

ÉTUDE QUALITATIVE SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET AFFECTIVE EN ARDÈCHE ET DRÔME

DÉCEMBRE 2021

**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Pauline BOLAMPERTI, statisticienne

Eve GIOVANNINI, chargée d'études

Carole MARTIN DE CHAMPS, directrice

Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives

Delphine ROUSSILHE, assistante d'étude

Laure VAISSADE, chargée d'études

À la demande et avec le soutien financier
du Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme,
du département de la Drôme,
du département de l'Ardèche,
de l'Agence Régionale de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

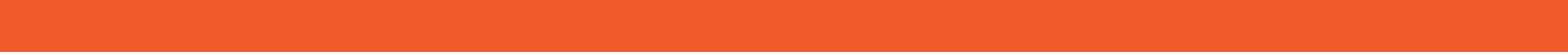
Ce rapport est disponible

sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

sur le site du Comité d'hygiène sociale de la Drôme :

www.chs-drome-sante.org



Remerciements

L'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de cette étude et tout particulièrement les membres du groupe technique :

- Joëlle Puzin, Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme
- Véronique Raffin, Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme
- Magali Tournier, ARS - Délégation Territoriale Drôme
- Séverine Alleysson, ARS - Délégation Territoriale Ardèche
- Bernard Haegel, Conseil départemental de la Drôme
- Charlène Durand, Conseil départemental de l'Ardèche
- Dr Nathalie FREYNET Conseil départemental de l'Ardèche
- Dr Martine Chalayer, Conseil départemental de la Drôme

Ainsi que les membres du comité de suivi de l'étude :

- Mme Ambellie, Mouvement du Planning Familial, Ardèche
- Isabelle Bourrel-Taste, CPEF Conseil départemental Drôme
- Dr Martine Chalayer, Médecin directeur PMI, Conseil départemental de la Drôme
- Carole Collado, CeGGID-CSAPA-CJC, Centre hospitalier de Privas
- Adeline Dasnias, Sauvegarde de l'Enfance, Drôme
- Dr Catherine Devidal, Académie de Grenoble
- Stéphanie Faverjon, CPEF Conseil départemental Ardèche
- Sophie Feigna, Mouvement du Planning Familial, Drôme
- Marie-Madeleine Koelsch, Déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité Drôme
- Isabelle Lappe, CRCDC
- Jean-Hervé Lebras, URPS Biologistes, Drôme
- Pierre Lochet, URPS Pharmaciens, Ardèche
- Gaëlle Manson, Ireps délégation Drôme
- Fanny Moreau, Mouvement du Planning Familial, Ardèche
- Claire Picotti, Dispositif de Dépistage des Cancers
- Marie Pothier, Mouvement du Planning Familial, Ardèche
- Sylvaine Reynet, infirmière responsable départementale, Académie de Grenoble
- Dr Christel Rousset, CeGGID, Centre hospitalier de Valence
- Marie-Pierre Royer, présidente URPS sages-femmes, ARA
- Dr Lucile Vercoutere, Médecin directeur, Direction de la santé publique, Ville de Valence
- Fanny Westeel, IREIS Rhône-Alpes

Enfin, nous adressons tous nos remerciements aux **différents professionnels qui ont mobilisé des habitants pour participer à des entretiens collectifs et individuels lors du deuxième volet de cette étude qualitative**, dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme :

- Stéphanie Faverjon, CPEF Conseil Départemental de l'Ardèche
- Margaux Huie, Fanny Moreau, Lorraine Peaultre, Géraldine Faure, Planning Familial de l'Ardèche
- Aurelie Rabine, Espace social culturel du Diois
- Laurie Peysson, Unis Cités Valence
- L'équipe du Centre social de Crest
- Alexis Coutin, Sauvergarde de l'enfance et de l'adolescence de la Drôme

Sommaire

CONTEXTE DE L'ÉTUDE	9
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	11
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	13
SYNTHÈSE	21

VOLET 1, REGARD ET ANALYSE DES PROFESSIONNELS

1. Les enfants.....	35
2. Les adolescents et les jeunes	37
3. Les adultes.....	59
4. Les hommes.....	78
5. Les personnes handicapées	80
6. Les personnes âgées	83
7. Les professionnels par eux-mêmes	85
8. Les éléments par sous-territoires	89

DONNÉES STATISTIQUES.....

Méthodologie	99
1. La natalité et la maternité	102
2. L'offre et le recours aux soins en matière de suivi gynécologique.....	103
3. Les centres de planification	108
4. La contraception	109
5. Les interruptions volontaires de grossesse (IVG).....	113
6. Les dépistages du VIH et des IST	114
7. La couverture vaccinale Papillomavirus humain (HPV)	117
8. Les dépistages des cancers féminins	120
9. Les hospitalisations pour cancers du sein et du col de l'utérus.....	123
10. La mortalité par cancers du sein et du col de l'utérus	125

VOLET 2, REPRÉSENTATIONS, PRATIQUES, ATTENTES ET BESOINS EXPRIMÉS PAR LES HABITANTS EN DRÔME ET EN ARDÈCHE.....

1. Ressources repérées en matière de santé sexuelle et affective	127
2. Problématiques identifiées par l'ensemble des interviewés	131
3. Problématiques identifiées spécifiquement par les jeunes.....	137
4. Problématiques spécifiquement identifiées par les adultes	146

Contexte de l'étude

Le tableau de bord concernant la santé des jeunes de 6 à 24 ans dans l'Ardèche et la Drôme réalisé en 2019 par l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes a mis en avant des chiffres, concernant la santé sexuelle des jeunes qui ont soulevé des questions. On observe ainsi, chez les femmes de 15 à 49 ans, des taux d'IVG (réalisés en établissement) pour ces deux départements, supérieurs au taux de la région Auvergne-Rhône-Alpes et ce, tout particulièrement en Ardèche¹. L'Ardèche et la Drôme ont néanmoins deux profils différents en ce qui concerne les IVG : en Ardèche, les femmes ont davantage recours à l'IVG mais avec un nombre moins important de mineures, et une proportion d'IVG tardives (faites dans les deux dernières semaines du délai légal) moins importante également. A l'inverse, dans la Drôme, près de 5 % des IVG concernent de jeunes mineures, proportion supérieure à celle relevée en région ou en France. On note par ailleurs que le ratio IVG/naissances vivantes est nettement supérieur en Ardèche, par rapport au ratio observé dans la région et en France.

Enfin, en ce qui concerne la contraception, les jeunes de 15 à 24 ans de la Drôme et de l'Ardèche ont davantage recours à la pilule (toutes pilules confondues) que les jeunes de la région (ce recours étant plus important en Ardèche qu'en Drôme).

D'autres études menées sur le territoire apportent un éclairage sur ces questions :

- Une étude menée en 2012 et 2013 dans le centre hospitalier de Romans-sur-Isère², met en exergue comme principaux facteurs de grossesse non désirée, **une absence de contraception** (50 à 60 %), **un oubli de pilule** (18 à 28 %) ou **un échec de préservatif** (11 à 15 %). **L'arrêt de la pilule** concerne de façon significative les femmes de moins de 25 ans. La principale cause exprimée de cet arrêt était la survenue d'effets indésirables liés à la contraception hormonale.
- Les différents diagnostics locaux de santé (intégrant une dimension qualitative) réalisés par l'ORS ces dernières années dans l'Ardèche et la Drôme mettent en avant des spécificités et des problématiques bien distinctes sur les enjeux d'accès à l'information et aux ressources en santé sexuelle selon que l'on se situe dans un contexte rural isolé ou dans des zones urbaines sensibles. Ainsi, dans certains territoires ruraux comme le Pays des Vans en Cévennes dans le sud de l'Ardèche, le Centre de planification et d'éducation et familiale a fermé ses portes faute de fréquentation. Les professionnels notent pourtant qu'une part des jeunes du territoire a encore des besoins d'information en matière de sexualité, notamment concernant la contraception, la prévention des IST et du VIH. Ce constat est le même dans les quartiers en politique de la ville (QPV) des grandes villes de ces départements. Aussi bien à Valence qu'à Annonay, la méconnaissance du corps et des mécanismes de la reproduction est souvent constatée par les professionnels et ce, malgré les actions d'information qui sont faites au collège et au lycée.

¹ Tableau de bord Drôme Ardèche, ORS Auvergne-Rhône-Alpes 2019

²Sauzet A. L'IVG : Conséquence d'un échec ou d'une absence de contraception ? 2012-2013 (Thèse de médecine générale réalisée à l'hôpital de Romans).

Au-delà, les constats récurrents concernant la défavorisation sociale voire, la précarité, qui concernent une partie de la population, soulignent la nécessité d'intégrer les enjeux de conditions de vie socio-économiques des femmes dans une réflexion sur leur santé sexuelle et affective, ainsi que les contraintes spécifiques liées aux territoires urbains et ruraux (présence de ressources, distances, déplacements, contrôle social...).

Au vu de ces premières données les questions qui se posent sont : les femmes vivant en Ardèche et en Drôme ont-elles un bon accès à l'information et aux ressources de soin, d'aide et d'accompagnement ? Les professionnels et acteurs sur la thématique de la vie sexuelle et affective se connaissent-ils et travaillent-ils suffisamment en articulation pour mailler leur territoire et répondre aux besoins ? Y a-t-il des territoires et des populations davantage concernés par des difficultés dans le domaine de la vie sexuelle et affective ? Quels sont les besoins non-couverts aujourd'hui sur la thématique de la contraception, des IVG, des IST mais aussi des violences faites aux femmes. Enfin, qu'en est-il des hommes ?

Face à ces différents constats et questionnements, et dans le cadre de la dynamique multi-partenariale existante dans l'Ardèche et la Drôme sur les questions de santé publique, les différents acteurs locaux qui accompagnent les travaux du tableau de bord depuis plusieurs années, au premier rang desquels le Comité d'hygiène sociale de la Drôme (CHS), l'Agence régionale de santé et les Départements de la Drôme et de l'Ardèche, ont souhaité axer l'actuel dossier sur une observation et exploration qualitative des enjeux concernant la vie affective et sexuelle, sur les deux départements, avec un focus particulier sur les problématiques liées à l'IVG et à la contraception.

Objectifs de l'étude

Étant donné les constats et questionnements qui émergent sur la thématique de la santé sexuelle et affective en Drôme-Ardèche, l'objectif de cette étude exploratoire est double et se décline en deux volets d'étude, réalisés successivement (2019 et 2020)

Volet 1/ Exploration et analyse des ressources et acteurs en présence intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et affective : la réponse aux besoins identifiés et le maillage du territoire (2019)

Il s'agissait en premier lieu d'analyser quels sont les acteurs en présence sur le territoire, à des échelles départementales et infra-départementales qui interviennent sur les questions de santé sexuelle et affective, sur le soin, la prévention et les déterminants de ce pan de la santé, de manière directe, indirecte, généraliste ou très spécialisée. L'objectif de ce premier volet d'étude était également de mieux comprendre dans quelle mesure ces différents acteurs travaillent en lien, voire en partenariat, mais aussi quels sont les freins et leviers pour faire vivre ce partenariat et répondre au mieux aux besoins identifiés. Ainsi et au-delà du recensement des principaux acteurs intervenant directement sur cette thématique sur les deux départements, nous avons veillé à repérer, localement, quelles sont les articulations concrètes qui existent, entre différents professionnels.

Les constats effectués par ces acteurs, concernant les populations qu'ils prennent en charge, selon les territoires de vie, sont également explorés, avec le souci de bien repérer quels professionnels identifient quels besoins et quelles réponses ils sont en mesure d'apporter. Enfin nous avons examiné avec eux quels besoins semblent rester, aujourd'hui, sans réponse.

Volet 2/ Analyse des représentations, pratiques, attentes et besoins exprimés par les femmes en Drôme et en Ardèche (2020)

Ce deuxième temps a été consacré à l'exploration, auprès de femmes et d'hommes vivant dans les deux départements, dans des territoires urbains et ruraux, étant d'âges et de profils socio-économiques différents, des parcours d'accès à la prévention et aux soins en matière de vie sexuelle et affective, ainsi que de leurs attentes.

À partir des besoins et problématiques pointées par les professionnels, nous avons ainsi interrogé des habitants en Drôme et Ardèche sur leurs représentations dans ce domaine, leurs connaissances (des enjeux de santé, mais aussi des ressources). Leurs attentes et leurs pratiques, stratégies, contraintes, favorables ou défavorables à la santé sexuelle et affective, et leurs contextes de vie en lien avec les déterminants de ce pan de la santé ont été également questionnés.

La parole des habitants sur leurs pratiques concrètes, leurs ressentis, leur connaissance et utilisation, ou non-utilisation, des ressources existantes complètera les informations obtenues auprès des professionnels et nous permettra de dresser une « cartographie » la plus riche possible des problématiques de santé rencontrées par les femmes et les hommes du territoire en matière de vie sexuelle et affective, de leurs besoins (exprimés ou non) et aussi de leurs attentes, et ce en prenant en compte les réalités et spécificités de la Drôme et de l'Ardèche.

➤ **Analyse statistique sur les données de santé sexuelles disponibles**

Afin d'enrichir cette exploration qualitative nous avons complété les données déjà présentées dans le Tableau de Bord Drôme-Ardèche 2019 concernant la santé sexuelle et affective des jeunes, par des données sur l'ensemble de la population féminine de 15 à 74 ans (âge limite pour participer au dépistage organisé du cancer du sein). Les données concernant les IVG (hospitalisées et médicamenteuses), la consommation de contraceptifs (hormonaux et non-hormonaux), le nombre d'enfants par femmes et les cancers féminins sont examinés, si elles sont disponibles et si possible à des échelles infra-départementales.

Méthodologie de l'étude

Afin de mener à bien cette double exploration qualitative auprès des professionnels en Drôme et Ardèche, une méthodologie qualitative a été mise en œuvre, complétée par le traitement de données statistiques issues des bases disponibles à l'ORS, particulièrement pertinentes sur la thématique de la santé sexuelle et affective.

Un groupe technique a permis de faciliter la mise en place logistique de l'étude. Ce groupe est composé de représentantes du Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme (Joëlle Puzin et Véronique Raffin), de représentantes des départements de la Drôme et de l'Ardèche (Charlène Durand), de représentantes des délégations territoriales de l'ARS pour la Drôme (Magali Tournier) et l'Ardèche (Séverine Alleyson).

Un comité de suivi de l'étude a également été établi afin de définir les objectifs et la méthodologie de l'étude, de discuter et d'enrichir les résultats obtenus aux différentes étapes de l'étude qui était composé des personnes suivantes :

Étant donné la configuration du territoire, l'impossibilité mais aussi la non pertinence de travailler à des échelles micro-locales (communes) sur une thématique à la fois complexe et pouvant potentiellement être analysée à différentes tailles de territoires, nous avons réalisé ces groupes à une échelle infra-départementale intermédiaire, selon des périmètres définis avec le groupe technique.

Sept territoires ont été définis et validés en comité de suivi qui sont les suivants :

➤ **3 sous-territoires pour l'Ardèche :**

- Nord Ardèche (ou « Ardèche Verte », Haut Vivarais, (Annonay ville-centre),
- Centre Ardèche (Privas ville-centre),
- Sud Ardèche (ou Ardèche méridionale, Aubenas ville-centre).

➤ **3 sous-territoires pour la Drôme :**

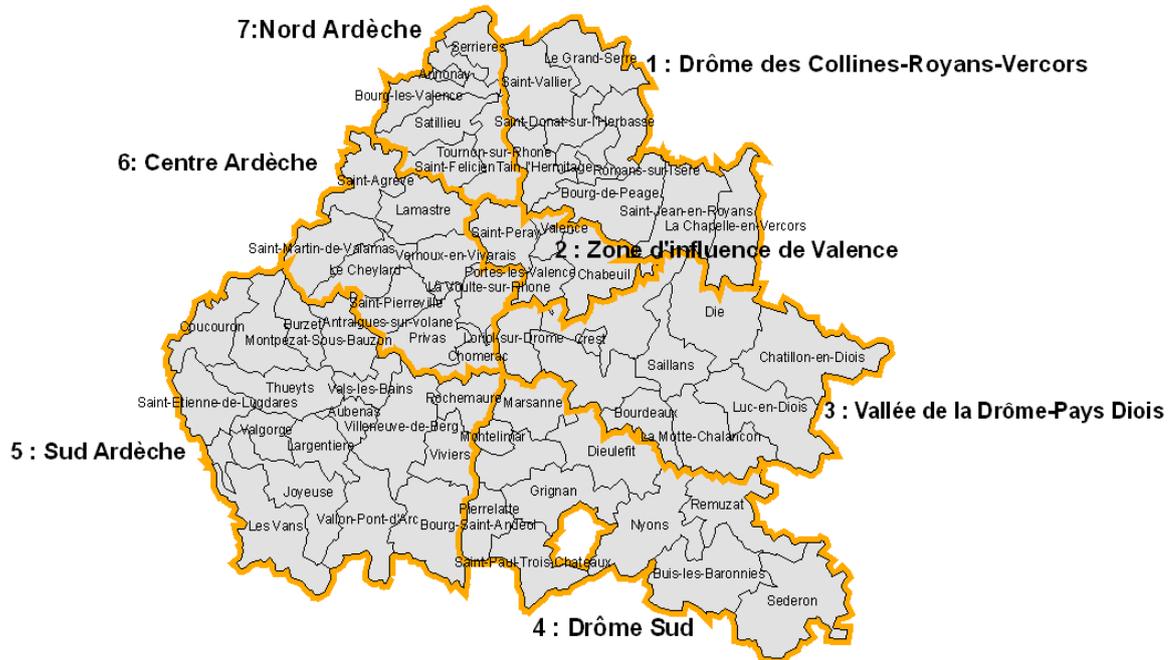
- Drôme du nord / nord-est (Romans-sur-Isère, Drôme des Collines, Royans/Vercors, Romans ville-centre),
- Drôme Centre / Vallée de la Drôme – Pays Diois (Crest ville-centre),
- Drôme du sud (Vallée de la Drôme et Drôme Provençale, Montélimar ville-centre).

- **Valence**, la ville la plus peuplée sur les départements concernés par cette étude et aussi celle qui concentre le plus de ressources. Avec les communes de sa première couronne, elle constitue une zone d'influence spécifique.

Il est ainsi apparu comme important de prendre en compte les spécificités territoriales à des échelles infra-départementales pour intégrer dans cette étude exploratoire les contraintes propres à chaque aire géographique :

- Populations en présence : défavorisation sociale et précarité, publics migrants/primos-arrivants, urbains ou ruraux, ...
- Distances, éloignement aux ressources et déplacements en rural, mais aussi en péri-urbain
- Densité ou rareté des ressources locales (soin, prévention, et autres acteurs influant sur les déterminants de la santé sexuelle et affective)
- Particularités du maillage local : partenariats présents ou absents, denses ou non
- Effets de contrôle social, de stigmatisation ou de réseaux d'entraide localement.

Périmètres des territoires définis pour l'étude :



Volet 1/ Exploration et analyse des ressources et acteurs en présence intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et affective : la réponse aux besoins identifiés et le maillage du territoire

➤ **Des entretiens collectifs semi-directifs dans les sept territoires définis**

Ce premier volet d'étude a été mené avec **des professionnels** intervenant dans le champ de la vie sexuelle et affective des femmes et des hommes, et il a abordé les enjeux de prévention, d'accès aux soins et également les déterminants de santé sexuelle et affective.

Ce volet a été réalisé par **entretiens collectifs : un entretien ayant été mené sur chacun des sept territoires présentés plus haut.**

Ces entretiens collectifs semi-directifs approfondis, ont été complétés par **quelques entretiens individuels**. Chaque entretien collectif a été d'une durée variant entre 2 et 3 heures.

Ces entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien élaboré par l'ORS et validé par le groupe technique qui appuie l'ORS pour l'organisation de l'étude (CHS, départements de l'Ardèche et de la Drôme, délégation territoriale de l'ARS).

Au total, 7 entretiens collectifs semi-directifs ont ainsi été menés sur es 7 territoires choisis, qui se composent et se répartissent comme suit :

➤ **Nord Ardèche (ou « Ardèche Verte », Haut Vivarais, Annonay ville-centre)**

- Nathalie Freynet, DESF CD 07
- Christelle Vandycke, infirmière scolaire Lycée professionnel De Montgolfier, Annonay
- Mari-Jo Pemel, bénévole Planning Familial Ardèche, Annonay
- Patricia Sintès, infirmière scolaire, professionnel Marius Bouvier, Tournon
- Sophie Boutin, juriste référente AMAV

➤ **Centre Ardèche (ville-centre : Privas)**

- Isabelle Corbin, infirmière scolaire, collège de Crussol
- Stéphanie Faverjon, CPEF Conseil départemental 07
- Béatrice Valentin, CPEF Centre Conseil départemental 07
- Eve Morin, infirmière scolaire.....
- Emmanuelle Buchet, CPEF Centre Conseil départemental 07
- Emelyne Théry, sage-femme libérale + CPEF/PMI CD 07
- Charlène Durand, Conseil départemental 07 (CLAT)
- Géraldine Faure, Planning Familial Ardèche
- Odile Charreyron, Centre Médico-social, Conseil départemental 07, Lamastre
- Celine Beghdali, PMI Conseil départemental 07, Lamastre
- Marion Lebrat, Foyer d'hébergement pour adultes déficients intellectuels de la Croix-Rouge
- Damien Boiton, infirmier scolaire, lycée Vincent d'Indy, Privas

- **Sud Ardèche (ou Ardèche méridionale, ville-centre : Aubenas)**
 - Marie Ferreira, chargée de projets IREPS 07
 - Fanny Moreaux, Planning Familial Sud 07
 - Anne-Marie Ferreira, infirmière scolaire collège de Vallon-Pont D'Arc
 - Corinne Chambon, Infirmière scolaire, Collège Roqua, Aubenas
 - Michel Enjolras, infirmier scolaire, Lycée Guimard, Aubenas
 - Stéphanie Crusoé, Educatrice spécialisée ADSEA 07, CCBA
 - Olivier Journaux, Educateur spécialisé ADSEA 07, CCBA
 - Ludivine Avril, Educatrice spécialisée ADSEA 07, Le Teil
 - Elise Blancn Sage-femme libérale, Les Vans
 - Adeline Lance-Burcez, sage-femme hospitalière CH Aubenas
 - Anne Mercky, sage-femme hospitalière CH Aubenas

- **Drôme du nord / nord-est (Drôme des Collines, Royans/Vercors, ville-centre :Romans)**
 - Marie-Claude Chosson, sage-femme, Planning Familial Drôme
 - Isabelle Deforges, Coordinatrice Remaid France Victimes 26
 - Marie Bozon, Biologiste, Laboratoire Unibio
 - Karell Brunet, Educatrice, Sauvegarde de l'Enfance 26 – service AEMO
 - Anaïs Kaskhassian, Educatrice, Sauvegarde de l'Enfance 26 – service AEMO
 - Nassima Liger, Référente des actions de santé – Espace Santé CCAS Romans

- **Drôme Centre / Vallée de la Drôme-Pays Diois**
 - Françoise Serres, CPEF CD 26, Livron-Loriol
 - Alexis Coutin, Educateur spécialisé, ADSEA 26, Crest
 - Ludivine Sgandurra, Sage-femme libérale, Die
 - Michèle Guillot, CPEF CH Crest
 - Sonia Rochatte, Animatrice CLS Communauté de Communes du Diois
 - Coraline Monnot, Espace Social et Culturel du Diois
 - Franck Razafindrazaka, AEMDH AMAPE SAPMF

- **Drôme du sud (Vallée de la Drôme et Drôme Provençale, ville centre : Montélimar)**
 - Florence Copel, cadre supérieur de santé, GH Portes de Provence, Montélimar
 - Lise Fafournoux, Educatrice, Sauvegarde de l'Enfance 26, Montélimar
 - Sandra Metay, Conseillère familiale et conjugale, Planning Familial, Nyons
 - Maud Le Guillouzic, médecin généraliste, Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Buis-les-Baronnies
 - Yves Fauron, Coordonateur, association Intervalles
 - Emilie Bouix, Conseillère familiale et conjugale, CPEF GH Portes de Provence, Montélimar

- **Valence et sa zone d'influence**
 - Carine Boyer, Planning Familial, Valence
 - Sandrine Conjard, Collège Charles de Gaulle, Guilhaud-Granges
 - Fabienne Murat, Consultation Jeunes consommateurs, Point Relais Oxygène Valence
 - Jean-François Pissevin, Foyer Octave Delhaye, ADAPEI, Montélimar
 - Gaëlle Manson-Couëdel, chargée de projets, IREPS Drôme
 - Françoise Stalla, IME Château de Milan, Montélimar
 - Laurent Braillon, Maison Pour Tous du Petit Charran, Valence
 - Alain Almodovar, sage-femme, CPEF Centre hospitalier de Valence
 - Jean-Hervé Le Bras, Biologiste, laboratoire Unibio
 - Christel Rousset, médecin généraliste Chabeuil et CeGIDD Valence
 - Mathieu Ballot, pharmacien Maison de santé Pluriprofessionnelle Valence

➤ **Une analyse statistique des données disponibles en lien avec la vie sexuelle et affective**

Pour compléter et affiner les données déjà parues dans le dossier consacré aux jeunes en Drôme-Ardèche (Tableau de bord 2019), **une analyse statistique des données disponibles à une échelle départementale et infra-départementale a été réalisée pour l'ensemble de la population féminine du territoire** (15 à 74 ans) sur les thèmes suivants :

- Données démographiques sur la natalité et la maternité ;
- Offre et recours aux gynécologues et sages-femmes libéraux
- Recours à la contraception (hormonale, non hormonale) ;
- Recours à l'IVG ;
- Recours aux dépistages VIH et IST ;
- Couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (HPV) ;
- Participation au dépistage organisé du cancer du sein (après 50 ans), dépistage des cancers de l'utérus ;
- Hospitalisations et mortalité par cancers féminins (sein et col de l'utérus).

Et ce, à partir des bases de données disponibles à l'ORS.

Volet 2/ Enquête auprès des habitants

➤ Des entretiens collectifs semi-directifs dans les sept territoires définis

Il était initialement prévu de mener deux entretiens collectifs sur chacun des sept territoires de l'étude :

- Un groupe de jeunes de 18 à 26 ans ;
- Un groupe d'adultes de plus de 26 ans, ayant ou non des enfants vivant ou non en couple.

Soit 14 entretiens collectifs semi-directifs au total :

Une adaptation de la méthodologie a été nécessaire au regard des difficultés pour rencontrer des habitants en période crise sanitaire COVID-19, et du fait des confinements successifs. Un seul entretien collectif a pu être réalisé à Valence auprès d'un groupe de jeunes (6 personnes) et 21 entretiens individuels approfondis avec des habitants sur six des sept sous-territoires identifiés ont été réalisés par téléphone.

Les habitants ont été contactés grâce à l'aide du Planning Familial, de l'Espace social et culturel du Diois, de l'association Unis-Cités, de centre social de Crest.

Ces entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien élaboré par l'ORS et validé par le groupe technique qui appuie l'ORS pour l'organisation de l'étude (Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme, départements de l'Ardèche et de la Drôme, délégation départementale de l'ARS).

Au total, 27 habitants ont été interviewés dans le cadre de l'étude : 10 hommes et 17 femmes répartis comme suit :

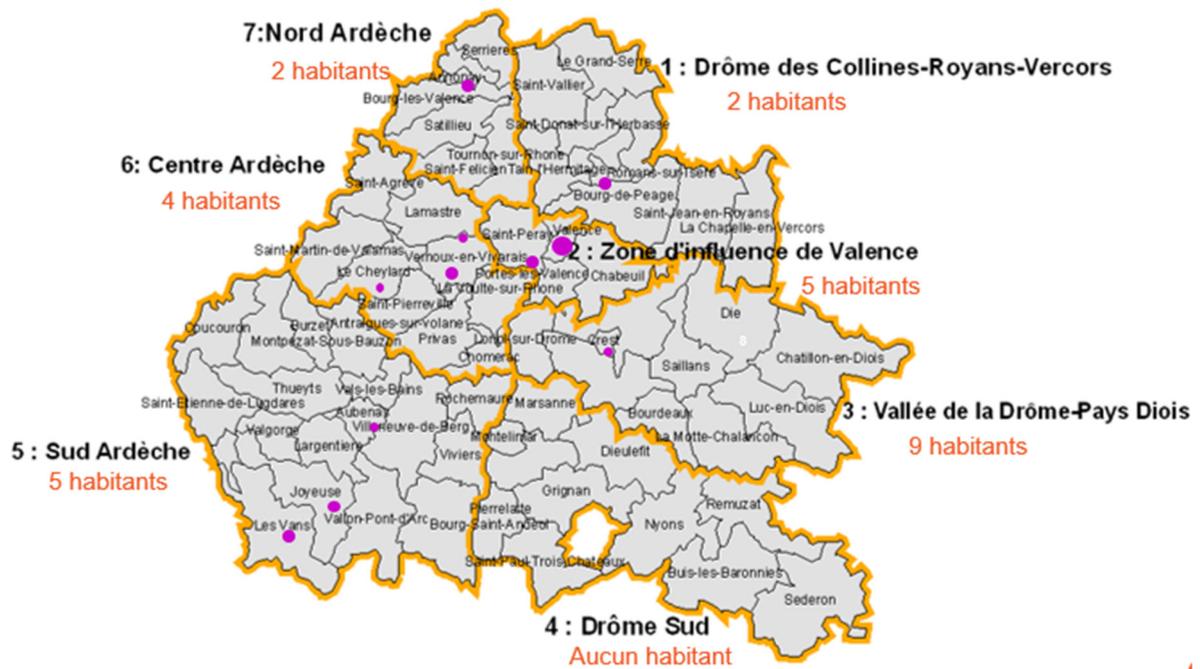
- 16 jeunes âgés de 18 à 25 ans dont 6 hommes et 10 femmes ;
- 11 adultes âgés de 29 à 70 ans dont 4 hommes et 7 femmes.

Malgré les fortes contraintes liées aux périodes de confinement pendant la crise sanitaire COVID-19, des profils diversifiés d'habitants ont été représentés :

- Des étudiants originaires de territoires ruraux ;
- Des jeunes urbains et « périurbains » ayant un niveau d'étude baccalauréat et plus
- Des adultes habitant des territoires ruraux, non originaires du territoire pour la plupart et appartenant aux catégories socio-professionnelles suivantes : employés, professions intermédiaires, cadres.

Les entretiens ont permis d'aborder des thématiques très variées, les attentes et besoins des personnes ont été exprimées, ce qui constitue une vraie richesse. Toutefois, il faut noter que certains profils d'habitants n'ont pu être interviewés ; habitants de territoires urbains défavorisés, ouvriers et personnes en situation de handicap.

Territoire de résidence des habitants interviewés



Synthèse



CONTEXTE ET OBJECTIFS

Depuis plusieurs années, une démarche multi-partenaire d'observation de la santé en Drôme et en Ardèche est portée par le Comité d'Hygiène Sociale et soutenue par différents partenaires (dont les Départements de l'Ardèche et de la Drôme, les délégations territoriales de l'ARS). Suite au tableau de bord réalisé par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes sur la santé des jeunes en 2018, des questions ont émergé sur l'accès à la contraception des jeunes filles, le recours à l'IVG, et plus largement la santé sexuelle et affective des habitants des deux départements. Ces questionnements ont abouti à la réalisation d'une étude qualitative auprès des professionnels et habitants du territoire, afin d'explorer les problématiques repérées par les acteurs en présence, ainsi que les besoins et attentes des habitants en matière de santé sexuelle et affective.

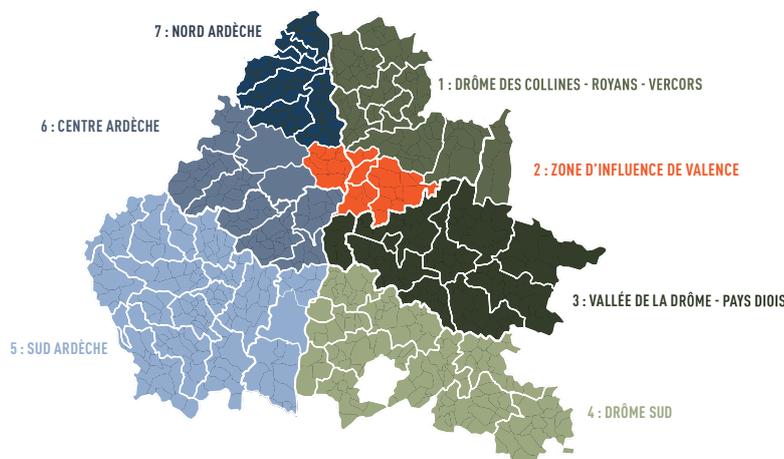
" La santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays. La santé sexuelle, lorsqu'elle est considérée de manière positive, s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. [...]. Les questions liées à la santé sexuelle sont très variées et englobent l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'expression sexuelle, les relations et le plaisir. "

Organisation Mondiale de la Santé

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Cette étude a été menée à une échelle infra-départementale, sur sept sous-territoires, identifiés selon l'articulation locale des ressources et flux de population : Nord Ardèche (ville-centre Annonay), Centre Ardèche (ville-centre Privas), Sud Ardèche (ville-centre Aubenas), Drôme des Collines,

Royans/Vercors (ville-centre Romans sur Isère), Vallée de la Drôme-Pays Diois (villes-centre Crest, Die), Drôme du sud (ville-centre Montélimar), et enfin, la zone d'influence de Valence :



Cette étude qualitative¹ a été menée en deux temps : un premier volet, consacré aux professionnels intervenant sur les questions de santé sexuelle et affective a été réalisé en 2019. Sept entretiens collectifs ont été menés sur les territoires identifiés qui ont permis de rencontrer une soixantaine de professionnels : médecins généralistes et sages-femmes libérales, professionnels de santé scolaire, éducateurs de prévention, professionnels de santé hospitaliers, professionnels des départements, professionnels et bénévoles du Planning Familial, notamment.

Un deuxième volet consacré aux habitants a été réalisé en 2020. La crise sanitaire du Covid-19 a rendu nécessaires d'importants ajustements méthodologiques : les quatorze

entretiens collectifs initialement prévus avec les habitants (un groupe de jeunes et un groupe d'adulte dans chacun des sept sous-territoires) ont dû être transformés en un entretien collectif en présentiel et 21 entretiens individuels téléphoniques. Au total, 27 habitants ont été contactés grâce aux professionnels présents dans les territoires et interviewés, dont 17 femmes et 10 hommes, âgés de 18 à 70 ans, résidant dans des territoires urbains ou ruraux, la plupart ayant au moins le baccalauréat.

Une analyse statistique et cartographique de données en lien avec la santé sexuelle, a également été réalisée afin d'objectiver certains constats, à partir des données disponibles à l'ORS.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats des deux volets de l'étude, consacrés respectivement aux professionnels et aux habitants convergent souvent et se complètent. Ils mettent en lumière des points forts mais aussi des points d'attention et des préoccupations qui tiennent autant à l'accessibilité

géographique et économique des ressources de soins et de prévention qu'aux postures des professionnels de santé, éléments parfois sous-estimés. Ces difficultés sont, dans tous les cas, majorées pour les publics modestes, plus encore dans les zones rurales éloignées des villes-centre.

VOLET 1 : LE POINT DE VUE DE PROFESSIONNELS

LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

La santé sexuelle et affective un sujet encore peu abordé... Sauf sur internet

À l'école primaire, les temps consacrés à l'éducation à la sexualité incombent aux professeurs des écoles et doivent être intégrés aux enseignements. Or très souvent, il semble que les enseignants craignent de choquer les parents et que ces derniers ne soient pas toujours favorables à ce que ce sujet soit abordé avec leurs enfants. De ce fait, ce thème n'est qu'effleuré en primaire. **Au collège et au lycée**, ces craintes tombent car l'éducation sexuelle est davantage articulée avec les cours de sciences et vie de la terre (SVT) autour des questions de reproduction. Mais les approches sont parfois magistrales et laissent alors peu de place à la participation des élèves, à un dialogue entre adultes et adolescents. En parallèle, **internet, les réseaux sociaux, les séries télévisées**, voire les sites de rencontres « pour jeunes », sont aujourd'hui **des canaux majeurs et incontournables d'information et de formation en**

matière de sexualité pour les adolescents. Au-delà des risques de désinformation, de valorisation de stéréotypes de genre, voire de harcèlement entre jeunes (diffusion de photos intimes) bien repérés par les professionnels, ces derniers conviennent qu'internet constitue une ressource d'autant plus précieuse pour les jeunes qu'ils vivent parfois dans un environnement social, familial ou géographique où ils ont peu accès à l'information. Filles et garçons ne peuvent pas toujours aborder les sujets concernant la sexualité avec leurs proches, et ce d'autant plus qu'ils sont soumis à des interdits, notamment religieux. Les professionnels constatent également que les jeunes ne sont pas toujours disponibles pour écouter ce qui est dit lors des séances de prévention, peut-être parce que les discours tenus sont parfois éloignés de leurs attentes.

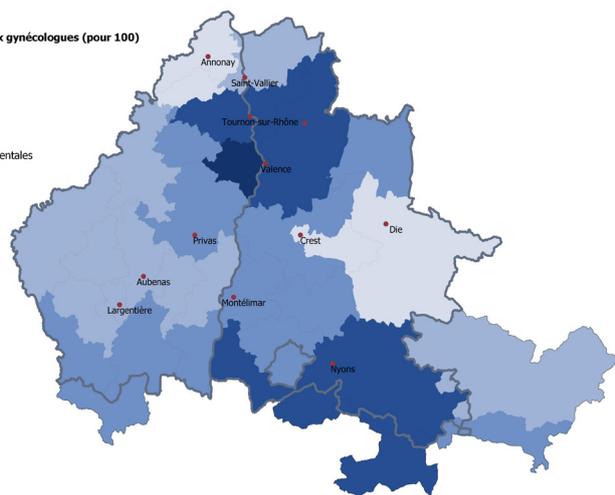
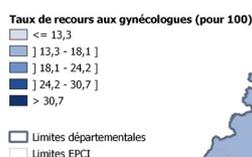
¹ Étude qualitative qui a permis d'interroger des professionnels et habitants de profils diversifiés (en termes de professions, d'âges, de lieux d'exercice ou de résidence, ...) sans être statistiquement représentative.

Un manque d'informations et des prises de risques repérées par les professionnels

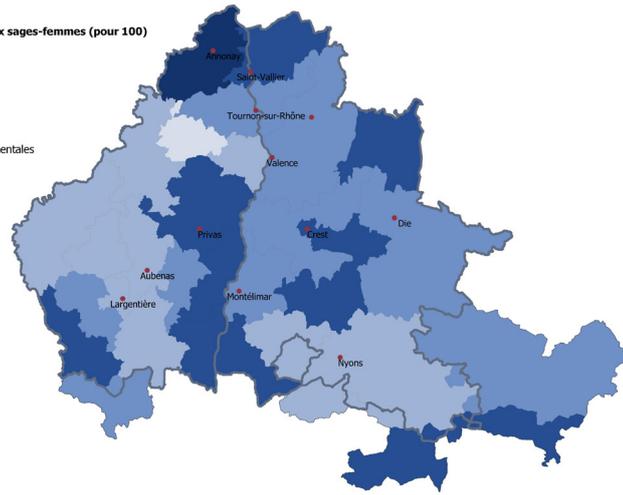
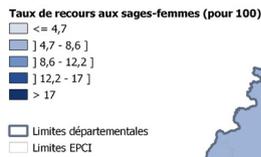
Des professionnels ont exprimé des inquiétudes concernant certaines pratiques adolescentes autour d'internet, qu'il s'agisse de rencontres « virtuelles » mais aussi de visionnage de contenus pornographiques. D'autres ont le sentiment que la plupart des jeunes sont capables de prendre du recul par rapport à la pornographie et qu'ils ont toujours beaucoup d'attentes par rapport aux relations affectives et amoureuses. Les professionnels notent par ailleurs que les inégalités sociales impactent fortement les représentations et connaissances des jeunes sur la sexualité : les élèves des filières professionnelles à dominante masculine, en rural notamment, seraient ainsi davantage concernés par des formes d'intolérance vis-à-vis de ceux d'entre eux qui ne sont pas « hétéronormés ».

Reste que les jeunes sont, globalement, encore peu sensibilisés ou insuffisamment informés sur certains sujets : leur anatomie, les IST, le vaccin contre le HPV mais aussi le consentement, pas toujours bien compris. Les freins à l'utilisation de contraceptifs sont parfois dus à un accès difficile aux ressources de consultation pour les filles (notamment en rural), le coût et la qualité des préservatifs pour les garçons (les collèges et lycées n'ont presque plus de budget pour en acheter). Certains jeunes enfin sont repérés pour des prises de risques sérieuses : entre rapports sexuels non ou mal protégés, mésusages des réseaux sociaux, voire pratiques de prostitution, parfois non conscientisées, sur fond de défavorisation économique et sociale, il n'est pas aisé d'aider ces jeunes qui ne se savent pas toujours en danger.

TAUX (%) DE RECOURS AUX GYNÉCOLOGUES DES FEMMES DE 15-49 ANS, 2019



TAUX (%) DE RECOURS AUX SAGE-FEMMES DES FEMMES DE 15-49 ANS, 2019



Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

Des problématiques peu ou mal prises en charge, des ressources de santé difficiles d'accès en rural

Les professionnels repèrent une mauvaise prise en charge médicale de l'endométriose chez les jeunes filles, alors que la réduction des douleurs est aujourd'hui possible, mais aussi des réticences à prescrire un DIU aux jeunes filles nullipares. Des freins à la délivrance de la contraception d'urgence sont parfois repérés (questions non nécessaires en pharmacies) et les jeunes filles ne sont pas alertées sur l'importance d'un test de grossesse ultérieur. Enfin, les délais et distances pour avoir accès à une IVG médicamenteuse ou chirurgicale en rural constituent également un obstacle.

Les professionnels soulignent que les jeunes repèrent

souvent mal, et parfois évitent les ressources « officielles » (Fil Santé Jeunes, ...). Ils recherchent parfois le « Planning Familial », mais l'association n'est pas présente sur tous les territoires et les jeunes méconnaissent l'appellation « CPEF ». De plus, la présence et les plages d'ouverture des CPEF sont parfois réduites et mal repérées par les adolescents, notamment en rural. Autre difficulté soulignée par les professionnels, la sectorisation des CMP constitue une forte entrave aux soins pour les internes qui ne rentrent chez eux que le week-end et qui peuvent être concernés par une souffrance psychique en lien avec des violences sexuelles, des ruptures amoureuses.

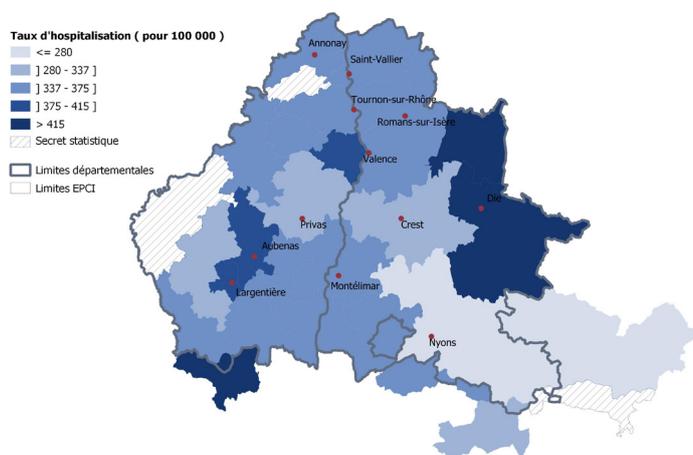
LES ADULTES : DES POINTS D'ALERTE POUR LES FEMMES SUR LES CANCERS ET SUR LES VIOLENCES

Le dépistage des cancers féminins (sein et col de l'utérus) est insuffisant chez certaines populations : de nombreuses femmes ne se font pas suivre en gynécologie et ne se font pas dépister

Ignorance des risques, tabous sur le corps et les cancers, éloignement des ressources de suivi et de dépistage constituent des freins puissants. Les médecins généralistes qui proposent, en proximité, le suivi gynécologique constituent une ressource précieuse, ainsi que les sages-femmes, pas toujours bien identifiées sur ce sujet cependant. Les difficultés sont majorées en rural du fait des distances, mais aussi chez les publics

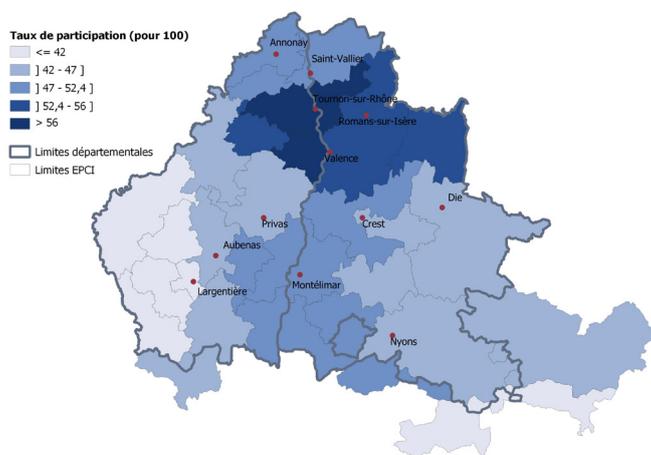
défavorisés. Enfin, il est fréquent que les femmes ménopausées ne se fassent plus suivre, or les risques ne disparaissent pas et la ménopause en elle-même peut être difficile à vivre. Reste que, même s'ils ne font pas de suivi gynécologique, les médecins généralistes demeurent une ressource majeure d'information et de sensibilisation pour les femmes.

