTOUEAU	Virginie	Infimière scolaire	Education Nationale	ECHENON
BOYER	Sylvie	Infirmière	Education Nationale	BEAUNE
BOYER	Claire	Conseillère conjugale & familiale	Centre de planification et d'éducation familiale	NEVERS
BRECHAT	Jacqueline	Infirmière	Foyer de l'enfance	AUXERRE
BREDY	Geneviève	Assistante sociale scolaire	Inspection Académique Saône-et-Loire	CHARNAY-LES-MACON
BRION	David	Statisticien	DRASS	DIJON
BROCHARD	Lucie	Élève Assistante Sociale 2ème année	Lycée Agricole de Quétigny	QUETIGNY
BUTTEAUD	Brigitte	Conseillère conjugale & familiale	Centre de planification de Montceau-les-Mines	CIRY-LE-NOBLE
CACHOUX	Annie	Médecin coordonnateur du CIVG de Mâcon	Hôpital	MACON
CARRARA	Mathilde	Directrice de l'association	Association Vie & Liberté	MACON
CHALUMEAU	Nicole	Infirmière	Institut de Vigne	SEMUR-EN-AUXOIS
CHAUVET	Lucette	Conseillère conjugale	PMI de l'Yonne	CHEVANNES
CLEMENT-VANEL	Sylvie	Médecin Inspecteur de Santé Publique	DRASS de Franche Comté	BESANCON
CLERY	Laurence	Animatrice	CFA La Noue	LONGVIC
CONSTANDAS	Sylvie	Educatrice	CAE Dijon	DIJON
CUMENER	Nathalie	Chef de service éducatif	MADEF Service Conseil Général	NEVERS

DANIEL	Anne-Marie	Sage-femme cadre	CH Auxerre	AUXERRE
DE LA TOUR D'AUVERGNE	Mireille	Infirmière	Lycée Eiffel	DIJON
DEBOST	Emmanuel	Médecin	Centre IVG	CHU Dijon
DECOMBAS	Charlène	Élève BAC PRO, stagiaire au CPEF	Centre de planification familiale	PARAY LE MONIAL
DELATTRE	Andrée	Conseillère conjugale	CG 21	
DERAIN	Marielle	Sage-femme	CH Jean Bouveri	MONTCEAU-LES-MINES
DESBOIS	Cécile	Educatrice	Foyer de l'enfance	MACON
DIVERNOIS	Christèle	Infirmière PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse	NEVERS
DOUZI VARVOU	Catherine	Secrétaire médicale	CHU	DIJON
DRILLON	Gaël	Responsable pôle santé	CPAM	NEVERS
DRONIOU	Florence	Psychologue	Mission locale	CHALON-SUR-SEINE
DUCLOUX	Catherine	Conseillère en insertion - Chargée de projet santé	Mission locale	NEVERS
DUPLAIX	Isabelle	Educatrice spécialisée	ACODEGE	DIJON
EL-EFNAOUI	Marie	Sage femme cadre de santé	Service gynécologie obstétrique	PARAY LE MONIAL
EL-EFNAOUI	Marie	Sage femme cadre de santé	Centre Hospitalier	PARAY LE MONIAL
EVEILLEAU-SABATIER	Laëtitia	Infirmière	Conseil Général	AHUY
FERMANT	Évelyne	Infirmière	Education Nationale	DIJON
FLAMENT	Isabelle	Infirmière	CFA La Noue	LONGVIC
FRANCOIS	Dominique	Conseillère conjugale	CG 71	MACON
FREVILLE	Maud	Formatrice	Maison Familiale et Rurale	QUETIGNY
FROIDUROT	Odile	Infirmière		DIJON
GARNAULT	Virginie	Sage-femme	Maternité d'Auxerre	AUXERRE
GAUTHARD	Dominique	Infirmière	CG 21	DIJON
GIRARD	Pascale	Sage femme	CPP	JOIGNY
GROJEAN	Christiane	Infirmière conseillère Technique	Education Nationale	DIJON
GUENAT	Véronique	Conseillère conjugale & familiale	CEPF CH Beaune	BEAUNE
GUILLEMAUD	Martine	Infirmière cadre de santé	CHU Dijon	DIJON
GUYENNE	Thérèse	Médecin	Centre IVG	CHU Dijon
HAENTJENS	Patrick	Conseiller conjugal et familial	Centre de planification et d'éducation familiale	NEVERS
HAMON	Elodie	Sage-femme échographiste	CH Auxerre	MONETEAU
HAZEBROUCK	Elisabeth	Puéricultrice	IDEF	CHATENOY-LE-ROYAL
HOYEK	Théophile	Médecin gynécologue	Centre Hospitalier d'Auxerre	AUXERRE
HUGONET	Catherine	Déléguée Régionale Droits des Femmes		DIJON
JANDIN	Françoise	MIR	DRASS de Bourgogne	DIJON
JANIN	Mireille	Médecin départemental	CG 71	MACON
JAVOT	Maryse	Infirmière	Education Nationale	DIJON
JOUANNIN	Angélique	Chargée de mission	Bureau Information Jeunesse	NEVERS
LADIER	Sylvie	Infirmière éducation Nationale	CMS Montchapet	
LAURENT	Joëlle	Médecin coordonatrice	Maison des ados	DIJON
LAURENT	Christiane	Infirmière	Lycée Agricole Olivier de Serres	QUETIGNY