TAUX DE PATIENTES HOSPITALISÉES POUR CANCER DU SEIN POUR 100 000, 2017-2019



Source : ATIH (PMSI 2017-2019), Insee (RP 2017)

TAUX (%) DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN FEMMES DE 50-74 ANS, 2019



Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

Encore des besoins d'information sur la contraception, les IST

On note que dans certains territoires ruraux, la demande de contraception non-hormonale devient forte d'où l'importance de communiquer sur les DIU et préservatifs. Enfin, les professionnels notent une grande

méconnaissance des IST, en recrudescence même après 50 ans. Le dépistage des IST peut néanmoins être freiné par le reste à charge des examens (frais à avancer, voire à régler entièrement par les patients).

Les femmes en grande fragilité socio-économique sont sur-concernées par différents risques

Qu'elles soient SDF, en CHR ou vivant très modestement, ces femmes sont peu ou pas suivies au plan gynécologique et subissent souvent des violences multiples. On repère par ailleurs des lieux de prostitution sur les bords de l'A7, où des maraudes associatives interviennent pour aider ces

femmes (ARCADES et CeGIDD aux alentours de Valence). On note enfin la présence d'une ressource rare au Centre hospitalier d'Annonay : une équipe de chirurgie qui peut intervenir sur la réparation de mutilations sexuelles, parfois repérées chez certaines femmes migrantes.

Les médecins reçoivent peu de demandes en matière de sexualité de la part des hommes

Les rares demandes concernent plutôt les troubles de la libido, de l'érection. Le risque d'IST est souvent méconnu, de même que la nécessité de se faire dépister en cas de prise de risque. De forts besoins d'aide sont repérés chez les hommes homosexuels dans un contexte où

la réduction du nombre de CeGIDD réduit l'accès aux dépistages, particulièrement en rural. Les CPEF peuvent faire des ordonnances pour réaliser des tests de dépistage (VIH, IST) dans les laboratoires d'analyse, mais cette démarche est plus complexe et mal connue.

Séparations et remises en couples à tous les âges de la vie

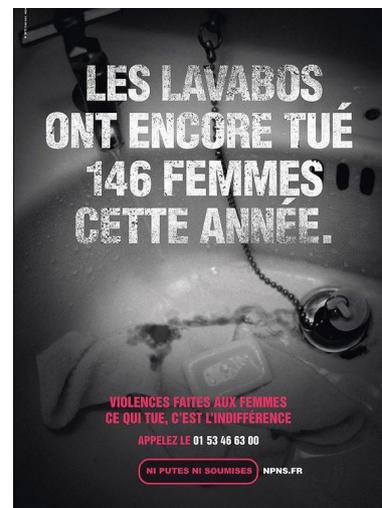
Les professionnels notent que ce phénomène est aujourd'hui bien accepté socialement, voire que dans certains milieux « alternatifs/néo-ruraux » la liberté sexuelle est fortement valorisée.

Les violences faites aux femmes : un thème majeur pour les professionnels

Que les violences soient psychiques (contrôle, propos rabaissants, ...) ou physiques (coups), **beaucoup de femmes ont peur d'en parler par crainte** de représailles de la part de leur partenaire, crainte de devoir quitter leur logement, tomber dans la « misère » et perdre la garde des enfants. Certaines femmes **pensent enfin que ces violences sont inévitables ou normales** au sein des couples. Les professionnels soulignent que lorsque les femmes osent parler de ces violences voire, sont prêtes à porter plainte, elles ne sont pas toujours écoutées avec bienveillance. Parmi les forces de l'ordre, les besoins de

Cependant, le risque d'IST reste largement méconnu parmi **ces publics et les prises de risques seraient fréquentes**. À tous les âges, la nécessité de protection et de dépistage des IST demeure importante.

formation et de sensibilisation sont parfois très importants, même si les intervenantes sociales (présentes dans les locaux de la police et en gendarmerie) constituent une aide précieuse pour les femmes. **Mais la dangerosité des hommes reste difficile à évaluer et le contrôle social pèse parfois sur les mécanismes d'alerte**, notamment dans les territoires urbains défavorisés et en rural.



Des ressources d'aide existent, mais elles sont décrites comme insuffisantes par rapport aux besoins

Les professionnels pointent le fait qu'il n'y pas assez de logements pour des mises à l'abri en urgence, pas assez de mesures d'éloignement des conjoints violents, pas assez d'outils pour prévenir les forces de l'ordre d'une menace imminente, et plus encore lorsqu'il s'agit d'hommes qui ne sont pas connus par la Justice. Des téléphones « grand danger » ont été mis en circulation,

mais il n'y en a peu par départements. En Ardèche comme en Drôme cependant, les femmes peuvent directement porter plainte dans les centres hospitaliers, grâce à une convention entre hôpitaux et forces de l'ordre. Enfin, les médecins libéraux et hospitaliers qui ont souvent du mal à aborder le sujet avec les femmes, seront formés par le CIDFF.

LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS : LA DÉPENDANCE ENCORE VUE COMME LA FIN DE LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE



Les professionnels du territoire constatent qu'une personne sur deux, après 60 ans, déclare avoir des rapports sexuels avec un partenaire

Or beaucoup de femmes après 50 ans et plus encore après 60 méconnaissent les risques d'IST et estiment que le suivi gynécologique n'est pas nécessaire.

Avec la dépendance, et notamment en EHPAD, la vie sexuelle et affective se réduit drastiquement

Outre les difficultés spécifiques aux dégénérescences neurocognitives, notamment en matière de consentement, les enfants ne sont pas toujours prêts à ce que leurs parents âgés et dépendants maintiennent ou commencent des relations sexuelles avec un partenaire : tabous, craintes sont fréquents, aggravés par les difficultés logistiques pour permettre les moments

d'intimité en EHPAD et ce, même si les professionnels notent que les personnes sont plus épanouies lorsqu'elles ont une vie sexuelle et affective. Dans certains points en Drôme et Ardèche, le Planning Familial intervient auprès des EHPAD pour former les personnels à la prise en compte de ce sujet.

LES PERSONNES HANDICAPÉES : UNE SEXUALITÉ INVISIBLE MALGRÉ DES BESOINS

La vie sexuelle et affective des personnes handicapées, notamment déficientes intellectuelles, qu'elles vivent en foyer ou chez leurs parents, demeure un tabou et une difficulté aussi bien pour les familles que pour certains professionnels.

Malgré l'expression d'attentes de la part des personnes concernées par ces handicaps, leurs possibilités réelles sont faibles en matière de vie sexuelle et affective. Entre contraception



parfois imposée et interdiction d'avoir des moments d'intimité avec leurs partenaires, les enjeux de consentement, de sécurité et de respect d'un besoin fondamental, les marges de manœuvre sont encore peu explorées. Le Planning Familial sensibilise de nombreuses structures de la Drôme avec l'action « Handicap et alors ? », mais les besoins de formation et d'accompagnement des professionnels et familles sont très importants.

LES PROFESSIONNELS... VUS PAR EUX-MÊMES : UN FORT BESOIN DE PARTENARIAT ET DE CULTURE COMMUNE

Professionnels de santé, du social, de l'éducation, constatent qu'ils travaillent très peu en réseau, à des échelles infra-départementales, sur les questions de santé sexuelle et affective, les liens étant particulièrement faibles entre professionnels de santé libéraux et les autres acteurs

Par ailleurs, certaines ressources associatives sont encore mal connues (REMAID, AMAV, ... et associations pour personnes LGBT et +). Il y a ainsi un fort besoin

d'interconnaissance, préalable au développement de partenariats locaux.

Les professionnels constatent des divergences de point de vue qui peuvent impacter les pratiques

Certains sont choqués par la diversification des pratiques sexuelles, le recours à la pornographie, la « libération » vestimentaire de certaines filles ou femmes et y voient essentiellement des sources de risques. D'autres estiment qu'il faut s'adapter aux nouvelles réalités, (y compris en faisant passer certains messages de prévention au travers

de contenus pornographiques) et mieux ajuster le discours de prévention en veillant à être attentifs aux demandes des publics et à ne pas nourrir les stéréotypes (de genre, notamment). Un besoin de culture commune, inclusive et bienveillante, se fait sentir pour garantir un bon accès au dialogue et accompagner les habitants.



IMAGE PIXABAY

LES TERRITOIRES ET CERTAINES DE LEURS SPÉCIFICITÉS

Ardèche et Drôme sont des départements très fortement structurés par le couloir rhodanien et donc par l'A7, qui concentre les bassins d'emploi, de population et les ressources. En Ardèche, les centres urbains, Annonay, Privas, et Aubenas jouent pleinement leur rôle en termes d'offre de soins et de prévention, mais les agglomérations sont de petite taille et les défis de la ruralité sont particulièrement forts, plus encore lorsque la défavorisation sociale est présente, qui accentue les freins à la mobilité qu'elle aggrave. La vallée de l'Eyrieux, les plateaux de l'Ardèche ont ainsi été pointés comme des

territoires particulièrement complexes étant donné les contraintes de faible démographie et de grandes distances aux ressources. En Drôme, Valence, Montélimar et Romans-sur-Isère présentent une palette complète d'offre de soins et de prévention, publique, libérale, associative. Mais les territoires ruraux éloignés de l'A7 peuvent également être enclavés pour les publics défavorisés, non véhiculés. Même si l'accès aux ressources y est décrit comme moins complexe qu'en Ardèche, des points d'inquiétude existent sur les zones montagneuses et les fonds de vallées.

7 : NORD ARDÈCHE

Des ressources concentrées à Annonay : centre hospitalier avec point d'accueil médico-judiciaire. Mais des difficultés d'accès à la contraception d'urgence en rural. Des gendarmeries formées par le CIDFF, mais encore des besoins de sensibilisation. Et de fortes demandes de ressources d'écoute psychologique dédiées aux jeunes.

1 : DRÔME DES COLLINES - ROYANS - VERCORS

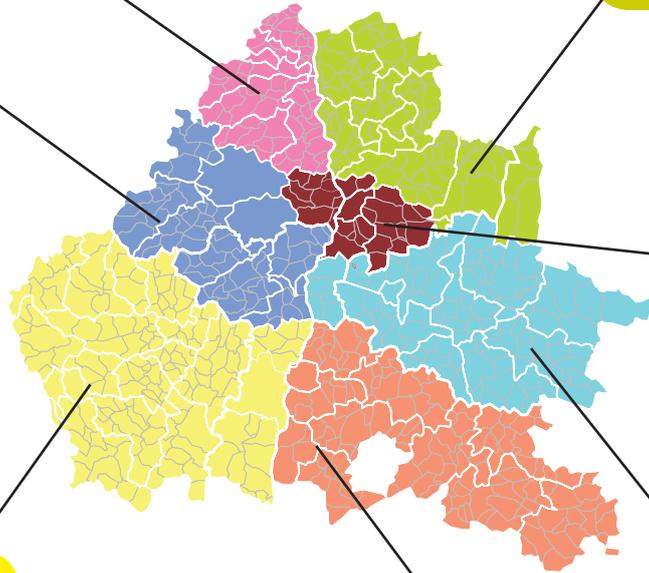
Une grande richesse de ressources concentrées à Romans (Espace Santé, CPEF, CeGGID, associations) ... Mais peu accessibles aux habitants des zones rurales non véhiculés.

6 : CENTRE ARDÈCHE

Un CeGGID à Privas, un fort travail en réseau entre Planning Familial/CPEF/CMS/CIDFF/sages-femmes libérales et certains centres sociaux (St Agrève). Les habitantes se tournent plutôt vers Guilhaud-Granges ou Valence pour le dépistage du cancer du sein. Reste des territoires ruraux où les habitants non véhiculés ont un accès difficile aux ressources.

2 : ZONE D'INFLUENCE DE VALENCE

Des ressources multiples présentes à Valence (publiques, privées, associatives) avec une solide culture de travail multipartenarial et en réseau. Une bonne acceptation des publics et pratiques non-hétéronormés et des ressources dédiées à ces personnes (Contact et Valence Diversités).



5 : SUD ARDÈCHE

Des ressources concentrées à Aubenas : un centre hospitalier doté d'un point d'accueil médico-judiciaire, un CPEF. Le Teil, Largentière : des gendarmeries bien formées sur violences faites aux femmes. Mais des zones rurales avec un accès difficile aux ressources, même si les sages-femmes y sont bien repérées.

4 : DRÔME SUD

Des ressources multiples concentrées à Montélimar. Des médecins généralistes assurent des consultations de gynécologie bien repérées dans les MSP de Buis-les-Baronnies et Nyons qui améliorent l'accès au suivi des femmes en zones rurales.

3 : VALLÉE DE LA DRÔME - PAYS DIOIS

Un CPEF hospitalier à Crest et une structure socio-éducative (ESCDD) à Die en matière de lien social et de prévention : des ressources précieuses en rural. Certains médecins font des ordonnances systématiques pour réduire les difficultés d'accès à la contraception d'urgence. Les sages-femmes sont de mieux en mieux repérées en local pour le suivi gynécologique.

LA PROXIMITÉ DES RESSOURCES EST AUSSI IMPORTANTE QUE LA QUALITÉ DE LA RELATION AUX PATIENTS

Les distances en zones rurales aggravent les inégalités économiques et sociales

L'accès aux gynécologues est globalement complexe : au-delà de la saturation des files actives et du turnover des gynécologues hospitaliers, les habitantes des zones rurales ont parfois des difficultés à se déplacer jusqu'aux ressources si elles ne sont pas véhiculées. Les sages-femmes libérales, souvent en proximité, sont de mieux

en mieux repérées, sollicitées et appréciées. Enfin, les habitants soulignent que lorsque le mal-être s'installe en lien avec la vie affective et sexuelle, les ressources d'écoute professionnelles (notamment les psychologues) sont rares, concentrées dans les villes, et coûteuses pour les budgets modestes.

Au-delà de la proximité des ressources, le recours au suivi gynécologique est fortement tributaire de la posture des professionnels

Le ressenti d'absence d'écoute, de bienveillance, voire un ressenti de maltraitements gynécologiques a conduit certaines femmes à renoncer à être suivies. Les CPEF et EICCF sont appréciés pour la qualité de la relation aux patientes, mais pas toujours bien identifiés et accessibles en termes de plages d'ouverture. Pour les plus jeunes, les

infirmières scolaires peuvent constituer une ressource si une relation de confiance se noue. Les éducateurs de prévention sont également appréciés pour la qualité de leur écoute, leur compréhension des jeunes, mais ils ne sont pas présents sur toutes les communes, notamment en rural.

Les parents et jeunes confirment qu'internet constitue une ressource essentielle pour les jeunes, malgré des problèmes de connexion en rural

Si les parents s'inquiètent des usages d'internet, cette ressource est devenue incontournable pour les jeunes : les réseaux sociaux sont ainsi à la fois des sources d'information et des supports de dialogue. Les jeunes y puisent parfois des éléments favorables à leur auto-estime (mouvement « body positive ») voire des paroles militantes (notamment féministes). Même si les amis et l'entourage

familial demeurent des points d'appuis importants pour les jeunes lorsque l'écoute et le dialogue sont possibles, internet leur semble une opportunité de dédramatiser la sexualité, leur rapport au corps, même s'ils savent que toutes les informations diffusées ne sont pas fiables et que le risque de harcèlement existe.



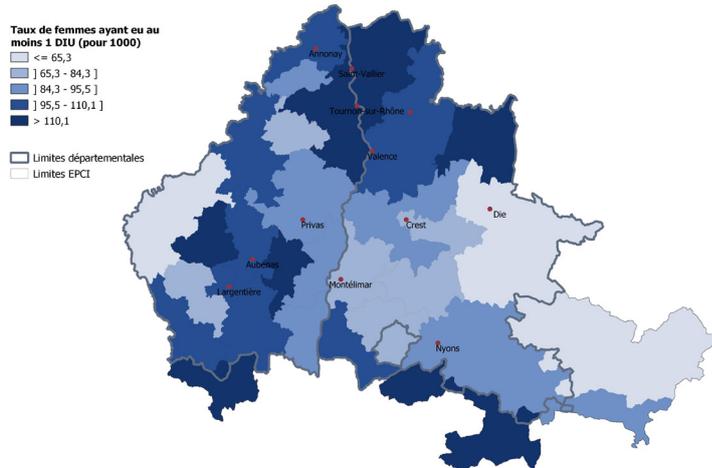
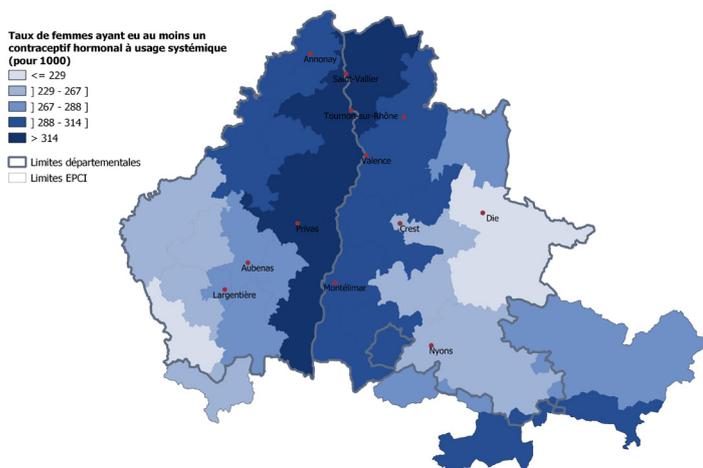
RENCONTRE DE PARTENAIRES ET DIVERSITÉ DES ORIENTATIONS SEXUELLES : DES DIFFICULTÉS MARQUÉES EN RURAL

Les réseaux sociaux et les sites de rencontre constituent aujourd'hui une ressource majeure pour trouver un partenaire, et ce d'autant plus que les lieux de socialisation ont été fermés de longs mois du fait de la crise sanitaire. La rencontre de partenaires sexuels et affectifs reste toutefois plus difficile en rural, moins peuplé. Par ailleurs les questions d'orientation sexuelle non hétéronormée

et d'identité de genre, sont vécues plus difficilement en rural où les phénomènes de stigmatisation, voire de rejet sont décrits comme plus fréquents qu'en ville. Les ressources de soutien (notamment aux personnes LGBT+) étant concentrées à Valence, c'est souvent internet qui offre des opportunités d'être aidé et d'être en lien avec des personnes bienveillantes.

TAUX DE FEMMES DE 15-49 ANS AYANT EU AU MOINS UN CONTRACEPTIF HORMONAL À USAGE SYSTÉMIQUE POUR 1 000, 2019

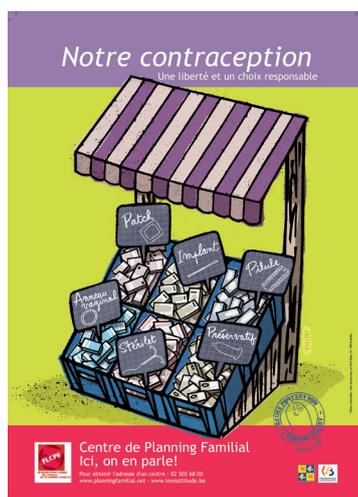
TAUX DE FEMMES DE 15-49 ANS AYANT EU AU MOINS UN DIU POUR 1 000, 2015-2019



Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

LA CONTRACEPTION : UNE ATTENTE DE « MOINS D'HORMONES », MAIS TOUJOURS UNE « AFFAIRE DE FEMMES »

Les habitants interviewés convergent sur le fait que la contraception repose encore, dans la pratique, très souvent sur les femmes. Une attente de « naturalité » et la crainte de nuire à sa santé par le recours à des procédés « chimiques » est présente chez un certain nombre de « néo-ruraux » notamment, qui refusent la contraception hormonale et se tournent vers des méthodes « mécaniques ». Certaines habitantes ont évoqué des refus de médecins,



défavorables à la prescription d'un DIU pour celles qui n'avaient pas encore d'enfants. Quant aux préservatifs, ils restent d'un recours facile lorsque les hommes acceptent de les utiliser, mais peuvent être jugés onéreux et aucun interviewé ne connaissait les possibilités de prescription et de remboursement de certaines marques. Enfin, les habitantes interviewées avaient le sentiment que l'accès à la contraception d'urgence était facile sur leurs territoires de vie respectifs.

ACCÈS À L'IVG : ENCORE DES DIFFICULTÉS AU PLAN SYMBOLIQUE ET MATÉRIEL

Les femmes ont souligné que l'IVG était encore taboue et source de souffrances morales

Les femmes concernées se sentent **souvent seules et culpabilisées** face à l'IVG, ce dont n'auraient pas toujours conscience les hommes. Elles regrettent que certains professionnels de santé puissent encore avoir des **discours accablants et que le soutien psychologique fasse souvent défaut**. Concernant les **IVG médicamenteuses**, elles sont globalement facilement accessibles sur l'ensemble des territoires, mais **l'accompagnement à domicile est vécu**

comme insuffisant par les femmes isolées (en cas de saignements, de douleurs). **L'accès aux IVG chirurgicales est parfois difficile**, faute de médecins les pratiquant et à cause des distances en rural. Par ailleurs, la proximité des services d'orthogénie et de maternité dans certains hôpitaux peut être vécue difficilement sur le plan symbolique par les femmes. **Ces difficultés marquées en rural ont été particulièrement pointées pour le Sud Ardèche.**

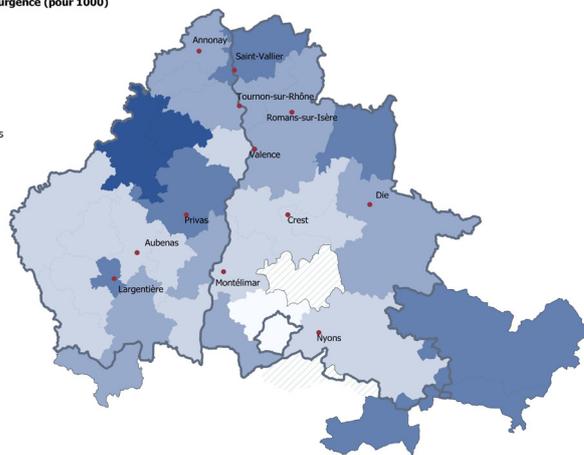
TAUX DE FEMMES DE 15-49 ANS AYANT EU AU MOINS UNE CONTRACEPTION D'URGENCE POUR 1 000, 2019

Taux de contraception d'urgence (pour 1000)

- <= 4,8
-] 4,8 - 7,5]
-] 7,5 - 10]
-] 10 - 12,5]
- > 12,5

Secret statistique

- Limites départementales
- Limites EPCI



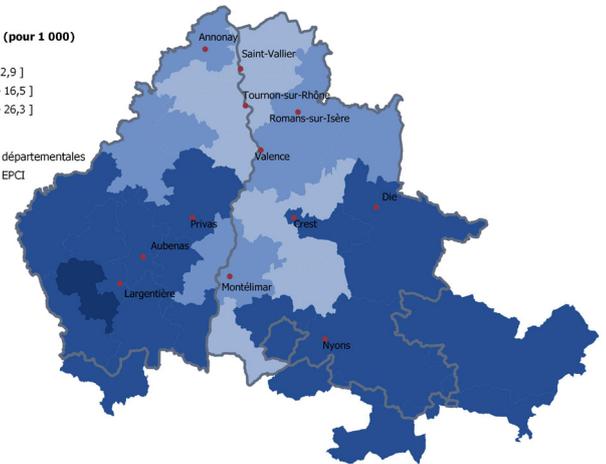
Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

TAUX DE RECOURS AUX IVG (TOUTES) FEMMES DE 15-49 ANS POUR 1 000, 2019

Taux d'IVG (pour 1 000)

- <= 10
-] 10 - 12,9]
-] 12,9 - 16,5]
-] 16,5 - 26,3]
- > 26,3

- Limites départementales
- Limites EPCI



Source : ATIH (PMSI-MCO - 2019), Cnam-TS, DCIR - 2019, Insee (RP 2017)

IST, HPV ET VIH : ENCORE DES BESOINS D'INFORMATION ET DES FREINS AU DÉPISTAGE

Les habitants interviewés, hommes et femmes de tous âges, convergent sur le fait qu'ils **sont très peu informés sur les IST et le papillomavirus (HPV), sur leurs conséquences pour la santé et sur leurs modes de transmission** (y compris par sexe oral). Hormis le VIH qui reste un point d'alerte, nombre d'entre eux **ne savent pas qu'il est important de se protéger des IST, par le dépistage, le port de préservatifs, le vaccin anti-HPV (pour les jeunes).**

En l'absence de grande campagne d'informations, d'explications par leur médecin traitant, ils sont le plus souvent à la fois **ignorants des risques et des ressources de dépistage** (très peu connaissent les CeGGID). Par ailleurs, **le jugement de certains professionnels de santé sur les pratiques sexuelles de leurs patients crée des freins au dépistage**. Les hommes, moins suivis au plan médical que les femmes, seraient encore moins dépistés.

LES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS : DES ATTENTES...INATTENDUES POUR LES ADULTES ?

De fortes attentes des jeunes pour davantage de dialogue avec des adultes et davantage d'informations

Les jeunes rencontrés sont en **attente de dialogue avec les adultes sur les questions de vie sexuelle et affective, lorsque celui-ci est possible sans qu'il soit intrusif**. Lorsque les adultes ne sont pas disponibles ou gênés (ce qui peut être le cas y compris chez des professionnels) les jeunes peuvent se sentir seuls. Même s'ils jugent utiles les **séances de prévention faites au collège et au lycée**, ils estiment qu'elles n'étaient pas assez nombreuses, ne permettaient pas toujours de poser des questions anonymement et n'abordent pas suffisamment certains **sujets qui les intéressent particulièrement : le sentiment amoureux, le consentement** (une notion encore abstraite

pour certains) et la **pornographie**, alors même que certains d'entre eux souhaitent que se développe une pornographie « safe » et « éthique ». Les **questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre sont brûlantes pour certains jeunes**, mais les adultes, parents et professionnels, sont souvent dans l'ignorance ou le déni de ces questions et constituent rarement une aide en la matière. Dans tous les cas, **internet et les réseaux sociaux constituent une ressource d'information et d'aide sur tous les sujets liés à la sexualité, avec parfois une dimension militante et féministe aidante pour les jeunes femmes**.

Sexualité : entre découverte, prises de risques et persistance des inégalités hommes-femmes

La définition d'un rapport sexuel est incertaine au démarrage de l'activité sexuelle pour une partie des jeunes et les rapports oro-génitaux en font bien partie, ce « flou » pouvant entraîner des prises de risques en l'absence de protections appropriées. De même la **consommation de substances psychoactives** (alcool, cannabis) avant les rapports sexuels est parfois valorisée, mais les risques qui y sont associés, notamment en termes de consentement, sont encore méconnus. Les jeunes femmes ont souligné la persistante de stéréotypes qui soumettent leurs



corps à certaines normes, tout en invisibilisant leurs besoins et attentes (menstruations, plaisir féminin, masturbation féminine, ...). Selon certaines interviewées, l'égalité hommes-femmes semble en régression dans certains territoires urbains (banalisation du harcèlement de rue). Enfin, malgré une libération de la parole des femmes, **porter plainte en cas d'agression sexuelle reste encore trop souvent difficile**, en particulier en rural (distances, rareté des ressources, contrôle social, ...).

Des sujets encore complexes pour les jeunes

Les jeunes ne connaissent pas les risques liés aux HPV ni la vaccination qui permet de s'en protéger. **L'endométriase est encore négligée** ou minimisée par les professionnels de santé et elle peut gravement altérer la qualité de vie des

jeunes femmes concernées. Enfin l'**IVG reste une démarche complexe pour les jeunes femmes, notamment en rural**, et le besoin d'adultes pour les aider et accompagner a été souligné.

LES ADULTES : LES FEMMES EXPRIMENT DAVANTAGE DE DIFFICULTÉS ET DE BESOINS

Dépistage des cancers : distances en rural et manque d'information nuisent aux femmes



Au-delà des difficultés d'accès à la mammographie pour les publics non véhiculés en zones rurales, notamment pour les personnes modestes, certaines femmes redoutent les cancers radio-induits et se limitent à l'auto-palpation, sans savoir que cette méthode ne suffit pas. D'autres encore ont peur des résultats et évitent tout simplement le dépistage.

Les violences faites aux femmes : sentiment d'une aggravation pendant les confinements

Même si le sujet est aujourd'hui médiatisé et que certaines femmes repèrent bien les commissariats et gendarmeries pour porter plainte, plusieurs soulignent le besoin

d'espaces intermédiaires, en amont du dépôt de plainte, pour pouvoir en parler, conscientiser le problème et préparer leur mise à l'abri.

La ménopause : une étape parfois difficile, souvent minimisée ou invisibilisée

Les risques liés à la ménopause et la nécessité de maintenir un suivi gynécologique sont peu expliqués aux femmes (maladies cardiovasculaires, ostéoporose, cancers). Par ailleurs, les entretiens menés montrent qu'elles bénéficient rarement d'une prise en charge pour les troubles liés à la ménopause et la pré-ménopause et que le parcours de soin est particulièrement

complexe pour trouver un traitement efficace, certaines se contentant encore de « conseils entre femmes ». Au-delà, la ménopause est parfois vue comme la fin de la vie affective et sexuelle. Un constat renforcé par le fait qu'il serait difficile pour les femmes de trouver des partenaires après 40 ans, alors que les hommes pourraient se tourner vers des femmes plus jeunes.

Les parents : un décalage entre pères et mères, avec les jeunes ?

Les séparations conjugales viennent révéler ou renforcer les inégalités de sexe dans l'éducation des enfants, y compris en matière affective et sexuelle. Les femmes insistent sur le fait que cette tâche peut devenir accablante, alors que les ressources d'aide sont rares. Du côté des pères certains dénoncent une justice

partiale qui favoriserait les mères. Mais les deux sexes se sentent dépassés face à certaines évolutions, notamment concernant l'exposition des jeunes à la pornographie sur internet qui inquiète beaucoup certains parents, en demande d'une réglementation plus contraignante.

Activité sexuelle : la pression autour de la performance, pour les hommes et les femmes

Les stéréotypes sur l'érection masculine ou l'orgasme féminin sont une source de tensions voire de mal-être pour certains, et ce alors que certaines difficultés sont socialement minimisées (rapports douloureux, sexualité

après l'accouchement, ...). Mais, contrairement aux jeunes, les adultes semblent avoir moins recours à internet et ont peu de points d'appui pour être entendus et rassurés.

Volet 1, Regard et analyse des professionnels

1. Les enfants

1.1. La santé sexuelle et affective : un sujet peu abordé en école maternelle et en école élémentaire

D'après les professionnels que nous avons rencontrés, la question de la vie affective et sexuelle est très peu abordée avec les élèves de primaire, même si un cadre a été défini pour ce faire par l'Etat.

Le site du Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse³ indique ainsi que l'éducation à la sexualité s'organise de la manière suivante à l'école primaire :

Les temps consacrés à l'éducation à la sexualité incombent au professeur des écoles. Ces temps doivent être identifiés comme tels dans l'organisation de la classe et être intégrés aux enseignements. Ils sont adaptés aux opportunités fournies par la vie de la classe ou de l'école.

Le contenu de cette éducation est précisé dans le Code de l'éducation⁴, ainsi que sur le site du Ministère⁵. En substance, il s'agit essentiellement d'aborder ce sujet avec les élèves d'école élémentaire (pas en maternelle apparemment) afin de lutter contre les stéréotypes sur le rôle des femmes et des hommes dans la société, d'établir les bases de l'égalité filles-garçons, d'apprendre à l'enfant à respecter son corps et celui des autres et d'aborder la question du consentement.

Si le sujet n'est cependant que peu abordé à l'école, c'est peut-être parce que des parents d'élèves expriment parfois des inquiétudes quant au fait d'aborder ce sujet en classe avec leurs enfants. Il semble (comme c'est aussi le cas au niveau national), que ces parents redoutent que l'on aborde crûment, de manière détaillée et explicite, la sexualité et les rapports sexuels. Ces craintes pourraient semble-t-il s'ancrer dans des « valeurs » que certains parents mettraient en avant, valeurs qui viseraient à préserver « l'innocence » des enfants en n'abordant pas le sujet de la sexualité, ou qui viseraient à les protéger de conceptions qu'eux-mêmes ne partagent pas (en matière de sexe et de genre, d'égalité hommes-femmes notamment). Par ailleurs, le contexte actuel de révélations de scandales concernant



³ <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>

⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83A7EA898460D7ED946ADE5467E1B169.tpdila19v_1?idArticle=LEGIARTI000027682629&cidTexte=LEGITEXT000006071191&categorieLien=id&dateTexte=

⁵ https://www.education.gouv.fr/sites/default/files/imported_files/document/infographie_education_sexuelle_737367_798683.pdf

des prédateurs sexuels qui ont pu, impunément, agresser des enfants pendant des années, peut, par ailleurs alimenter les craintes de ces parents et expliquer que certains refusent que leurs enfants abordent ce sujet à l'école, et que ces sujets soient traités par les enseignants.

Si la plupart du temps ces difficultés semblent levées par les enseignants de primaire, qui parviennent à traiter le sujet de telle sorte que les parents ne risquent pas d'être heurtés, elles peuvent néanmoins demeurer ou s'intensifier lorsque les enseignants sont des hommes. Il arrive ainsi que dans certaines classes d'écoles primaires, des enseignants hommes fassent appel aux professionnelles femmes du CPEF local ou au Planning Familial, pour réaliser des interventions en classe sur le sujet de la sexualité, des relations filles-garçons. Le fait que ces interventions soient réalisées par des femmes abaisse le niveau de crainte des parents et protège les enseignants hommes d'éventuelles suspensions.

Malgré ces écueils parfois repérés, les professionnels interviewés soulignent la nécessité d'aborder ce sujet dès le plus jeune âge et de travailler de manière précoce et adaptée les notions d'égalité entre les filles et les garçons, mais aussi celles du consentement.

1.2. Élèves de sixième et de cinquième : le « cours magistral » doit être évité

Au collège, les craintes des parents semblent moins prégnantes qu'en primaire, et le fait même que certaines dimensions doivent être vues en cours (et notamment en Sciences et Vie de la Terre) est peut-être d'emblée mieux accepté par les parents. Par ailleurs, le Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse prévoit qu'au collège (comme au lycée) au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité soient mises en place « *qui relient et complètent les différents enseignements dispensés en cours. La durée des séances et la taille des groupes sont adaptées à chaque niveau de scolarité. Ces séances sont organisées par une équipe de personnels volontaires et formés (professeurs, conseillers principaux d'éducation, infirmiers, etc.), le cas échéant en lien avec des partenaires extérieurs ayant un agrément national ou académique.* »

Si la thématique semble donc moins problématique pour les parents d'élèves au collège les professionnels rencontrés ont souligné qu'il fallait être particulièrement attentif en la matière à ne pas faire un cours « magistral » aux élèves, et qu'il fallait au contraire favoriser les pédagogies interactives, afin de maintenir leur attention et intérêt. Le programme de Sciences et Vie de la Terre (SVT) aborde certains thèmes (reproduction sexuée) de manière formelle, qui seront évalués, et qui peuvent être mises en lien avec les interventions concernant la vie sexuelle et affective, ces dernières doivent cependant se distinguer d'un cours dans leur forme.

En effet, d'après les professionnels rencontrés, il ne s'agit pas ici de mémoriser des connaissances, mais d'amener les élèves à questionner leurs représentations, à mettre en perspective certains enjeux (égalité filles-garçons, consentement) dans une dynamique de dialogue, qui n'est pas toujours celle d'un cours où l'enseignant transmet une connaissance.

Il apparaît donc primordial pour plusieurs des personnes interviewées de préserver des temps d'échange *ad hoc*, avec les élèves pour aborder les questions liées à la vie sexuelle et affective

les messages oraux enregistrés (les « *audios* »), sont devenus les formes de communication « téléphonique » largement majoritaires. Les jeunes n'utilisent ainsi que rarement leur voix au téléphone : ils se parlent en s'écrivant, et s'envoient des messages qui ne sont pas des lettres, avec une grande rapidité dans une logique d'immédiateté. Qu'il s'agisse d'amis intimes ou de personnes rencontrées sur les réseaux sociaux, c'est l'écrit qui prime, en toute circonstance... Ce qui a pour corollaire que les échanges laissent des traces, ce qui était beaucoup moins le cas pour les générations antérieures : sms, photos, vidéos, enregistrements audio...

Le téléphone portable de type « *smartphone* » permet ainsi aux jeunes d'être facilement en contact les uns avec les autres, de jour comme de nuit, potentiellement en permanence, avec pour seule limite le contrôle parental, plus ou moins strict au collège, et naturellement de plus en plus faible lorsque l'adolescent atteint le lycée, entre en apprentissage. Le contact entre jeunes est grandement facilité par le téléphone, même pour ceux habitant en zones rurales, mais il n'empêche pas les situations de solitude ou d'isolement social ou encore de harcèlement. C'est notamment à partir des « traces » écrites photographiques que des mécaniques d'agressions ou de harcèlement peuvent se mettre en place : insultes, mais aussi diffusion de photos personnelles, souvent intimes, qui avaient initialement vocation à rester dans le cadre d'une relation privée, bilatérale. Les jeunes échangent ainsi pour certains des photos d'eux-mêmes dénudés (les

« *nudes* »), notamment dans le cadre de relations amoureuses. Lorsque la relation prend fin de manière conflictuelle, il arrive que l'un ou l'autre diffuse largement les « *nudes* » de son ex-partenaire (apparemment, les garçons seraient plus prompts à diffuser les images de leurs ex-copines) par vengeance ou encore lorsque l'un ou l'autre exerce une forme de chantage autour de la diffusion de ces images. L'usage du téléphone par les jeunes recouvre donc de nombreux enjeux dans le domaine de la santé sexuelle et affective : s'il permet un lien facilité, hors des temps partagés physiquement au collège ou au lycée, il peut être source de maltraitance, de violences psychologiques, de relations de dominations, certains utilisant les traces écrites ou photographiques contre leur émetteur. Ces problématiques d'agressions et de harcèlement, qui peuvent avoir lieu entre jeunes de même sexe ou entre garçons et filles, semblent encore plus marquées pour les filles, d'après certains des professionnels. Les images « dénudées » sont encore plus délétères en termes de « réputation » pour les filles que pour les garçons semble-t-il, preuve que certaines normes sociales s'appliquent encore de manière inégalitaire et stigmatisante pour les filles



- **Internet : apports et limites pour les jeunes, en matière d'information**

La plupart des jeunes ont un accès à internet, et ce dès le collège, grâce à un ordinateur personnel mais le plus souvent grâce à leur « smartphone ». Ils peuvent ainsi explorer les questions et sujets qui les intéressent grâce aux moteurs de recherche existants et avoir instantanément des informations, parfois exactes et d'autres fois moins, à partir de sites internet aujourd'hui devenus pléthoriques. La sexualité ne fait pas exception et les jeunes peuvent visiter une multitude de sites et de forums pour se renseigner sur des sujets qu'ils abordent déjà ou non, avec leurs amis, leurs parents. Internet peut constituer un support d'information intéressant, notamment pour les jeunes habitent en zone rurale, loin des ressources d'information et d'aide (CPEF, BIJ, Maison des adolescents, ...) ou pour ceux qui ont le sentiment de ne pas être dans « la norme » et qui ont besoin de chercher des réponses à leurs questions au-delà de leur réseau social et affectif de proximité. Ainsi, les jeunes « LGTB+ » peuvent-ils parfois plus aisément être rassurés et informés sur les questions qui les préoccupent par les sites et « forums » (lieux de discussion sur internet) alors que leur entourage ne connaît pas leur orientation sexuelle ou la désapprouve. Internet peut ainsi désenclaver ces jeunes au sens propre comme au figuré.

Une partie des professionnels rencontrés s'inquiète cependant de ce que les jeunes découvrent la sexualité au travers d'images pornographiques. Pour ces professionnels le risque est que les jeunes n'aient pas d'autres références que les films et images pornographiques, alors même qu'ils vivent parfois dans un environnement social où l'égalité homme-femme n'est pas acquise. Au-delà, ils craignent que la pornographie crée ou renforce dans l'esprit de certains jeunes des normes de performances, mais aussi de domination ou de consommation qui rendent ensuite difficile l'accès à une vie affective et sexuelle, basée sur le respect et l'égalité, avec un partenaire « réel ».

D'autres professionnels rencontrés, et notamment des hommes, ont moins d'inquiétudes quant à l'accès des jeunes à des images pornographiques. D'après eux, la consommation d'images pornographiques existait déjà aux générations précédentes et, même si l'accès en était moins aisé qu'avec internet, le phénomène n'est pas nouveau. Cela n'empêcherait nullement les jeunes de bien distinguer une sexualité fantasmagorique de la réalité ni de rechercher des relations affectives ou encore de tomber amoureux. Par ailleurs, certaines vidéos « amateurs » mises sur internet mettraient en scène des personnes ayant des physiques très divers, qui ne correspondent pas forcément à celui des « stars du porno », ce qui pourrait être rassurant, finalement, pour certains jeunes qui peuvent s'inquiéter de ce que leur visage, leur corps ou leurs pratiques ne soient pas dans la « norme » et qu'ils aient peu de chances de séduire ou d'avoir des relations sexuelles et affectives. Finalement, selon ces professionnels, la « banalisation de la pornographie » ne serait pas un risque si grand qu'on le croit pour les jeunes, dès lors qu'ils ont d'autres références, par ailleurs, sur ce qu'est une relation affective (amis, famille, proches) et qu'ils peuvent trouver des espaces pour discuter et prendre du recul sur les images qu'ils voient.

En tout état de cause, les professionnels convergent : les jeunes, garçons et filles, sont très préoccupés des enjeux amoureux : « *comment savoir lorsque l'on est amoureux ?* », « *comment savoir si l'on est aimé ?* », sont des questions récurrentes pour eux, comme elles l'étaient aux générations précédentes. Par ailleurs, ils constatent que les jeunes peuvent vivre

des relations intenses, avoir des attentes « romantiques », se projeter dans des relations durables, malgré ce à quoi ils pourraient être exposés via internet.

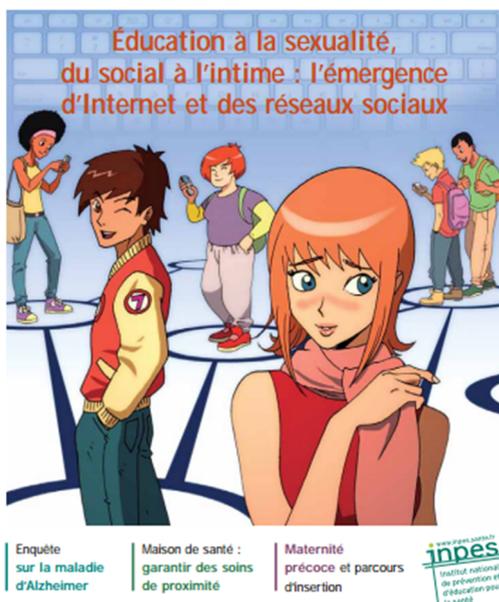
Certains des professionnels interviewés concluent que l'enjeu réside donc dans la diversité des références et « modèles » qui sont proposées aux jeunes et dans les espaces qui leur sont accessibles pour en discuter.

- **Les réseaux sociaux : relations « virtuelles » versus relations « réelles » ?**

Un autre point d'inquiétude pour certains professionnels concerne les rencontres effectuées sur Internet. En effet, si les jeunes continuent à se rencontrer physiquement, au collège, au lycée, lors d'évènements festifs, ils sont nombreux à avoir, aussi, une « vie » sur internet, où ils rencontrent parfois des personnes avec qui ils entament des relations éphémères mais aussi parfois durables. Cette vie sur internet est étroitement liée aux réseaux sociaux, qui sont pour certains « généralistes » (Instagram, Twitter, You Tube, ...) et permettent à beaucoup de se mettre en scène, avec des images de leur vie quotidienne, des « tutoriels » (maquillage, décoration, « lifestyle » ...), parfois dans l'espoir pour certains de devenir des « influenceurs » (et autres « instagrammeurs » ou « youtubeurs »). Les jeunes qui ont un compte sur un ou plusieurs réseaux ont ainsi des « followers », c'est-à-dire des abonnés, qui peuvent être des amis, des relations, mais aussi des inconnus, si les jeunes ouvrent leur compte au grand public.

Si certains jeunes rencontrent le succès, deviennent effectivement célèbres et semblent s'enrichir via l'activité qu'ils développent sur leur compte (Enjoy Phoenix, Lucas Dorable, ...), la plupart ne sont connus que de quelques dizaines ou centaines de « suiveurs » ou « abonnés », personnes, qu'ils ne connaissent pas, pour la grande majorité. Ces réseaux de « mise en scène de soi » peuvent aussi, accessoirement, permettre de réaliser des rencontres : les jeunes entrent en contact via leur compte, puis éventuellement continuent à communiquer de manière privée par ce compte ou avec d'autres supports de dialogue (sms, WhatsApp, Messenger, ...). Quelquefois un dialogue s'instaure qui peut s'ancrer dans une relation de séduction, avec ou non, une rencontre physique à la clé.

Les jeunes utilisent aussi des réseaux explicitement dédiés aux rencontres (tout particulièrement Tinder). Dans tous les cas, les relations peuvent être éphémères, ou s'installer dans la durée, après une rencontre physique, mais aussi parfois sans que cette rencontre ait lieu, ce qui intrigue et inquiète une partie des professionnels rencontrés.



En effet, au-delà du fait que certains professionnels se méfient des rencontres effectuées sur internet, qui laisseraient peu de place à l'affectif et seraient essentiellement tournée vers une forme de consommation sexuelle, le fait que certaines relations demeurent « virtuelles » ou tardent à se concrétiser par une rencontre physique leur apparaît, en soi, comme un risque. Pour certains professionnels, les rencontres « virtuelles » ne sont pas des rencontres « réelles » et le dialogue qui parfois s'instaure entre deux jeunes (qui peuvent être très éloignés géographiquement) relève du pur fantasme. Ces professionnels redoutent que ces jeunes fuient la réalité et se contentent d'échanges par téléphone ou via des réseaux sociaux, qui ne pourraient qu'aboutir à une déception ou à une prise de risque. En effet, et notamment en ce qui concerne les mineurs, l'une des craintes des professionnels est que les

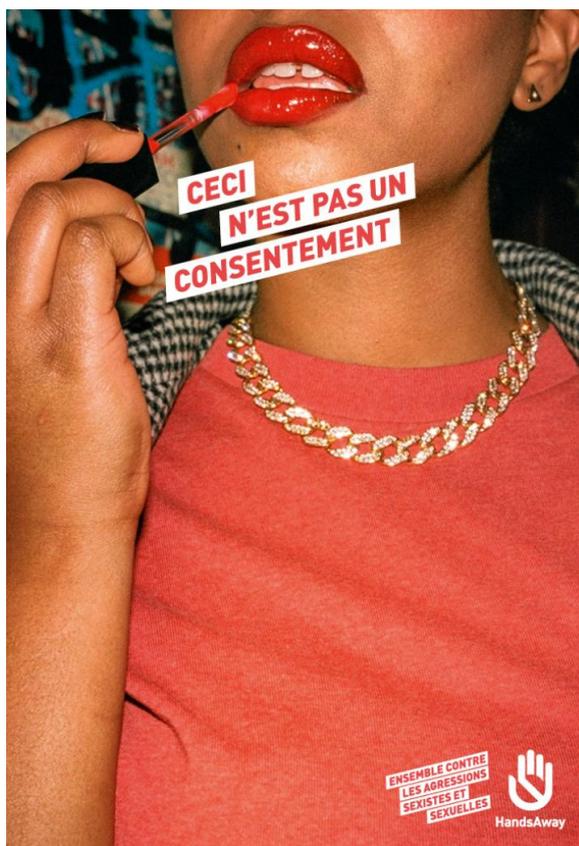
jeunes rencontrent des personnes mal intentionnées, plus âgées, avec un risque d'agression morale ou physique (demande de photos dénudées, propositions de rencontres physiques entre un majeur et un mineur, ...)

Ces craintes ne sont pas entièrement partagées par tous les professionnels : certains considèrent que ce mode de rencontre, via des sites Internet, fait de plus en plus partie de la réalité des jeunes et des moins jeunes et que s'il faut rester vigilant et continuer à informer les jeunes sur les dangers potentiels des rencontres, il faut aussi accepter cette nouvelle réalité. Une fois de plus, ces divergences de points de vue mettent en exergue le fait que les adultes, y compris les professionnels, ont chacun leurs propres formations, représentations, valeurs, normes, expériences et qu'ils les appliquent aux jeunes tout en admettant parfois mal connaître ou comprendre les « nouveaux codes » amoureux ou du moins les codes de la rencontre chez les jeunes, qui ont été largement modifiés en une génération.

2.2. Les représentations des jeunes sur la vie amoureuse, les « rôles » masculins et féminins : les clichés ont la vie dure

Les professionnels constatent que les jeunes héritent des représentations de leur milieu social, en ce qui concerne les « rôles » masculins et féminins, la rencontre amoureuse et le couple, et ce avec ou sans internet. Les professionnels observent ainsi qu'une partie des jeunes qu'ils suivent, notamment dans les milieux défavorisés, urbains ou ruraux, ont parfois beaucoup de stéréotypes sur ce que doit être un homme, une femme, et aussi parfois subissent une réelle pression de la part de leur groupe social, et de leurs parents en premier lieu, quant au comportement qu'ils doivent adopter en tant qu'homme ou femme. Il y aurait un « éternel féminin », un « éternel masculin », une essence qui définit l'appartenance à l'un ou l'autre sexe et à laquelle il faut correspondre sous peine d'être considéré comme une personne déviante, peu respectable et d'être frappé de réprobation ou de rejet par son groupe. Concernant les filles il y a ainsi toujours, dans certains milieux l'obligation de la virginité jusqu'au mariage, et d'une manière générale, un objectif de « pureté » associé à l'autre figure « idéale », celle de la mère, parfois même de la mère au foyer. A l'inverse, les filles ou femmes qui choisiraient d'avoir une sexualité libre, hors mariage, ou celles qui simplement ne suivraient pas les injonctions vestimentaires visant à la modestie seraient dans la « provocation », prenant des risques qu'elles doivent alors assumer. Le non-respect de ces règles, qu'elles soient implicites ou explicites dans les familles, exposerait les filles et les femmes à des conséquences qui peuvent aller jusqu'à l'agression sexuelle. A cet égard, il est surprenant de constater que la notion de « provocation sexuelle » n'est pas absente des représentations de certains professionnels qui étaient présents dans les groupes (majoritairement des femmes) : un short ou une jupe un peu courte peuvent être jugés comme « provocants ». Le terme peut sembler problématique, pourtant il est présent dans certains règlements intérieurs d'établissement scolaires, d'après les propos recueillis.

En effet, même si la « provocation » est parfaitement inconsciente de la part de la jeune fille, même si elle n'a absolument pas l'intention ni la volonté d'attirer l'attention des garçons, ceux-ci pourraient être interpellés et interpréter la tenue de cette jeune fille comme une invitation, muette mais active, à une relation sexuelle, a minima comme une sorte de « consentement » non verbalisé. Ainsi, l'absence d'intention ne diminuerait pas ce que certains adultes jugent être une prise de risque et ce, même si l'agression sexuelle (attouchements, ...) est condamnée par tous. Même sans intentionnalité, la fille pourrait alors



être jugée sévèrement par la société, comme une « inconsciente » par rapport au risque qu'elle prend⁶, et finalement relativement responsable de ce qui lui arrive.

Le corollaire de cette représentation est que les garçons sont considérés comme pouvant perdre le contrôle de leurs gestes et agir de manière impulsive, face à une fille qui montre certaines parties de son corps (cuisses, ventre, décolleté notamment) et que ce risque de perte de contrôle ferait partie d'une « essence » masculine. L'imagerie multiséculaire de la femme « tentatrice » et de l'homme « piégé »⁷⁸ survit toujours dans les représentations de certains, quel que soit le groupe social d'appartenance. Et, même si la légitimité de la sanction de l'agression sexuelle semble aujourd'hui socialement acquise, celle-ci n'exonérerait pas la femme ou la jeune fille d'une forme de responsabilité, dans les représentations de certains, hommes ou femmes, face au risque d'agression.

Certaines infirmières scolaires interviewées ont ainsi souligné qu'il leur fallait parfois lutter, au sein de leurs établissements, contre cette stigmatisation des filles accusées d'être habillées ou maquillées de manière « *provocante* ». Une « *provocation* » qui engendrerait une forme de compréhension et de légitimation de certains adultes face aux gestes ou paroles connotés sexuellement de la part des garçons, ces derniers ne pouvant « *résister* » à ces « *provocations* » sexuelles. En miroir de cette stigmatisation des filles, les garçons sont considérés comme étant soumis à des pulsions irrépressibles, qui atténuent leur libre-arbitre et responsabilité.

Les garçons subissent ainsi eux-mêmes des stéréotypes, toujours ancrés dans un imaginaire de « puissance », d'une « essence » de virilité, faite à la fois de force physique et d'une sorte de rigidité psychique. Les professionnels hommes qui ont participé aux entretiens ont ainsi témoigné des confidences et inquiétudes d'adolescents qui leur parlent de la « pression » qu'ils vivent, nourrie à la fois par les discours de leurs pairs, certaines injonctions familiales (« les garçons ne doivent pas pleurer », par exemple) et les images vues sur internet. Les garçons seraient ainsi censés « *assurer* » sexuellement, en toute situation, (érections à la demande, éjaculations



⁶ « Les filles doivent donc s'adapter aux garçons et non l'inverse, par exemple en n'ayant pas des tenues provocantes. C'est à elles de « *calmer le jeu* » ». Durif-Varembont Jean-Pierre, Mercader Patricia, « Les violences de genre à l'école, terreau des violences conjugales ? », *Recherches familiales*, 2019/1 (n° 16), p. 117-128. DOI : 10.3917/rf.016.0117. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2019-1-page-117.htm>

⁷ Olivia Gazalé, *Le Mythe de la virilité, un piège pour les deux sexes*. Pocket Agora. 2019

⁸ Françoise Héritier, *Masculin Féminin II, Dissoudre la hiérarchie*, Edition Odile Jacob, 2002

abondantes, ...) pour satisfaire les filles, le contraire étant une preuve d'incompétence, de manque de virilité.

Cette exigence de « virilité » semblerait couplée à la nécessité de contrôler ou dominer, d'une manière ou d'une autre, sa compagne. Ces représentations très anciennes, n'auraient cependant pas cours aussi intensément chez tous les jeunes et elles sont décrites par les professionnels comme étant particulièrement présentes dans les milieux modestes, aussi bien dans les quartiers en politique de la ville que dans les milieux ruraux.

Les professionnels constatent par ailleurs que ces représentations fantasmatiques autour de l'homme dominant et d'une femme « pure » et plutôt soumise donnent lieu à des comportements inquiétants chez certains couples de jeunes ou d'adolescents. Un jeu de contrôles, d'interdictions-autorisations, peut ainsi se mettre en place qui scellerait ou prouverait la fidélité de l'un envers l'autre. Ainsi certaines filles accepteraient que leur « petit copain » exerce une surveillance sur leur téléphone (contacts, conversations, ...), surveillance qui témoignerait de l'intérêt du garçon pour elles, mais aussi de leur propre intérêt pour le garçon, cette acceptation de surveillance constituant un gage de transparence, mais aussi de soumission et, *in fine*, de fusion... Si le jeu amoureux et consenti ne pose pas de problème aux professionnels, en tant que tel, ces derniers soulignent le risque de dérapage qui peut exister lorsque la relation se détériore, alors que l'un ou l'autre n'accepte pas la distanciation, la séparation. La surveillance exercée sur le partenaire peut se transformer en harcèlement, et de là glisser vers des formes de diffamation plus ou moins agressives, avec diffusion d'images privées sur les réseaux sociaux.

Ces difficultés qui sont présentes à l'échelle de toute la société semblent néanmoins accentuées chez certains jeunes. Les professionnels interviewés ont insisté sur le fait que les adolescents et les jeunes de milieux modestes et défavorisés, plus souvent présents dans les lycées professionnels ou parmi les jeunes sans emploi et sans formation, sont davantage concernés par certains stéréotypes, avec un risque accru d'agressivité envers ceux qui ne correspondent pas à ces représentations à la fois « traditionnelles » et stigmatisantes sur l'identité et le rôle des hommes et des femmes. Intolérance envers les homosexuels (et plus largement envers tous ceux qui sont jugés déviants : transgenres, transsexuels, ...), envers les filles qui ont un comportement « libre » et les garçons qui seraient trop « sensibles ». Dans certains milieux, les jeunes auraient ainsi des représentations très rigides sur ce que doivent être le couple, la sexualité, le rôle des hommes et des femmes, représentations héritées de leur famille, mais aussi de leur groupe social.

2.3. L'apprentissage de la sexualité : voyages, internet, ...

Internet a véritablement modifié la donne en matière d'apprentissage de la sexualité, du fait des nombreux sites abordant cette thématique, des réseaux sociaux qui démultiplient les possibilités de rencontres, et enfin de la pornographie aujourd'hui très facilement accessible... Les possibilités accrues de mobilité physique des jeunes ont aussi modifié leurs apprentissages dans ce domaine : la démocratisation des voyages a ainsi contribué à élargir les contextes et opportunités de rencontres et d'initiation à la sexualité.

Certains professionnels repèrent ainsi des pratiques comparables aux « *Spring breaks* » en vogue dans les pays anglo-saxons et tout particulièrement aux États-Unis, qui sont des voyages organisés dans des lieux de villégiature, regroupant des centaines de jeunes, avec pour objectif affiché de s’amuser, dans un « lâcher-prise » qui concerne au premier chef les rencontres et la sexualité, avec en toile de fond la possibilité de consommer des substances psychoactives (alcool, drogues diverses). Des professionnels présents aux groupes connaissent des jeunes, et tout particulièrement des garçons, qui participent à ce type de voyages organisés en Espagne, dans des lieux réputés à la fois pour la modestie des coûts et pour les ressources de loisirs et de rencontres présentes, à savoir les plages et les boîtes de nuit. Les Iles Baléares nécessitant un certain budget, beaucoup de jeunes se rabattent sur des petites villes de la côte catalane espagnole, moins chères (Lloret de Mar, Salou, ...) et facilement accessibles par cars low-cost. Ces voyages constituent pour les jeunes des occasions de rencontres et de rapports sexuels, avec d’autres jeunes rencontrés sur place, mais aussi semble-t-il, avec des prostituées, tout ceci pouvant impliquer des prises de risques accrues si les rapports ne sont pas protégés, et ce encore plus chez des jeunes inexpérimentés.

Au-delà, les occasions festives, quelles qu’elles soient, demeurent des opportunités de rencontres de partenaires pour les jeunes, l’alcool et le cannabis « aidant » parfois, sans que les risques associés soient bien repérés par les jeunes.

Par ailleurs, certains professionnels notent que chez les jeunes filles issues de familles pour lesquelles la virginité est un impératif absolu avant le mariage, l’apprentissage de la sexualité peut se faire par une pratique consentie mais pas forcément souhaitée : la sodomie. Cette pratique serait parfois considérée comme le meilleur moyen de « garder » son partenaire, tout en préservant sa virginité, si importante pour certains. Outre le fait que les filles n’apprécient pas toujours cette pratique, sans parfois oser le dire, elles ignorent souvent, tout comme leurs partenaires, que certaines contaminations peuvent également se produire de cette manière, notamment en ce qui concerne le papillomavirus. Les jeunes pratiquent ainsi peut-être parfois la sodomie sans préservatif et prennent des risques qu’ils ignorent. Ce constat n’est cependant pas partagé par tous les professionnels que nous avons rencontrés. Le Planning Familial ne repère pas cette problématique de sodomie non souhaitée à visée de préservation de l’hymen chez les jeunes femmes qui ont recours à ses centres et à ses antennes et souligne le risque d’un discours stigmatisant pour certaines populations. Ce point ressurgit régulièrement depuis 20 ans dans les recherches universitaires⁹ comme dans les études de terrain... Les acteurs convergent toutefois sur le fait qu’il est nécessaire d’informer les jeunes que le préservatif sert aussi à se protéger du papillomavirus en cas de pratiques anales.

⁹ Simon Patrick, Construction et pratiques de la sexualité des garçons d’origine maghrébine en quartier populaire. Entretien avec Christelle Hamel », *Mouvements*, 2002/2 (n°20), p. 57-65. DOI : 10.3917/mouv.020.0057. URL : <https://www.cairn-int.info/revue-mouvements-2002-2-page-57.htm>

La masculinité dans le contexte de la galère : le cas de garçons français maghrébins face aux risques d’infection par le VIH”, in ANRS, Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux, Paris, coll. *Sciences sociales*, Editions de l’Agence nationale de recherche sur le sida, 2002, pp. 85-98

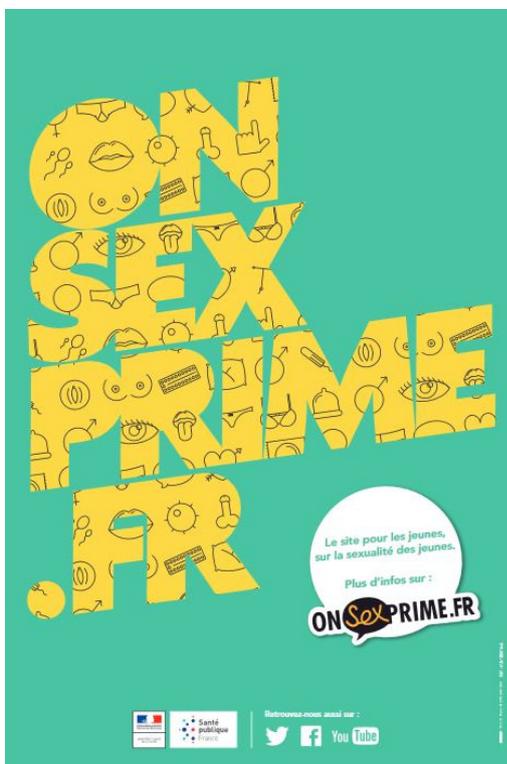
Plus généralement, les professionnels insistent sur le fait que si Internet peut sembler délivrer quelques « modes d'emploi » sur la sexualité, le passage à l'acte réel demeure anxiogène pour une partie des jeunes, qui se demandent s'ils vont être « à la hauteur », sans pour autant avoir toujours bien conscience de la nécessité de se protéger et sans toujours bien savoir comment se protéger efficacement.

2.4. Des sujets encore très mal connus de nombreux jeunes

- **Méconnaissance de l'anatomie, des IST**

Les professionnels observent et s'étonnent de la profonde méconnaissance de certains jeunes sur de nombreux thèmes qui touchent au corps et à la sexualité.

Pour une partie des jeunes, et notamment ceux issus de milieux défavorisés, l'anatomie des parties génitales est ainsi extrêmement mal connue. Ces jeunes peinent à nommer et donc à reconnaître les différentes parties qui composent leurs organes, ce qui peut rendre certains messages de prévention inopérants. Par ailleurs, les infections sexuellement transmissibles semblent très mal connues des jeunes. Si le Sida est une pathologie bien repérée, les autres IST le sont beaucoup moins : gonorrhée, chlamydiae, sont complètement inconnues d'une grande partie des jeunes (symptômes, séquelles possibles, ...) et ne sont pas associées à un risque de contamination par un rapport sexuel.



Tous les collégiens étudient la reproduction humaine en cours de Sciences et Vie de la Terre et une grande majorité bénéficie de séances d'éducation à la vie sexuelle, réalisées par des infirmières scolaires ou par des intervenants extérieurs, néanmoins un certain nombre de jeunes semble avoir d'importantes lacunes. Ceci questionne les séances de prévention auxquelles les jeunes sont effectivement exposés. D'après le Planning de Sud-Ardèche, il semble que les 3 séances annuelles de prévention, préconisées, par l'Education Nationale, ne soient, dans la réalité, pas effectivement mises en place dans la plupart des établissements. Le Planning souhaiterait à cet égard qu'un état des lieux précis soit réalisé sur le territoire (voire le département) pour connaître exactement le nombre de classes, d'élèves, qui bénéficient effectivement de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective, mais aussi comment sont réalisées ces séances et

dans quelles conditions. Il est assez probable qu'une seule séance par an, parfois de courte durée, plus ou moins participative, impacte moins la mémoire et la réflexion des jeunes que plusieurs séances, qui sollicitent leur participation active. Le fait qu'une partie des jeunes

connaissent mal leur anatomie, mais aussi les ressources en matière de vie sexuelle et affective témoignent ainsi peut-être d'une trop faible exposition des jeunes à des séances de prévention dans ce domaine.

- **Les difficultés rencontrées par les jeunes en matière d'accès à la contraception**

Plusieurs des professionnels qui ont participé à cette étude ont pointé un problème d'accès à la contraception d'urgence qui semble particulièrement délicat dans des zones rurales, où il y a peu de ressources de santé et notamment peu de pharmacies. Ainsi, il arrive encore que des pharmacies refusent de délivrer une contraception d'urgence à des jeunes filles mineures si celles-ci ne peuvent produire une pièce d'identité et ce, afin de vérifier qu'elles sont effectivement mineures. Il s'agit là, dans le meilleur des cas, d'une méconnaissance de la réglementation en vigueur en France, qui stipule que toute jeune fille a le droit de demander une contraception d'urgence en pharmacie, gratuitement, sans avoir à montrer de pièce d'identité¹⁰, et ce, sur simple déclaration orale de sa part concernant sa minorité d'âge. En outre, il semble que certaines pharmacies omettent d'expliquer aux jeunes filles qu'après la prise d'une contraception d'urgence, il reste nécessaire d'effectuer un test de grossesse quelques jours après le rapport. Ce test est indispensable étant donné que la contraception d'urgence peut ne pas fonctionner à la première prise ou encore être prise trop tard. Ces difficultés avec certaines pharmacies semblent suffisamment fréquentes pour qu'elles soient repérées par les professionnels qui travaillent avec des jeunes et qui s'inquiètent des risques que cela peut engendrer en termes de grossesses non désirées. Sans compter que les jeunes filles ont parfois du mal à se rendre à la pharmacie la plus proche de chez elles, craignant un contrôle social (et une éventuelle « dénonciation » aux parents), un contrôle qui serait peut-être plus fort dans certaines zones rurales, où il y a peu de pharmacies et où « *tout le monde se connaît* ». Cette crainte n'est peut-être pas fondée, mais elle constitue un véritable obstacle pour certaines filles.

¹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000593371&categorieLien=id>



Enfin, certaines jeunes filles, à l’instar de leurs mères parfois, sont demandeuses de contraception non-hormonale et notamment de stérilets en cuivre. Or, certains professionnels interviewés observent des réticences chez des professionnels de santé à prescrire des stérilets (Dispositifs Intra-Utérins) à des jeunes femmes qui n’ont pas eu d’enfants. Certains des professionnels interviewés reconnaissent eux-mêmes avoir du mal à se défaire des idées qui leur ont été inculquées dans leurs années de formation, où la pilule était largement promue chez les jeunes alors que le stérilet était réservé aux femmes ayant déjà eu au moins un enfant. Cette vision des DIU qui a longtemps prévalu en France (contrairement à ce qui s’est passé dans d’autres pays européens) est toujours présente chez certains professionnels, alors même que les jeunes filles qui ne souhaitent pas prendre une

contraception hormonale (par refus des hormones), ou qui simplement supportent mal la pilule, ne savent pas toujours qu’elles peuvent sans risques utiliser des DIU, si cette contraception est plus confortable pour elles.

Les professionnels rencontrés ont été nombreux à pointer les difficultés actuelles d’accès à des préservatifs gratuits. Les infirmeries scolaires n’ont plus aujourd’hui que des budgets très réduits pour acheter des préservatifs. Alors qu’il y a dix ou quinze ans, les infirmeries scolaires pouvaient très facilement donner des préservatifs aux collégiens et lycéens, cela n’est plus le cas aujourd’hui. Les entretiens de groupe ont ainsi permis à certaines infirmières scolaires et éducateurs spécialisés de se mettre en lien avec des professionnelles de CPEF, afin d’obtenir des préservatifs pour pouvoir « refournir » les maigres stocks de l’infirmerie, vite épuisés. Au-delà des questions de facilité d’accès et de gratuité, les préservatifs qui sont donnés aux jeunes (établissements scolaires, Missions Locales, ...) ne répondent pas forcément à leurs attentes. En effet, il semble que les jeunes, notamment les garçons, inquiets que les préservatifs les protègent mais puissent diminuer leurs sensations, préféreraient ceux qui sont les plus fins, qui souvent sont de marques et de gammes plus chères que les préservatifs « de base ». D’après certains des professionnels présents aux groupes, ce sont ainsi les préservatifs les plus fins des marques Durex, Skyn qui sont les plus demandés par les garçons... Mais ce sont aussi les plus chers et donc les plus difficilement accessibles.

Du côté des jeunes femmes, quelquefois très jeunes (avant 18 ans) l’utilisation d’une contraception questionne parfois un désir d’enfant, ou de maternité. Certains professionnels observent qu’il peut exister chez certaines un réel désir d’enfant, mais notent une difficulté à entendre ce possible désir d’enfant, notamment chez les mineures. Le débat reste ouvert en la matière. Si dans certains cas, les jeunes femmes peuvent souffrir de manques affectifs, vivent dans un contexte familial difficile, ou plus simplement dans un environnement où la

maternité est présentée comme un objectif primordial pour une femme, et qu'un enfant peut alors apparaître comme une réparation de ces manques, une réponse à cette « norme », cela n'est pas forcément toujours le cas. Ces questionnements sont anciens, complexes et renvoient à des dimensions biologiques, psychologiques, sociologiques et aussi juridiques (notamment sous l'angle de la protection des mineurs).

Les professionnels observent donc que, malgré les actions de prévention et d'information effectuées en milieu scolaire sur la contraception, certaines jeunes filles n'en prennent aucune.

A la méconnaissance de leur anatomie, des différents moyens de contraception et de leur utilisation, il est également possible, en outre, que certaines jeunes filles aient besoin d'être rassurées sur leur fertilité. En effet, le risque de stérilité inquiète certaines jeunes femmes qui peuvent craindre que ce problème ne soit largement répandu. Il pourrait ainsi exister chez certaines, une sorte d'intention paradoxale, à la fois de ne pas tomber enceinte, tout en prenant le risque d'être « rassurées » sur leur fertilité par un début de grossesse... Il est important de souligner que cette hypothèse ne fait pas l'unanimité parmi les professionnels rencontrés. Alors que certains s'appuieraient sur des écoles relevant de la psychanalyse ou de la psychiatrie (qui développent des modèles d'analyse d'intentions simultanées et contradictoires, également mobilisées sur d'autres problématiques, comme le déni de grossesse par exemple), d'autres considèrent qu'il s'agit là d'approches culpabilisantes pour les femmes, qui masquent de réelles difficultés d'accès à la contraception. Le Planning Familial de Sud-Ardèche a ainsi rappelé que ces difficultés sont souvent minimisées alors qu'elles demeurent très fortes et sont multiples.

Les fenêtres contraceptives, en premier lieu, constituent une forte contrainte pour les femmes. Les ordonnances de pilules qui ne sont délivrées que pour trois mois constituent un autre obstacle car elles obligent les femmes et jeunes filles à consulter leur médecin tous les trois mois, ce qui peut s'avérer difficile pour des raisons d'éloignement géographique, de moyens de déplacements ou de précarité économique. Par ailleurs, certains médecins recommanderaient des "pauses" aux femmes, lors de changements de contraception, ce qui signifie que ces femmes ne sont pas protégées pendant plusieurs semaines ou mois. Dans d'autres cas, les prescriptions de contraception sont mal adaptées aux femmes qui doivent interrompre leur contraception face aux difficultés vécues (douleurs, saignements, ...). D'autres femmes sont mal renseignées sur la nécessité et les possibilités de contraception en post-partum (même en cas d'allaitement).

Il arrive par ailleurs, semble-t-il, que des professionnels de santé libéraux refusent le renouvellement d'une contraception pour des motifs qui peuvent leur paraître étayés, mais qui ne sont pas à eux seuls suffisants pour justifier un tel refus (exigence de l'arrêt de consommation de tabac, exigence d'un dépistage d'IST au préalable...). Il est essentiel de souligner que ces pratiques ne sont pas décrites comme concernant une majorité de professionnels libéraux et qu'elles ne font l'objet d'aucun recensement objectif sur le

territoire. Néanmoins elles constituent une véritable entrave à l'accès à la contraception et semblent régulièrement repérées.

Le Planning Familial a par ailleurs précisé qu'en Sud-Ardèche, l'accès à la contraception passe presque exclusivement par le recours aux médecins généralistes et sages-femmes libéraux, moins accessibles au plan économique aux personnes ne bénéficiant pas d'une couverture sociale, ou qui se déplacent difficilement faute d'avoir un véhicule, le permis de conduire (problématique forte en rural) et ce, sur les plages d'ouvertures des cabinets, parfois restreintes. En outre, rappelons que la gratuité des consultations n'est garantie que pour les mineures qui ont plus de 15 ans : les jeunes majeures, même ayant très peu de ressources, ne bénéficient pas de cette gratuité. Si en Sud Ardèche, les créneaux d'ouvertures du CPEF sont bien accessibles pour les lycéennes, ils ne seraient pas adaptés, en revanche, aux contraintes d'emploi du temps des jeunes du CFA et de la MFR présents sur le territoire.

- **Les difficultés rencontrées par les jeunes en matière d'IVG**

En premier lieu, pour certaines jeunes femmes, les contraintes de déplacements, économiques, ou encore une méconnaissance, peuvent entraîner un accès tardif aux tests de grossesse.

Par ailleurs, l'accès aux IVG médicamenteuses est parfois complexe. Ainsi, le Planning Familial souligne que le CPEF d'Aubenas ne propose pas l'IVG médicamenteuse (dont la pratique est pourtant autorisée dans les centres). Concernant les possibilités de réalisation d'IVG, sur Aubenas, Privas, ou Montélimar, le Planning Familial alerte sur la faiblesse ou l'inexistence de l'offre en certains endroits. Le Planning a proposé une formation à l'IVG médicamenteuse sur son territoire en sollicitant MG Form pour que les professionnels de santé bénéficient de la prise en charge de leur ODPC. Or, cet organisme a souhaité annuler car il n'y avait pas suffisamment d'inscrits à son sens, ce qui est peut-être dommage au vu de la densité de professionnels de santé, localement.

Par ailleurs, concernant l'IVG, en effet, elle n'est pratiquée par voie instrumentale qu'à l'hôpital d'Aubenas (et à l'hôpital d'Alès, vers lequel de nombreuses femmes se tournent). Il semblerait que des difficultés sérieuses d'accès à l'IVG instrumentale aient été rencontrées par de nombreuses femmes du territoire à Aubenas. Suite à différentes alertes et démarches mises en place par le Planning, deux sages-femmes de l'hôpital ont développé une offre d'IVG médicamenteuse, mieux visible par les femmes. 1 seul médecin du territoire est conventionné avec le CH d'Aubenas pour l'IVG médicamenteuse en ville. 1 sage-femme et 1 médecin à Les Vans ont conventionné avec l'hôpital d'Alès pour la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville. Reste que l'accès à l'IVG chirurgicale pour les femmes du Sud Ardèche semble demeurer délicat : l'offre existante à Privas est fragile (médecin hospitalier bientôt en retraite), celle d'Aubenas semble



insuffisante pour répondre aux besoins et les files actives des CH de Montélimar et de Valence sont saturées dans ce domaine. En 2020 cependant, le confinement lié à l'épidémie de Covid-19 a permis d'allonger les délais d'IVG en ville et la délivrance d'ordonnance pour la RU 486¹¹ par téléconsultation, ce qui semble avoir bien fonctionné localement.

Les avis des professionnels rencontrés divergent ainsi sur l'accès aux IVG en Drôme et en Ardèche. D'après certains, l'accès formel aux IVG chirurgicales et médicamenteuses est relativement aisé, mais cela concernerait peut-être davantage les jeunes femmes bien informées et les femmes habitant en ville. En revanche, l'accès aux IVG, chirurgicales comme médicamenteuses, serait plus difficile pour certains publics aux moyens contraints, notamment en termes de déplacements. Cette question a déjà été soulevée dans d'autres départements de la région et mériterait des investigations approfondies, notamment en ce qui concerne les publics précaires en zones rurales.

Face aux difficultés encore trop souvent rencontrées par les femmes du territoire pour accéder à l'IVG, notamment chirurgicale, le Planning Familial souhaiterait qu'un état des lieux chiffré et précis soit réalisé concernant l'offre d'IVG à l'hôpital d'Aubenas et que la formation des médecins libéraux à l'IVG en ville soit renforcée pour une meilleure couverture du territoire. Des attentes sont également exprimées pour qu'un comité de pilotage (ou groupe de travail) soit mis en place sur ce sujet entre l'hôpital, les médecins libéraux, et les associations autour de l'accès à l'IVG.

- **Transition sexuelle**

Ce thème n'a pas été abordé lors des entretiens collectifs. Néanmoins, des habitants peuvent être concernés et le Planning Familial souligne qu'il informe et accompagne les personnes s'interrogeant ou souhaitant entamer un parcours de transition sexuelle, dans les différentes étapes de ce parcours.

Par ailleurs, cette terminologie elle-même peut être questionnée, en amont de toute réflexion sur les besoins des publics concernés : il peut être plus cohérent, d'après certains professionnels, de parler aussi de « transition de genre » ou de « transidentité ». En effet, les personnes concernées ne font pas forcément appel à la chirurgie pour changer de sexe, mais peuvent avoir besoin d'un accompagnement dans leur réflexion, questionnements, autour du changement de sexe ou de genre.

¹¹ L'IVG médicamenteuse comprend la prise de deux médicaments : la mifépristone (ou RU486) et le misoprostol. La mifépristone est utilisée comme abortif, en interrompant chimiquement la grossesse. Le misoprostol, un analogue de la prostaglandine, provoque des contractions et l'expulsion de l'œuf.

- **Méconnaissance et faible recours au vaccin contre le papillomavirus**



Le papillomavirus (HPV) qui peut être responsable de problèmes de santé sérieux, notamment du cancer du col de l'utérus et du cancer de la vulve, est encore très largement méconnu parmi les jeunes, d'après les professionnels rencontrés. Même si certains médecins généralistes en parlent à leurs jeunes patients et à leurs parents, cela ne semble pas être une généralité. Au-delà, les jeunes mais aussi les adultes et parmi eux certains professionnels travaillant au contact des jeunes, ne savent pas qu'il est aussi pertinent de faire vacciner les garçons, qui peuvent également développer des pathologies (verrues génitales, cancer du pénis, de l'anus, de l'oropharynx)¹². Les nouvelles recommandations concernant la vaccination contre le papillomavirus s'adressent en effet aujourd'hui aussi bien aux filles qu'aux garçons.

Reste que certains parents et jeunes, défavorables aux vaccins en général, ne souhaitent pas être vaccinés ou faire vacciner leur enfant. Il semble également que certains jeunes mineurs, souhaitant à l'inverse se faire vacciner, puissent être en difficultés si leurs parents s'y opposent. Certains des professionnels ont été confrontés à ce cas de figure et il leur a alors fallu rencontrer les parents et dialoguer avec eux, puisque les mineurs ne peuvent prendre cette décision par eux-mêmes, contrairement à ce qui se passe avec la contraception ou l'IVG.

Il y a donc un effort pédagogique encore très important à faire auprès des parents et des jeunes, mais aussi de certains professionnels de santé qui travaillent auprès de ces publics, pour mieux les informer sur les risques du papillomavirus, les bénéfices du vaccin, et ce d'autant plus que l'incidence de certains cancers dus au HPV est en augmentation à l'échelle mondiale¹³ et en France.

¹² A noter : depuis 2020 les recommandations officielles s'appliquent aussi aux garçons de 14 ans, avec un rattrapage vaccinal possible jusqu'à 19 ans. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

¹³ <https://www.cnr-hpv.fr/hpv-et-cancers-de-la-tete-et-du-cou/>

- **L'endométriose : une grande inconnue pour de nombreuses jeunes filles**



L'endométriose est une maladie encore mal connue de certains professionnels de santé de terrain, d'après ce qui nous a été dit pendant les entretiens collectifs et elle est encore largement ignorée du grand public. Même si l'endométriose fait aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches¹⁴, elle est encore insuffisamment abordée semble-t-il. Ainsi, face à certains symptômes, notamment des règles très douloureuses, les jeunes femmes ou filles ne sont pas toujours orientées vers une consultation gynécologique, qui pourrait permettre de dépister le problème et éventuellement de mettre en place un traitement.

Plus généralement, et même s'il ne s'agit pas d'une endométriose, certains professionnels ont le sentiment que les antalgiques sont encore trop peu prescrits aux jeunes filles qui se plaignent de règles douloureuses, comme si le problème n'existait pas ou pouvait se résoudre en « résistant » à la douleur.

2.5. L'enjeu du consentement, du harcèlement

Le consentement, et notamment celui des filles, pour avoir un rapport sexuel est devenu un sujet d'actualité depuis quelques années, avec notamment le mouvement « Me too », et plus globalement depuis que plusieurs affaires d'agressions et de harcèlement sexuel, concernant des personnes connues ou non, aient été relatées par la presse. Cette question semble pourtant toujours un point délicat à aborder avec une partie des jeunes pour qui les relations hommes-femmes sont envisagées sous un angle de domination-soumission qui justifierait que le consentement des femmes aille de soi, soit implicitement contenu dans les silences ou encore ne soit pas une condition incontournable pour avoir un rapport sexuel, quel qu'il soit. De même, la notion de harcèlement sexuel n'est pas toujours connue des jeunes, ou bien comprise.



Les professionnels soulignent ainsi que sans aller jusqu'au viol, les jeunes hommes ou adolescents qu'ils suivent, ne repèrent pas toujours la nécessité de s'assurer du consentement de leur partenaires, ou du fait que leur insistance peut être très mal vécue par la personne qui en fait les frais. La nécessité du consentement, ou encore le fait de ne pas

¹⁴ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/endometriose>

banaliser les remarques à caractère sexuel, de ne pas être insistant avec les filles, serait vécu comme une contrainte par certains qui auraient le sentiment que « *l'on ne peut plus rien faire* » et qu'il est devenu impossible de séduire les filles, d'avoir des relations intimes. Les professionnels sont ainsi parfois confrontés à jeunes aux idées très arrêtées en la matière, qui peut-être du fait de modèles parentaux défailants, d'une absence de dialogue avec leurs proches, ont des difficultés à comprendre tous les enjeux du consentement et du harcèlement. Les besoins d'information, de prévention, et de déconstruction des stéréotypes dans ce domaine sont donc encore très importants et vont au-delà des jeunes eux-mêmes : si la grappe familiale et sociale qui entoure le jeune n'évolue pas également, le jeune aura plus de difficultés à faire évoluer ses propres représentations.

2.6. La prostitution : un risque repéré

Quelques professionnels ont pointé le fait que dans certains milieux, plutôt urbains, et très défavorisés, les jeunes filles pouvaient se livrer à la prostitution, parfois par « choix » (un « choix » néanmoins toujours contraint par une situation de précarité économique), mais aussi parfois de manière inconsciente. Certaines peuvent ainsi vendre des services sexuels consciemment, contre rémunération, avec tous les risques pour la santé que cela peut comporter, mais d'autres peuvent aussi être concernées par des formes de prostitution



qu'elles ne se représentent pas comme telle. Ainsi, des professionnels interviewés reçoivent parfois des témoignages de jeunes filles qui banalisent le fait d'avoir accepté de réaliser une fellation en échange d'un paquet de cigarettes par exemple. Pour ces jeunes filles, la prostitution n'est possible que s'il y a une pénétration vaginale, un échange d'argent. Outre les risques infectieux que ces pratiques, souvent non protégées, peuvent comporter, les professionnels soulignent une souffrance peu conscientisée par ces filles, mais bien présente néanmoins.

La prostitution dans son acception la plus courante, même si elle demeure rare chez les jeunes d'après les professionnels, est méconnue de ces derniers en ce sens qu'elle est insuffisamment corrélée aux enjeux du consentement, à la pression que peut impliquer

la précarité économique, au droit des personnes, mais aussi à la connaissance des ressources d'aide qui font que la prostitution n'est pas une solution « inévitable ». Les professionnels rencontrés la devinent plus qu'ils ne l'observent, mais ils s'en inquiètent, et ce d'autant plus que la précarité socio-économique qui sévit dans certains territoires favorise ces pratiques, sous des formes différentes qui peuvent être très discrètes.

2.7. Absence de dialogue dans les familles, défavorisation sociale : des obstacles à la connaissance des enjeux de la vie sexuelle et affective

Plusieurs professionnels rencontrés lors des entretiens collectifs ont souligné que tous les problèmes évoqués concernant certains jeunes, qu'il s'agisse d'une ignorance de leur anatomie, de la contraception ou encore de la nécessité du consentement, sont souvent observés dans les groupes familiaux où ces sujets sont tabous, mais aussi dans les milieux sociaux défavorisés, tant au plan socio-économique qu'affectif.

Pour certains jeunes, les traditions, les habitudes propres à certains groupes sociaux sont confondues avec des préceptes religieux, des impératifs dictés par la « nature » ou par une « culture », qui seraient immuables, non contestables... Certaines « règles » de vie ne peuvent donc être discutées (par exemple l'obligation de virginité avant le mariage) ni même abordées en famille et parler de prévention liée à la sexualité est complètement impossible. L'éducation à la sexualité est d'autant plus difficile avec les jeunes issus de ces familles, que les enseignements qui sont proposés sur ces sujets sont parfois ouvertement disqualifiés par leurs parents. Il arrive ainsi que des jeunes filles n'assistent pas aux séances de prévention sur la sexualité, au collège ou au lycée, sur l'injonction ou la pression de leurs parents.

D'une manière plus générale, et sans même que le sujet soit tabou, le dialogue entre parents et enfants est très faible dans certaines familles et constitue un facteur de risque dans la mesure où les jeunes peuvent être moins informés sur les enjeux en lien avec la vie sexuelle et affective.



**LUDIVINE, 19 ANS.
EXCLUE PAR SES PROCHES.
PARCE QU'ELLE EST HOMOSEXUELLE.**

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE
ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE
ET SOCIO-ÉDUCATIF DES JEUNES LGBT+
REJETÉS PAR LEURS PARENTS

LE REFUGE
FONDATION
100% BÉNÉVOLE
FONDATION ÉCONOMIQUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

LIGNE D'URGENCE 24H/24 ET 7J/7 **06 31 59 69 50**

INFOS & DONNS : le-refuge.org —  —    

Cette difficulté, bien repérée par les professionnels, est décuplée d'après eux lorsqu'elle se greffe sur un contexte de défavorisation sociale. Les professionnels rencontrés qui travaillent ou ont travaillé en lycées professionnels, en Maisons Familiales Rurales, témoignent de difficultés plus marquées pour ces jeunes, dans tous les domaines y compris en matière de vie sexuelle et affective. Moindre tolérance aux comportements ou personnes non « hétéro-normés » (« LGBTQIA » ou « LGBT+ »¹⁵), méconnaissance accrue de l'anatomie, des moyens de contraception, et moindre connaissance des enjeux du consentement, sont les problématiques les plus fréquemment repérées par les professionnels. Ces derniers soulignent les besoins des jeunes, en matière d'information, mais aussi de dialogue sur ces sujets, qui peuvent sembler figés dans un « ordre social » ou

¹⁵ https://www.liberation.fr/france/2018/01/25/mais-ca-veut-dire-quoi-lgbtqia_1625090

du moins familial ou de « quartier », que les jeunes n'osent pas ou redoutent de remettre en cause, par peur d'être exclus de leur groupe d'appartenance.