LAU-TALPAERT	Danielle	Directrice CPAM Nièvre	CPAM Nièvre	NEVERS
LE GUILCHER	Florence	Infirmière scolaire	Lycée agricole	CHATILLON-SUR-SEINE
LEJEUNE	Yveline	Cadre de santé	MADEF Service Conseil Général	NEVERS
LIGEZ	Isabelle	Directrice	Maison des ados	DIJON
LUNE BRYON	Annie	Conseillère conjugale & familiale	UTS - CAMS	TONNERRE
MAIROT	Chantal	Infirmière	Foyer de l'enfance	MACON
MARTIN	Joëlle	Aide soignante	Centre d'orthogénie	PARAY LE MONIAL
MATHET-JOLLY	Fleur	Consultante - formatrice	La Grande Ourse	LUCENAY-L'EVEQUE
MELLUL	Claude	Animateur	Restons zen	
MEUNIER	Thierry	Directeur adjoint	MADEF Service Conseil Général	NEVERS
MICHAUT-LABEL	Agnès	Infirmière	Education Nationale	DIJON
MILLERET		Etudiant DU éthique droit et déontologie médicale		DIJON
MILLET-FALLOT	Françoise	Conseillère conjugale & familiale	Ecole des parents & des educateurs	DIJON
MOCHON	Stéphanie	Médecin		CHALON SUR SAONE
MORAT	Brigitte		Association du Prado	HURIGNY
MORGNY	Cynthia	Directrice	ORS Franche-Comté	BESANCON
NYKIEL	Chantal	infirmière	EPLEA	TOURNUS
PATRIAT	Françoise	Conseillère conjugale et familiale	Fédération des Centres Sociaux de la Nièvre	DIJON
PEAUPARDIN	Yukiko	Médecin gynécologue obstétricienne	Fondation Hôtel Dieu	LE CREUSOT
PEGUET	Christiane	Aide soignante	Centre d'orthogénie	PARAY LE MONIAL
PELLETIER	Marie-Louise	Médecin	SMPUPS	DIJON
PERROUX	Laurence	IDE		MACON
PETIT	Claudine	Assistante sociale	Centre de planification	DIJON
PITOU	Laurence	Psychologue clinicienne, Conseillère conjugale	Centre d'Éducation et de Planification Familiale	DIJON
PIZOT	Adeline	Étudiante - Stagiaire	CHU	DIJON
PLANCHON	Axelle	Educatrice spécialisée	Foyer de l'enfance	MACON
PLAZANET	Isabelle	Assistante sociale	CG	LE CREUSOT
POULAT	Elisabeth	MISP		AUXERRE
PROST	Emilie	Sage-femme	CH Jean Bouveri	MONTCEAU-LES-MINES
RAPHAT	Yvonne	Conseillère conjugale	CG 89	AUXERRE
RATERO BUJADOUS	Bénigna	Assistante sociale	Centre de planification	DIJON
RATIGNIER	Lydie	Conseillère conjugale	CG 71	MACON
REYNAUD	Isabelle	Gynécologue-Obstétrie	CHU	DIJON
RICHARD	Patrice	Directeur régional	DRASS	DIJON
RIGAUD		Secrétaire	Centre IVG	CHU Dijon
RIPOLL	Sabine	Educatrice	CAE	MACON
ROBE	Marie-Hélène	Sage femme	CHU	DIJON
ROMANO	Malika	Médecin	CG 21	DIJON
ROMIG	Isabelle	Assistante sociale	Education Nationale	TOURNUS
ROUMÉAS	Marie Annick	Gynécologue		IVRY SUR SEINE

SACLIER	Mari-Noëlle	IDE		REPLONGES
SCHNEIDER	Annick	Kinésithérapeute - retraitée	Bébé en vue	CORCELLES-LES-MONTS
SENN	Marie-Ange	Psychologue	Mission locale	NEVERS
STEPHANY	Marjorie	Chargée de mission	Fédération des Centres Sociaux de la Nièvre	NEVERS
STINTZY	Véronique	Étudiante Assistante Sociale	IRTESS	QUETIGNY
STOLAREK	Émilie	Animatrice sociale	Mouvement français pour le planning familial 71	CHALON SUR SAONE
TAQUE	Robert	Médecin généraliste	Centre IVG	DIJON
THERY	Nicole	Secrétaire	Centre de planification familiale	PARAY LE MONIAL
THÉVENET	Françoise	IDE	Hôpital de Paray le Monial	PARAY LE MONIAL
THEVENEZ	Micheline	Conseillère conjugale et familiale	Vie et Liberté	MACON
THEVENON	Sylvie	Médecin de territoire	CG 71	MACON
THIEDEY	Isabelle	Conseillère conjugale et familiale	CG 21	DIJON
THOMAS	Muriel	Infirmière	Service de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé	DIJON
TISSERAND	Catherine	Médecin	CG 21	DIJON
TISSOT	Valérie	Educateur spécialisé	Sauvegarde 71	MONTCEAU-LES-MINES
TRAMEAU	Bénédicte	Sage-femme	Centre d'Éducation et de Planification Familiale	SEMUR-EN-AUXOIS
TREZZY	Christine	Infirmière scolaire	Lycée	AUXONNE
TRUC	Hélène	Assistante Sociale	PJJ Saône-et-Loire	MACON
VAILLANT	Dominique	Médecin Inspecteur	DDASS	NEVERS
VANESSE	Christine	Conseillère conjugale	CHU	DIJON
VAVASSEUR	Martine	Infirmière scolaire		ASNIERES LES DIJON
VINCKE	Géraldine	Chef de service	CG 71	MACON
VIREY	Josette	Sage femme	PMI de l'Yonne	PIEN
VOCORET	Valérie	Puéricultrice	Conseil Général de l'Yonne	AUXERRE

Observatoire régional de la santé de Bourgogne
34 rue des Planchettes
21000 DIJON

☎ 03 80 65 08 10 Fax 03 80 65 08 18
Ors.Brg@wanadoo.fr Site : ors-bourgogne.org