2.8. Des ressources d'information méconnues ou peu utilisées par les jeunes

Globalement, les professionnels ont le sentiment qu'en matière de vie sexuelle et affective une partie des jeunes, difficile à quantifier, repère mal ou insuffisamment les ressources existantes.

- **CPEF et Planning familial : des confusions qui freinent un bon accès à ces ressources**

Dès le collège, parfois au lycée, les adolescents sont informés, assez largement, de l'existence de Centres de Planification et d'Education Familiale ou d'antennes du Planning Familial. Des interventions en classes jusqu'aux visites de ces structures en petits groupes, avec un enseignant ou l'infirmière scolaire doivent permettre aux jeunes de repérer ces lieux-ressources et les services qui y sont proposés. Ces démarches sont jugées utiles par les professionnels rencontrés car elles pourraient plus facilement « marquer » la mémoire des jeunes, et ce encore plus lorsqu'une visite sur place est possible. Néanmoins, et selon les territoires, des difficultés de repérage sont malgré tout observées.

En premier lieu les CPEF hospitaliers ou du Conseil départemental, comme les antennes du Planning Familial (où les consultations médicales ne sont pas toujours possibles) ne sont pas toujours ouverts tous les jours, toute la journée. Les plages d'ouverture sont parfois facilitantes pour les collégiens et lycéens (plusieurs jours par semaine, à des horaires différents), mais lorsqu'elles sont très réduites, l'accès devient plus complexe pour des jeunes qui doivent à la fois être présents en cours en journée, et qui sont parfois très contraints par les transports en commun qu'ils doivent prendre pour rentrer chez eux en fin de journée. La question des plages d'ouverture, et de la transmission de cette information dans les collèges et lycée est donc un enjeu fort.

Au-delà, l'image « institutionnelle » de ces lieux-ressources peut être un frein pour certains jeunes qui peuvent redouter à la fois une forme de contrôle (la peur des travailleurs sociaux ?), et une distance par rapport à leurs préoccupations... Enfin, nombreux ont été les professionnels à alerter sur le fait que la population locale, jeunes y compris, connaît surtout la dénomination « Planning Familial ». Or, il n'y a pas d'antennes du Planning Familial dans tous les territoires, et dans de nombreux cas, la ressource en présence ou la plus proche est un CPEF hospitalier ou un CPEF porté par le Conseil départemental. Mais « CPEF » est un sigle très peu parlant pour la plupart des personnes qui ne le connaissent pas et donc ne le recherchent pas sur Internet, dans les annuaires, lorsqu'ils ont besoin d'y avoir recours. Cette difficulté de repérage des CPEF liée à l'utilisation de ce sigle est donc récurrente et « invisibilise » cette ressource pour une partie des jeunes. Une réflexion nationale est actuellement en cours pour résoudre ce problème d'étiquetage des CPEF, et faciliter leur repérage par le public.

- **Infirmiers et infirmières scolaires : une ressource en principe facile d'accès pour les élèves**

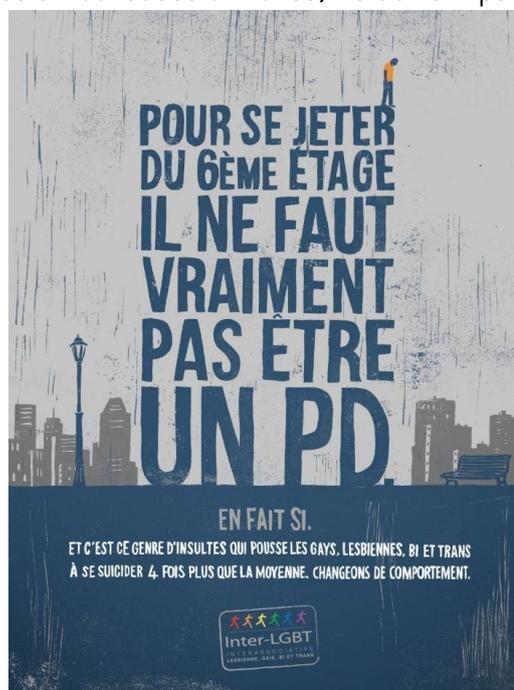
Les professionnels des établissements scolaires, et notamment les infirmiers et infirmières scolaires constituent également des ressources, plutôt bien repérées par les collégiens et lycéens et bien utilisées... Néanmoins, plusieurs des participants aux entretiens collectifs ont pointé le fait que le recours des élèves aux infirmiers-scolaires est très « personne-dépendant ». En effet, selon l'attitude et le discours de l'infirmier scolaire, les élèves viendront plus ou moins facilement confier leurs difficultés et peines de cœur, demander de l'aide pour la mise en place d'une contraception, avoir accès à une contraception d'urgence, une IVG. Il semble ainsi que certains infirmiers ou infirmières scolaires jouent véritablement un rôle de « point écoute » dans les établissements et qu'ils aident les jeunes en difficultés en matière de vie sexuelle et affective. Néanmoins, dans certains cas, ces professionnels peuvent être en difficultés eux-mêmes avec ces thématiques, ou encore afficher une attitude de fermeture face à certaines demandes. Il arrive ainsi que certaines infirmières scolaires refusent de délivrer une contraception d'urgence, qu'il s'agisse d'établissements privés ou publics, ou « exigent » une prise de rendez-vous de la jeune fille avec le CPEF avant d'en délivrer une. Cette difficulté peut être un réel point d'alerte dans des territoires ruraux si les pharmacies ont une attitude similaire. Le risque est que les jeunes filles, face à ces obstacles, renoncent à leur démarche.

On note enfin que dans certains territoires, les collégiens et lycéens repèrent bien certaines sages-femmes libérales. L'une d'entre elles a témoigné lors d'un entretien collectif de sa propre expérience. Installée dans un centre-bourg, dans la rue principale, avec une plaque explicite, elle a une petite partie de sa patientèle composée de personnes de moins de 20 ans, ce qui montre que ces professionnelles peuvent aussi constituer une ressource pertinente pour les jeunes et ce d'autant plus que la première consultation d'une jeune fille, avec une sage-femme, pour mettre en place une contraception, est totalement prise en charge par l'Assurance maladie¹⁶. Au-delà, les sages-femmes peuvent effectuer le suivi gynécologique de toutes les femmes en bonne santé, y compris les mineures. Si cette ressource est encore peu connue des jeunes filles et jeunes femmes, elle pourrait l'être davantage par une communication accrue.

¹⁶ L'Assurance Maladie et les deux syndicats représentatifs des sages-femmes libérales, l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), ont signé le 29 mai 2018, un avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales (avenant 4) qui prévoit que la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dénommée CCP (Consultation de Contraception et Prévention) est prise en charge par l'Assurance maladie.

- **Ressources en santé mentale : attention à la sectorisation des CMP**

Au-delà des questions de contraception ou d'IVG, les souffrances psychiques parfois induites par un vécu traumatique dans le domaine de la vie sexuelle et affective (violences d'ordre sexuel, maltraitance, harcèlement, ou encore ruptures amoureuses difficiles) ne doivent pas être négligées. Si les infirmiers scolaires ou encore les professionnels des CPEF ou du Planning Familial peuvent apporter une écoute et un soutien, celui-ci ne suffit pas toujours et il est parfois indispensable de passer le relais à des professionnels de santé mentale. Les psychologues libéraux et les CMP sont ainsi sollicités lorsqu'une thérapie et éventuellement la prescription de médicaments sont nécessaires. Néanmoins, les professionnels rencontrés ont attiré notre attention sur le fait que les CMP sont sectorisés et donc accessibles aux personnes selon leur territoire de résidence. Or les élèves qui sont internes, en collège ou lycée, habitent en semaine dans une commune appartenant à un « secteur » de CMP différent du secteur auquel est rattaché le domicile familial, que le jeune retrouve le week-end. Dans ces situations, les infirmiers scolaires, éducateurs spécialisés sont parfois amenés à « négocier » avec le CMP infanto-juvénile du territoire sur lequel se trouve l'internat pour que le jeune puisse y être suivi en semaine, les CMP étant fermés le week-end. Si ces difficultés semblent pouvoir être levées dans la plupart des cas, elles nécessitent un fort investissement de la part des professionnels qui suivent le jeune, car la « mécanique » d'orientation vers un CMP n'est pas prévue pour les jeunes qui n'habitent pas en semaine chez leurs parents : il leur faut ainsi discuter et parfois négocier avec les CMP pour que les jeunes internes soient acceptés... Les professionnels rencontrés rappellent que pour certains élèves victimes de violences physiques ou psychiques notamment, l'accès à des soins de santé mentale est une nécessité et que toute entrave à cet accès peut être extrêmement préjudiciable aux jeunes, certains pouvant être concernés par des dépressions sévères.



3. Les adultes

3.1. Les couples, les rencontres, à tous les âges de la vie

Le premier constat effectué par les interviewés est que la santé sexuelle et affective constitue une thématique qui concerne tous les âges de la vie, y compris les personnes âgées, que nous traiterons dans un chapitre ultérieur, le grand âge et la dépendance constituant des spécificités fortes. Il est également important de rappeler que les enjeux de santé sexuelle et affective sont d'autant plus divers que les mises en couple, durables ou brèves, les séparations, et plus largement les « rencontres », sont aujourd'hui possibles et relativement fréquentes¹⁷ tout au long de la vie, et que l'hétérosexualité¹⁸¹⁹ n'est plus la « figure imposée » qui s'applique universellement.

- **Les IST en recrudescence chez les adultes**

En Ardèche et en Drôme, comme dans le reste de la France, on trouve tous les profils et tous les parcours en matière de vie sexuelle et affective, qu'il s'agisse de territoires urbains ou ruraux, les clivages les plus marqués dans les comportements étant surtout liés à l'appartenance sociale²⁰. Comme pour les adolescents et les jeunes, le faible niveau de diplôme et la défavorisation sociale influent sur les représentations, le niveau de connaissances et les pratiques de prévention et de protection de sa santé.

La multiplicité des configurations et reconfigurations possibles aux différentes étapes de la vie font que les risques se sont aussi diversifiés et peuvent concerner toute la pyramide des âges. Si les séparations et remises en couple sont aujourd'hui socialement bien acceptées (du moins pour les hétérosexuels, les personnes « LGBT+ » faisant toujours l'objet de discours et comportements discriminants ou haineux, même si la législation les protège), le risque est aujourd'hui plus fréquent de contracter différentes infections sexuellement transmissibles. Chlamydiae, gonorrhée et syphilis²¹ sont ainsi en recrudescence, y compris chez les plus de 40 ans. L'incidence du VIH, quant à elle, est globalement en diminution, sauf chez certains groupes de population et notamment les migrants nés à l'étranger, qui n'ont pas pu bénéficier

¹⁷ https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/14/en-couple-celibataire-etes-vous-dans-la-norme-des-francais_5256885_4355770.html

¹⁸ <https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossiers-thematiques/sexualite-loi/loi-homosexualite.htm>

¹⁹ Enquête sur la sexualité en France. Sous la direction de Nathalie Bajos et Michel Bozon - Coédition Nathalie Beltzer. INED - Coéditions.2008

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/coedition/enquete-sur-la-sexualite-en-france/>

²⁰ Bajos Nathalie, Bozon Michel. Sexualité et appartenance sociale à l'âge adulte. In: *Raison présente*, n°183, 3e trimestre 2012. Sexualités, normativités. pp. 23-44.

www.persee.fr/doc/raipr_0033-9075_2012_num_183_1_4407

²¹ Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes, données 2018. Bulletin de santé publique. Santé Publique France, Novembre 2019

<file:///C:/Users/PATRIC~1/MED/AppData/Local/Temp/BSP-IST-National-2018.pdf>

de protections ou traitements préventifs dans leur pays d'origine²². Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) constituent également toujours un groupe à risque en matière de VIH. Enfin, rappelons que le VIH est toujours en circulation et que si la maladie est aujourd'hui bien prise en charge, elle nécessite un traitement à vie.



Ainsi, après 40 ans, 50 ans, les risques demeurent ou reviennent à la faveur de séparations, rencontres, remises en couple... Mais les habitudes de protection n'ont pas toujours été prises ou elles ont été oubliées au cours du premier couple. Les professionnels interviewés rapportent ainsi que des personnes qu'ils suivent, qui ont plus de 40 ans, ne se savent pas en risque face aux IST. Pour ces personnes, les risques de contracter une IST sont majoritairement associés à la jeunesse : « *passé un certain âge* », le risque diminuerait. Or la réalité est tout autre, et plus le nombre de partenaires différents est important, plus le risque de contracter une maladie est fort si les rapports ne sont pas protégés et si les personnes ne se font pas dépister. Ces éléments ne sont pas toujours connus des adultes, et peut-être particulièrement de ceux qui reviennent sur le « marché de la rencontre », à 40 ou

50 ans, après une relation de couple de plusieurs années. C'est en tout cas l'hypothèse formulée par plusieurs des professionnels rencontrés. Utiliser un préservatif, réaliser des tests de dépistage du VIH et des autres IST avant d'avoir des rapports sexuels non protégés peut sembler inutile, et ce d'autant plus que les femmes ménopausées n'ont plus à gérer le risque de grossesse non désirée.

Au-delà, les professionnels repèrent sur leurs territoires d'action des adultes qui (à la faveur d'un mode de vie « alternatif » ou « branché » qui pourrait être celui de certains « *bobos ruraux* » ?) prônent une sexualité libre et proche de la nature, celle-ci pouvant impliquer des changements de partenaires fréquents, sans que les pratiques de protection (dépistage, préservatifs) suivent.

- **Les ressources pour les dépistages des IST**

Certains professionnels ont souligné le fait que les lieux pour faire réaliser des tests de dépistage gratuits se sont « amenuisés » sur le territoire. Depuis le 1er janvier 2016, les CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit) et les CIDDIST (Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) ont cédé la place aux CeGIDD²³. Les CeGIDD (Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les

²² Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA – France, 2018- Bulletin de santé publique. Santé Publique France, Octobre 2019

²³ <https://www.sida-info-service.org/2016-les-ceqiqq-entrent-en-piste/>

virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) sont habilités à réaliser des tests gratuits de dépistage du VIH, des hépatites et des autres IST. En cas de test positif au VIH ou aux hépatites, le CeGIDD orientera la personne vers le service de soins approprié. Les IST quant à elles seront traitées gratuitement sur place, sauf pour les cas nécessitant une prise en charge plus spécialisée. Les CeGIDD font également la prescription, et éventuellement la délivrance, de contraception et de contraception d'urgence (pilule du lendemain) Ils réalisent également les vaccinations contre les hépatites A et B et contre le Papillomavirus : ce service est gratuit mais n'est pas anonyme. Ces structures sont donc très complètes, mais géographiquement, elles se sont recentrées dans les centres hospitaliers des « capitales » départementales, et sont donc peu accessibles aux personnes non véhiculées qui habitent dans une autre ville ou en zone rurale.

Il est ainsi essentiel que les médecins généralistes, les gynécologues informent ou rappellent à leurs patients dont ils savent qu'ils peuvent rencontrer de nouveaux partenaires, qu'il est à la fois important de se protéger par l'utilisation de préservatifs, mais aussi par des tests de dépistage, tant que la relation n'est pas stable. Certains des professionnels participant aux entretiens collectifs ont par ailleurs souligné que de nouveaux tests, beaucoup plus sensibles, sont depuis peu disponibles et qu'il faut encourager leur utilisation²⁴. Ainsi le prélèvement vaginal (qui peut être un auto-prélèvement) pour les chlamydiae et la gonorrhée serait plus efficace que le prélèvement endocervical accompagné de l'analyse du premier jet urinaire.



Prenez rendez-vous avec votre médecin traitant ou sur sido-info-services.org
Appel gratuit, anonyme et garanti depuis un poste fixe au 0 800 840 000

seulement, qui, s'il est positif doit cependant être complété avec un autre test effectué en

Un autre point a été soulevé dans les professionnels : le fait que certaines femmes ou hommes, effectuent des tests (en CeGGID, en CPEF ou dans un laboratoire d'analyses médicales), mais qu'ils ne viennent pas récupérer les résultats de ces tests. Pour les personnes modestes habitant en zone rurale et ayant des difficultés de transport (absence de transports en commun, pas de véhicule, coût du carburant, ...) ces contraintes peuvent expliquer ce comportement. Mais il se peut aussi que certaines personnes redoutent d'avoir les résultats, ou estiment que cela n'est finalement pas très important. Il est donc nécessaire, lorsque des tests sont effectués, d'expliquer aux patients l'importance de connaître leurs résultats pour agir en conséquence si nécessaire, et notamment se protéger et protéger ses partenaires. En ce qui concerne le VIH, le TROD (Test rapide d'orientation diagnostique), permet de contourner cet écueil et de donner un premier résultat, en 30 minutes

²⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes

laboratoire, ce qui peut alors reposer le problème de la récupération des résultats par le patient.

On note que le Planning Familial a signé une convention d'orientation-dépistage avec le Centre hospitalier d'Alès pour une prise en charge des personnes ayant réalisé un TROD, la réalisation des TROD VIH et VHC étant possible dans les antennes du Planning Familial. Le Planning familial a par ailleurs informé le CH d'Aubenas de la possibilité pour les habitants de passer par le CPEF afin d'obtenir une ordonnance anonymisée, pour réaliser un test complet en laboratoire. Cette ordonnance permet ainsi d'aller dans un laboratoire de biologie médicale, puis de revenir chercher les résultats au CPEF. Ce dispositif semble malgré tout encore mal connu (le médecin du Cégidd de Valence qui vient faire des permanences au CH d'Aubenas n'en était pas informée jusqu'à une période récente semble-t-il). Le Planning souligne néanmoins que l'accès à une sérologie complète reste difficile pour les habitants du territoire. Malgré un partenariat informel avec des médecins généralistes de bonne volonté et sensibilisés à la nécessité de faciliter l'accès des habitants à ces ordonnances, les solutions mises en place demeurent fragiles. Aucune délégation d'ordonnance pour une sérologie complète, du Conseil départemental sur le Planning Familial, ne semble possible pour le moment, malgré les besoins repérés.

Ainsi, en Sud-Ardèche, l'offre de dépistage anonyme et gratuit est très faible à tel point que le Planning conseille parfois aux personnes concernées d'aller aux centres de Don du Sang pour avoir une sérologie. Enfin, le Planning Familial qui participe au comité de pilotage des associations réalisant des TRODS au siège de l'ARS (Lyon), a constaté que l'Ardèche ne figure pas dans les données statistiques de l'Institut de Veille Sanitaire pour les taux d'infections aux VIH et IST, ce qui confirme des difficultés à avoir une bonne visibilité des besoins et de l'offre sur le département.

Les professionnels interviewés soulignent enfin que certains types de protections sont encore très largement méconnus et très peu utilisés, quelles que soient les pratiques sexuelles des personnes, c'est le cas des préservatifs féminins mais aussi des digues dentaires²⁵. Pour ceux qui les auraient testés, les préservatifs féminins nécessitent un certain « entraînement » et une bonne connaissance de son anatomie, et ils sont également beaucoup plus chers que les préservatifs masculins, ce qui explique peut-être leur succès modéré auprès de la population, bien qu'ils soient commercialisés depuis la fin des années 90.

Dans tous les cas, il semble qu'il faille communiquer plus largement et plus explicitement sur le fait que de nombreuses IST sont toujours en circulation, qu'elles peuvent bien se soigner pour la plupart si elles sont repérées à temps, qu'elles peuvent si elles ne sont pas traitées, avoir des conséquences lourdes pour la santé et la fécondité des femmes. Dans le cas du VIH, il s'agit aussi de profiter d'une démarche de test pour reparler de la nécessité de se protéger, de l'intérêt du traitement d'urgence ou de traitement prophylactique (TPE²⁶ ou PrEP²⁷) en cas de prise de risque, et enfin de l'existence de traitements si le SIDA est avéré. On observe que

²⁵ Carrés de latex, qui peuvent s'acheter en pharmacie ou sur internet, qui permettent de protéger les rapports bucco-génitaux et bucco-anaux (dans ce cas également IST, mais aussi hépatite A, campylobacter, ...).

²⁶ <https://www.sida-info-service.org/traitement-post-exposition/>

²⁷ <https://preventionsida.org/fr/protection/la-prep/>

tous les professionnels de santé présents dans les groupes ne connaissaient pas le TPE ou la PrEP : une information devrait ainsi être faite ou refaite pour les professionnels.

Les publics qui se savent à risques (personnes ayant régulièrement de nouveaux partenaires, personnes ayant une activité de prostitution) ne sont pas toujours bien au fait de toutes les stratégies de protection et de prophylaxie possibles, mais grâce aux associations militantes et à certains travailleurs sociaux, l'information est aujourd'hui mieux diffusée auprès des homosexuels ou des « travailleurs du sexe ». Pour autant, la recrudescence des IST (hors VIH) montre que la pratique du dépistage est aujourd'hui encore faible ou insuffisante.

Les besoins d'information sur les IST sont donc à la fois importants et complexes à traiter, les adultes ne constituant pas des publics « captifs » comme les collégiens ou les lycéens, qui bénéficient pour la plupart de séances de prévention en matière de sexualité. Les médecins généralistes et les gynécologues sont ainsi en première ligne pour informer les adultes.

3.2. La contraception : les nouveaux enjeux

Au-delà des difficultés de certaines femmes à mettre en place une contraception, du fait de l'opposition et du contrôle de leur partenaire (voir le chapitre concernant les violences faites aux femmes), une partie des professionnels interviewés ne repèrent pas d'obstacles particuliers à l'accès à la contraception dans l'un ou l'autre département, avis que ne partage pas le Planning Familial de Sud-Ardèche qui souligne que de multiples obstacles sont présents (développés dans le chapitre consacré aux jeunes, mais qui concernent presque autant les adultes).



Les professionnels convergent néanmoins sur le fait qu'il reste essentiel d'expliquer aux femmes qu'il y a différentes contraceptions possibles, au-delà de la pilule et du stérilet (DIU), que l'on soit dans un couple stable ou pas. Certains d'entre eux ont ainsi pointé qu'il faut sortir des « cadres » qui semblent avoir prévalu pendant les 30 dernières années (pilule pour les jeunes, stérilet après avoir eu un premier enfant) et que d'autres choix sont possibles. Difficultés à gérer ou à supporter la pilule, gêne ou douleurs avec un DIU, ou encore refus de toute contraception hormonale doivent être pris en compte. Concernant le rejet de la contraception hormonale par certaines femmes et couples, les professionnels constatent que cette attitude semble se développer sur le territoire, peut-être en lien avec la présence de publics en recherche d'un mode de vie plus « naturel », plus « écologique ». Il semble ainsi que

certaines de ces couples, stables, ayant passé la trentaine, fassent le choix d'utiliser les préservatifs comme mode de contraception habituel. Or, cette possibilité d'utiliser le

préservatif sur la longue durée, de manière habituelle, est rarement présentée ou évoquée, semble-t-il, peut-être du fait que le préservatif masculin, nécessite une bonne pratique pour être pleinement efficace, et même ainsi, il reste moins efficace contre le risque de grossesse que la pilule ou le DIU.

Les autres méthodes « naturelles » (méthodes « Ogino », « Billings », retrait...) seraient, d'après les professionnels rencontrés, peu usitées, même parmi les populations les plus sensibles à un mode de vie « alternatif », ou « proche de la nature », mais aucune donnée n'est disponible en la matière.

3.3. Les violences faites aux femmes

- **Des violences que les femmes n'arrivent pas toujours à conscientiser, nommer et dénoncer**

Les professionnels interviewés observent qu'il est toujours très difficile pour les femmes concernées de parler des violences qu'elles subissent de la part de leur partenaire, et ce pour différentes raisons.

En premier lieu, une partie des femmes n'a pas conscience de subir des violences. Celles-ci sont parfois tellement « naturalisées », « incorporées » qu'elles semblent à la fois banales et normales. Ainsi, le viol conjugal est une notion complètement ignorée de certaines femmes qui pourtant le subissent. Dès lors que le rapport forcé à lieu avec le compagnon, le mari, il revêt une forme d'acceptabilité ou renvoie à une résignation qui serait « nécessaire », associées parfois à l'alibi de la « culture » du groupe social d'appartenance. Certaines femmes sont ainsi dans la croyance que leur groupe social (en lien avec leur pays d'origine, leur appartenance religieuse) valide certaines violences comme un mode de régulation normal des relations humaines. Par ailleurs, pour certaines personnes, hommes et femmes, les « *besoins du mari* » ou les « *besoins des hommes* » en matière sexuelle, seraient par essence plus importants ou pressants que ceux des femmes, et justifieraient que les femmes y répondent toujours favorablement. La notion de « devoir conjugal » perdure d'ailleurs encore dans certains esprits et subir l'acte sexuel n'est pour certaines femmes que le fait de s'acquitter de ce devoir, en étant passives et en acceptant la volonté de leur partenaire. Dans ce cas, la notion de « viol conjugal » n'a pas de sens pour ces femmes.

Au-delà, les violences physiques impliquant des coups peuvent aussi être perçues comme « normales » par certaines femmes. Dans ce cas, ce n'est pas la référence au « devoir conjugal » qui est mobilisée, mais le fait que le partenaire est « nerveux », « colérique », ... Ou qu'il « a raison », de toutes façons. Pour ces femmes, les coups relèvent plutôt de la malchance que de l'illégalité : il y a souvent un long cheminement à entreprendre pour que ces violences soient enfin considérées comme anormales et illégales.

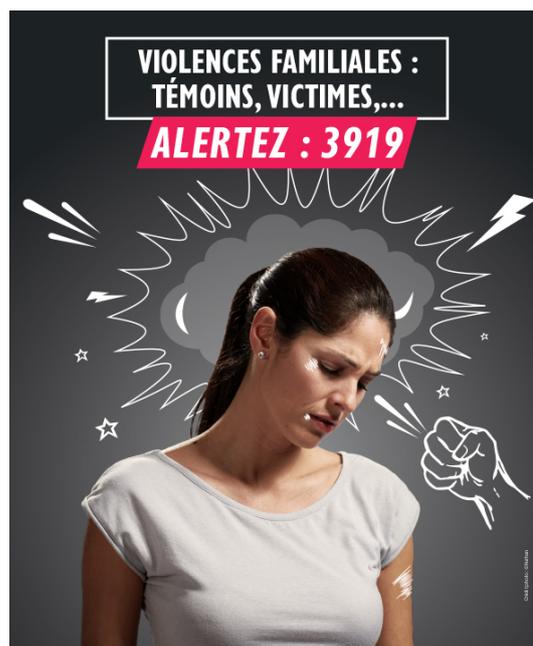


Les professionnels soulignent que pour d'autres femmes, qui repèrent que ces violences n'ont aucune légitimité, leur silence n'est pas une acceptation, mais le résultat d'une crainte encore plus grande que celle des coups ou du viol conjugal : celle de perdre la garde des enfants, lorsqu'il y en a, d'être contraintes à quitter leur logement, et de se trouver « à la rue » pour celles qui sont sans emploi et n'ont pas de revenus personnels. Concernant les enfants la crainte peut être double : que le père essaie de les garder, ou qu'ils soient placés en foyer, dans une famille d'accueil... Se plaindre de ces violences constitue donc pour ces femmes, le risque de voir sa vie ruinée : sans toit, sans enfants, ou encore dans un quartier ou un territoire relégué, encore plus pauvre que celui où elles habitent. En effet, certaines femmes redoutent à la fois de devoir quitter leur logement, mais aussi le quartier où elles ont éventuellement des amies, de la famille, des

réseaux sociaux aidants, où leurs enfants vont à l'école, ont leurs amis. La préservation de la cellule familiale (voire, la préservation de la « réputation » de la famille et de celle du mari), des liens sociaux tissés sur un territoire, et du niveau de vie (même modeste) peuvent être ainsi un très fort obstacle à la prise de parole des femmes sur les violences qu'elles subissent, et plus encore au dépôt de plainte. Se plaindre, partir, entraîneraient un risque de tout perdre voire, de déchoir socialement.

Enfin, les professionnels constatent aussi fréquemment la peur de représailles de la part du partenaire violent. Une « mise à l'abri », temporaire ou permanente, semble une possibilité bien lointaine pour ces femmes qui peuvent redouter que, dans l'attente de cette protection, leur conjoint ne redouble de violence à leur égard.

Reste que toutes les violences n'impliquent pas de coups, ou pas uniquement des coups. Beaucoup de femmes ignorent que la violence verbale, psychologique est également préjudiciable à leur santé (et à celle de leurs enfants). Les propos rabaissants, les menaces, les cris, les insultes, les pratiques de contrôles (sur les sorties, les vêtements, la prise d'une contraception, ...) sont autant de violences que certaines femmes peinent à identifier et à qualifier comme telles. Sur la question de la contraception, les professionnels soulignent que certaines femmes sont strictement contrôlées par leurs maris, et que si elles parviennent à prendre la pilule « en cachette », cela nécessite de leur part de mettre œuvre des stratégies sophistiquées. De même, les mariages arrangés par les parents, qui sont encore en vigueur dans certains groupes sociaux, constituent une violence qui est ignorée par les familles et donc pas toujours nommée, ni dénoncée par les jeunes femmes qui en sont victimes.



Les professionnels soulignent que, quelles que soient les formes que prennent les violences, il est souvent nécessaire pour les femmes victimes de « cheminer » longuement pour les reconnaître, en prendre conscience, les nommer, et enfin, parfois mais pas toujours, pour les dénoncer et quitter le conjoint violent. Ce travail est long et fragile, et ce d'autant plus que les solutions qui s'offrent concrètement à ces femmes ne sont, globalement, pas suffisantes.

- **Les mutilations sexuelles**

Ce sujet à la fois complexe et grave n'a été qu'effleuré lors de l'un des entretiens de groupe, mais des professionnels ont souligné qu'il est parfois rencontré chez certaines femmes migrantes qui viennent s'installer en Drôme ou en Ardèche. Les professionnels de santé qui repèrent ces difficultés, à la faveur d'une consultation de suivi gynécologique ou obstétrical, connaissent parfois les ressources de chirurgie reconstructrice qui peuvent exister dans certains centres hospitaliers de la région, et à ce titre, ils ont souligné qu'une telle ressource existe, en proximité, au centre hospitalier d'Annonay.

Cette thématique présente par ailleurs des spécificités si fortes au plan culturel qu'elle doit être envisagée de manière systémique²⁸. En effet, dans les pays et populations qui pratiquent les mutilations sexuelles sur les filles, il y a un enjeu d'insertion et d'acceptabilité sociale qui n'existe pas dans les violences faites aux femmes en France, et qui nécessite donc un « outillage » d'information et d'éducation pour la santé très spécifique, déployé notamment

²⁸ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

par les ONG et associations diverses qui agissent sur le terrain, dans les pays où ces pratiques ont cours, et auprès de certaines communautés de migrants en France. En tout état de cause, et même si ce problème concerne une très petite minorité de femmes en Drôme et Ardèche, il est repéré par certains professionnels, et mérite une attention et une information sur les ressources pour le prévenir et le prendre en charge, le cas échéant.

- **La prostitution des adultes**

De vifs débats ont régulièrement lieu, en France et à l'étranger, sur la question de la pénalisation ou dépenalisation de la prostitution, des clients, sur le fait qu'il peut s'agir d'un travail, d'un choix et pas forcément d'une contrainte. Quelques professionnels rencontrés lors des entretiens collectifs ont abordé ce thème mais essentiellement en lien avec les problématiques de défavorisation, voire de misère sociale qui peuvent faire que la prostitution apparaît comme une solution pour obtenir des revenus, dans un contexte économique extrêmement contraint.

Deux populations sont particulièrement repérées par les professionnels : les femmes migrantes, qui arrivent en France en situation de dénuement économique extrême, qui souvent se sont endettées pour réaliser le voyage et qui sont contraintes par ceux qui les ont « aidées » à venir, à rembourser leur dette (qui se compte souvent en milliers d'euros) en se prostituant. Ces femmes sont pour beaucoup dans une situation de quasi-esclavage : sans familles (ou avec de jeunes enfants en France ou restés dans le pays d'origine), sans ressources, en demande d'asile ou déboutées du droit d'asile, parfois « sans-papiers », elles sont à la fois exploitées et soumises à de multiples risques (violences, IST dont VIH, ...). Des associations et des organismes sont présentes sur le territoire qui peuvent aider ces femmes, au plan de la santé ou de l'hébergement (CHRS L'Olivier-Arcades du Diaconat Protestant, CeGGID de Valence, ...) et certaines organisent des maraudes pour aider ces femmes au plus près des endroits où elles se trouvent, notamment sur les aires d'autoroutes situées au bord de l'A7, près de grandes villes (Valence, Montélimar, ...).

Des étudiants et surtout étudiantes sont également repérés comme pratiquant des formes de prostitution. Valence compte ainsi un petit centre universitaire (antenne de l'université de Grenoble) et on trouve en Drôme et en Ardèche de multiples établissements de formations supérieures courtes (BTS, DUT). Certains étudiants de ces départements ayant de très modestes revenus, se tournent parfois vers la prostitution, notamment via des sites internet (sites de rencontres, sites pornographiques). Leur nombre est très difficile à évaluer, mais ils



et elles sont exposés à des risques de violences physiques, psychiques, et enfin à toutes les IST. Ce sujet est encore assez peu abordé semble-t-il dans les consultations médicales avec les étudiants, et peut-être devrait-il l'être davantage.

- **Des ressources et des solutions pour les femmes victimes de violence**

Les professionnels qui ont participé aux entretiens collectifs connaissent, plus ou moins, selon leur métier et appartenance institutionnelle, les ressources existantes pour venir en aide aux femmes victimes de violences. Cependant, lors des entretiens plusieurs d'entre eux ont découvert des possibilités et des acteurs qu'ils ne connaissaient pas.

Plusieurs ressources ont ainsi été évoquées par les participants aux entretiens :

- En premier lieu ont été évoqués les **médecins généralistes**. Qu'ils fassent ou non le suivi gynécologique des femmes, ils suivent, a minima, les enfants qui sont emmenés par leurs mères, et suivent également celles-ci pour des pathologies autres que gynécologiques. Les médecins généralistes peuvent repérer à la fois les problématiques de violences physiques (notamment lorsqu'il y a besoin de jours d'incapacité temporaire de travail), mais aussi les violences psychologiques exercées à l'encontre des femmes. Ce rôle reconnu des médecins et en particulier des médecins généralistes, a fait surgir un débat sur la question de la levée du secret médical et la possibilité pour les médecins de signaler (aux services sociaux, aux forces de l'ordre) des violences dont leur auraient fait part leurs patientes, même si celles-ci ne souhaitent pas que cela soit su et si elles ne veulent pas porter plainte. L'objectif est de passer éventuellement outre la volonté - et les craintes - des femmes, afin de leur sauver la vie, tant les violences faites aux femmes mènent régulièrement à des hospitalisations pour traumatismes graves et à des décès. Le débat fut très vif fin 2019 sur cette question, et a abouti à une modification de la législation : la loi sur la protection des victimes de violences conjugales, définitivement adoptée le 21 juillet 2020²⁹ et à l'unanimité par le Sénat, autorise par son article 12 la levée du secret médical pour les personnes en danger de mort. Cette disposition donne aux praticiens la possibilité d'alerter le procureur de la République s'ils estiment que la vie de leur patiente « *sous emprise* » est menacée par le conjoint ou ex-conjoint violent. Certains médecins, partisans de la levée du secret médical, soutenant que le nombre de décès de femmes victimes de violences pourrait être sérieusement réduit si celles-ci étaient davantage dénoncées, alors même que les femmes elles-mêmes prises dans des angoisses de garde d'enfant ou de survie économique, ne mesurent pas l'intensité du danger. D'autres médecins en revanche, soulignent que lever le secret médical pour

²⁹ « 3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ». <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042176652>

dénoncer ces violences n'est pas une manière efficace d'accompagner les femmes. En effet, trop peu de solutions adaptées de mise à l'abri de ces femmes et de leurs enfants existent : dénoncer les violences sans avoir de réelle solution de protection pour ces femmes accroît finalement leur vulnérabilité et surtout peut briser la confiance que la patiente a tissée avec son médecin. Dans tous les cas, de nombreux médecins convergent sur le fait qu'ils ne sont pas suffisamment formés pour poser les « bonnes questions » aux femmes, les encourager à parler, et les aider ou les orienter vers les ressources qui pourraient les aider à trouver une issue véritablement protectrice et rassurante pour elles.

- Les **médecins hospitaliers** sont également des acteurs qui peuvent repérer les violences faites aux femmes et les aider, lorsque celles-ci viennent consulter ou sont hospitalisées, quel qu'en soit le motif, mais ils sont concernés par la même problématique de secret médical. Signalons qu'en Ardèche, une convention a été signée entre les centres hospitaliers et les forces de l'ordre afin que les femmes puissent déposer plainte, en cas de violences conjugales, dans l'hôpital même, alors qu'elles y sont hospitalisées – et donc protégées – sans avoir à se rendre en gendarmerie.

Médecins libéraux et médecins hospitaliers en Drôme et en Ardèche devraient (en 2020 ?) être formés par le CIDFF pour apprendre à mieux aborder la question des violences avec leurs patientes, et être à même de mieux les orienter vers les ressources existantes.

- Lorsque des violences faites aux femmes sont constatées par le voisinage, par des travailleurs sociaux ou dénoncées par les victimes elles-mêmes, **les forces de l'ordre, police ou gendarmerie**, constituent l'autre grande ressource bien identifiée. Les participants aux entretiens ont signalé que les agents de police sont, dans certains lieux, bien formés pour recueillir ces plaintes, orienter les femmes, et éventuellement intervenir face aux conjoints violents, ce qui dans certains cas, amène ces derniers à réduire drastiquement leurs écarts et leur violence, de crainte d'une condamnation.
- Les **intervenantes sociales en gendarmerie**³⁰, en zones rurales, sont également vivement appréciées par les professionnels de terrain : formées et compétentes pour aider les femmes victimes de violences, elles constituent des ressources précieuses. Les missions des intervenants sociaux en police et gendarmerie ont été définies par une circulaire du 21 décembre 2006 instaurant un « cadre de référence des intervenants sociaux dans les commissariats de police et unités de gendarmerie », et visant à fixer leur champ d'intervention : *« les principales missions de l'intervenant social (...) sont les suivantes : évaluer la nature des besoins sociaux qui se révèlent à l'occasion de l'activité policière ; réaliser l'intervention de proximité, dans l'urgence si nécessaire : actes éducatifs ou de médiation sociale, assistance technique, action de soutien, d'information et d'orientation ; faciliter l'accès de la personne aux services*

³⁰ <http://www.aniscq.org/fr/pages/competences-3.html>

sociaux et de droit commun concernés ». L'ISCG traite des problématiques sociales en temps réel ; le plus souvent en situation de crise ou dans l'urgence. Son intervention de premier niveau lui permet de répondre à des besoins qui échappent aux services sociaux de la commune ou du département.

Les participants aux entretiens ont néanmoins signalé que tous les membres des forces de l'ordre, de la police ou de la gendarmerie, sont loin d'être bien formés, ou même d'être intéressés par cette thématique. Le turn-over dans les gendarmeries, voire une « culture », chez certains, de déni ou de banalisation, voire de culpabilisation des femmes, font que les travailleurs sociaux évitent de les solliciter, à moins d'une situation de « flagrant délit », ce qui n'arrive pratiquement jamais. Les violences sur les femmes sont exercées dans le cadre de l'intimité domestique et sont de ce fait très difficiles à « saisir »... Et, si les traces de coups, les traumatismes sont des preuves, celles-ci ne sont pas toujours bien gérées par les forces de l'ordre... qui elles-mêmes se trouvent dépourvues quant aux solutions à mettre en œuvre pour mettre à l'abri les femmes : éloignement du conjoint, hébergement, garde des enfants, ou même mise à l'abri en urgence ne sont pas mobilisables facilement. On note cependant des évolutions importantes : depuis le 23 août 2019, dans la Drôme, toute main courante faite par une femme victime de violences devient automatiquement une plainte ou, a minima, donne lieu à un procès-verbal pour information du procureur de la République. Par ailleurs, toujours dans la Drôme, un programme d'éviction des conjoints violents devait démarrer en 2020.

- Enfin, il existe des « **Téléphones Grave Danger** » (TGD) mis en circulation dans les deux départements (deux à trois par départements). Il s'agit d'un téléphone portable disposant d'une touche dédiée, permettant à la victime de violences de joindre, en cas de grave danger, un service de téléassistance accessible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Cette plateforme téléphonique reçoit les appels et évalue la situation. Le téléassiste, relié par un canal dédié aux services de la police nationale et aux unités de la gendarmerie nationale, demande alors éventuellement immédiatement l'intervention des forces de l'ordre. Ce dispositif permet également la géolocalisation du bénéficiaire. Le "Téléphone Grave Danger" a vocation à prévenir les nouvelles violences que pourrait subir la victime de viol ou la victime de violences conjugales du fait de son conjoint ou ancien conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Le dispositif peut être attribué à tous les stades de la procédure, y compris durant des



À Lunel, des professionnels luttent contre les violences conjugales.

Vous pouvez faire appel à :

- la Maison de la Justice et du Droit
- l'Espace Santé
- la CAF
- les Services Départementaux des Solidarités
- le Service social - CCAS ou le CIAS
- la Gendarmerie
- la Clinique Via Domitia

ou appelez le
3919
(N° anonyme et gratuit)

En cas d'urgence composez le 17



phases où l'action publique n'a pas été mise en mouvement. Ce dispositif déployé en France depuis une dizaine d'années a permis des interventions rapides et déterminantes auprès de femmes en danger, mais il demeure insuffisant : malgré le TGD, certaines femmes ont été assassinées par leurs maris ou partenaire en France, les forces de l'ordre n'ayant pu intervenir assez rapidement face à la soudaineté de l'agression.

Les travailleurs sociaux, les médecins, repèrent ensuite plus ou moins bien les différentes associations qui peuvent venir en aide, localement, aux femmes. Celle qui semble la plus connue sur le territoire est le **CIDFF**.

- **Les Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)** exercent une mission d'intérêt général, confiée par l'État dont l'objectif est de favoriser l'autonomie sociale, professionnelle et personnelle des femmes et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Les CIDFF informent, orientent et accompagnent le public, en priorité les femmes, dans les domaines de l'accès au droit, de la lutte contre les violences sexistes, du soutien à la parentalité, de l'emploi, de la formation professionnelle et de la création d'entreprise, de la sexualité et de la santé. Leurs équipes pluridisciplinaires sont composées de juristes, de conseillères à l'emploi, à la formation professionnelle et à la création d'entreprise, de conseillères conjugales et familiales, de travailleurs sociaux. A l'échelle locale, les acteurs du CIDFF sont bien repérés et facilement sollicités semble-t-il par les autres professionnels.
- **Les associations d'aide aux victimes** ne sont pas des ressources de premier recours pour les femmes (contrairement aux travailleurs sociaux, aux forces de l'ordre), mais elles jouent un rôle déterminant dans la protection des femmes victimes de violences. En Drôme il s'agit de **REMAID** et en Ardèche de **l'AMAV**. Ces associations proposent gratuitement aux victimes (dont les femmes victimes de violences) une écoute confidentielle, une aide psychologique, une information sur les droits, un soutien et un accompagnement dans les démarches, une orientation si nécessaire vers d'autres services professionnels. Ces associations réalisent par ailleurs, à la demande des magistrats, des médiations pénales, des missions d'administration *ad hoc*, des enquêtes sociales rapides, des enquêtes de personnalité et un contrôle judiciaire socio-éducatif. Un service de justice restaurative est également proposé par l'association REMAID en partenariat avec le SPIP de la Drôme et le TGI de Valence.
- Le **Planning Familial** n'est pas toujours bien repéré par les professionnels interviewés sur cette thématique, mais il peut être sollicité sur ce sujet par des femmes qui ont recours à ses centres et antennes. Le Planning Familial aide et accompagne ainsi les personnes victimes de violences sexuelles et sexistes (accueil, écoute, préparation et accompagnement des dépôts de plainte, stages et atelier d'auto-défense pour femmes et adolescentes, ...).

- Enfin, il existe des **actions de prévention ou même des obligations de soins** pour les auteurs de violences envers des femmes, lorsqu'ils sont sous main de justice. Mais pour tous les hommes violents qui ne sont pas encore repérés par le système judiciaire, rien n'est fait. L'intervention des gendarmes ou de la police, à domicile, sur signalement de la femme ou du voisinage, peut parfois faire prendre conscience à certains hommes de leur problème, mais dans la plupart des cas, les violences perdurent.

- **Des manques en matière d'aide aux femmes victimes de violences**

Les professionnels ayant participé aux entretiens déplorent, malgré les ressources citées ou découvertes pendant les entretiens de groupes, un manque de moyens pour aider efficacement et concrètement les femmes victimes de violences.

En premier lieu, comme souligné plus haut, beaucoup d'agents des forces de l'ordre sont encore insuffisamment formés à recevoir les femmes victimes de violences. Celles qui, finalement conscientes du danger qu'elles courent, s'adressent à la police ou à la gendarmerie ne sont pas toujours bien reçues : certains agents peu formés, peu sensibilisés, et peu intéressés par ce problème, qui relève peut-être pour eux de la banalité de la vie quotidienne de certains couples, sont peu aidants et laissent repartir les femmes chez elles, auprès d'un conjoint violent, sans les orienter vers aucune ressource. Il semble que cette difficulté soit particulièrement repérée dans les zones rurales où les gendarmes sont peut-être moins formés que les policiers. Par ailleurs, les interviewés ont souligné le fait que dans les territoires ruraux, où « *tout le monde se connaît* », les gendarmes sont parfois eux-mêmes en lien avec les familles, les maris des femmes victimes, qui peuvent être des amis, des relations... Il serait dès lors, d'après les professionnels interviewés, encore plus difficile pour eux d'intervenir.

Il est vrai néanmoins que les solutions rapides et efficaces sont rares et toujours complexes à mettre en place. En Drôme comme en Ardèche, les logements d'urgence sont insuffisants par rapport aux besoins, et lorsqu'ils sont disponibles, ils sont parfois tellement éloignés du lieu de résidence de la femme (et de ses enfants), que partir équivaut pour elles à un déménagement, avec un changement d'école pour les enfants. Face au manque d'hébergement d'urgence adapté, les travailleurs sociaux essaient donc souvent de repérer les solutions qui pourraient être trouvées dans l'entourage de la femme victimes de violences : parents, amis. Mais s'il est possible d'héberger une personne quelques jours, il est plus difficile de l'accueillir avec des enfants si elle en a, sur une plus longue durée. Ces solutions ne peuvent être que très ponctuelles et sont insuffisantes pour résoudre le problème de fond, résolution qui ne peut progresser sans mise en place de procédures formelles d'éloignement du conjoint violent, de mise à l'abri. De même, il y a très peu de « familles d'accueil » qui existent sur le territoire, qui soient prêtes à accueillir ces femmes, et leurs enfants, le cas échéant. Plusieurs des professionnels interviewés estiment ainsi qu'il y a encore trop peu de mesures d'éloignement qui sont prises, et que c'est encore bien souvent aux femmes victimes de violences de se débrouiller pour se « mettre à l'abri ». Certains des professionnels considèrent par ailleurs que l'obligation de soins qui est parfois faite aux conjoints violents

lorsque la justice est saisie, semble finalement peu utile. Ces hommes demeurent souvent dans le déni et il reste très difficile de les conscientiser sur leurs comportements violents.

Même si les professionnels considèrent que des progrès ont été faits, et notamment que les forces de l'ordre sont mieux formées sur ces questions qu'autrefois, il reste que les solutions ne sont pas suffisamment nombreuses au regard des besoins. Des femmes sont encore régulièrement en danger de mort, face à un partenaire qui ne se contrôle pas (voire, qui peut préméditer certaines violences), et tout simplement en danger de coups et blessures, au quotidien. Si les femmes, encouragées par les communications « grand public » qui sont faites

sur ce sujet, mais aussi par certains travailleurs sociaux ou médecins qu'elles rencontrent, parlent beaucoup plus facilement de ces souffrances qu'autrefois, les solutions concrètes sont longues et difficiles à mettre en place, et ce d'autant plus que les femmes peuvent redouter le basculement vers une autre vie, des problèmes de précarité et des souffrances intenses, si leurs enfants ne sont pas avec elles, si elles ont le sentiment qu'elles vont déchoir socialement...

victimes de
violences
sexuelles et
sexistes

Des policiers et des gendarmes
à votre écoute

Un tchat en ligne
24h/24 et 7j/7

Un dialogue anonyme
et confidentiel

connectez-vous

PORTAIL DE SIGNALEMENT
#NeRienLaisserPasser
signalement-violences-sexuelles-sexistes.gouv.fr

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
police de sécurité du quotidien

Gendarmerie nationale
POLICE NATIONALE

3.4. L'accès au suivi gynécologique

- **Les médecins généralistes**

Les professionnels soulignent que les médecins généralistes qui font le suivi gynécologique de certaines de leurs patientes constituent une ressource précieuse, notamment dans les zones rurales, et qu'ils constituent un véritable levier au dépistage des cancers féminins. Plus largement, les médecins généralistes jouent un rôle majeur dans la sensibilisation et l'information des femmes en ce qui concerne le dépistage des cancers. Même s'ils ne suivent pas toutes leurs patientes au plan gynécologique, ils peuvent souligner, à la faveur d'une consultation sur un autre sujet, l'importance de réaliser les examens de dépistage des cancers féminins.

- **Les sages-femmes**

Les sages-femmes, qu'elles exercent en libéral ou à l'hôpital, ou dans un CPEF, sont également bien repérées par les femmes des territoires, le bouche-à-oreille étant souvent le premier vecteur d'information. Depuis qu'elles peuvent faire le suivi de toutes les femmes en bonne santé, y compris celles qui sont ménopausées, les sages-femmes sont de plus en plus sollicitées en dehors du suivi de grossesse. Contraception, frottis, palpation des seins, rééducation périnéale à la ménopause, sont autant de ressources de mieux en mieux repérées y compris dans les zones rurales. Mais, malgré une montée en charge de la demande et le souhait de sages-femmes de venir s'installer dans des territoires ruraux, ces installations sont l'objet d'une régulation, comme celle qui s'applique à d'autres professionnels de santé (infirmiers, ...). Ainsi, les zones considérées comme sur-dotées en sages-femmes par l'Etat, ne peuvent accepter davantage d'installations de ces professionnelles. La difficulté vient de ce que le critère utilisé pour établir ce zonage prenait jusqu'à maintenant essentiellement en compte le nombre de grossesses sur le territoire, laissant de côté toute la pratique de suivi gynécologique. Au moment de l'étude, ce zonage semblait en passe d'être révisé pour intégrer l'activité de suivi gynécologique des sages-femmes, en plus du suivi des grossesses, ce qui devrait permettre davantage d'installations de ces professionnelles, notamment dans des territoires ruraux.

- **Les CPEF et antennes du Planning Familial**

Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) informent et délivrent la contraception, peuvent pratiquer l'interruption volontaire de grossesse, orientent vers les médecins et partenaires, et pratiquent des tests de grossesse. La prescription d'une contraception (pilule, stérilet, implant, etc.) est possible grâce à la présence d'un médecin ou d'une sage-femme. Ces centres proposent gratuitement, quels que soient l'âge de la personne et sa couverture sociale, des informations sur les sexualités, les méthodes de contraception et d'avortement, les IST (Infections Sexuellement Transmissibles), le sida...

Rappelons que seuls 2 % des CPEF en France sont gérés par le Planning Familial³¹, association militante, féministe et d'éducation populaire. Ces CPEF sont ainsi les seuls à bénéficier de l'appellation « Planning Familial ». Les autres CPEF sont portés par les conseils départementaux ou par des hôpitaux et ne font pas partie de l'association du Planning Familial. Néanmoins, ces distinctions sont mal connues de la population et même de certains professionnels : lorsque des femmes cherchent près de chez elles le « Planning » (au travers d'annuaires, de sites internet) et qu'elles ne trouvent pas d'antenne, elles ne savent pas forcément qu'il peut y avoir un CPEF à proximité (porté par le département, un hôpital), qui pourra répondre à leurs besoins.

Les consultations médicales, gynécologiques ne peuvent être effectuées en CPEF que par un médecin ou par une sage-femme, qui ne sont pas présents dans tous les centres, notamment dans les zones rurales, les CPEF ont des difficultés à recruter ces professionnels. De ce fait, toute l'offre formellement « possible » n'est pas forcément présente dans la réalité et certains CPEF ou certaines antennes du Planning (animées, a minima, par des bénévoles), peuvent être en déficit de personnel professionnel. Une difficulté qui, au moment de l'étude, semblait plus présente en certains territoires d'Ardèche.

- **Les services de PMI**

Bien présents sur les deux départements, ils ont vocation à suivre les femmes au moment de leur grossesse, puis à effectuer le suivi des nourrissons et des enfants en bas-âge. Leur rôle n'est donc pas d'intervenir directement sur la santé sexuelle et affective, même si la mise ou remise en place d'une contraception spécifique après l'accouchement, peut-être prise en charge par la PMI pour les femmes qui allaitent. Néanmoins, plusieurs professionnels soulignent que la PMI est un lieu bien connu et reconnu par les femmes, qui souvent aussi rassure les époux les plus « contrôlants » ou suspicieux. De ce fait, pour les femmes qui ne savent pas ou n'osent pas demander un suivi gynécologique à leur médecin généraliste, ou consulter une sage-femme en libéral, et encore moins se rendre à un CPEF ou une antenne du Planning (ressources « évitées » dans certains groupes sociaux, ou par certains époux, qui considèrent que ce sont des lieux qui prônent le libertinage, à travers l'accès à la contraception et à l'IVG), la PMI peut constituer une vraie ressource pour une première information et sensibilisation des femmes concernant l'accès à la contraception, le suivi gynécologique et le dépistage des cancers féminins... Mais les femmes sont souvent très centrées sur leur enfant, et leur propre santé leur paraît parfois lointaine, notamment la question des cancers féminins.

³¹ <https://www.planning-familial.org/fr/permanences-et-consultations-106>

- **Les ressources de dépistage des cancers féminins**

Le programme de dépistage organisé³² du cancer du sein cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier. Celles-ci sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé. L'examen est pris en charge à 100% par l'Assurance maladie, sans avance de frais. Si aucune anomalie n'est décelée, la mammographie est ensuite systématiquement relue par un second radiologue expert : le programme de dépistage organisé bénéficie d'une double lecture encadrée. Les radiologues participants dits « premiers lecteurs » doivent effectuer au moins 500 mammographies par an. Les radiologues assurant la deuxième lecture doivent, quant à eux, s'engager à lire au moins 1 500 mammographies par an dans le cadre de cette activité de seconde lecture. Lorsqu'une anomalie est décelée, le radiologue premier lecteur effectue immédiatement un bilan diagnostique pour raccourcir le délai d'une éventuelle prise en charge et éviter une attente angoissante pour la patiente. Les données chiffrées concernant le dépistage organisé du cancer du sein montrent une participation en deçà de la moyenne régionale en Drôme et en Ardèche : la marge d'amélioration possible est donc importante. Au-delà de cet enjeu d'information et de sensibilisation des femmes, l'accès à la mammographie semble assez facile sur le territoire, même si la question du transport vers les villes-centres, où se trouvent les ressources d'imagerie, se pose toujours pour les femmes habitant en zone rurale.



Le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait quant à lui, en premier lieu, par un frottis, examen qui peut être pratiqué par un gynécologue, un médecin généraliste, une sage-femme, un infirmier ou un médecin en biologie médicale (dans un laboratoire d'analyses médicales) et enfin dans un CPEF ou antenne de Planning, s'il y a un médecin ou une sage-femme. Pourtant, toutes les femmes sont loin de faire pratiquer cet examen, par ignorance de son intérêt, peur de l'inconfort ou de la douleur possibles pendant l'examen, ou encore par peur des résultats...

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, les professionnels observent que certaines femmes du territoire sont très bien suivies et d'autres ne le sont pas du tout. Ces dernières ne sont jamais suivies, ou pas suivies en dehors des grossesses ni après la ménopause. Les

médecins généralistes, que les femmes voient pour d'autres raisons ou pour leurs enfants, ont donc un rôle important à jouer en la matière, puisque certaines femmes ne consultent jamais ou peu pour le suivi gynécologique, un rôle qui est soutenu depuis janvier 2020 par

³² <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>

l'envoi aux femmes d'une information écrite sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. La Ligue contre le cancer de la Drôme et celle de l'Ardèche sont également fortement mobilisées sur cette thématique, dans les deux départements et réalisent des interventions dans différents types de structures (centre sociaux, CHRS, ...). Ce type d'intervention est très important pour les femmes qui sont en difficultés avec l'écrit ou avec le français et qui ont besoin d'explications orales, et qui ont aussi souvent besoin d'être rassurées sur l'examen et son utilité.

Si les ressources pour réaliser un frottis semblent tout à fait suffisantes dans les deux départements, en revanche, certains professionnels ont souligné des difficultés d'accès aux colposcopies (examen destiné à affiner ce qui a pu être repéré lors d'un frottis) en certains points du territoire (notamment dans la Drôme sud). En effet, il a été rapporté que les délais d'attente pour avoir accès à une colposcopie sont parfois très longs, ce qui peut impliquer une perte de chance pour la femme concernée par le problème.

3.5. La santé des femmes après la ménopause

Ce sujet reste encore très peu abordé spontanément par les professionnels de santé qui suivent les femmes, mais aussi par les femmes elles-mêmes et ce, même si certains risques demeurent après 50 ans et que d'autres apparaissent.

Comme cela a été souligné plus haut, une partie des femmes considère qu'une fois les possibilités de grossesse éliminées du fait de la ménopause, que la contraception devient inutile, il n'est plus nécessaire d'être suivie. Or, le risque de cancer du sein et de cancer de l'utérus demeurent, voire augmente avec l'âge pour le cancer du sein. Par ailleurs, la ménopause peut générer des difficultés multiples qui peuvent entraver la vie affective et sexuelle. En premier lieu, cette étape peut être mal vécue par les femmes. Les professionnels de santé présents dans les entretiens observent que pour certaines femmes, la ménopause est vécue comme une « catastrophe » qui atteint leur image, leur confiance en elle : une « mort » de ce que certaines appellent leur « féminité » ... Au-delà, le bouleversement hormonal lié à la ménopause peut favoriser la survenue d'une dépression, mais aussi des difficultés au plan somatique et sexuel, qui sont aujourd'hui bien connues mais pas forcément abordées par les femmes avec leur médecin. Or, des prises en charge de ces troubles, plus ou moins intenses et envahissants selon les femmes, sont aujourd'hui possibles, qui vont des « méthodes douces » (tisanes à base de sauge pour réduire les bouffées de chaleur par exemple) au traitement hormonal substitutif (THS).

Dans tous les cas, il est important d'expliquer aux femmes que la ménopause est une étape et non une fin et qu'elle ne dispense pas d'un suivi gynécologique.

3.6. Les personnes en grande précarité

Certains des professionnels rencontrés travaillent auprès de publics en très grande précarité (personnes vivant en CHRS, SDF) et ils ont souligné que les difficultés au plan de la vie affective

et sexuelle sont décuplées par la grande défavorisation sociale, qui s'accompagne souvent de multiples ruptures dans le parcours de vie, de violences (depuis l'enfance), mais aussi d'addictions à des produits psychoactifs. Certaines souffrances, maltraitements et violences, physiques et psychiques, sont ainsi présentes depuis l'enfance et sont « incorporées » et ressenties par ces personnes comme étant « normales », inévitables. L'acceptation très profondément ancrée de ces violences, maltraitements, associée à une faible estime de soi, à des difficultés matérielles importantes rend les interventions sur ce thème, auprès de ces publics, particulièrement complexes.

Par ailleurs, la fragilité économique, sociale mais aussi souvent psychique de ces personnes fait qu'elles s'inscrivent difficilement dans un suivi médical, en général, et moins encore dans un suivi gynécologique, ou dans des démarches de protection et de prévention (préservatifs, tests de dépistage, etc...). Les prises de risques sont ainsi nombreuses et s'inscrivent dans un cadre global d'état de santé plus ou moins dégradé. Mais au-delà, les professionnels soulignent que le principal problème de ces personnes est la très grande solitude affective dans laquelle elles se trouvent et la souffrance psychique qui en découle.

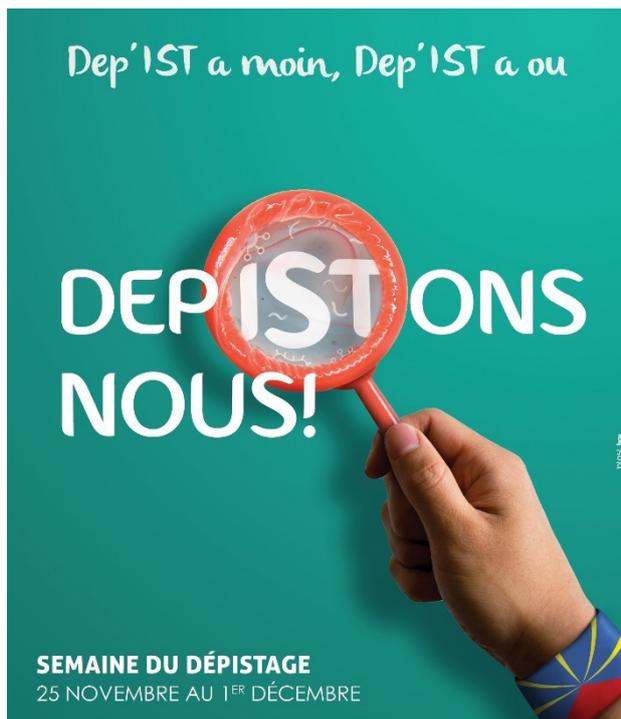
Les professionnels des CHRS, mais aussi les professionnelles du Planning Familial ou des CPEF qui interviennent dans les CHRS abordent la question des risques d'IST, de l'importance du suivi, etc, mais les publics qui vivent « à la rue » ou du moins sans logement fixe restent vulnérables et difficiles à aider.

4. Les hommes

Les hommes consultent globalement beaucoup moins que les femmes pour des questions ayant trait à la vie affective et sexuelle, du fait notamment qu'ils ne sont pas concernés par le suivi gynécologique. Cependant, les professionnels interviewés ont repéré des besoins ou des difficultés chez une partie des hommes qu'ils suivent ou accompagnent, même si ces besoins sont peu « verbalisés ».

➤ **Demandes de tests pour les IST chez les homosexuels et hétérosexuels ayant des partenaires multiples**

Il semble que de plus en plus d'hommes ayant des partenaires multiples, hommes ou femmes, demandent de réaliser des tests de dépistage du VIH. En revanche, peu d'hommes connaissent les autres IST et demandent à réaliser des tests pour repérer une éventuelle gonorrhée, une chlamydiae, ... Alors que ces pathologies sont en recrudescence. En la matière, il semble ainsi qu'un effort d'information et de communication soit nécessaire.



DÉPISTAGE ANONYME ET GRATUIT
VIH, HÉPATITES ET IST



Les professionnels observent que la centralisation géographique des ressources de tests gratuits et anonymes en CeGIDD, qui ne sont présents que dans les plus grandes villes du territoire, à Privas et à Valence, ont créé des difficultés pour ceux qui avaient l'habitude de se rendre dans les CDAG-CIDDIST, plus nombreux autrefois sur le territoire et donc géographiquement plus proches et accessibles. Le dépistage gratuit et anonyme est ainsi possible au centre hospitalier d'Annonay et au centre hospitalier de Valence. Néanmoins, pour les personnes habitant hors de ces villes, et plus encore si elles habitent en zone rurale, des difficultés de transport peuvent les empêcher de se rendre rapidement dans un CeGIDD pour faire des tests si besoin.

Certains CPEF commencent à recevoir des hommes qui sont en demandes de tests : outre une consultation « globale » qui peut permettre de faire le point sur les pratiques et prises de risques éventuelles, les médecins de CPEF peuvent réaliser des ordonnances pour que des tests soient effectués dans un laboratoire d'analyses médicales. Les professionnels interviewés soulignent cependant que les restes à charge dans les laboratoires d'analyses médicales, peuvent être importants pour les personnes qui n'ont que des compléments santé « basiques », ce qui peut constituer un frein supplémentaire au dépistage pour les publics modestes.

Enfin, les médecins généralistes demeurent la première ressource de proximité, même si certaines personnes semblent préférer s'adresser à d'autres ressources qu'à leur médecin traitant, ou au laboratoire d'analyse local pour réaliser un test de dépistage du VIH ou des IST. La crainte du contrôle social, d'être aperçu par un proche, ou d'une certaine proximité avec les soignants habituellement sollicités, en local, pourrait créer des doutes sur le respect de l'obligation de confidentialité et de ce fait motiver un « détour » pour se faire dépister hors du territoire de résidence.

Plusieurs des professionnels rencontrés ont ainsi conclu que le regroupement des ressources des CDAG-CIDDIST en CeGIDD est sans doute rationnel au plan économique pour l'Etat, mais qu'il est dommageable pour les personnes qui ne peuvent se déplacer facilement, qui ont des moyens modestes, ou qui souhaitent un anonymat complet.

4.1. Contraception et vie sexuelle : les demandes repérées

Les hommes semblent moins consulter pour ces motifs, mais les médecins libéraux et les professionnels des CPEF en reçoivent quelques-uns, qui ont globalement deux types de demande (hors tests de dépistage) :

- Les troubles de la libido et de l'érection, avec éventuellement des demandes pour une prescription de Viagra ou une vérification des contre-indications possibles ;
- Des vasectomies. Cette stratégie en principe très efficace au plan contraceptif, permet de résoudre le risque de grossesse pour ceux qui ne souhaitent plus ou pas avoir d'enfants, mais elle ne protège pas cependant du risque d'IST. Or, les professionnels repèrent des hommes vasectomisés, qui ont différentes partenaires, mais refusent d'utiliser des préservatifs, alors même qu'ils sont à risque d'être contaminés ou de contaminer des partenaires. Là encore une information plus large sur les avantages et limites de la vasectomie, en regard de la recrudescence des IST serait nécessaire.

Enfin, les hommes consultent pour des troubles urinaires ou de l'érection qui peuvent s'avérer en lien avec un problème de prostate, voire un cancer de la prostate. Si le cancer de la prostate³³ est le plus fréquent chez l'homme, il est peu traité ou connu des professionnels qui ont participé aux entretiens collectifs, à l'exception des médecins généralistes et n'a pas pratiquement pas été abordé pendant ces entretiens.

5. Les personnes handicapées

5.1. Les personnes handicapées physiques



infirmité moteur-cérébrale] à recourir à des professionnels ou bénévoles qui sont

La notion de handicap peut recouvrir des réalités extrêmement diverses, qui peuvent renvoyer également à des difficultés dans la vie quotidienne très variables. La sexualité des personnes handicapées a fait l'objet récemment de débats complexes, notamment en ce qui concerne les possibilités des personnes qui sont concernées par des formes de handicap très invalidantes physiquement (comme par exemple la tétraplégie, ou une

³³ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>

dénoté(e)s dans plusieurs pays européens comme « assistants(es) sexuels(les) »³⁴³⁵. Le débat porte sur la question du droit et de la nécessité de pouvoir accéder au plaisir sexuel, mais aussi sur les conditions de cet accès lorsque des professionnels ou bénévoles sont sollicités, notamment au plan financier, la prostitution ou le recours à la prostitution étant, ou non, en l'espèce, considéré ou non comme un délit selon les pays. Le débat est également marqué par l'enjeu de la capacité de la personne handicapée à exprimer sa volonté en la matière. Les entraves à une vie sexuelle et affective sont parfois intenses pour les personnes concernées par un handicap physique sévère. Lorsqu'une autonomie est possible dans le domaine de la vie sexuelle, les difficultés sont davantage liées au regard de l'autre, à la place qui est faite plus généralement à ces personnes dans nos sociétés de performance et de mobilité. Le sujet a à peine été effleuré lors des entretiens collectifs, preuve que les besoins qui existent en Drôme et Ardèche, comme partout ailleurs, sont peut-être méconnus ou sans réponses, du moins des réponses organisées de manière associative, professionnelle.

Les personnes ayant un handicap mental sévère (déficience), peuvent aussi être concernées même si elles ont une autonomie physique, et dans ce cas, les enjeux de volonté, de « libre arbitre » sont encore plus complexes.

5.2. Les personnes déficientes intellectuelles ou atteintes d'une infirmité motrice-cérébrale

Si la question des freins ou possibilités de recourir aux assistants(es) sexuels(les) n'a pas été directement abordée par les professionnels rencontrés, néanmoins plusieurs d'entre eux ont été confrontés dans leur pratique au problème de l'accès des personnes handicapées au plan intellectuel ou cognitif (notamment du fait d'une déficience intellectuelle importante). Au-delà des attentes, parfois bien exprimées, par les personnes handicapées elles-mêmes, certains parents demandent parfois à être aidés pour répondre aux besoins de leurs enfants, notamment lorsque ceux-ci vivent en foyer. Les demandes de ces parents sont entendues mais cependant très peu de solutions sont mises en place, car les professionnels ne sont que très rarement formés sur cette question. Au-delà de la gêne que cette question peut provoquer chez certains professionnels, ceux-ci sont concrètement souvent démunis pour répondre favorablement à ces attentes, tout en préservant la sécurité et la dignité des personnes. Pour les personnes handicapées célibataires, la question est particulièrement complexe : comment satisfaire leurs besoins si le recours à un(e) assistant(e) sexuel(le) n'est

³⁴ <https://www.france-assos-sante.org/2018/09/25/assistance-sexuelle-un-usager-temoigne/>

³⁵ <https://www.france-assos-sante.org/2018/09/25/assistance-sexuelle-les-pouvoirs-publics-encore-trop-frileux/>

pas envisagé ou pas possible ? L'un des professionnels ayant participé aux entretiens a témoigné d'une rencontre avec une famille, dont l'enfant adulte venait d'être accepté dans un foyer, et qui avait demandé s'il était possible de lui laisser « sa » poupée gonflable quelquefois. Face à ce type de demande, les professionnels sont livrés à leurs incertitudes, embarras, et malgré leur bienveillance et professionnalisme, ils ne savent pas toujours comment y répondre et que faire concrètement pour la personne handicapée.



Par ailleurs, la formation de couples, dans les foyers pour personnes handicapées au plan intellectuel et cognitif, est hautement surveillée. Si pendant des décennies, les résidentes handicapées des foyers mixtes étaient obligées de prendre une contraception, les pratiques ont semble-t-il évolué. Les professionnels rencontrés notent qu'aujourd'hui, les personnes handicapées reçoivent davantage d'explications, adaptées à leur niveau de compréhension, notamment lorsque des interventions sont réalisées dans les foyers par des professionnelles de CPEF ou du Planning Familial. De même, les femmes concernées par ces handicaps sont aujourd'hui beaucoup mieux suivies au plan gynécologique, par des gynécologues ou des médecins généralistes en ville, même si le dépistage des cancers n'est pas autant fait qu'il pourrait l'être, ces personnes nécessitant souvent un accompagnement et une réassurance particuliers, face aux douleurs ou gênes

possibles... Spécificités qui requièrent une grande adaptabilité de la part des médecins, pas toujours formés à pratiquer ces examens sur ces publics spécifiques. Les professionnels ont par ailleurs exprimé des craintes sur le fait que les « bonnes pratiques » en la matière ne sont pas généralisées sur tout le territoire, qu'il s'agisse de la Drôme ou de l'Ardèche. Dans certains foyers où il n'y a pas d'interventions extérieures sur ce sujet, les personnes handicapées peuvent être tout simplement « interdites » de relations sexuelles avec un partenaire, notamment en refusant que le couple ait accès à un temps d'intimité respectée dans une chambre (sans que les professionnels puissent rentrer dans la chambre occupée par le couple pendant plusieurs heures, une nuit). Si certains parents sont favorables à ce que leurs enfants aient accès à une vie affective et sexuelle par ce biais, d'autres y sont fermement opposés et les associations de parents sont elles-mêmes mal à l'aise avec ce sujet semble-t-il. Entre le droit des personnes à avoir une sexualité avec un partenaire et les risques qui peuvent y être associés, l'équilibre est difficile à trouver. Outre le risque de grossesse (qui se résoudra souvent par une IVG) ou plus simplement d'IST, les parents et associations redoutent aussi parfois que leurs enfants ne soient pas vraiment en mesure d'exprimer une attente ou un consentement dans ce domaine, et qu'ils se fassent « exploiter » ou maltraiter par un autre résident... Sans compter que la sexualité de leur enfant est tout simplement un tabou pour certains parents.

Reste que certaines personnes handicapées qui ont une déficience intellectuelle expriment parfois clairement le désir d'habiter avec leur compagne ou compagnon, dans un appartement, et parfois même le désir d'avoir un enfant. Ces choix, lorsqu'ils sont bien acceptés par les tuteurs légaux (le plus souvent les parents) requièrent la mise en place d'un accompagnement adapté, en termes de professionnels formés et de temps qu'ils peuvent consacrer au couple. Ces moyens sont cependant relativement importants et ne sont pas présents partout et on peut supposer que quelques (ou de nombreuses) demandes de personnes handicapées restent en souffrance.

6. Les personnes âgées

6.1. Les personnes âgées : des adultes « comme les autres » ?

Le terme de « personne âgée » ne désigne rien de précis et l'âge de la retraite ne signifie plus, depuis longtemps, que les facultés physiques ou psychiques des personnes soient altérées. L'espérance de vie et plus encore l'espérance de vie en bonne santé après la retraite, sont aujourd'hui beaucoup plus élevées qu'à la génération précédente³⁶. L'écart d'espérance de vie se maintient selon l'appartenance sociale : les catégories socio-professionnelles modestes, restent plus exposées à l'usure entraînée par des métiers physiques et répétitifs et ont des comportements globalement moins protecteurs en termes d'hygiène de vie, ce qui impacte négativement leur vieillissement et leur santé après la retraite. Mais, ce qui marque aujourd'hui véritablement le vieillissement est l'installation d'une dépendance, que celle-ci soit physique ou cognitive.

De ce fait les personnes « âgées » sont des adultes « comme les autres » tant que leur état



de santé n'est pas dégradé et, en ce qui concerne la vie affective et sexuelle, les professionnels ayant participé aux entretiens ont rappelé qu'après 65 ans, plus de 50 % des personnes déclarent avoir régulièrement des rapports sexuels. Même si le rythme tend à se réduire avec le temps (puis avec le célibat choisi ou non, et notamment le veuvage), les personnes qui sont en bonne santé tendent à conserver ce pan de leur existence.

Et pourtant, les professionnels constatent également que de nombreuses femmes abandonnent le

³⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4160025>

suivi gynécologique après 60 ans, alors qu'elles ne sont pas sans risques (le dépistage organisé du cancer du sein concerne ainsi les femmes jusqu'à 74 ans, et si l'incidence du cancer du col de l'utérus diminue après 51 ans, le risque ne disparaît pas pour autant et le dépistage est conseillé jusqu'à 65 ans³⁷). Il y a donc encore un travail d'information et de sensibilisation à réaliser pour que les femmes qui ont plus de 60 ans restent vigilantes aux cancers féminins, mais aussi qu'elles soient vigilantes aux IST en recrudescence si elles changent de partenaires.

Du côté des hommes se pose de manière spécifique la question du cancer de la prostate. Le sujet n'a quasiment pas été évoqué par les professionnels interviewés, car, hormis les médecins généralistes ou les docteurs en biologie médicale présents, ils rencontrent très peu de personnes de plus de 60 ans dans le cadre de leur profession. Pour rappel le cancer de la prostate est le premier cancer chez les hommes, suivi des cancers du poumon et colorectal³⁸ (le cancer de la prostate se situe en revanche au troisième rang en matière de mortalité) mais son dépistage est controversé³⁹ car les avantages et les inconvénients sont à peu près aussi importants.

6.2. Les personnes âgées dépendantes : la perte d'autonomie et la vie sexuelle et affective

Lorsque l'âge entraîne la survenue d'une dépendance et que celle-ci entrave les capacités cognitives et intellectuelles des personnes, l'accès à une vie affective et sexuelle peut être modifié, voire compromis. Lorsque ces personnes habitent leur domicile, avec un conjoint, la question relève alors essentiellement du couple, et notamment de celui des deux qui est encore valide et indépendant. En revanche, lorsque la personne âgée dépendante habite en EHPAD, cet accès est plus complexe. Certains des professionnels interviewés qui peuvent intervenir dans les EHPAD pour les résidents ou les professionnels, observent plusieurs difficultés.

³⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036877136&categorieLien=id>

³⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>

³⁹ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate/depistage>



Le fait est que malgré la dépendance, les besoins et attentes en matière de sexualité et de vie affective peuvent demeurer, allant parfois même, chez certaines personnes, jusqu'au désir de reformer un couple, entre résidents d'un même EHPAD. Or, face à ces besoins, les familles et les professionnels des EHPAD sont souvent en difficulté. Les enfants de ces personnes, eux-mêmes adultes et parfois vieillissants sont parfois très mal à l'aise avec l'idée que leur père ou mère ait une activité sexuelle ou exprime le désir d'en avoir une avec un autre résident. Au-delà de ce tabou classique (auxquels s'ajoutent parfois des craintes matérielles : la question de l'héritage pouvant être brûlante pour certains enfants), se pose la question du consentement des personnes qui sont atteintes de dégénérescences cognitives. Même si la

personne âgée peut exprimer une attente, un désir par rapport à un autre résident, il peut être difficile d'être certain de son consentement si elle a des pertes de mémoire importante, des moments de confusion. Par ailleurs, il peut également être complexe de concilier le besoin d'intimité des personnes âgées qui souhaitent se retrouver en couple et leur sécurité : leur fragilité physique ou cognitive demeure toujours un point de vigilance. Pour les personnes âgées dépendantes en EHPAD, le fait de se retrouver à deux et de pouvoir fermer la porte de la chambre à clef devient ainsi un objectif parfois inatteignable... Pourtant, les professionnels observent que les personnes âgées, même dépendantes et vivant en EHPAD, qui ont encore une vie affective et sexuelle sont plus épanouies, en meilleure santé psychique.

Des membres du Planning Familial interviennent dans certains EHPAD, pour former les professionnels à la question de la sexualité des personnes âgées dépendantes, afin que le sujet cesse d'être tabou, que le dialogue soit facilité avec les familles de résidents sur cette question, et que les attentes des résidents soient mieux prises en compte.

7. Les professionnels par eux-mêmes

Tout au long des sept entretiens collectifs qui se sont déroulés en différents points de l'Ardèche et de la Drôme en 2019, même si le profil et le nombre des participants était très variable d'un territoire à l'autre, deux points sont apparus de manière récurrente.

7.1. Le besoin des professionnels de mieux se connaître entre eux et de mieux connaître les différentes ressources qui existent localement

Dans chacun des groupes, nous avons pu observer que certains des professionnels appartenant à différentes institutions se connaissaient, mais que la plupart du temps, ils entretenaient, au mieux, des relations bilatérales, qui leur semblent insuffisantes pour mailler le territoire sur les thématiques qui relèvent de la santé affective et sexuelle de la population. Par ailleurs, les professionnels qui se connaissent ont des relations motivées par des objets professionnels communs : l'éducation des jeunes, l'insertion professionnelle, tel ou tel public cible, et la santé sexuelle et affective n'est pas forcément au cœur des échanges ou des enjeux communs ... Mais d'autres professionnels n'ont aucune opportunité de se rencontrer.

On note à cet égard que les médecins généralistes libéraux, s'ils sont plus ou moins en lien avec les centres hospitaliers et s'ils ont souvent des partenariats avec d'autres professionnels de santé libéraux (infirmiers, pharmaciens, ...) connaissent souvent mal les ressources qui peuvent exister en termes de services publics ou d'associations. Les services sociaux, la PMI, les CPEF, le CIDFF, les associations d'aide aux victimes, d'aide à certains groupes de population (LGBT, ...) sont peu ou pas connues de certains médecins généralistes qui regrettent cette situation et souhaiteraient mieux connaître ces ressources, sans forcément avoir à consacrer du temps pour les rencontrer physiquement.

Du côté des professionnels ayant une mission de service public le cloisonnement est également important, par thématique de travail ou par public. Si certains thèmes de santé publiques sont travaillés dans des instances multipartenariales (Contrats Locaux de Santé, Conseils Locaux de Santé Mentale), force est de constater que la santé affective et sexuelle n'est pas un sujet prioritaire et aucune grande rencontre multipartenariale sur ce sujet n'a eu lieu à l'échelle des deux départements jusqu'à présent, à l'exception de la thématique des violences faites aux femmes, qui a réussi à trouver sa place dans le débat public...



Enfin, le Planning Familial a tenu à souligner que le mode de financement des actions en matière de santé sexuelle et affective a deux effets délétères. Le premier est la mise en concurrence des opérateurs (tout particulièrement sur la question de la prise en charge des violences faites aux femmes et sur le conseil conjugal) qui constitue, par essence un frein au partenariat, et le deuxième est une faible transversalité des actions, des approches ainsi qu'une faible connaissance mutuelle, des besoins des publics, de toute l'offre en présence. Ces contraintes sont des obstacles au partenariat.

Enfin, pour des raisons d'absence de réseaux, de contacts, nous n'avons pu avoir dans les entretiens collectifs, aucun représentant des forces de l'ordre (police ou gendarmerie) qui auraient été très pertinents pour échanger sur les questions de violences faites aux femmes, et des formations ou appuis dont ils pourraient avoir besoin pour aborder ces questions avec les femmes qui les sollicitent.

Les entretiens collectifs ont ainsi permis de recueillir de nombreux points de vue et informations, mais ils ont également constitué des opportunités pour que des professionnels de terrain se rencontrent, se découvrent, échangent et parfois se transmettent leurs coordonnées afin de pouvoir éventuellement se solliciter dans le cadre de leurs activités respectives.

7.2. Les professionnels et leurs catégories mentales : des points de vue et des regards à réinterroger

Les échanges qui ont eu lieu pendant les entretiens collectifs ont mis en lumière le fait que tous les professionnels n'ont pas les mêmes approches ni les mêmes points de vue. Quelle que soit la profession de chacun, sa posture militante ou non, nombreux sont ceux qui ont pu constater que leurs opinions n'étaient pas forcément partagées par tous et que ces différences pouvaient révéler, non pas des oppositions de fond, mais plutôt des regards qui sont spécifiques. A titre d'exemple, voici quelques illustrations des points qui semblaient « aller de soi » pour certains et pas du tout pour d'autres et qui ont suscité de petits débats :

-Tomber amoureux par Internet ne serait pas possible selon certains. Une attirance amoureuse ne pourrait se produire que s'il y a une rencontre physique. Les relations par internet seraient par essence virtuelles et donc fantasmatiques, ce qui n'est pas un avis partagé par tous.

-« L'identité » sexuelle et les préférences. Certains professionnels sont troublés par le fait que certains jeunes hésitent longtemps avant de savoir s'ils sont hétérosexuels, homosexuels, bisexuels, quitte à « *tout essayer* », comme si ce « flottement » était une « *mode* » et que la vie sexuelle et affective devait obligatoirement passer par un sentiment d'appartenance à un sexe ou un autre, et par une attirance pour un sexe ou l'autre, parfaitement clairs. D'autres professionnels ont le sentiment que ce « flottement » peut aussi faire partie de la « normalité ».

-Les pratiques particulières ou à risques de certains adultes « non hétéro-normés » sont facilement acceptables pour certains professionnels (à condition qu'elles concernent des adultes consentants), mais semblent étranges pour certains qui ne comprennent pas que des personnes s'exposent à certains risques du fait de leur pratiques sexuelles particulières. La tolérance en la matière ne va pas de soi.

-La pornographie semble un danger pour certains, qui y voient essentiellement une approche dégradée de la sexualité et de la place des hommes et des femmes dans l'acte sexuel. D'autres professionnels en revanche, constatant que la pornographie est relativement banalisée chez les jeunes et souhaiteraient que l'on utilise ce support pour faire passer des messages de prévention concrets, notamment aux jeunes (comme par exemple ceux que diffuse Ovidie⁴⁰, actrice et réalisatrice de films pornographiques).

⁴⁰ <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/education-sexuelle-des-enfants-dinternet-14-des-adultes-larques-par-le-net>

-En matière de contraception, le stérilet ne conviendrait pas aux jeunes. Idée dont on sait aujourd'hui qu'elle n'a pas de fondement médical. Dans les faits, tous les professionnels de santé ne le proposent pas aux jeunes.

-La grammaire de l'acte sexuel bousculée : certains professionnels trouvent étrange voire inquiétant que des jeunes puissent considérer la fellation comme un préliminaire amoureux. Pour ces professionnels, la fellation est pleinement un acte sexuel qui ne doit pas être banalisé car il comporte des risques réels au plan sanitaire s'il n'est pas protégé et que les partenaires ne sont pas stables (VIH et autres IST, Papillomavirus, ...). Par ailleurs la banalisation de la fellation peut minimiser des actes d'échange entre personnes, et notamment des jeunes qui, sous couvert de ne pas pratiquer une pénétration vaginale, peuvent sembler plus « anodins » et être en réalité support d'échanges qui relèvent de formes de prostitution. Pour autant, la désignation des actes sexuels, l'importance qu'on leur donne, et leur ordre de réalisation, dans un rapport sexuel entre personnes conscientes et consentantes, dépend bien de chaque individu.

-Enfin, plusieurs professionnels s'étonnent encore d'entendre ou de lire, dans des documents réalisés par des établissements scolaires des propos qui font référence aux dangers que courent les filles si elles ont des « *tenues provocantes* »⁴¹. Cette idée que les filles qui se font sexuellement agresser ne se sont pas suffisamment auto-protégées, notamment par le port d'une tenue « sobre », encourage l'idée de leur responsabilité et culpabilité en cas d'agression avérée, en déchargeant du coup l'agresseur de sa pleine responsabilité, puisqu'il est « victime d'une provocation » ... C'est peut-être sur ce point que les points de vue ont été les plus différents.

Les échanges lors des entretiens de groupe ont ainsi permis à certains professionnels de croiser des points de vue différents, qui ne leurs sont pas toujours « naturels », sans pour autant avoir eu l'opportunité, d'approfondir tous les sujets abordés ou sous-jacents, faute de temps. Entre savoirs, valeurs, convictions, idées reçues, habitudes, mais aussi missions et contraintes professionnelles, il apparaît ainsi important de réinterroger ses propres catégories mentales⁴², pour penser la prévention et les réponses à construire par rapport aux besoins repérés, en s'adaptant aux différents publics concernés.

Reste que ces débats menés sur un temps modeste, ont montré à la fois toute la richesse et la complexité que la « vie affective et sexuelle » recouvre. Beaucoup d'enjeux dépassent le champ sanitaire et concernent plus globalement la citoyenneté, le lien social, les inégalités sociales.

⁴² Ma vie sexuelle est plus grosse que la tienne- Le livre qui corrige les idées reçues sur le sexe. Mazaurette Maia. TANA éditions – 2018

8. Les éléments par sous-territoires

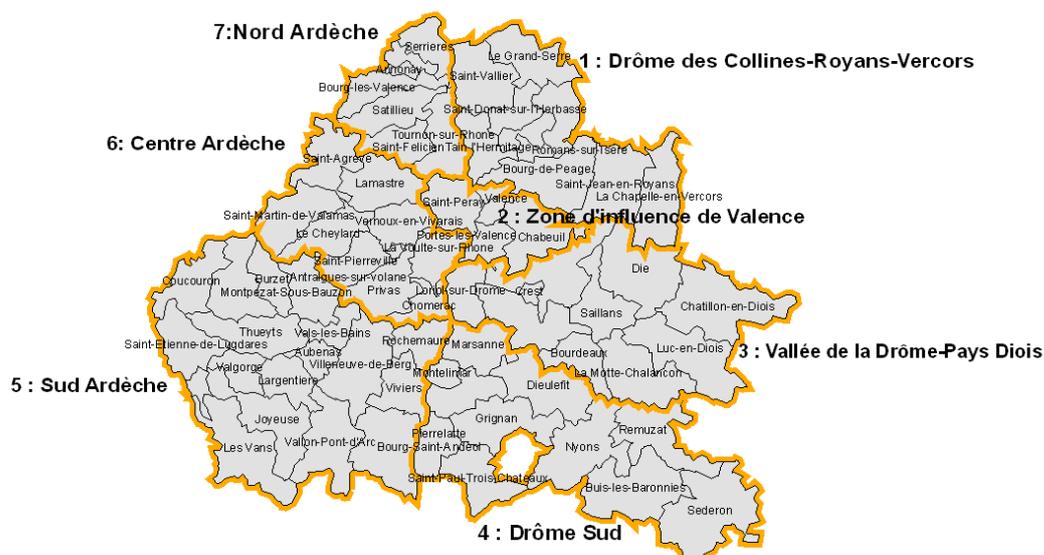
L'objectif de cette étude qualitative n'était pas de recenser ou de dresser un panorama exhaustif des ressources existantes sur le territoire, mais bien de repérer quelles problématiques interpellent les professionnels, pour tous les publics et à tous les âges sur la question de vie affective et sexuelle.

Il est cependant apparu, au fil des entretiens que les professionnels, qui parfois se connaissaient et travaillaient déjà ensemble, étaient finalement assez rares, et que beaucoup se sont découverts à cette occasion. Il a ainsi émergé des entretiens un souhait de mieux connaître les ressources existantes, localement, même si les territoires d'action des professionnels peuvent être plus réduits ou plus vastes que les territoires définis pour cette étude.

Nous avons donc répertorié les ressources qui ont été citées par les professionnels ayant participé aux entretiens, par sous-territoires, tout en sachant que celles-ci ne sont pas listées de manière exhaustive. Ces éléments constituent donc un simple « balayage » de ce qui est aujourd'hui repéré par ces professionnels dans les 7 territoires identifiés et définis pour les besoins de l'étude.

Lors de l'élaboration de la méthodologie de cette étude, les deux départements ont été « découpés » en sous-territoires, qui correspondent à ce que les partenaires impliqués dans cette étude (CHS, ARS, CD 07 et CD 26) repèrent comme zones d'influence et réseaux informels, localement.

Sept territoires ont ainsi été identifiés : Nord-Ardèche, Centre-Ardèche, Sud-Ardèche, Drôme des Collines/Royans/Vercors, Zone d'influence de Valence, Vallée de la Drôme/Pays Diois, Drôme-Sud :



Drôme Sud

Éléments soulignés par les professionnels concernant ce territoire :

- De nombreuses ressources concentrées à Montélimar et dans son centre hospitalier
- Des publics repérés comme étant anti-vaccination HPV : des besoins d'information

Les ressources identifiées :

- Le centre hospitalier de Montélimar, qui comprend un CPEF
- L'antenne du Planning Familial à Montélimar
- Des médecins généralistes qui font des consultations de gynécologie à la Maisons de Santé Pluridisciplinaire de Buis-les-Baronnies et à celle de Nyons : un modèle qui semble très bien fonctionner en territoire rural
- Planning Familial 26- Antenne de Nyons- CPEF
4 place Jacques Martin Deydier à Nyons

Drôme des Collines – Royans – Vercors

Éléments soulignés par les professionnels concernant ce territoire :

- De nombreuses ressources sont concentrées à Romans.
- La proximité des ressources valentinoises pour une partie des habitants qui sont véhiculés est un atout. La liaison est particulièrement facile à l'échelle du grand bassin d'influence de Valence, qui va de Portes de Valence jusqu'à Romans, en passant par Guilherand-Granges
- Néanmoins, les zones rurales peuvent être très enclavées

Les ressources identifiées :

- L'Espace Santé du CCAS de Romans (et le Sexo-forum) à Romans
- Le PAEJ La Parenthèse, à Romans
- Le CPEF et le centre de dépistage des Hôpitaux Drôme-Nord (Romans)
- Le CPEF de Saint-Vallier
- La Maison de Justice
- Un réseau d'acteurs sur les violences conjugales
- La CPAM de la Drôme (action saluée pour les ouvertures de droits en urgence, notamment pour les jeunes mineures)

Vallée de la Drôme – Pays Diois

Éléments soulignés par les professionnels concernant ce territoire :

- Des ressources importantes sont situées à Valence (maison des adolescents, ...), mais elles sont difficilement accessibles pour les publics non véhiculés (jeunes, personnes précaires, ...)
- Des publics anti-vaccins qui refusent le vaccin anti HPV
- Une bonne dynamique territoriale, des partenariats, mais pour la population des obstacles aux déplacements classiques dans les territoires ruraux.

Les ressources identifiées :

- L'ESCDD à Die : une ressource reconnue de socialisation et de prévention, y compris sur la thématique de la santé sexuelle et affective
- Un bon réseau d'acteurs à Die et des partenariats (addictions, suicide). Des liens à croiser avec un autre réseau très dynamique créé par le CLSPD ?
- Un CPEF porté par le Centre hospitalier de Crest, dans les locaux du CMS
 - Un lieu non-stigmatisant et facilitant pour les femmes, mais peut-être sous-utilisé par les jeunes (trop connoté « adultes », « mères » ?)
 - Le CPEF est en lien avec des structures pour personnes handicapées (ESAT, ...)
- Un appartement d'urgence pour les femmes victimes de violences à Loriol, mais insuffisant au regard des besoins. Le CIDFF essaye de trouver des familles d'accueil bénévoles pour ces femmes
- Des sages-femmes libérales qui proposent un suivi gynécologique, et spécifiquement pour les jeunes entre 15 et 18 ans la première consultation (gratuite) : CCP (consultation de contraception et prévention)
- Des médecins généralistes et sages-femmes qui font systématiquement des ordonnances aux jeunes (y compris préservatifs) pour faciliter l'accès à la contraception des jeunes
- Des difficultés d'accès à la colposcopie pour dépistage du cancer de l'utérus dans le bassin diois : attention au risque de perte de chance pour les femmes
- Planning Familial 26- Antenne de Dieulefit : (CPEF ou EICCF?)

Sud-Ardèche

Éléments soulignés par les professionnels concernant ce territoire :

- Enclavement et difficultés de transport pour certains territoires ruraux situés à l'ouest du département

Les ressources identifiées :

- Centre hospitalier d'Aubenas :
 - présence de 3 sages-femmes qui réalisent des consultations gynécologiques (Contraception, consultations IVG, ...)
 - Point d'accueil médico-judiciaire
- Le CeGIDD est éloigné pour les habitants du territoire : il y a un report des demandes vers le CPEF d'Aubenas, notamment chez des hommes entre 20 et 50 ans (vie extra-conjugale, homosexuels) qui souhaitent à la fois une écoute et l'anonymat. La présence du CPEF est saluée mais
 - Il est situé dans un QPV, loin des lycées et collèges, loin du laboratoire d'analyses médicales. L'accès en transports en commun est complexe, et sa situation excentrée, en QPV, peut être stigmatisante pour certains.
 - Il n'offre pas assez de plages d'ouverture pour répondre aux besoins des jeunes
- Le centre social d'Aubenas accueillera en 2020 des permanences du CPEF (entre 12h et 14h, sans rendez-vous. Facilitera le recours des jeunes et des femmes qui sont surveillées par leurs époux.
- Sages-femmes en libéral très sollicitées pour consultations gynécologiques. Mais les nouvelles installations qui seraient possibles sont freinées par le zonage ARS actuel
- Une antenne du Planning Familial (mais qui n'est pas en lien avec le CPEF)
- Bon réseau d'acteurs, entre CPEF-PMI et le CIDFF... Qui pourrait se croiser avec un autre réseau très dynamique localement : le réseau addictologie
- Un laboratoire d'analyses médicales qui est une bonne ressource pour les tests de dépistage des IST, mais attention aux coûts et au reste à charge pour les publics modestes
- Le Teil et Largentière : forces de l'ordre bien formées sur la question des violences faites aux femmes (gendarmes)
- Planning Familial 07-Antenne Sud Ardèche (EICCF)
60, rue du Dr Meynier - 07260 Joyeuse

Centre Ardèche

Éléments soulignés par les professionnels concernant ce territoire :

- Des territoires ruraux en difficultés : isolement, précarité, difficultés de mobilité, couverture internet variable
- Des publics qui vont dans la Drôme pour certains actes : dépistage du cancer du sein plutôt à Guilhaud-Grange ou à Valence
- Un besoin repéré de développer le travail en réseau dans la vallée de l'Eyrieux, au Cheylard

Les ressources identifiées :

- Des sages-femmes libérales qui travaillent en bon lien avec les médecins généralistes du territoire : facilite les suivis et les orientations
- Un CeGIDD à Privas, mais trop éloigné pour les publics non véhiculés habitant en zones rurales
- Les TROD sont faits par le CPEF de Privas et aussi par le Planning Familial, mais les besoins sont nombreux sur le territoire ?
- Un exemple de très bonne dynamique partenariale en zone rurale, facilitée par un regroupement géographique : la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Vernoux avec la PMI
- Un bon réseau de partenaires sur l'ensemble du territoire entre CPEF, Planning Familial, CMS, CIDFF et certains centres sociaux (comme celui de Saint-Agrève)
- Également une bonne dynamique partenariale développée à la Voulte sur Rhône
- Des médecins généralistes qui sont des référents en télémédecine au Cheylard
- Un point d'accueil médico-judiciaire au Centre hospitalier de Privas –où les femmes hospitalisées pour violences peuvent porter plainte)
- Des MG qui maillent le territoire, mais insuffisamment formés sur la question des violences faites aux femmes, et qui ont des files actives saturées
- Des gendarmes sur le territoire qui sont insuffisamment formés à l'accueil des femmes victimes de violence
- Des travailleurs sociaux très sensibilisés à la question des violences faites aux femmes, mais un manque d'hébergement d'urgence pour mettre à l'abri ces femmes
- Planning Familial 07 -Antenne de l'Eyrieux (EICCF)

Nord Ardèche

Éléments soulignés par les professionnels concernant ce territoire :

- La précarité de certains publics est un point d'attention, qu'il s'agisse de zones rurales ou d'Annonay et de ses alentours
- On retrouve les difficultés de mobilités en rural, qui entravent un bon accès aux ressources de prévention et de soin.

Les ressources identifiées :

- Les Médecins généralistes et les sages-femmes libérales qui réalisent des IVG médicamenteuses sont bien repérés de la population semble-t-il
- Un point d'accueil médico-judiciaire au centre-hospitalier d'Annonay
- L'antenne du Planning familial d'Annonay : des difficultés de recrutement de professionnels au moment de l'étude, un projet de formation des infirmières scolaires au TROD ?
- Des gendarmes formés par le CIDFF : un meilleur accueil des femmes victimes de violences (même si certains sont encore dans le déni ou la culpabilisation des femmes)
- Il y a quelques années, des réunions ont eu lieu entre le Planning Familial et l'Ordre des pharmaciens pour expliquer le cadre et les modalités de délivrance d'une contraception d'urgence aux mineures qui la demandent. Mais un besoin de renouveler ces formations, car certaines pharmacies recommencent à demander des pièces d'identité aux jeunes.
- Des infirmières scolaires très bien repérées comme ressource d'aide en matière de santé sexuelle et affective, notamment par les élèves internes. Mais elles déplorent le manque de ressources facilement accessibles en santé mentale sur le territoire
 - CMP infanto-juvénile et adulte : des délais d'attente pour un premier rendez-vous qui peuvent être de plusieurs mois et le problème de la sectorisation et des élèves internes domiciliés chez leurs parents et non sur la commune de l'établissement scolaire
 - Un bon lien de certains établissements scolaires avec le PAEJ de l'ANPAA situé à Tournon
 - Les psychologues de l'AMAV (association d'aide aux victimes) peut recevoir des jeunes gratuitement s'ils répondent à certains critères (être victimes, ...)
- Planning Familial 07-Antenne Nord (EICCF)
5, rue Saint Prix Barou07100 Annonay

Valence et sa zone d'influence

Éléments soulignés par les professionnels concernant ce territoire :

- De multiples ressources situées à Valence, publiques, associatives, privées
- Un réseau d'acteurs ancien et qui fonctionne plutôt bien
- Des habitudes urbaines de bonne tolérance aux publics et pratiques non hétéro-normées.

Les ressources identifiées :

- Des associations pour les publics non « hétéro-normés » :
 - Contact (<https://www.asso-contact.org/asso/26-07>)
 - Valence Diversité (<https://www.valencediversite.fr/>)
- Existence d'une convention entre le CH de Valence et les médecins généralistes, sages-femmes libéraux pour faciliter l'accès des femmes aux IVG médicamenteuses et améliorer l'accueil des patientes
- Une question concernant le CH de Valence et son centre d'orthogénie : y a-t-il des difficultés pour avoir accès aux échographies de datation pour réaliser les IVG médicamenteuses ?
- Planning Familial 26-Antenne de Valence (CPEF)
63, rue Adolphe Thiers
26000 VALENCE
04.75.56.03.09
- Planning Familial 26- Antenne de Romans (CPEF)
34 rue Palestro à Romans
Tél : 04-75-02-39-78

Légendes iconographie :

Planning familial et CAF 67, Opération *Le Brunch des Parents*, 2019-2020

ARS et Région PACA, Campagne d'information pour le site www.parlons-sexualite.fr, 2019

Ministère de l'Éducation nationale et de la Recherche, Campagne de sensibilisation contre le harcèlement, 2018-2019

INPES, *La Santé de l'Homme* n°418, « Éducation à la sexualité, du social à l'intime : émergence d'internet et des réseaux sociaux », 2012

Association Handsaway, Campagne *Ceci n'est pas un consentement !*, 2020, www.handsaway.fr

Planning familial, Programme *Genre et Santé sexuelle*, 2017, www.genresantesexuelle.fr/

Santé Publique France, Campagne d'information pour le site www.onsexprime.fr

LMDE, Guide sur la contraception, 2015, <https://www.lmde.fr/documents/20184/367217/LMDE-2015-guide-contraception.pdf>

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, Campagne *Mon corps, mon choix, mon droit*, 2015

Institut national du cancer et Ministère des Solidarités et de la Santé, Campagne de sensibilisation à destination des professionnels de santé sur les modalités de prévention du cancer du col de l'utérus, 2019

ARS Guadeloupe, campagne de sensibilisation sur l'endométriose, 2021

Santé Publique France, Campagne d'information pour le site www.onsexprime.fr

Agir Contre la Prostitution des Enfants (ACPE), Campagne de sensibilisation sur la prostitution des mineurs, 2014

Fondation Le Refuge, Campagne d'affichage

Association Inter-LGBT, Campagne contre le suicide des personnes lesbiennes, gays, bi et trans, 2015

Santé Publique France, Campagne pour le dépistage VIH et IST, 2016

Santé Publique France, Campagne sur les modes de dépistages VIH et IST, 2017

Fédération des Centres de Planning Familial des FPS (Wallonie et Bruxelles), Campagne *Fifty/fifty, la contraception c'est l'affaire de deux partenaires*, 2017

Association Ni Putes Ni Soumises, Campagne sur la « violence cachée », 2011

Action Logement, Campagne sur les violences familiales, 2019

Agir Contre la Prostitution des Enfants (ACPE), Campagne de sensibilisation sur la prostitution des mineurs, 2014

Ville de Lunel, Campagne contre les violences faites aux femmes, 2018

Ministère de l'Intérieur, Portail de signalement des violences sexuelles et sexistes, 2018

Planning familial de l'Isère et SOS homophobie Dauphiné-Alpes-Nord, Campagne de prévention et de promotion de la santé affective et sexuelle des femmes lesbiennes, 2019

ARS La Réunion, Campagne dans le cadre de la semaine du dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et du HIV, 2019

CREAI, IREPS et Mutualité Française Bourgogne-Franche-Comté, Logotype du site internet <https://vas-handicap.fr/>

Planning familial, Programme *Handicap, et alors ?*, 2020

Association Grey Pride, Campagne de sensibilisation sur la sexualité des seniors, 2018

La Gazette Santé Social n°149, « Sexualité en Ehpad, le désir ne s'efface pas avec l'âge », mars 2018

Santé Publique France, *La Santé en action*, n°438 « Santé sexuelle : travailler en réseau, au plus près des populations », Décembre 2016.

Données statistiques

Méthodologie

Une analyse statistique des données relatives à la santé sexuelle a été réalisée à l'échelle des départements de l'Ardèche et de la Drôme et à l'échelle des intercommunalités (établissements publics de coopération intercommunale EPCI) de ces deux départements. Ces données sont comparées aux données régionales.

Les données statistiques présentées concernent différents thèmes de santé sexuelle :

- la natalité et la maternité ;
- l'offre et recours aux gynécologues et sages-femmes libéraux
- le recours à la contraception (hormonale, non hormonale) ;
- le recours à l'IVG ;
- les dépistages VIH et IST ;
- la couverture vaccinale Papillomavirus humain ;
- les dépistages du cancer du sein et du cancer de l'utérus ;
- les hospitalisations et la mortalité par cancers féminins (sein et utérus).

Une analyse des données par tranche d'âge a été réalisée pour certains indicateurs (contraception, IVG, recours aux professionnels de santé libéraux). Les déclinaisons par tranche d'âge sont les suivantes : les 15-24 ans, les 25-49 ans et les 50-64 ans.

Données de fécondité (Insee)

L'indice conjoncturel de fécondité des femmes est présenté pour l'année 2019. Il est calculé par l'Insee à partir des données d'estimation de la population pour l'année 2019 et de l'état civil (2019).

Ces données sont présentées à l'échelle régionale, départementale et des EPCI.

Données de l'Assurance maladie (SNIIRAM DCIR)

Les données de l'Assurance Maladie, issues du Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM – DCIRS), permettent de disposer d'indicateurs sur l'offre de soins libérale (au 01/01/2020), la consommation de contraceptifs, le niveau de recours aux gynécologues et sages-femmes libéraux (année 2019), les bénéficiaires du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Ces données concernent les assurés du régime général, du régime agricole, de l'Assurance maladie des professions indépendantes (remboursées par les caisses de la région Auvergne-Rhône-Alpes).

Données d'hospitalisation du PMSI MCO (ATIH)

Les données d'hospitalisation analysées sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) diffusées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Tous les séjours concernant les patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et

hospitalisés entre le premier janvier 2017 et le 31 décembre 2019 dans les établissements MCO publics et privés de France métropolitaine ont été sélectionnés.

Les données sont disponibles à l'échelle du code PMSI. Le code PMSI est le code géographique utilisé dans les bases d'hospitalisation, il correspond au code postal ou à un regroupement de codes postaux. Les données présentées pour les EPCI sont estimés au prorata de la population au recensement de 2017.

Données de mortalité (Inserm CépiDc)

Les données de mortalité présentées proviennent des bases de données transmises par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc⁴³) de l'Inserm⁴⁴, qui recueille les certificats médicaux de décès. Pour des raisons de secret statistique et de pertinence les effectifs de décès inférieurs à 10 ne sont pas diffusés.

Les données sur les interruptions volontaires de grossesses (Drees)

Ces données présentées à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes, départementale et des EPCI pour l'année 2019, sont mises à disposition par la Drees à partir des données d'hospitalisation (ATIH-PMSI) et des données de l'Assurance maladie (Sniiram DCIR). Ces données prennent donc en compte les IVG chirurgicales et médicamenteuses, qu'elles soient réalisées dans un établissement hospitalier ou en ville.

Les données sur le dépistage du VIH et des IST (Santé Publique France)

Les données sur le dépistage du VIH sont présentées pour les années 2010 à 2019 sont mises à disposition par Santé Publique France à l'échelle des départements, des régions et au niveau national. Les données présentées sont issues de l'activité déclarée par les laboratoires de ville et hôpital. La participation des biologistes à cette enquête est de 86% à 89% selon les années, à l'échelle nationale. Ces données sont corrigées pour représenter l'activité de dépistage de l'ensemble des laboratoires.

Les données sur le dépistage des infections à chlamydia trachomatis et à la syphilis sont présentées pour les années 2006 à 2018. Ces données, mises à disposition par Santé Publique France, sont basées sur le remboursement par l'Assurance maladie de tests de dépistages réalisés dans des laboratoires privés (laboratoires de ville et établissements de soins privés). Les tests réalisés gratuitement ne sont ainsi pas inclus dans ces données.

Les données sur la couverture vaccinale HPV (Santé Publique France/Assurance maladie)

Les données sur la couverture vaccinale HPV sont mises à disposition pour les années 2011 à 2019 par Santé Publique France à partir des données de l'Assurance maladie sur les remboursements de ce vaccin. Les données pour l'année 2020 ont été traitées par l'ORS, selon la même méthode.

Pour l'année 2020, La couverture vaccinale des femmes une dose à 15 ans représente le nombre de jeunes filles nées en 2005 ayant 15 ans en 2020 et ayant eu au moins une dose de vaccin remboursé à l'âge de 15 ans rapporté au nombre de jeunes filles bénéficiaires de l'Assurance maladie nées en 2005 (cohorte 2005).

⁴³ Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

⁴⁴ Institut national de la santé et de la recherche médicale

La couverture vaccinale deux doses à 16 ans (considérée comme la couverture du schéma complet pour les jeunes filles nées après 2000) représente le nombre de jeunes filles ayant eu au moins deux doses de vaccins remboursés à l'âge de 16 ans rapporté au nombre de jeunes filles bénéficiaires de l'Assurance maladie nées en 2004 (cohorte 2004)

Précisions méthodologiques

Les indicateurs présentés sont, pour la majorité d'entre eux appelés « taux standardisés ». Ils sont construits lorsque les données sont sensibles à la structure par âge de la population étudiée. Ainsi, par exemple, pour le recours aux professionnels de santé libéraux, le recours à l'hospitalisation ou encore la mortalité, les taux sont systématiquement standardisés sur la structure d'âge d'une population de référence (population France Métropolitaine 2012). Ils permettent ainsi de comparer les départements, les EPCI par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes, à structure d'âge identique.

Les indicateurs calculés pour des tranches d'âge spécifiques (15-24 ans, 25-49 ans, 50-64 ans) sont, par contre, des taux bruts.

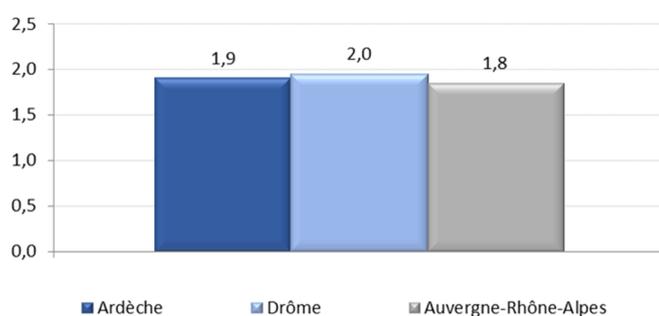
1. La natalité et la maternité

1.1. Indice conjoncturel de fécondité

L'indice conjoncturel de fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, dans les conditions de fécondité du « moment », c'est-à-dire si les taux de fécondité observés "l'année considérée" à chaque âge demeuraient inchangés. Il permet de mesurer la vitalité démographique d'un pays.

En 2019, l'indice conjoncturel de fécondité s'élève à 1,9 enfant par femme en Ardèche et à 2,0 enfants par femme dans la Drôme, à un niveau un peu supérieur à celui observé au niveau de la Région Auvergne-Rhône-Alpes et de la France métropolitaine (1,8 enfant par femme).

Indice de fécondité des femmes de 15-49 ans, 2019



Sources : Insee (estimation de population et état civil - 2019)

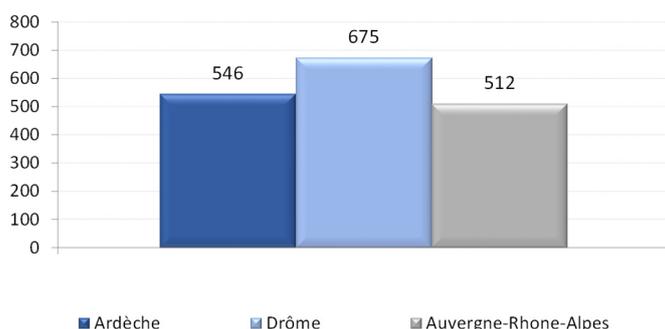
1.2. Grossesses précoces

Les grossesses précoces, c'est-à-dire, les grosses survenues chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans font l'objet d'une attention soutenue car elles interviennent le plus souvent chez des adolescentes en situation de fragilité socio-économique ou dans un contexte familial difficile⁴⁵.

Sur la période 2017-2019, 47 séjours hospitaliers pour accouchement d'ardéchoises âgées de 15 à 19 ans sont décomptés en moyenne chaque année. Dans la Drôme, ce sont 97 séjours hospitaliers pour accouchement de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont été comptabilisés sur la même période. Le taux de séjours hospitaliers pour accouchement chez les jeunes filles de moins de 20 ans est ainsi légèrement supérieur dans le département de la Drôme (675 pour 100 000 femmes de 15-19 ans), par rapport au département de l'Ardèche (546 pour 100 000) et à la région Auvergne-Rhône-Alpes (512 pour 100 000).

⁴⁵ Wendland J. et Levandowski DC. Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences. *Evol Psychiatr.* 2014 ; Vol. 79 (n°3p) : 411-419

Taux de séjours hospitaliers pour accouchement chez les femmes de 15-19 ans pour 100 000, 2017-2019



Sources : ATIH (PMSI 2017-2019), Insee (RP 2017)

Les données d'hospitalisation pour accouchement des femmes 15-19 ans à l'échelle des EPCI ne peuvent être présentés pour des raisons de secret statistique (effectifs inférieurs à 10), sauf pour les trois grandes agglomérations de Drôme et d'Ardèche. Dans le territoire de l'agglomération de Montélimar, le taux de séjours hospitaliers pour accouchement chez les moins de 20 ans est un peu supérieur, toutefois ces données doivent être interprétées avec prudence en raison d'effectifs réduit (20 séjours en moyenne chaque année).

Effectifs et taux de séjours hospitaliers pour accouchement chez les femmes de 15-19 ans pour 100 000, 2017-2019

	Effectif annuel	Taux
Annonay Rhône Agglo	10	741
Montélimar Agglomération	20	1 110
Valence Romans Agglo	42	629

Sources : ATIH (PMSI 2017-2019), Insee (RP 2017)

2. L'offre et le recours aux soins en matière de suivi gynécologique

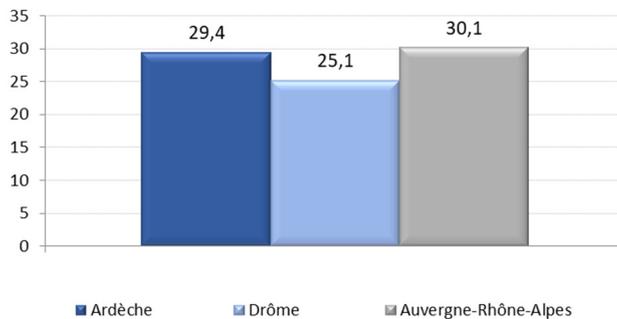
Les données présentées ci-dessous permettent d'approcher l'offre et le recours aux soins des femmes en matière de suivi gynécologique. Toutefois ces données ne concernent pas l'offre salariée de professionnels de santé et les données de recours ne permettent pas de distinguer les suivis gynécologiques des suivis obstétricaux. De même, les données concernant les consultations de suivi gynécologique réalisées par les des médecins généralistes ne sont pas disponibles.

2.1. L'offre et le recours aux gynécologues libéraux

Au premier janvier 2020, 18 gynécologues libéraux en activité sont recensés en Ardèche et 26 en Drôme.

La densité de gynécologues s'élève en Ardèche, à 29,4 gynécologues pour 100 000 habitantes de 15-49 ans, une densité proche de la moyenne régionale (30,1 pour 100 000). Cette densité est un peu inférieure dans la Drôme : 25,1 gynécologues pour 100 000 habitantes de 15-49 ans.

Densité* de gynécologues pour 100 000, 2020



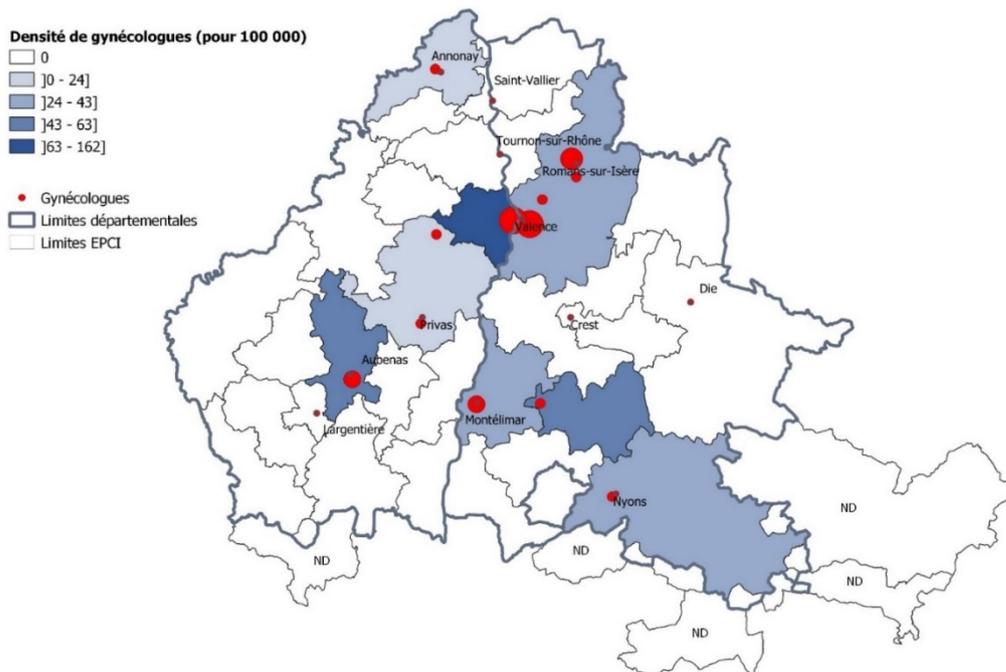
*densité pour les femmes de 15-49 ans

Sources : Cnam (SNIIRAM – 01/01/2020), Insee (RP 2017)

Conformément à ce qui est observé pour les médecins spécialistes, l'offre de gynécologues libéraux est concentrée dans les principales villes des deux départements : Valence, Romans-sur-Isère, Montélimar dans la Drôme, Annonay, Privas et Aubenas.

Les EPCI qui apparaissent en blanc sur la carte ci-dessous ne comptent aucun médecin gynécologue en activité. C'est notamment le cas des EPCI ruraux et situés en zone de moyenne montagne.

Densité* de gynécologues libéraux pour 100 000, 2020



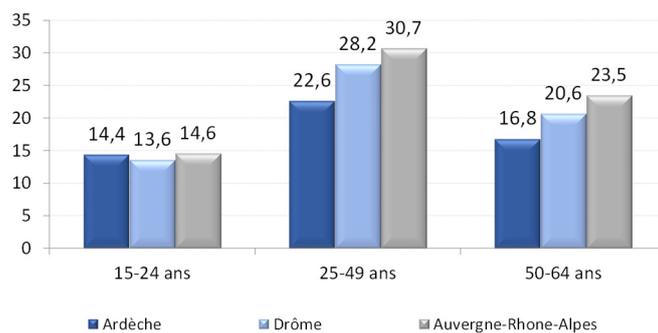
*densité pour les femmes de 15-49 ans

Sources : Cnam (SNIIRAM – 01/01/2020), Insee (RP 2017)

Les données de recours aux gynécologues libéraux (pourcentage des femmes ayant consulté un gynécologue libéral au cours de l'année étudiée, ici 2019) montrent un recours plus faible des femmes aux gynécologues libéraux dans les deux départements d'étude et en particulier en Ardèche par rapport à la région.

Un recours relativement faible, par rapport aux gynécologues libéraux est observé chez les femmes âgées de 50-64 ans par rapport aux autres tranches d'âge : 16,8 % des ardéchoises et 20,6 % des drômoises de 50-64 ans ont consulté un gynécologue libéral au cours de l'année 2019.

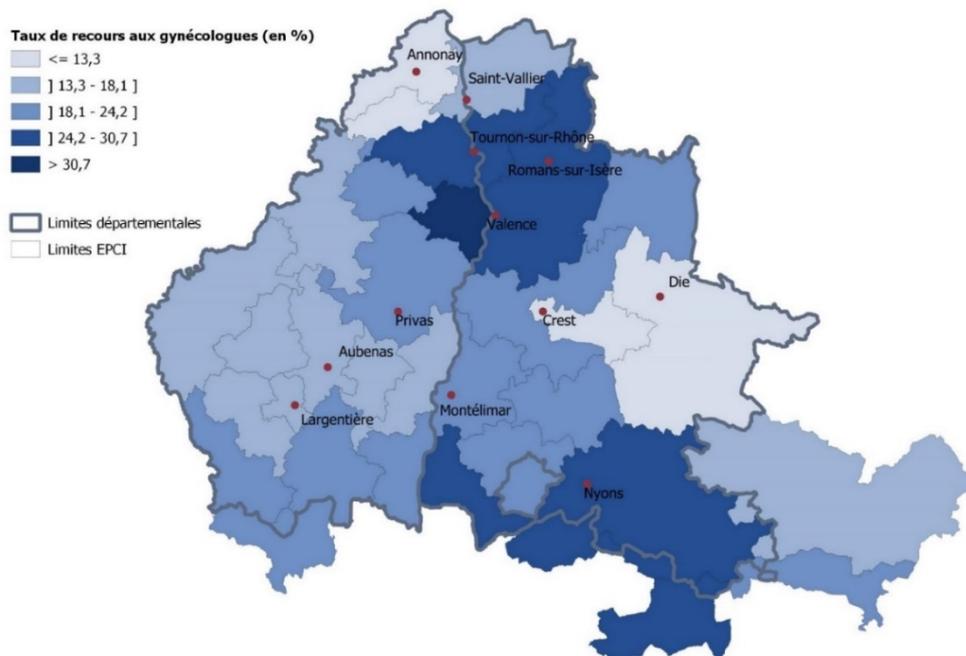
Taux (%) de recours aux gynécologues libéraux des femmes, 2019



Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

Le recours à ces professionnels est particulièrement faible dans les parties rurales et montagneuses du territoire, sauf dans les Baronnies en Drôme Provençale.

Taux (%) de recours aux gynécologues des femmes de 15-49 ans, 2019



Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

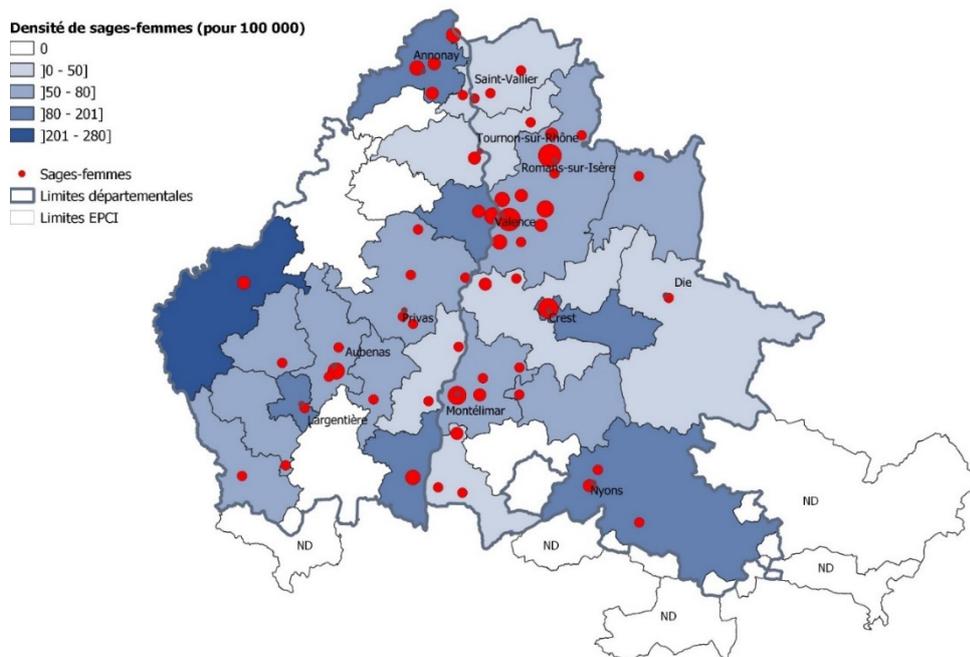
2.2. Offre et recours aux sages-femmes libérales

Au 1^{er} janvier 2020, 42 sages-femmes exercent en libéral en Ardèche et 68 dans la Drôme.

Rapporté à la population des femmes entre 15 et 49 ans, la présence de sages-femmes libérales apparaît plus importante dans les deux départements d'étude comparée à la région. La densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15-49 ans s'élève à 68,6 en Ardèche et 65,7 en Drôme (versus 55,8 en Auvergne-Rhône-Alpes).

Une meilleure répartition géographique des sages-femmes libérales est observée par rapport aux gynécologues libéraux. En effet, les sages-femmes libérales sont présentes dans des territoires ruraux et la quasi-totalité des EPCI des deux départements comptent au moins une sage-femme libérale en exercice. Quatre EPCI en Ardèche (Val d'Eyrieux, Val d'Ay, Pays de Lamastre et Gorges de l'Ardèche) et une en Drôme (Drôme Sud Provence) ne comptent, toutefois, aucun gynécologue libéral ni sage-femme libérale en exercice.

Densité* de sages-femmes libérale pour 100 000, 2020

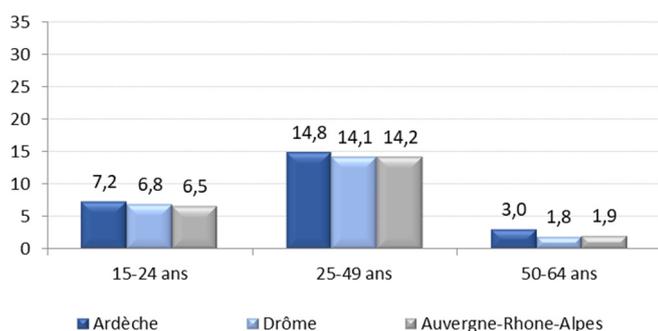


*densité pour les femmes de 15-49 ans
Sources : Cnam (SNIIRAM - 01/01/2020), Insee (RP 2017)

Les taux recours aux sages-femmes libérales des ardéchoises et des drômoises sont comparables au taux régional.

Parmi les femmes de plus de 50 ans, un recours plus important aux sages-femmes est observé en Ardèche : 3,0 % des ardéchoises de 50-64 ans ont consulté une sage-femme en 2019, contre 1,8 % en Drôme et 1,9 % en région.

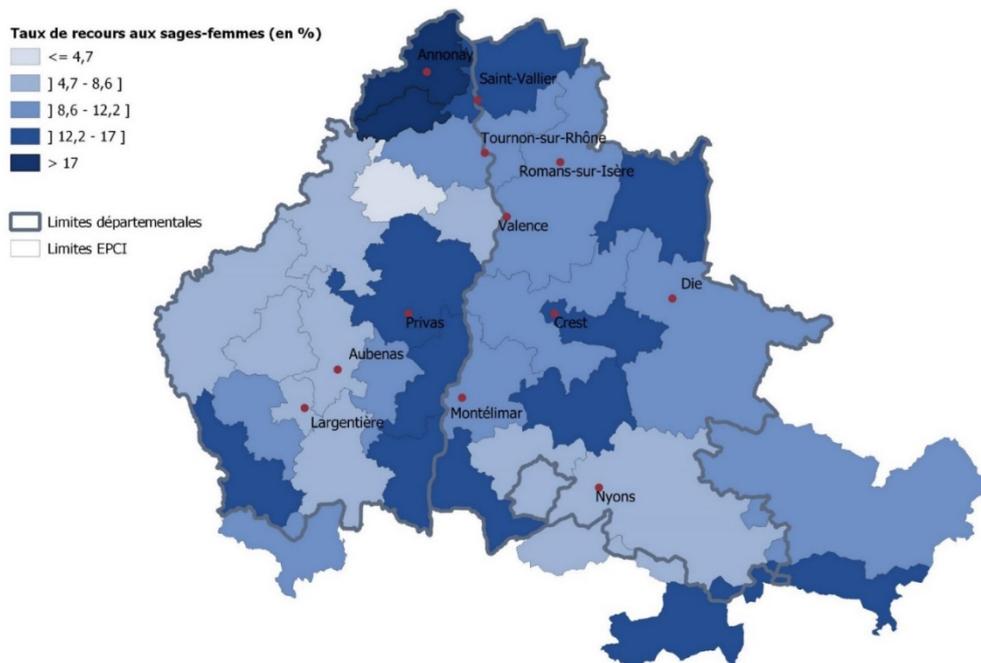
Taux (%) de recours aux sages-femmes des femmes de 15-64 ans, 2019



Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

À l'échelle infra-départementale, on observe des EPCI où le recours aux sages-femmes semble compenser, en partie, le faible recours aux gynécologues libéraux. C'est par exemple, le cas des communautés de communes Annonay-Rhône-Agglomération et de la communauté de communes du Crestois-Pays de Saillant-cœur de Drôme.

Taux (%) de recours aux sages-femmes des femmes de 15-49 ans, 2019

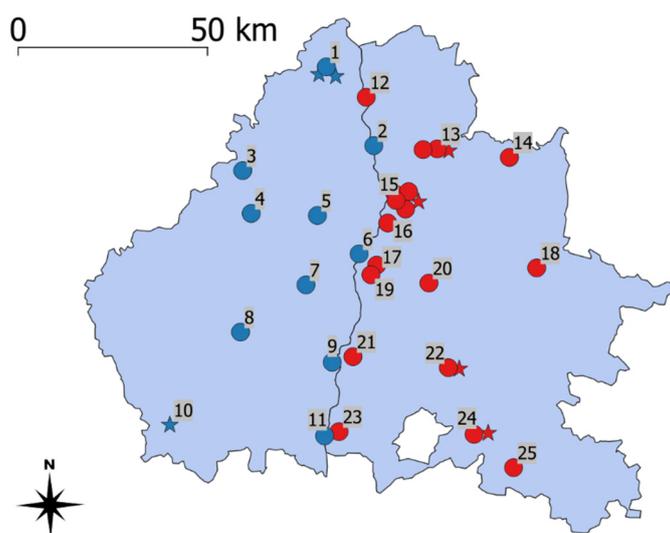


Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

3. Les centres de planification

Il convient de distinguer les Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) qui ont une offre médicale (et proposent des consultations de sages-femmes, de médecins) des Établissements d'éducation, d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) qui ne proposent pas de prise en charge médicale. Le département de l'Ardèche compte 10 CPEF et 4 EICCF, le département de la Drôme compte, quant à lui, 17 CPEF et 5 EICCF. Certaines parties du territoire ne comptent aucun CPEF, c'est notamment le cas du plateau ardéchois et du sud de l'Ardèche, mis à part Aubenas.

Centre de planification et EICCF*, 2019 ?



Ardèche		
Ville	CPEF	EICCF
1 Annonay	CD07	Couples et Familles MPF07
2 Tournon-sur-Rhône	CD07	
3 Saint-Agrève	CH Moze	
4 Le Cheylard	CD07	MPF07
5 Vernoux-en-Vivarais	CD07	
6 La Voulte-sur-Rhône	CD07	
7 Privas	CD07	
8 Aubenas	CD07	
9 Le Teil	CD07	
10 Joyeuse		MPF07
11 Bourg-Saint-Andéol	CD07	

Drôme		
Ville	CPEF	EICCF
12 Hauterives	CD26	
13 Saint-Vallier	CH Drôme-Nord	
14 Romans-sur-Isère	CH Romans MPF26	MPF26
15 Saint-Jean-en-Royans	CD26	
16 Valence	CH Valence CPEF / CSJ / MPF26	MPF26
17 Portes-lès-Valence	CD26	
18 Livron-sur-Drôme	CD26	
19 Die	CD26	
20 Loriol	CD26	
21 Crest	CH Crest	
22 Montélimar	CH Montélimar	
23 Dieulefit	MPF26	MPF26
24 Pierrelatte	CD26	
25 Nyons	MPF26	MPF26
26 Buis-les-Baronnies	MPF26	MPF26

* établissements d'éducation, d'information, de consultation et de conseil familial
Source : tableau de Bord Santé des jeunes Drôme-Ardèche, ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4. La contraception

Les données de contraception présentées ci-dessous sont basées sur les remboursements de l'Assurance maladie. Elles concernent :

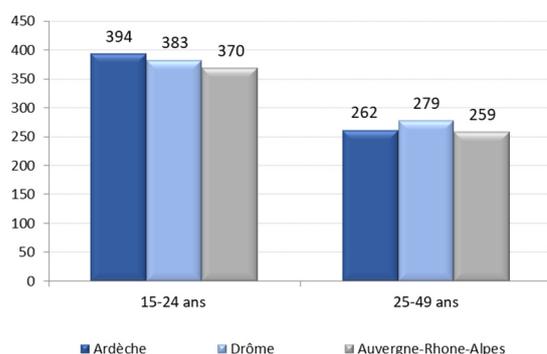
- Les contraceptifs hormonaux à usage systémique (hors urgence) : certaines pilules contraceptives remboursées par l'Assurance maladie et les implants contraceptifs ;
- Les dispositifs intra utérin (DIU ou stérilets) en cuivre ou hormonaux ;
- La contraception d'urgence hormonale.

4.1. Contraception hormonale à usage systémique

En Ardèche et en Drôme, comme cela est observé au niveau régional, l'usage d'une contraception hormonale apparaît plus fréquent chez les jeunes-femmes de 15-24 ans (près de 4 femmes sur 10) que chez les femmes de 25-49 ans.

En 2019, le taux de femmes de 15-24 ans ayant eu au moins un remboursement s'élève est 394 pour 1 000 en Ardèche, 383 pour 1000 en Drôme et 370 pour 1 000 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux de femmes de 15-49 ans ayant eu au moins un remboursement de contraceptif hormonal à usage systémique pour 1 000, 2019

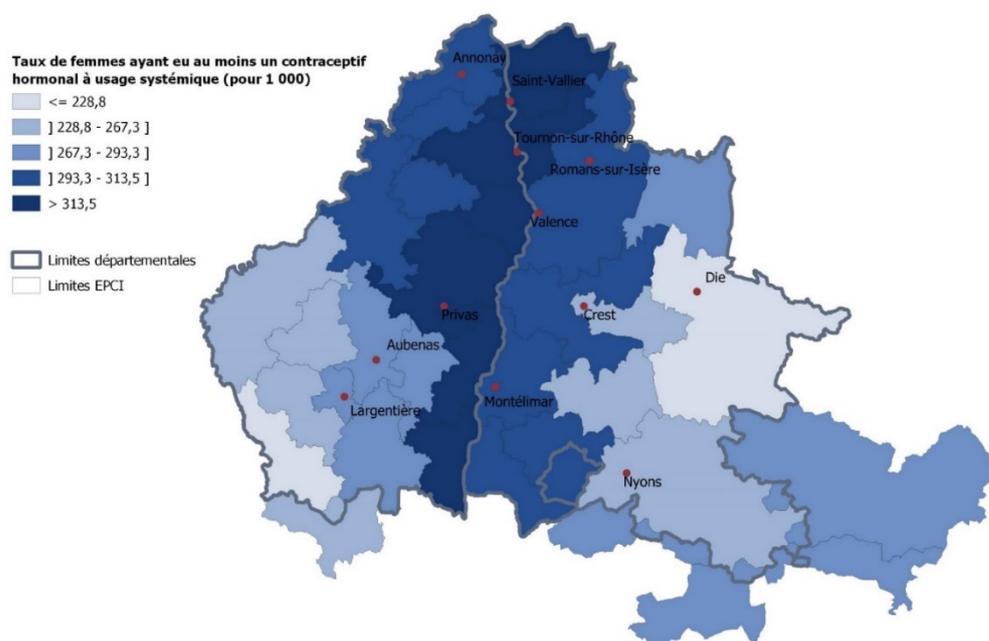


Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

L'analyse des données à l'échelle des EPCI montre que le taux de femmes ayant une contraception hormonale est relativement élevé dans le couloir rhodanien (plus urbain) mais relativement faible dans les parties rurales et montagneuses du territoire (sud-ouest de l'Ardèche et sud-est de la Drôme).

En 2019, le taux de femmes de 15-49 ans ayant eu au moins un remboursement d'un contraceptif hormonal à usage systémique apparaît ainsi particulièrement faible dans la communauté de communes du Pays des Vans en Cévennes (229 pour 1 000) et dans le Diois (201 pour 1 000) par rapport à la moyenne régionale (289 pour 1 000 dans la région).

Taux de femmes de 15-49 ans ayant eu au moins un remboursement de contraceptif hormonal à usage systémique pour 1 000, 2019



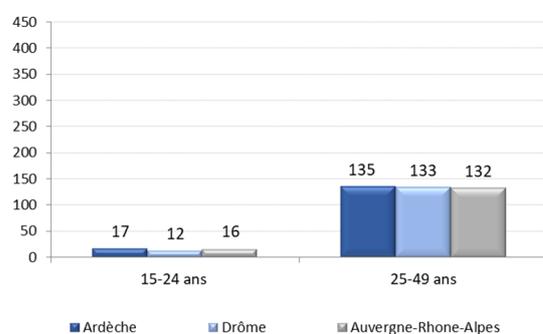
Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

4.2. Dispositif intra utérins (DIU)

À l'inverse de la contraception hormonale à usage systémique, l'usage d'un dispositif intra-utérin est peu utilisé par les 15-24 ans. Sur la période 2015-2019, parmi les 15-24 ans, 17 pour 1 000 ardéchoises et 12 pour 1 000 drômoises ont eu un remboursement pour un DIU (contre 16 pour 1 000 au niveau régional).

Sur la période 2015-2019, le taux de femmes de 25-49 ans ayant eu au moins un remboursement d'un DIU s'élève à 135 pour 1 000 en Ardèche et 133 pour 1 000 dans la Drôme, des taux comparables au taux régional.

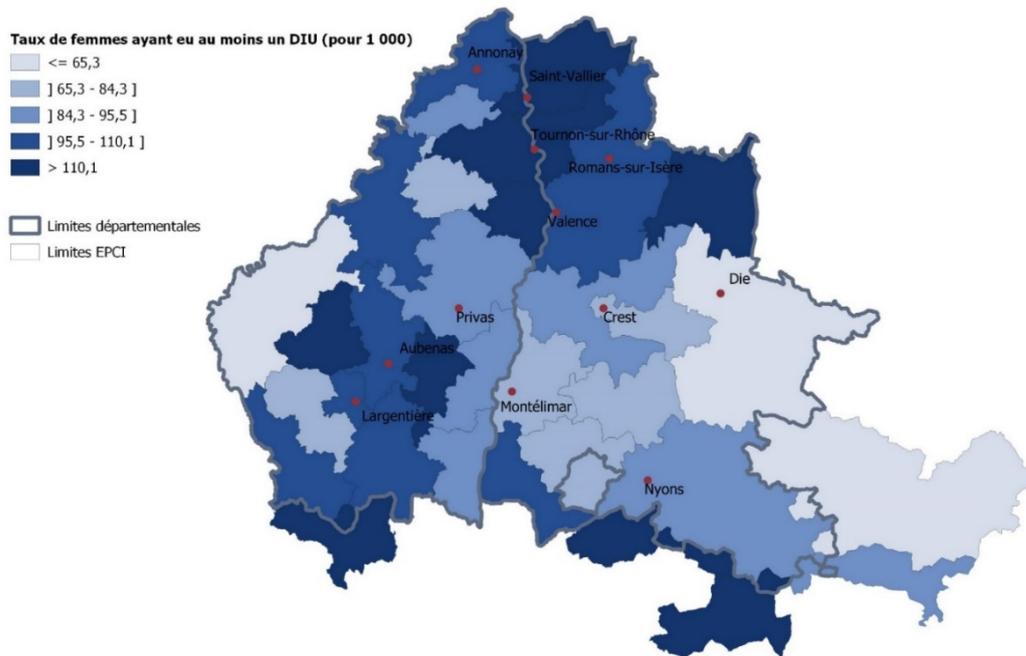
Taux de femmes ayant eu au moins un DIU pour 1 000, 2015-2019



Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

Un recours relativement faible au DIU est observé dans une partie des EPCI D’Ardèche et de Drôme. C’est par exemple le cas dans la communauté de communes du Diois (63,6 pour 1 000 femmes de 15-49 ans) ou dans la communauté de communes de la Montagne d’Ardèche (65,3 pour 1 000 femmes de 15-49 ans), EPCI qui présentent également des taux de recours à la contraception hormonale systémique relativement faibles

Taux de femmes de 15-49 ans ayant eu au moins un DIU pour 1 000, 2015-2019



Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

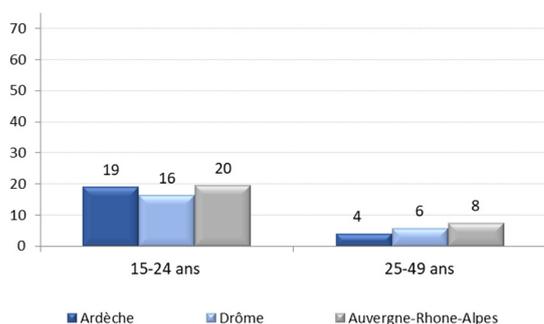
4.3. Contraception d’urgence

En 2019, 634 ardéchoises et 1 005 drômoises (de 15-49 ans) ont eu recours au moins une fois à une contraception d’urgence⁴⁶.

Le recours à la contraception d’urgence est plus courant chez les jeunes femmes de 15-24 ans que chez les femmes plus âgées. En 2019, les taux de recours à la contraception d’urgence des femmes de 15-24 ans s’élève à 19 pour 1 000 en Ardèche et 16 pour 1000 en Drôme (20 pour 1 000 en Auvergne-Rhône-Alpes). La même année, les taux de recours à la contraception d’urgence chez les 15-49 ans sont de 4 pour 1 000 en Ardèche et 6 pour 1 000 en Drôme.

⁴⁶ Ces données peuvent être un peu sous-estimées car elles sont basées sur les données de remboursement de l’Assurance maladie et ne prennent pas en compte la distribution gratuite de contraceptifs d’urgence, par exemple par les infirmiers dans les établissements scolaires.

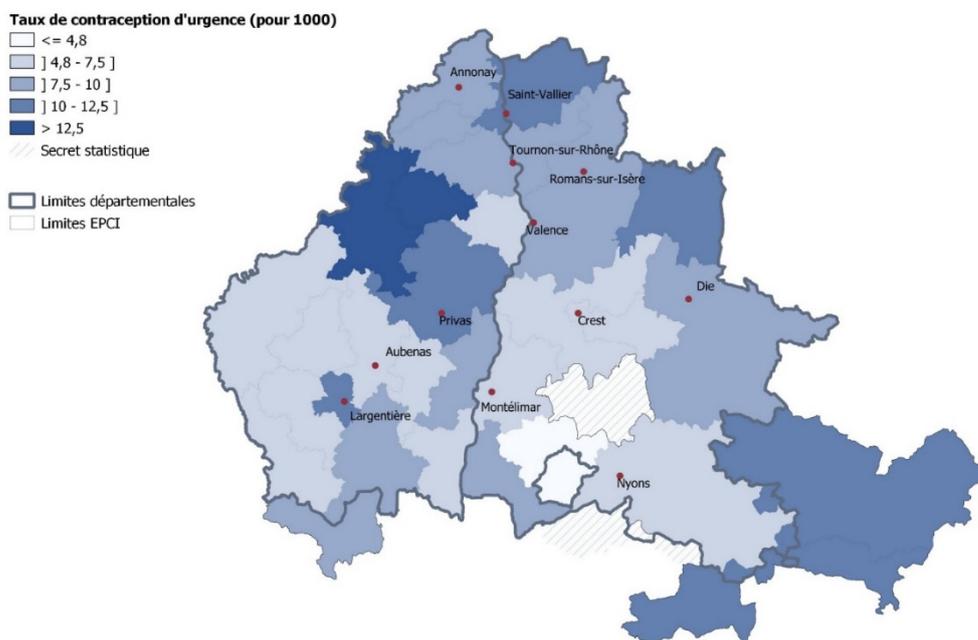
Taux de femmes ayant eu au moins une contraception d'urgence, 2019



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

Les données de remboursement de la contraception d'urgence (pour les 15-49 ans ensemble) par EPCI montrent des taux comparables ou inférieurs à la moyenne régionale dans la quasi-totalité des territoires. Les taux un peu supérieurs dans les communautés de communes du Val d'Eyrieux et du Pays de Lamastre (en Ardèche) doivent être analysés avec prudence car les effectifs sont faibles (respectivement 28 et 31).

Taux de femmes de 15-49 ans ayant eu au moins une contraception d'urgence pour 1 000, 2019



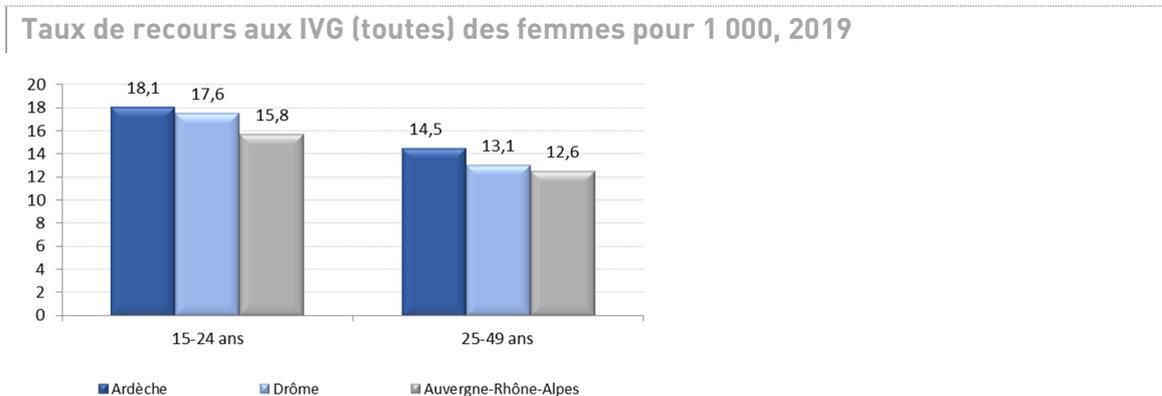
Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

5. Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Les données présentées concernent les IVG hospitalières (IVG instrumentales ou médicamenteuses) et les IVG médicamenteuses réalisées en cabinet de ville.

En 2019 en Ardèche, 942 femmes ont subi une interruption volontaire de grossesse (IVG) dont 262 étaient âgées de 15 à 24 ans (dont 64 pour les 15-19 ans). La même année, 1 467 drômoises ont réalisé une IVG dont 444 âgées de 15-24 ans (dont 148 pour les 15-19 ans).

Les taux de recours aux IVG sont supérieurs dans les deux départements d'étude comparés à la moyenne régionale : le taux de recours aux IVG des femmes de 15-49 ans s'élève à 16,9 pour 1 000 en Ardèche et à 14,8 pour 1 000 en Drôme contre 13,5 pour 1 000 en Auvergne-Rhône-Alpes.



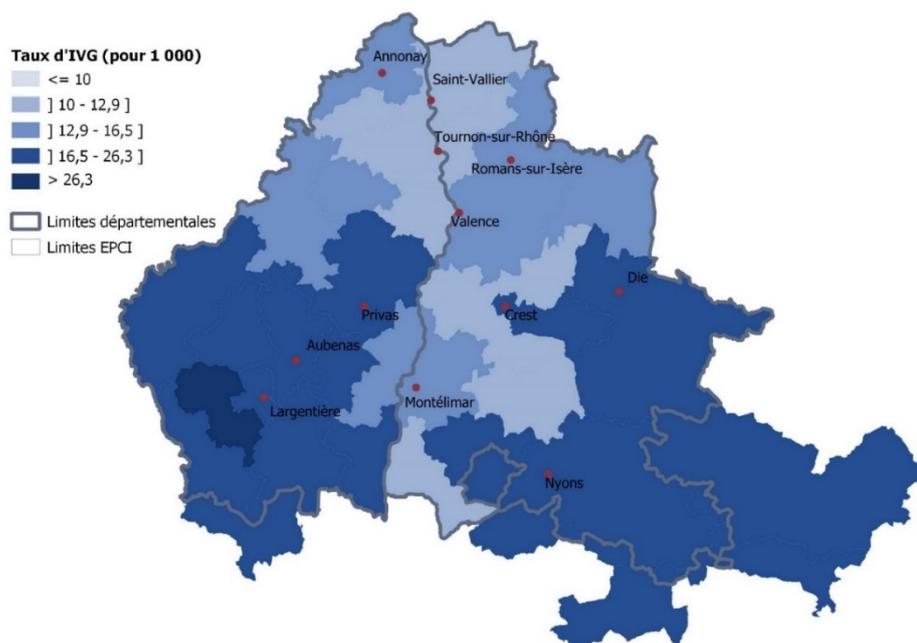
Sources : ATIH (PMSI-MCO - 2019), Cnam-TS, DCIR - 2019, Insee (RP 2017)

Les données de recours aux IVG par EPCI montrent globalement un recours plus important aux IVG dans les territoires où le taux de recours à la contraception hormonale est relativement faible et qui sont socialement défavorisés⁴⁷.

Il convient de noter le taux de recours aux IVG également un peu supérieur dans l'EPCI Valence-Romans agglomération où il s'élève à 15,9 pour 1 000 femmes.

⁴⁷ Ces résultats sont conformes aux données nationales qui montrent un lien entre situation sociale et recours à l'IVG. La dernière étude de la Drees concernant les données d'IVG montre que « Les 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus élevés ont un taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes inférieur de 11 points à celui des 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus faibles ». Vilain A, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. Études et résultats. sept 2021;(1207):1-7.

Taux de recours aux IVG (toutes) des femmes de 15-49 ans pour 1 000, 2019



Sources : ATIH (PMSI-MCO - 2019), Cnam-TS, DCIR - 2019, Insee (RP 2017)

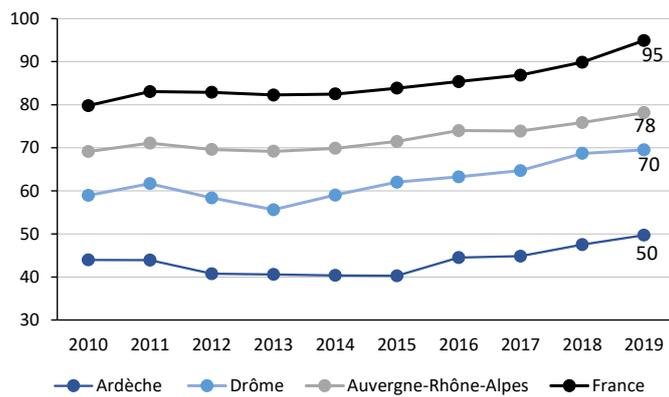
6. Les dépistages du VIH et des IST

6.1. Le dépistage du VIH

Les données concernant le VIH sont mises à disposition par Santé publique France à l'échelle départementale. Ces données basées sur les données transmises par les laboratoires de ville et les hôpitaux.

Les taux de dépistage des IST dans les deux départements d'étude sont en progression depuis 2015 mais restent inférieurs à la moyenne régionale et nationale, en particulier en Ardèche. Dans ce département, le taux de dépistage du VIH est de 50 pour 1 000 habitants en 2019, contre 70 pour 1 000 en Drôme et 78 pour 1 000 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (95 pour 1 000 en France).

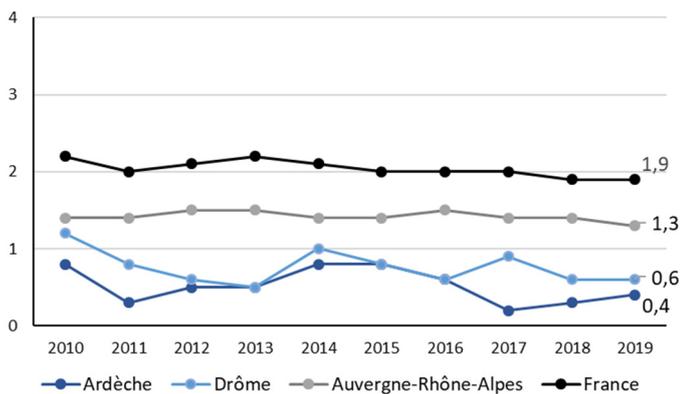
Évolution des taux de sérologies VIH (dépistages) réalisées pour 1 000 habitants



Sources : Santé Publique France (2010-2019), Insee (2010-2019)

Les taux de séropositivité (taux de sérologies confirmées positives pour 100 sérologies réalisées) en Ardèche et en Drôme sont inférieurs à la moyenne régionale et nationale. En 2019, 0,4 % en Ardèche et 0,6 % en Drôme des sérologies VIH réalisées étaient positives.

Évolution des taux de sérologies confirmées positives au VIH, 2010-2019 réalisées pour 1 000 habitants



Sources : Santé Publique France (2010-2019), Insee (2010-2019)

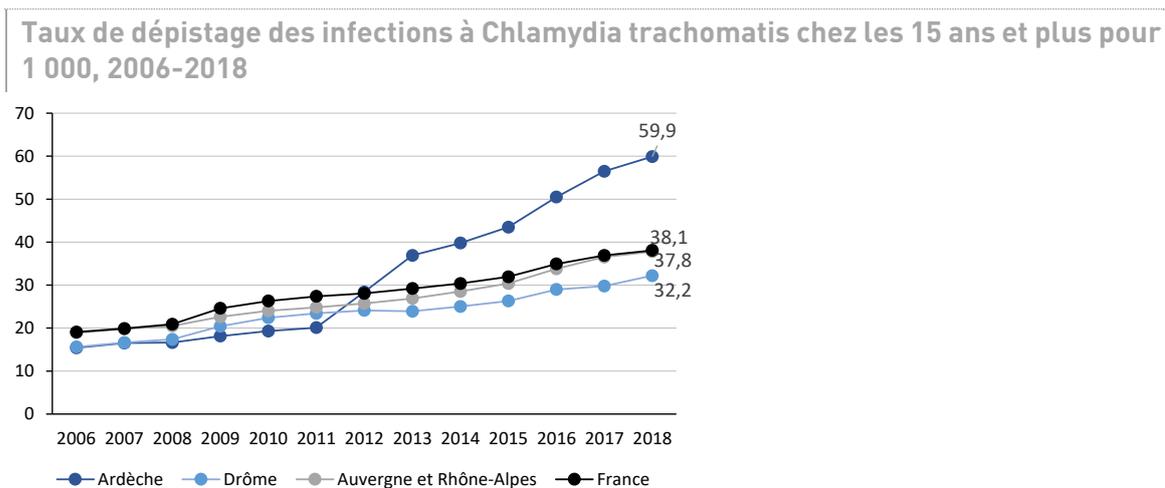
6.2. Le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)

Les données de dépistage des IST à Chlamydia trachomatis et à la syphilis sont mises à disposition par Santé Publique France à l'échelle des départements. Il s'agit de données de remboursement des laboratoires privés et des établissements de soins. Elles peuvent ainsi être un peu sous-estimées car elles ne prennent pas en compte les dépistages réalisés gratuitement, par exemple dans les CeGIDD ou les CPEF⁴⁸.

⁴⁸ Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

Le taux de dépistage des infections à chlamydia trachomatis et à la syphilis apparait en forte progression en Ardèche depuis 2011, ce qui pourrait résulter d'une meilleure sensibilisation des populations et des professionnels de santé à l'intérêt du dépistage des IST.

Entre 2011 et 2019, le taux de dépistage des infections à chlamydia trachomatis a progressé de 40 points en Ardèche pour atteindre 59,9 dépistages pour 1 000 habitants de 15 ans et plus, contre 32,2 dans la Drôme et 37,8 dans la région. Dans la Drôme ce taux s'élève à 32,2 pour 1 000, un taux un peu en deçà de la moyenne régionale et nationale et (respectivement 37, 8 et 38,1 pour 1 000).

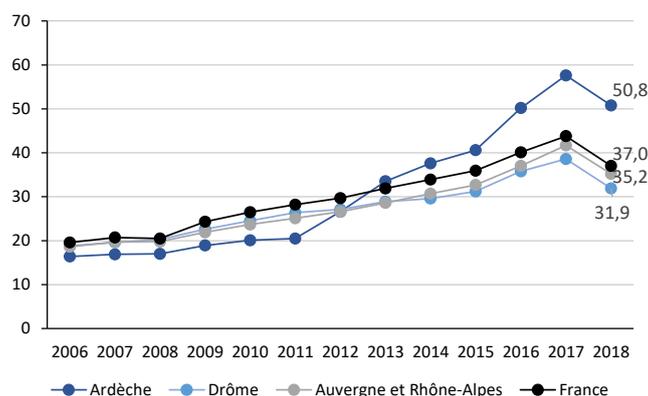


Sources : Santé Publique France (SNDS 2006-2018), Insee (2010-2019)

Sur la même période, le taux de dépistage de la Syphilis a progressé de 30 points en Ardèche. En 2019, le taux de dépistage de la syphilis en Ardèche, 50,8 dépistages pour 1 000 habitants de 15 ans et plus, est supérieur au taux enregistré dans la Drôme (31,9 pour 1 000) et en Auvergne-Rhône-Alpes (37,0 pour 1 000).

En 2018, une baisse des taux de dépistage à la syphilis est observée dans tous les territoires d'étude et au niveau national et régional. La baisse des taux de dépistage de la syphilis en 2018, alors qu'ils augmentent pour Chlamydia trachomatis nécessitera d'être analysée si elle se confirme les années suivantes.

Taux de dépistage des infections de la syphilis chez les 15 ans et plus pour 1 000, 2006-2018



Sources : Santé Publique France (SNDS 2006-2018), Insee (2010-2019)

7. La couverture vaccinale Papillomavirus humain (HPV)

Une évolution positive du taux de couverture vaccinale HPV des jeunes filles est observé depuis 2015. En effet, en 2013, la controverse sur le lien supposé entre maladie auto-immune (MAI) et la vaccination anti-HPV, par la suite invalidé, avait entraîné une baisse de la couverture vaccinale HPV⁴⁹.

Malgré cette évolution positive, les taux de couverture vaccinale HPV En Ardèche et en Drôme restent relativement faibles, comme en région et en France⁵⁰.

⁴⁹ En France, la controverse sur le lien supposé entre maladie auto-immune (MAI) et la vaccination anti-HPV est née en 2013 à la suite de la survenue, dans les deux mois suivant la seconde injection de Gardasil®, d'une sclérose en plaque chez une adolescente. Les parents de cette jeune fille ont alors déposé une plainte contre le laboratoire fabricant, d'une part, et contre l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM), d'autre part, pour « violation d'une obligation manifeste de sécurité et méconnaissance des principes de précaution et [de] prévention ».

Suite aux conclusions en faveur d'un lien causal émises par la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) d'Aquitaine saisie par les parents, une plainte collective a été également déposée pour dénoncer un lien de causalité entre les maladies auto-immunes dont les plaignantes étaient atteintes et les vaccins anti-HPV qu'elles avaient reçus. Cette affaire a été relayée par les médias nationaux pendant plusieurs semaines.

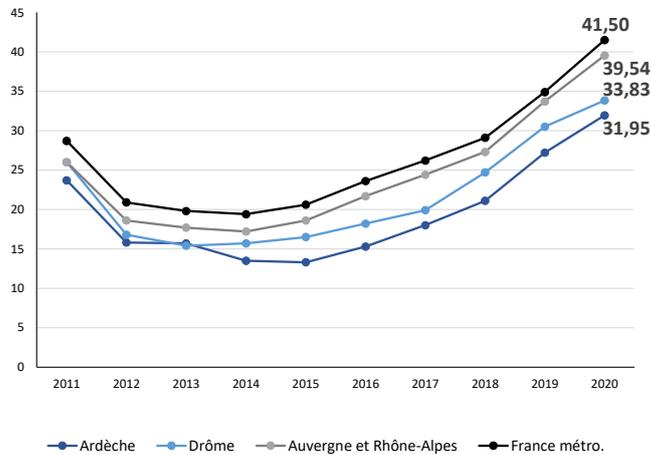
En novembre 2015, le Parquet du pôle de santé du Tribunal de grande instance de Paris a classé l'enquête sans suite, considérant qu'il n'y avait pas de lien de causalité direct entre le vaccin Gardasil® et les maladies auto-immunes que présentaient les plaignantes (source AFP). Cet avis s'est appuyé notamment sur les résultats de l'étude pharmaco-épidémiologique sur la sécurité d'utilisation de la vaccination anti-HPV réalisée par l'ANSM et l'Assurance maladie à partir de l'analyse des bases de données médico-administratives françaises (cf. *infra*).

Depuis les conclusions du Tribunal de grande Instance de Paris, il n'y a pas eu d'autres affaires médiatisées.

⁵⁰ Une étude anglaise publiée dans la revue scientifique *the Lancet* a démontré l'impact positif de la vaccination sur la lutte de la prévalence des cols du col de l'utérus : Au Royaume uni, la fréquence des cancers du col de l'utérus a chuté de 87 % grâce à la vaccination anti-HPV, pays dans lequel le taux de couverture vaccination HPV est supérieur à 80 %. Milena Falcaro, Alejandra Castañón, Busani Ndlela, Marta Checchi, Kate Soldan, Jamie Lopez-Bernal, Lucy Elliss-Brookes, Peter Sasieni, The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study, *The Lancet*, 2021.

Le taux de couverture vaccinale HPV une dose à 15 ans des jeunes filles s'élève à 31,95 % en Ardèche et à 33,83 % en Drôme, (contre respectivement 39,54 % et 41,50 % en Auvergne-Rhône-Alpes et en France).

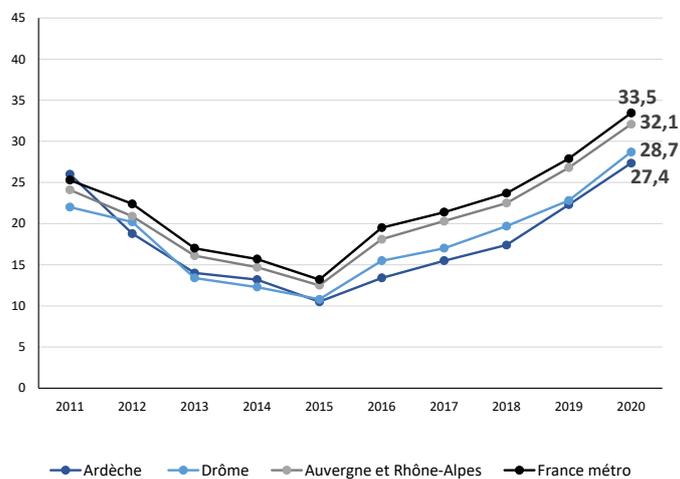
Évolution de la couverture vaccinale (%) HPV Femmes – 1 dose à 15ans, 2011-2020



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2020), Santé publique France (2011-2019)

En 2020, la couverture vaccinale HPV - schéma complet (2 doses) des jeunes filles à 16 ans s'élève dans le département de l'Ardèche à 27,4 % et dans la Drôme à 28,7 % (contre respectivement 32,1 % et 33,5 % en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine).

Évolution de la couverture vaccinale (%) HPV Femmes – schéma complet à 16 ans, 2011-2020



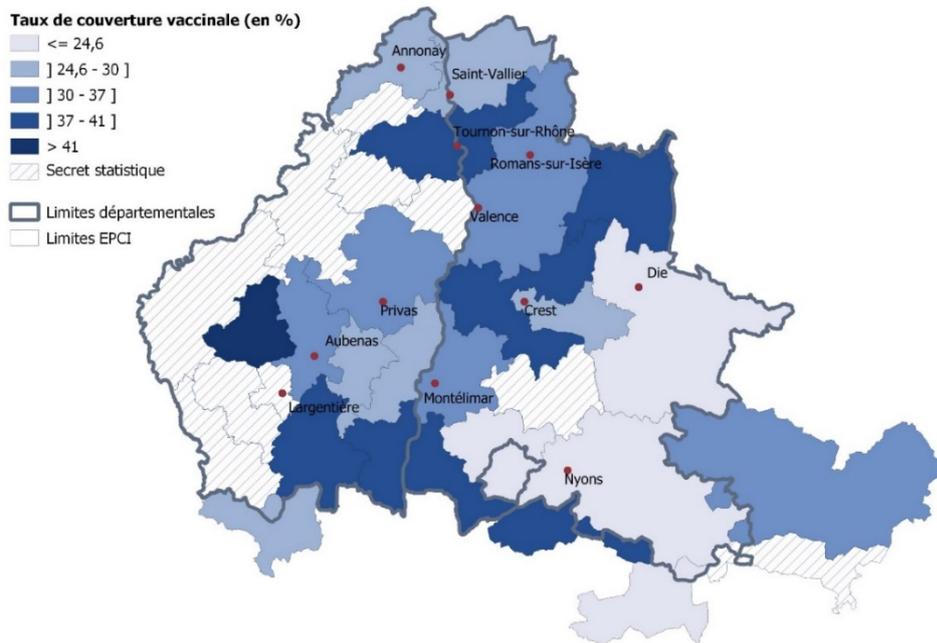
Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2020), Santé publique France (2011-2019)

À l'échelle infra-départementale, les données de couverture vaccinale ne sont pas toutes diffusables pour des raisons de secret statistique (effectifs inférieurs à 10, en grisé sur la carte).

La majorité des EPCI d'Ardèche et de Drôme présentent des taux de couverture vaccinale inférieurs à la moyenne régionale et nationale. Plusieurs EPCI présentent toutefois des taux un peu supérieur où l'on peut supposer une meilleure sensibilisation des habitants et des

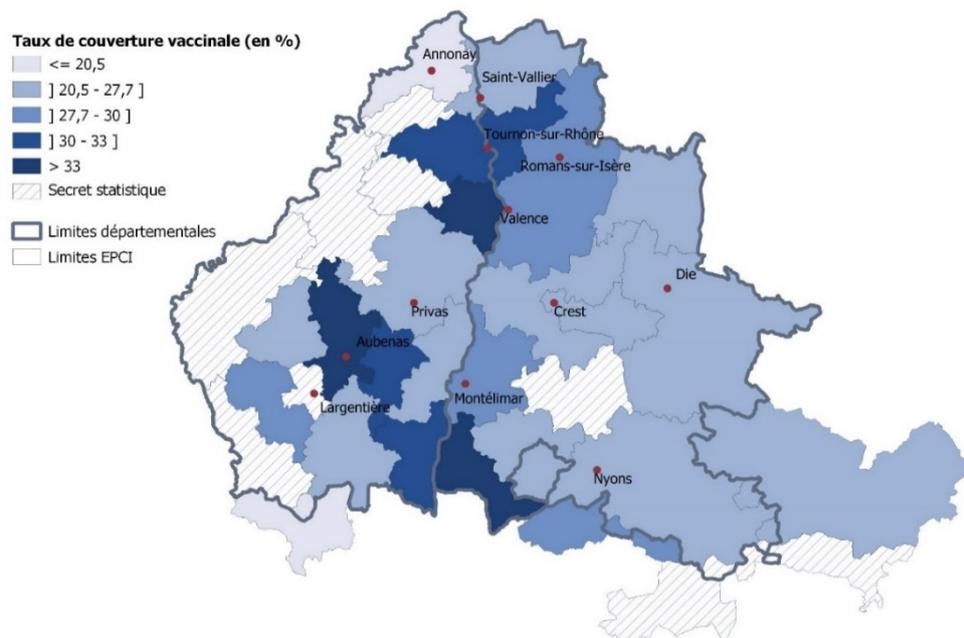
professionnels de santé à l'intérêt de la vaccination HPV : Drôme-Sud-Provence avec une couverture vaccinale des jeunes filles de 16 ans (schéma complet) de 35,3 % et Rhône-Crussol avec une couverture vaccinale des jeunes filles de 16 ans (schéma complet) de 36,5 %.

Couverture vaccinale (%) HPV Femmes – 1 dose à 15ans, 2020



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2020), Santé publique France (2011-2019)

Couverture vaccinale (%) HPV Femmes – schéma complet à 16 ans dose à 15ans, 2020



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2020), Santé publique France (2011-2019)

Fin 2019, la Haute Autorité de santé (HAS) a élargi sa recommandation de vaccination HPV aux jeunes garçons. Un an après, en 2020, la couverture vaccinale HPV des garçons reste faible.

En 2020, le taux de couverture vaccinale des garçons, une dose à 15 ans s'élève à 0,7 % en Ardèche et 0,5 % dans la Drôme. Le taux de couverture vaccinale -schéma complet à 16 ans- ne sont pas diffusables pour raison de secret statistique.

Couverture vaccinale HPV (%) hommes en 2020

	1 dose à 15 ans	Shéma complet à 16 ans
Ardèche	0,7	sstat
Drôme	0,5	sstat
Auvergne-Rhône-Alpes	0,9	0,4
France métropolitaine	0,9	0,4

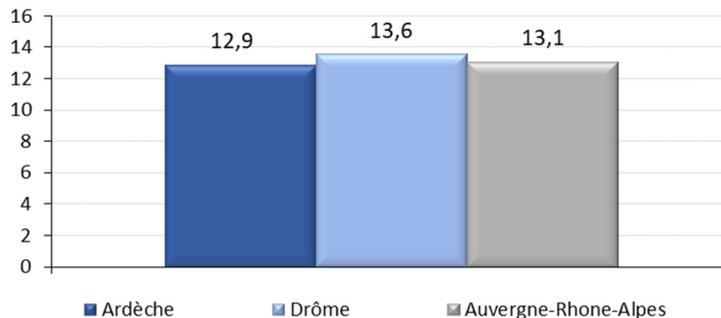
Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2020), Santé publique France (2011-2019)

8. Les dépistages des cancers féminins

8.1. Dépistage des cancers du sein

En 2019, le taux de recours à la mammographie des femmes de tous âge s'élève à 12,1 % en Ardèche, un taux comparable au taux observé en Auvergne-Rhône-Alpes (13,1 %). Dans la Drôme, le taux de recours à la mammographie (13,6 %) est un peu supérieur au taux régional.

Taux (%) de recours aux mammographies femmes tous âge, 2019

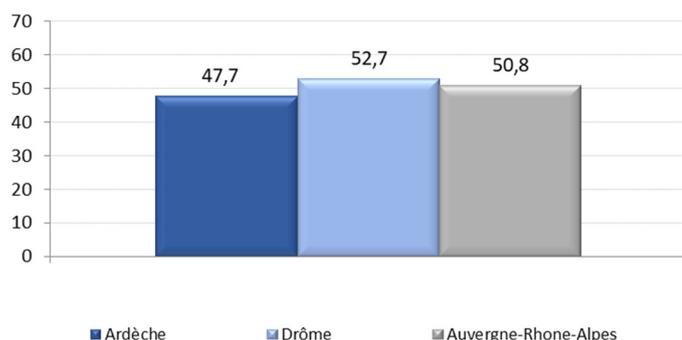


Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein proposé gratuitement, tous les deux ans, aux femmes de 50 à 74 ans, consiste en un examen clinique et une mammographie. Les femmes sont invitées par courrier à réaliser gratuitement cet examen auprès d'un radiologue agréé (une deuxième lecture de la mammographie est effectuée systématiquement par un second radiologue pour vérifier les mammographies classées normales en première lecture).

En 2019, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein s'élève à 47,7 % en Ardèche, un taux un peu inférieur à la moyenne régionale (50,8 %). Dans la Drôme, le taux de participation est un peu supérieur, 52,7 % au taux régional.

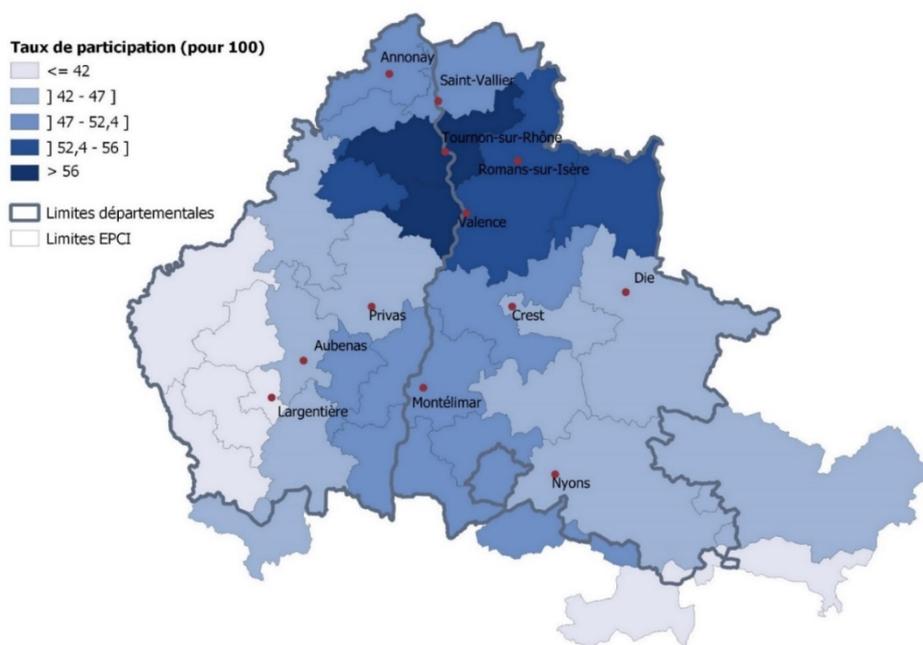
Taux (%) de participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes de 50-74 ans, 2019



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

Les EPCI du sud-ouest ardéchois et du sud-ouest de la Drôme présentent des taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein relativement faibles. C'est en particulier le cas des EPCI du sud-ouest ardéchois : Montagne d'Ardèche (36,6 %), Val de Ligne (36,7 %), Ardèche des Sources et Volcans (40,7 %), Pays Beaume-Drobie (38,4 %), Pays des Vans-en-Cévennes (40,2 %),

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes de 50-74 ans, 2019



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

8.2. Dépistage des cancers du col de l'utérus

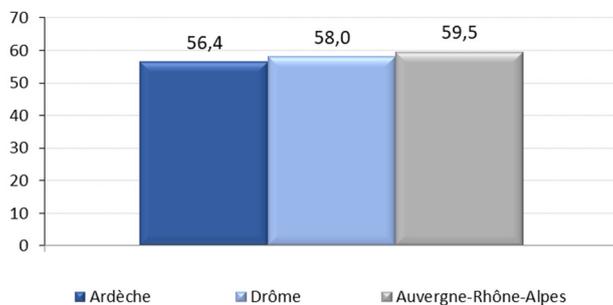
La réalisation d'un frottis cervico-utérin permet de détecter des lésions précancéreuses.

Les anciennes recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus préconisaient (depuis 2010) un dépistage chez toutes les femmes de 25 à 65 ans fondé sur un frottis cervico-utérin tous les 3 ans. À partir de 2019, les modalités de dépistage ont changé, avec des variations⁵¹ selon l'âge des femmes.

Les données présentées ci-dessous sont basées sur les anciennes recommandations, à savoir la part des femmes ayant réalisé, en 2019, au moins un dépistage par frottis cervico-vaginal au cours des trois années précédentes (2016-2019).

Dans les deux départements d'étude, les taux de participation des femmes de 25-65 ans au dépistage du cancer du col de l'utérus sont inférieurs au taux régional (59,5 %) : le taux de participation s'élève à 56,4 % en Ardèche et 58,0 % dans la Drôme.

Taux (%) de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes de 25-65 ans, 2019

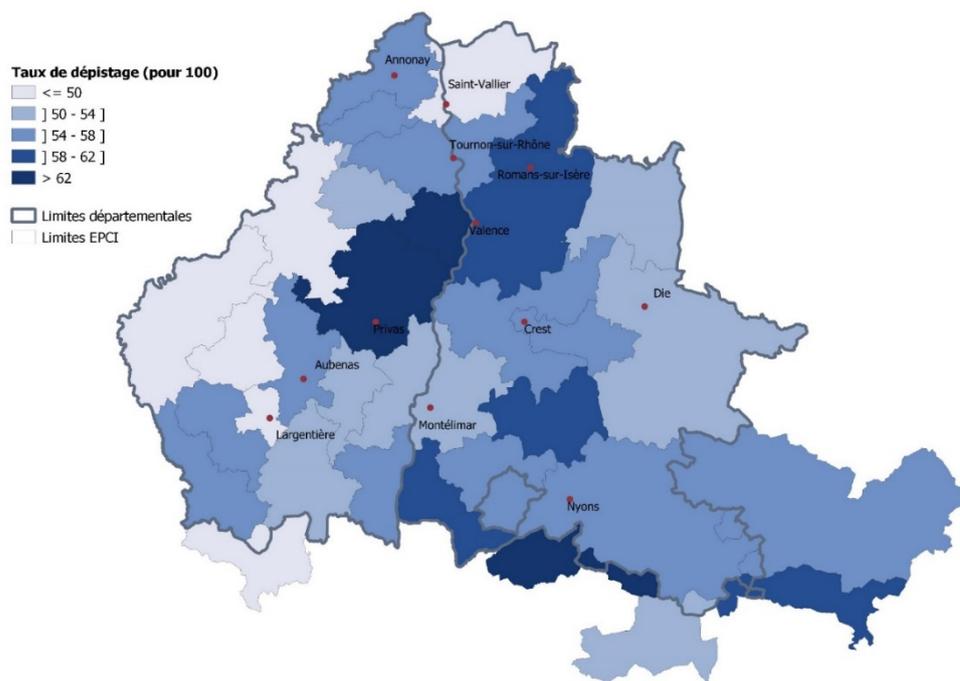


Sources : Cnam (Sniiram DCIR – 2016-2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

La quasi-totalité des EPCI de Drôme et d'Ardèche présentent des taux de participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus relativement faibles. Toutefois les communautés d'agglomération Valence Romans agglomération (61,5 %) et Privas Centre Ardèche (65,4 %) présentent des taux supérieurs à la moyenne régionale.

⁵¹ Pour les femmes entre 25 et 29 ans, les modalités de dépistage antérieures sont maintenues : le test de dépistage est réalisé par examen cytologique tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux. Pour les femmes de 30 ans à 65 ans, la HAS a fait évoluer les modalités de dépistage (en actualisant ses recommandations de 2010). Elle recommande que le test HPV-HR, plus efficace pour ces femmes, remplace l'examen cytologique. Le test HPV-HR est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal. Un nouveau test est refait tous les 5 ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif.

Taux (%) de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes de 25-65 ans, 2019



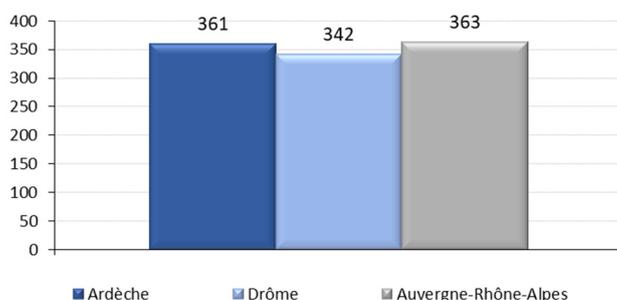
Sources : Cnam (Sniiram DCIR – 2016-2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

9. Les hospitalisations pour cancers du sein et du col de l'utérus

9.1. Les hospitalisations pour cancer du sein

Sur la période 2017-2019, 604 patientes ardéchoises et 834 patientes drômoises ont été hospitalisées pour cancer du sein en moyenne chaque année. Le taux de patientes hospitalisées pour cancer du sein s'élève ainsi à 361 pour 100 000 habitantes en Ardèche et 342 pour 100 000 dans la Drôme. Ces taux sont comparables au taux régional (363 pour 100 000).

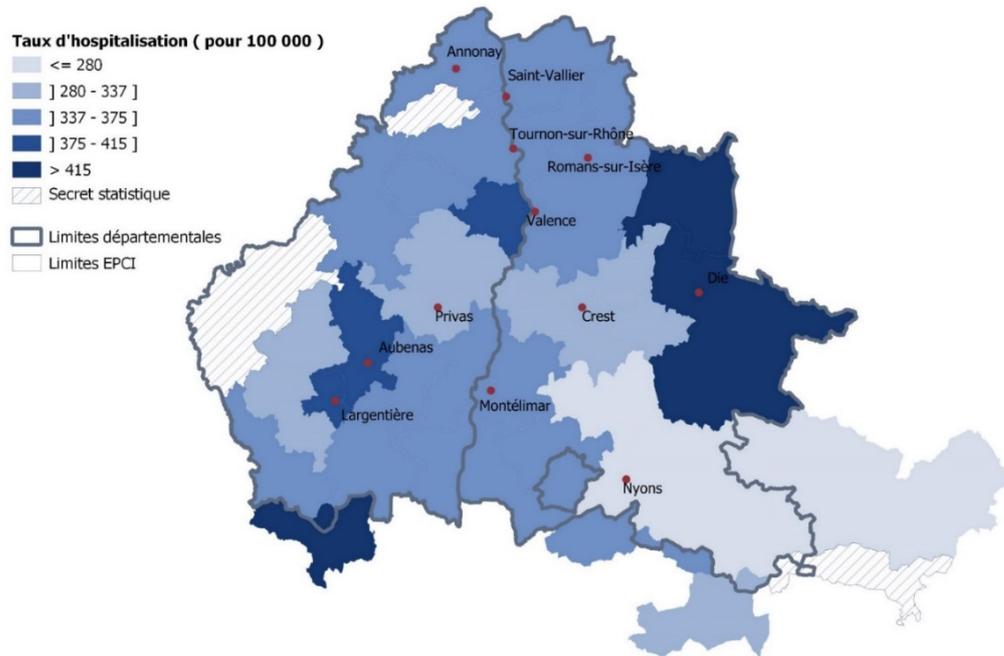
Taux de patientes hospitalisées pour cancer du sein pour 100 000, 2017-2019



Sources : ATIH (PMSI 2017-2019), Insee (RP 2017)

Certains EPCI, comme le Diois ou Royans-Vercors présentent des taux de patientes hospitalisées pour cancer du sein relativement élevés mais qui restent comparables au taux régional. En effet, en raison de petits effectifs, les données par EPCI sont à analyser avec prudence.

Taux de patientes hospitalisées pour cancer du sein pour 100 000, 2017-2019



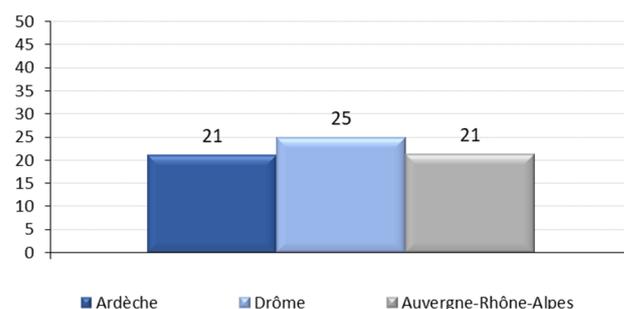
Sources : ATIH (PMSI 2017-2019), Insee (RP 2017)

9.2. Hospitalisation pour cancer du col de l'utérus

Sur la période 2017-2019, 32 patientes ardéchoises et 57 patientes drômoises ont été hospitalisées en moyenne chaque année pour cancer du col de l'utérus (716 patientes dans l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes).

Le taux de patientes hospitalisées pour cancer du col de l'utérus s'élève ainsi à 21 pour 100 000 habitants en Ardèche et 25 pour 100 000 dans la Drôme, des taux comparables au taux observé en Auvergne-Rhône-Alpes (21 pour 100 000).

Taux de patientes hospitalisées pour cancer du col de l'utérus pour 100 000, 2017-2019



Sources : ATIH (PMSI 2017-2019), Insee (RP 2017)

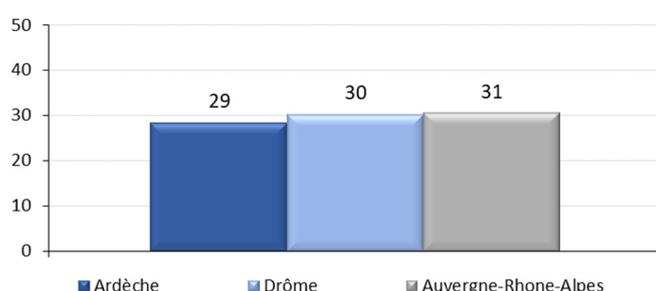
10. La mortalité par cancers du sein et du col de l'utérus

10.1. Mortalité par cancer du sein

Sur la période 2012-2016, 64 décès par cancer du sein sont enregistrés en moyenne chaque année en Ardèche et 94 décès dans la Drôme, dont 42 dans l'agglomération Valence-Romans Agglomération.

Le taux de mortalité par cancer du sein s'élève ainsi sur cette période à 29 pour 100 000 en Ardèche et 30 pour 100 000 dans la Drôme, des taux comparables à la moyenne régionale (31 pour 100 000).

Taux de mortalité annuel moyen par cancer du sein pour 100 000, 2012-2016



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

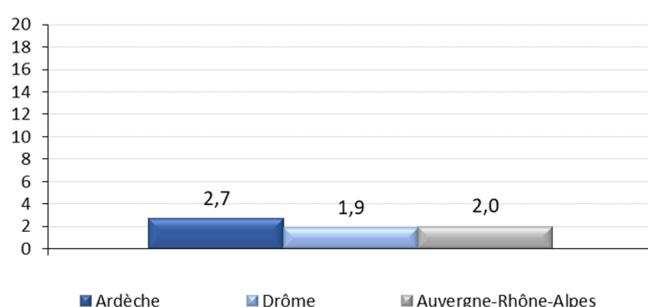
Les données de mortalité par cancer du sein ne sont pas disponibles à l'échelle des EPCI en raison de la faiblesse des effectifs.

10.2. Mortalité par cancer du Col de l'utérus

Sur la période 2012-2016, 4,4 décès par cancer du col de l'utérus sont enregistrés en moyenne chaque année et 4,8 dans la Drôme (79 décès annuels en Auvergne-Rhône-Alpes).

Les deux départements d'étude présentent des taux de mortalité par cancer du col de l'utérus comparables au taux enregistré en Auvergne-Rhône-Alpes : 2,7 pour 100 000 habitants en Ardèche et 1,9 pour 100 000 en Drôme, versus 2,0 pour 100 000 dans la région.

Taux de mortalité annuel moyen par cancer du col de l'utérus pour 100 000, 2012-2016



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Cnam (Sniiram DCIR - 2015-2019)

Volet 2, Représentations, pratiques, attentes et besoins exprimés par les habitants en Drôme et en Ardèche

1. Ressources repérées en matière de santé sexuelle et affective

Les entretiens réalisés auprès des habitants de territoires ruraux révèlent des difficultés d'accès aux soins, aux dépistages en lien avec l'éloignement des ressources de santé, une problématique largement connue et documentée qui n'est pas spécifique à la thématique de la santé sexuelle et affective. Par ailleurs, au-delà de la proximité des ressources, le recours au suivi gynécologique, aux ressources de santé sexuelle est aussi tributaire de la posture des professionnels.

1.1. Le suivi gynécologique : à la recherche d'un professionnel

1.1.1. Un accès complexe aux gynécologues mais plus facile aux médecins généralistes et aux sages-femmes

En Ardèche et dans le Drôme, comme dans de nombreux territoires, l'accès aux gynécologues pour un suivi en gynécologie médicale apparaît globalement difficile. Plusieurs types de difficultés d'accès aux gynécologues sont mis en lumière par les enquêtes. En premier lieu, la faible présence de gynécologues dans les territoires ruraux engendre des difficultés en particulier pour les habitants qui ne sont pas véhiculés (jeunes et personnes en situation de précarité) : temps et coût de déplacement importants, nécessité de prendre a minima une demi-journée de congé. Par ailleurs, en lien avec la saturation des files actives des gynécologues libéraux (liés aux départs à la retraite non remplacés), ces praticiens ne prennent plus de nouveaux patients et des délais de rendez-vous s'allongent (en moyenne plus de trois mois). Enfin, si certains hôpitaux proposent des consultations externes de gynécologues qui semblent bien repérées et utilisées par la population (pour des suivis gynécologiques), un turnover important des praticiens est constaté, engendrant le sentiment chez les patients d'être moins bien suivis.

À l'inverse des gynécologues, les médecins généralistes qui peuvent assurer le suivi gynécologique semblent plus accessibles et très utilisées par les habitants. De même, les sages-femmes, semblent de plus en plus identifiées pour le suivi gynécologique des femmes n'ayant pas de pathologie particulière et la mise en place d'une contraception. Le

positionnement de ces professionnelles semble particulièrement apprécié car répondant aux attentes d'explications et de dialogue.

1.1.2. La posture professionnelle : des attentes des patientes en termes d'écoute et de bienveillance

Les patientes sont en attente d'explications, de dialogue, d'écoute et de bienveillance de la part des praticiens lors des consultations gynécologiques.

Au-delà de consultations parfois jugées trop rapides par les patientes pour pouvoir poser des questions et obtenir des explications détaillées, des enquêtées rapportent des expériences négatives : sentiment de ne pas être écoutées, comprises ou d'être infantilisées (par exemple sur les questions de contraception cf. infra). Plusieurs ont même rapporté le sentiment d'avoir subi des violences gynécologiques. Ces violences semblent s'exercer plus fréquemment en direction de patientes jeunes ou ayant une orientation sexuelle non hétéronormée : il peut s'agir de propos rabaissants, irrespectueux, discriminants de la part du professionnel de santé voire d'examens gynécologiques brusques (insertion du spéculum sans prévenir la patiente, examen douloureux). Certains médecins semblent ainsi particulièrement repérés par les habitantes pour leur indécatesse :

« À l'hôpital de (...) j'ai eu une mauvaise expérience. J'ai attrapé le papillomavirus, j'avais 20 ans, j'avais rien compris, j'étais inquiète. C'était un gynécologue affreux, il m'a fait des réflexions sur mon tatouage sur les jambes du genre « ça explique où tu traînes », c'était très violent, j'ai pleuré sur le parking. Il m'a également fait une réflexion du type « il faudrait penser à trouver un partenaire fixe ». Normalement je ne me laisse pas faire mais comme il était en train de faire un examen qui faisait mal, hyper, je pleurais, je tremblais».

Trouver un professionnel de santé répondant à ses attentes, avec lequel on se sent à l'aise, est l'objet de nombreuses recherches et tâtonnements : partage informel de coordonnées de professionnels identifiés comme bienveillants et à l'écoute, liste de professionnels ouverts à des publics non hétéronormés⁵² diffusées par les associations ou des communautés pour les personnes LGBT+. Ainsi, parmi les interviewées, certaines étaient toujours à la recherche d'un professionnel et plusieurs ont signalé que, dans leur entourage, des femmes avaient renoncé à être suivies sur le plan gynécologique suite à de mauvaises expériences ou faute d'avoir trouvé un professionnel correspondant à leurs attentes.

⁵² Qui considère l'hétérosexualité comme l'unique norme à suivre, ou comme une orientation sexuelle supérieure aux autres. Qui suit les valeurs ou les codes hétérosexuels dominants dans la société

1.2. Les Centres de planification et d'éducation familiale et les EICF

Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICF, qui ne proposent pas de consultations médicales), indifféremment nommées « planning familial » ou « planning » par les enquêtes qu'il s'agisse de structures portées par les Départements ou par l'association Planning Familial sont des ressources appréciées. Les personnes mettent en avant la qualité de l'accueil, le non-jugement, la bienveillance et l'écoute des professionnels ou bénévoles et affirment se tourner vers elles lorsqu'elles sont en recherche d'informations ou de ressources de santé.

Toutefois des difficultés de repérage de ces ressources sont signalées. Le manque de lisibilité des plages d'ouverture (parfois réduites) de certaines structures nuit à leur bonne visibilité. Par ailleurs, ces structures sont souvent perçues comme étant exclusivement réservées aux jeunes ou aux femmes et semblent, de ce fait, moins repérés et utilisées par les adultes et les hommes.

1.3. Les ressources spécifiquement dédiées aux jeunes : éducateurs spécialisés et infirmières scolaires

Dans certains territoires où ils sont présents, les éducateurs spécialisés sont très appréciés et accessibles sur les questions de santé sexuelle et affective.

Ainsi à Die, ils sont bien identifiés par les jeunes du territoire, grâce à leur présence dans les espaces publics et dans les établissements scolaires du secondaire où ils animent notamment les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective. En cas de question ou de problème en matière de santé sexuelle et affective, les jeunes interviewés les citent volontiers comme une ressource facilement accessible. Ils fournissent également gratuitement des préservatifs directement aux jeunes dans leurs locaux et pour des événements festifs organisés par les jeunes (sound system notamment). Leur positionnement professionnel est particulièrement apprécié des jeunes : ils sont décrits comme ouverts d'esprit en matière de sexualité : non jugement et compréhension des pratiques des jeunes.

Les infirmiers scolaires sont également des professionnels ressources en matière de santé sexuelle et affective pour certains jeunes, si une relation de confiance a pu être tissée avec le jeune et si l'infirmier est jugé « ouvert » sur ces questions. Toutefois, certains lycées n'ont pas d'infirmiers scolaires ou leur temps de présence est très réduit, ce qui ne permet pas aux jeunes de les identifier et de nouer une relation de confiance pour pouvoir aborder des questions de santé sexuelle.

1.4. Internet, les réseaux sociaux très utilisés en particulier par les jeunes

Les habitants convergent sur le fait qu'Internet, les réseaux sociaux, sont aujourd'hui une source d'information incontournable sur la sexualité et celle qui est privilégiée par les jeunes. Ces derniers savent toutefois que toutes les informations diffusées par ce biais ne sont pas fiables et que le risque de harcèlement existe. Ils signalent, par ailleurs, que la couverture internet est encore parfois insuffisante dans certaines zones, dites blanches, pour pouvoir se connecter.

1.5. L'entourage familial et amical

La santé sexuelle et affective est un sujet plus ou moins discuté dans l'entourage familial, le réseau amical selon les groupes de personnes et le sentiment d'être à l'aise avec le sujet.

Quelques femmes interviewées, parmi les adultes en recherche d'un mode de vie « naturel », participent à des « cercles de parole ». Il s'agit de groupes de femmes se réunissant pour aborder des sujets autour de la maternité, de la santé sexuelle et affective et pour partager leur expérience en la matière. Ces groupes sont inspirés du mouvement des « tentes rouges » nés aux États-Unis à la fin des années 90. Les femmes y participant apprécient la possibilité d'échanger entre femmes, avec bienveillance, sans tabou, avec des femmes de toute âge (mais principalement des femmes de plus de 30 ans) et en toute confidentialité. Ces femmes signalent encore que quelques cercles masculins existent mais qu'ils restent rares.

1.6. Mal-être et santé sexuelle et affective : les difficultés d'accès aux psychologues

En cas de mal-être, de souffrance psychique, liés à des questions de santé sexuelle et affective (difficultés relationnelles, violences subies...), les difficultés d'accès aux psychologues et plus globalement à des ressources d'écoute et de soutien psychologique sont pointées, en particulier par les enquêtés résidant dans un territoire rural.

En effet, le coût des consultations d'un psychologue en libéral (consultations non remboursées par l'Assurance maladie⁵³, la faiblesse de l'offre en rural (pas de possibilité de choisir un professionnel avec lequel la personne se sente en confiance) et la distance pour consulter (ou pour recourir à un lieu d'écoute psychologique gratuit présent dans certaines villes) constituent des obstacles ne permettant pas aux personnes de bénéficier du soutien et du soin adéquat.

⁵³ À partir de 2022, selon l'annonce du président de la République, des consultations de psychologues pourront être pris en charge si elles sont réalisées sur prescription d'un médecin, dans le cadre d'un tarif conventionné entre le psychologue et l'Assurance maladie.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/vers-un-remboursement-des-seances-de-psychologues-en-2022>

Au bilan, certains interviewés, hommes et femmes, signalent encore le manque d'information sur les ressources existantes en matière de santé sexuelle et affective. Ils ne savent pas vers qui se tourner en cas de question ou de problème et peinent à trouver des réponses, par exemple, en cas de difficultés de contraception, de difficultés de couple, de difficultés sexuelles, d'autant plus que certains sujets restent tabous ou invisibilisés. Par ailleurs, pour les hommes peu de ressources d'information ou de santé sont repérées, en dehors du médecin généraliste ou d'un urologue pour les troubles érectiles.

2. Problématiques identifiées par l'ensemble des interviewés

2.1. La rencontre de partenaires sexuels et affectifs : importance des sites de rencontre

Les possibilités de rencontrer des partenaires amoureux et sexuels ont été restreintes au cours des périodes de confinements (crise sanitaire COVID-19 en 2019 et 2020) en raison de la fermeture des lieux classiques de rencontre (travail, établissements scolaires, loisirs, activités culturelles, lieux de sortie bars et établissements nocturnes) et des restrictions de déplacement.

Dans ce contexte, les entretiens mettent en lumière l'importance des sites de rencontre pour trouver des partenaires amoureux et sexuels, une pratique qui a encore été accentuée semble-t-il depuis le premier confinement en 2020. Ces applications très utilisées aussi bien par les jeunes que par les adultes interviewés permettent aux personnes de faire des rencontres au-delà de leurs cercles habituels.

Toutefois, les adultes des territoires ruraux pointent les limites de ces sites et réseaux sociaux de rencontre : faible choix de partenaires en raison d'un « marché de la rencontre restreint » (les territoires ruraux sont peu densément peuplés) et nécessité de se déplacer et d'effectuer en voiture de nombreux kilomètres pour élargir les possibilités de rencontrer de nouveaux partenaires, en ville notamment.

2.2. La Contraception : une attente de moins d'hormones mais toujours une affaire de femmes

Les entretiens réalisés permettent de constater que la responsabilité de la contraception repose encore souvent quasi-exclusivement sur les femmes.

« La contraception retombe sur la personne à vagin mais des options existent pour les hommes (...) la charge mentale de la contraception repose sur les femmes »

On repère toutefois des hommes, plutôt parmi les jeunes adultes en recherche d'un mode de vie « naturel », qui ont adopté ou sont en recherche de solution de contraception masculine (préservatif masculin, contraception masculine thermique⁵⁴, stérilisation masculine). À ce sujet, ils soulignent le manque d'information et les difficultés à se renseigner et à échanger sur les méthodes de contraception masculine, malgré internet.

Parmi les femmes, jeunes et adultes qui sont à la recherche d'un mode de vie « naturel » une forte demande pour une contraception non hormonale est exprimée. En effet, la pilule contraceptive et plus globalement les hormones ont une image négative voire dangereuse pour la santé auprès de ce public. Au-delà des risques d'accident cardiovasculaires liés à l'association tabac et pilule contraceptive, ce sont des dérèglements des cycles menstruels, la prise de poids, la perte de libido, les troubles de l'humeur qui sont mis en avant. Une forte demande pour le stérilet au cuivre est ainsi repérée dans ce public.

« Je ne voulais pas de contraception hormonale, je voulais un stérilet au cuivre (...) Je ne voulais pas ingérer des hormones, cela peut causer pas mal de soucis. Pour des amies, ce n'est pas top au niveau de l'humeur, la peau, le poids et il semble que cela puisse aussi causer des problèmes plus graves. Sur le principe, si je peux éviter de prendre trop de choses ».

Le préservatif masculin, comme moyen de contraception, a également été choisi par des interviewés, conjointement avec leur partenaire. Certains soulignent que le coût peut-être un frein, car les préservatifs ne sont, à leur connaissance, pas remboursés par l'Assurance maladie, à l'inverse d'autres moyens de contraception. Il apparaît ainsi, que le remboursement de certains préservatifs⁵⁵ sur prescription médicale reste peu connu. Des femmes interviewées soulignent toutefois que le préservatif reste un mode de contraception inenvisageable pour une partie des hommes qui justifient leur refus par la perte de sensations lors des rapports sexuels.

Concernant la contraception d'urgence, les habitants interviewés ont le sentiment d'un accès facile, en pharmacie, même si, bien entendu dans les territoires ruraux l'accès à la pharmacie de garde, le dimanche, peut être difficile pour les publics non véhiculés. Le coût de la contraception d'urgence pour majeurs⁵⁶ (la contraception d'urgence est remboursée pour les mineurs mais coûte entre trois et 20 euros selon le type de pilule contraceptive d'urgence) peut toutefois être problématique pour les jeunes majeurs et adultes ayant de faibles revenus.

⁵⁴ Les méthodes de contraception masculine thermique (C. M. T.) ou contraception testiculaire thermique (C. T. T.) tirent leur efficacité du fait de l'altération de la fonction de thermorégulation du scrotum³Le port quotidien d'un accessoire qui plaque les testicules contre le corps permet de faire monter la température de 2 °C et ainsi, de freiner la production de spermatozoïdes. Les méthodes thermiques n'entraînent pas une azoospermie, mais une réduction des spermatozoïdes en dessous du seuil contraceptif considéré comme efficace.

⁵⁵ Préservatifs de marque EDEN et Sortez Couverts remboursés à 60 % sur prescription médicale.

⁵⁶ L'extension du remboursement de la contraception féminine aux femmes jusqu'à 25 ans annoncé en septembre 2021 et qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2022 concernera également la contraception d'urgence.

2.3. Les interruptions volontaires de grossesse : des difficultés au plan matériel et symbolique

2.3.1. L'accès aux IVG dans les territoires ruraux

Les ressources hospitalières pour réaliser une IVG chirurgicale ou médicamenteuse semblent bien connues et repérées par les habitants interviewés, qui disent pouvoir s'adresser, si besoin, à leur médecin généraliste, au Planning Familial ou au CPEF départementaux pour être guidés dans leurs démarches.

Des difficultés d'accès aux IVG chirurgicales ou médicamenteuse hospitalières sont toutefois mentionnées :

- Difficultés d'accès géographique aux services hospitaliers depuis les territoires ruraux pour les jeunes et les personnes en situation de précarité non véhiculés. En effet, les femmes doivent se rendre à trois reprises, au minimum, à l'hôpital pour la réalisation de l'IVG (première consultation, deuxième consultation pour le recueil de consentement, réalisation de l'IVG, visite de contrôle) ce qui entraîne une logistique particulièrement complexe ;
- Offre en difficulté dans certains centres hospitaliers, par exemple dans le sud de l'Ardèche, pour les IVG chirurgicales liée à l'absence épisodique de médecin dans ces services (difficultés de recrutement et turnover dans certains services hospitaliers) ;

Par ailleurs, dans certains hôpitaux, le service orthogénie est localisé dans les locaux de la maternité, ce qui est mal vécu par certaines femmes d'un point de vue symbolique en particulier si elles ont déjà accouché dans ce service. Par ailleurs, certaines femmes craignent de rencontrer dans le service de maternité des personnes de leur connaissance, alors qu'elles souhaitent effectuer leur IVG en toute discrétion, l'IVG restant un sujet tabou.

La possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses auprès de certains médecins généralistes et sages-femmes semble bien repérée et jugée positivement car facilitant l'accès géographique aux IVG en particulier dans les territoires ruraux.

2.3.2. Un sujet encore tabou, culpabilisant et des expériences négatives

D'après les femmes interviewées, l'IVG reste un sujet tabou dans la société et souvent une expérience éprouvante pour les femmes interviewées y ayant eu recours.

Ces dernières soulignent à la fois, au sujet de l'IVG :

- L'attitude culpabilisante de la société : alors que nombre de femmes y ont eu recours au cours de leur vie, l'IVG reste « cachée » voire honteuse ;
- L'ignorance des hommes : ils seraient surpris voire « choqués » par le recours fréquent des femmes aux IVG.

« C'est un sujet encore tabou, je n'avais jamais dit que j'avais fait une IVG, je ne l'ai fait que récemment alors que j'ai vécu des choses horribles (...) ».

« [dans ce groupe d'amis] les femmes avaient avorté au moins une fois dans leur vie et les hommes hallucinaient. Ils ne se rendaient pas compte, ça les choquait, ils ne pensaient pas que c'était si fréquent ».

Par ailleurs, nombre d'entre-elles rapportent des expériences négatives d'IVG : propos culpabilisants de professionnels de santé ou encore manque d'accompagnement et de soutien psychologique.

« J'ai fait une IVG il y a 7 ans, ça ne s'est pas très bien passé. C'était très long et culpabilisant, j'avais 22 ans. À l'hôpital ils ont utilisé des termes très culpabilisants « on entend déjà son petit cœur ».

Pour les IVG médicamenteuses, en ville ou à l'hôpital, le manque d'information et d'accompagnement des femmes à leur retour à domicile est pointé par les femmes, en particulier si elles vivent seules à domicile. En effet, certaines femmes peuvent avoir des saignements ou des douleurs très importantes, ou être en situation de détresse psychologique à leur retour à domicile sans possibilité d'aide et de soutien.

Enfin, concernant plus spécifiquement les avortements thérapeutiques, des femmes ont pu avoir le sentiment d'être insuffisamment accompagnée et soutenue d'un point de vue psychologique avant et après la réalisation de l'avortement.

2.4. Les IST-VIH : des besoins d'information et des freins au dépistage

2.4.1. Le manque d'information et le relâchement des pratiques individuelles de prévention

- La faible connaissance des IST, sauf le VIH

Les personnes interviewées déclarent, en grande majorité, avoir un faible niveau d'information sur les infections sexuellement transmissibles, à l'exception du VIH. Les différents types d'IST (d'origine bactérienne ou parasitaire comme la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie et la trichomonose ou virales comme le HPV, l'herpès génital, l'hépatite B), les symptômes, les conséquences pour la santé, les traitements possibles pour certaines, difficiles pour d'autres semblent peu connus.

« Il y a des informations sur les IST (pendant les séances d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires) mais ça reste en surface, on sait qu'il y a des IST mais je n'en connais que très peu et surtout je ne sais pas comment ça s'attrape ».

Par ailleurs, elles soulignent que la méconnaissance des risques d'IST par sexe oral, engendre des prises de risques (rapports non protégés) et des retards de dépistage.

« J'ai appris tard qu'il était possible d'attraper des maladies si on faisait une fellation et puis j'avais l'impression que dans les rapports lesbiens il n'y avait pas de risque de maladie »

Elles rapportent également que les IST, sauf le VIH, sont, souvent considérées comme des maladies bénignes, alors même que certaines ont de graves conséquences sur la santé (stérilité, cancer du col de l'utérus).

« Les IST, les risques pour la santé ne sont pas connus. C'est présenté (en séance éducation sexuelle) comme quelque chose de grave et de pas grave, l'information n'est pas claire (...). L'herpès génital je n'en avais jamais entendu parler, on ne m'avait jamais expliqué, et cela a un impact énorme sur ma vie et, même aujourd'hui si ça va mieux, c'est très compliqué à vivre »

Les interviewés ont le sentiment d'un manque de communication sur le sujet en direction des jeunes et des adultes.

Pour les jeunes, le thème semble abordé trop rapidement, faute de temps, lors des séances d'éducation à la sexualité organisées dans les établissements scolaires, ne permettant pas de délivrer une information complète.

Par ailleurs, les enquêtés soulignent que le sujet est peu abordé par les médecins généralistes lors des consultations, avec les jeunes mais également avec les adultes.

- Des prises de risques

Une forme de relâchement des pratiques de prévention individuelles est constatée par les enquêtés. Ils rapportent que l'utilisation du préservatif n'est pas systématique lors des rapports sexuels avec un nouveau partenaires ou lorsqu'il y a des partenaires multiples.

Le cas de personnes ayant plusieurs partenaires, et notamment d'adultes qui ont des rapports non protégés a été plusieurs fois rapporté. Il semble que ces personnes, notamment par manque d'habitude après une période de vie conjugale et par méconnaissance des risques, n'utilisent pas systématiquement de préservatifs lors des rapports sexuels avec de nouveaux partenaires et ne se font pas dépistés, ou tardivement, contaminant, à leur insu, d'autres partenaires.

Par ailleurs, certains hommes parmi les adultes, sont décrits comme laxistes par des femmes interviewées car ils refusent d'utiliser un préservatif et ne se font pas dépister.

2.4.2. Le dépistage : des freins identifiés

Plusieurs freins au dépistage des IST ont été mis en lumière lors des entretiens :

- le manque de connaissance sur l'importance du dépistage et les lieux possibles de dépistage ;
- la peur des résultats, en lien avec le manque d'information sur les possibilités de traitement ;

- la distance et les difficultés de déplacement des jeunes et adultes précaires vers les lieux de dépistages anonymes et gratuits (CéGIDD⁵⁷ situés dans les grands centres hospitaliers Annonay Privas Valence).

Par ailleurs, selon certaines interviewés, une partie des hommes serait sous-dépistée car moins suivis sur le plan médical.

Enfin, des enquêtés signalent que certains médecins généralistes ne connaissent pas les lieux de dépistage anonymes et gratuits comme les CEGGID. Le positionnement de certains à l'égard de patients ayant une suspicion d'IST est aussi un point d'attention. Certains interviewés ont eu des remarques blessantes et se sont sentis jugés (critiques des pratiques sexuelles des patients si multipartenariat par exemple), sans pour autant que des conseils de prévention adaptés à leurs pratiques ne leur soient délivrés.

57 Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ont été mis en place à partir de janvier 2016, pour remplacer les CDAG (centres de dépistages anonymes et gratuits).

3. Problématiques identifiées spécifiquement par les jeunes

3.1. L'éducation sexuelle et affective, des attentes de dialogue avec les adultes

3.1.1. Le rôle des parents, des adultes

Une partie des jeunes ont pu parler de sexualité avec leurs parents à l'adolescence et en sont satisfaits. Dans d'autres familles, les questions de sexualité sont très peu parlées voire tabou et le dialogue sur le sujet difficile.

« C'est une question d'éducation, j'ai été éduquée à en parler, avec mes parents je n'ai aucun mal à en parler. J'ai une maman qui m'avait offert le guide du Zizi sexuel de Titeuf, ça a aidé pas mal de personnes à comprendre. J'ai été élevée dans la neutralité, pas d'impact de la religion qui rendait la chose taboue ».

« Non moi jamais, c'est pas fermé mais on a jamais parlé de ça non plus et plus c'est tabou, plus c'est tabou ».

Une partie des jeunes ont des attentes par rapports aux parents et aux adultes en matière d'éducation à la sexualité et notamment sur les questions de consentement, d'éducation à la sexualité, de genre et d'orientation sexuelle.

« Il y a des familles qui vont être plus ouvertes que d'autres à ces sujets, qui ont parole plus ouverte, ce qui va contribuer à faciliter le dialogue. C'est le rôle protecteur et étayant de la famille. Les choses qu'on apprend en premier, c'est au sein de la famille, puis les amis (...). »

Quelques jeunes ont même exprimé des attentes d'échanges, de dialogue avec les adultes, sur les rapports sexuels, le plaisir.

« Comment faire pour que ça se passe bien (les rapports sexuels avec son partenaire)? ».

3.1.2. Les séances d'éducation à la sexualité à l'école

Les séances d'éducation à la sexualité mises en place dans les collèges et lycées sont globalement appréciées et jugées intéressantes par les jeunes interviewés, toutefois ils soulignent qu'elles sont peu fréquentes. En effet, les jeunes interviewés ont souvent assisté, au mieux, à une séance lorsqu'ils étaient collégiens et lycées, alors que les textes prévoient qu'au moins trois séances soient mises en place annuellement dans le secondaire.

Au-delà du nombre limité de séances d'éducation à la sexualité, les jeunes interviewés émettent, par ailleurs, plusieurs réserves quant au format et contenu des séances. Ils regrettent parfois le format des séances - séances collectives et mixtes-. En effet, les rires,

le comportement problématique de certains garçons lors des séances (...) ne permettent pas aux élèves de s'exprimer librement et de poser des questions précises.

Par ailleurs, ces séances sont souvent, de leur point de vue, très centrées sur la prévention des maladies et les grossesses non désirées tandis que les relations affectives, les questions d'orientation sexuelle⁵⁸, de genre⁵⁹, de consentement seraient insuffisamment abordées, de leur point de vue.

Enfin, des jeunes ont rapporté le sentiment que des professionnels des établissements scolaires chargés d'animer ces séances sont parfois peu à l'aise pour aborder les questions de sexualité et en décalage par rapport aux attentes et pratiques des élèves.

« Le professeur de français, cela crée de la gêne, ce n'était pas son rôle. Ce n'est pas de sa faute, elle n'avait pas toutes les réponses, elle était peu formée. Il y a beaucoup de choses nouvelles dans la sexualité, la nouvelle sexualité, la pansexualité... elle n'était pas à jour et elle n'en parlait même pas comme quelque chose qui pourrait exister (...) et des choses sont omises ».

3.2. Internet, les réseaux sociaux : le premier média d'information des jeunes

Internet et les réseaux sociaux est le premier canal d'information vers lequel se tournent les jeunes en matière de santé sexuelle et affective, même s'ils savent que toutes les informations diffusées ne sont pas fiables et que le risque de harcèlement existe. Ce média leur permet en effet de poser des questions et d'accéder à des contenus très variés à toute heure, sans filtre, en tout anonymat et de manière confidentielle.

« Sur Instagram il faut trier, ça peut être compliqué. Il ya des contenus dans les deux sens... tu peux chercher et tomber sur un discours qui a l'air Ok mais qui sont en fait pro-Life⁶⁰ »

Les sites officiels comme Fil santé jeunes ou jeunes.gouv.fr n'ont pas été cités par les jeunes interviewés et le Planning Familial est peu présent sur les réseaux sociaux, selon ces derniers. Des jeunes enquêtés ont également exprimé des attentes pour un site de chat leur permettant de poser des questions et de converser avec des professionnels qualifiés sur la sexualité, mais ils ne repèrent aucun site.

À l'inverse, YouTube, les réseaux sociaux et en particulier Instagram sont très fréquemment cités par les jeunes. Ces supports numériques ont en commun de déculpabiliser et

⁵⁸ L'orientation sexuelle se définit comme l'attrance physique ou émotionnelle pour une personne du même sexe (homosexualité), du sexe opposé (hétérosexualité) ou sans égard à son sexe (bisexualité ou pansexualité)

⁵⁹ L'identité de genre est la conviction intime et personnelle de se sentir « homme », « femme », ni l'un ni l'autre ou les deux à la fois.

⁶⁰ Le mouvement pro-vie désigne un mouvement regroupant associations et personnes, souvent proches des mouvements religieux, défendant le « droit à la vie », à travers l'opposition au « droit de l'avortement », à la contragestion, à l'euthanasie, et parfois à certaines formes de contraceptions.

dédramatiser la parole autour de la sexualité et apparaissent comme de véritables espaces d'éducation à la sexualité, souvent créés et animés par des non professionnels.

« J'ai appris pas mal de choses sur YouTube. Notamment quand on est jeune il y a du basique sur la sexualité, je ne me rappelle plus du nom mais c'était un peu basique et j'aimais bien »

Les jeunes y puisent parfois des éléments favorables à leur auto-estime (mouvement « body positive⁶¹ ») voire des paroles militantes (notamment féministes). Certaines jeunes femmes interviewées sont abonnées à des comptes Instagram (« *Je m'en bats le clito* », « *Orgasme et moi* », « *Jouissance.club* ») souvent créés par des femmes féministes et engagées, dans lesquels la sexualité et le plaisir féminin sont largement abordés mais également tous types de sujet : violences sexuelles, endométriose, menstruations, masturbation féminine, « body positive », l'orientation sexuelle

Enfin, les réseaux sociaux, permettent également à des jeunes en questionnement sur leur identité sexuelle ou appartenant à des minorités sexuelles d'accéder à des ressources d'information, de soutien par exemple des communautés, des réseaux militants qui sont soutenant dans leur parcours.

3.3. La pornographie sur internet, une attente pour développer des contenus éthiques

Interrogés sur la pornographie, son possible impact sur les représentations de la sexualité, les jeunes interviewés ont globalement montré moins d'inquiétude que les adultes.

Conscients de l'accès très facile à de la pornographie sur internet et de l'exposition de jeunes enfants à ce type de contenus, ils ont plutôt insisté, sur la nécessité que les parents et les éducateurs abordent cette question avec les enfants et les adolescents. L'enjeu est, de leur point de vue, de leur permettre de prendre du recul par rapport aux contenus visionnés.

« Avoir peur de quelque chose c'est le meilleur moyen de créer des problèmes. Il faut faire avec (la pornographie), ça existe. C'est juste une extension de la sexualité humaine (...) quand un professeur dit que la pornographie donne une image erronée de la sexualité, il faut expliquer pourquoi ce n'est pas la réalité. »

⁶¹ Le body positive est un mouvement social en faveur de l'acceptation et l'appréciation de tous les types de corps humains. Il encourage la diversité et l'estime de soi en soutenant que la beauté est une construction sociale qui dépend des cultures et défie les stéréotypes et définitions normatives partagés par les médias. Connie Sobczak et Elizabeth Scott sont les pionnières du mouvement créé en 1996 aux États-Unis qui s'est grandement propagé depuis grâce à la création de sites web en faveur de celui-ci ou des réseaux sociaux. Le mouvement est principalement soutenu par des militantes et découle du mouvement d'acceptation des personnes obèses.

L'intérêt de développer les contenus pornographiques alternatifs, c'est-à-dire montrant des rapports sexuels protégés (préservatifs), des demandes de consentement explicites et avec une image de la femme revalorisée a également été mis en avant par plusieurs interviewés. Certains jeunes, des hommes, estiment toutefois qu'ils appartiennent à une génération habituée à visionner des contenus montrant une sexualité très débridée où les hommes sont en situation de domination et qu'il serait intéressant mais compliqué de sortir de cette pornographie « mainstream⁶² ».

« Je ne sais plus comment elle s'appelle⁶³, mais c'est une réalisatrice qui a une vision moins patriarcale. Cela semble intéressant, mais c'est compliqué d'aller vers ce genre de production, car on est d'une génération habituée à voir une sexualité très débridée, où l'homme est mis dans une situation de supériorité. C'est compliqué de sortir de ce porno-centrisme (...) compliqué mais ce serait intéressant (...) C'est un sujet dont on a parlé avec des amis, filles et garçons, la plupart seraient assez OK sur la revalorisation des femmes et le préservatif ».

3.4. L'orientation sexuelle et identité de genre questionnée par une partie des jeunes

Une partie des jeunes interviewés interroge son orientation sexuelle et identité de genre. Ces jeunes constatent que l'intolérance vis-à-vis d'une sexualité non-hétéronormée est très forte dans certains groupes sociaux ou territoires ruraux, urbains défavorisés, y compris chez les jeunes.

Une partie des jeunes enquêtés et notamment des jeunes femmes, semblent très au fait des questions de genre ou d'orientation sexuelle et se définissent comme cisgenre⁶⁴ ou pansexuel⁶⁵, un vocabulaire absent du discours des adultes interviewés.

« Le début c'est compliqué car on se cherche. Pour ma part j'expérimente, je me "focuse" pas que sur une personne et que sur un sexe. J'aime bien être sûre de moi, je vais voir dans les deux sens. Je suis pansexuelle, je n'aime pas quelqu'un pour son sexe. »

⁶² La pornographie « mainstream », « hégémonique » ou « dominante » est appelée ainsi de par son caractère dominant sur les sites internet pornographiques gratuits (comme Pornhub, YouPorn, Xhamster ou Xvideos). Elle est celle à laquelle on accède le plus facilement et qui domine aujourd'hui dans l'industrie de la pornographie vidéo. La pornographie mainstream est principalement réalisée par et pour les hommes hétérosexuels (Kunert 2014, Bourcier 2018).

⁶³ Ovidie : Ex-Star du cinéma X, Écrivaine, réalisatrice, productrice un lien pour la présenter : <https://www.franceculture.fr/personne/ovidie>

⁶⁴ Cisgenre : se dit d'une personne dont l'identité de genre (masculin ou féminin) correspond au sexe avec lequel elle est née. C'est le contraire d'une personne transgenre.

⁶⁵ Pansexuel souvent synonyme de "bisexualité" et issu du préfixe grec "pan" (tout), la "pansexualité" renvoie à l'attirance (affective et/ou sexuelle) envers une personne quelles que soient ses caractéristiques de genre, de sexe ou de sexualité.

Les entretiens mettent néanmoins en lumière les difficultés d'une partie des jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle. Cette période de questionnement et la difficile acceptation d'une orientation non hétérosexuelle, par la personne et par son entourage, peuvent être source d'une grande souffrance psychique et de rejet. À ce sujet, les jeunes soulignent le besoin d'information sur les orientations sexuelles, les identités de genre⁶⁶ et en particulier la transidentité⁶⁷, moins connue ; Et ce en particulier dans les territoires ruraux qui sont éloignées des associations et ressources de soutien.

Par ailleurs, les jeunes interviewés constatent globalement que les adultes de plus de 40 ans, même ceux qu'ils qualifient « d'ouverts d'esprit » sont peu au fait et en retard sur les questions d'orientation et d'identité sexuelle, et ont de nombreux préjugés.

« J'ai participé à un repas avec mes parents et les amis de mes parents, ils disaient avoir vu un drag show⁶⁸ et ils ont tout de suite utilisé des mots... « pédés » ... Pour eux transsexuel⁶⁹ c'est synonyme de drag-queen⁷⁰, de milieux de la nuit, de drogue. Ils ne sont pas méchants, c'est une ignorance complète »

Là encore, le besoin de sensibiliser les adultes à ces questions pour permettre aux jeunes de trouver un soutien et des réponses auprès des adultes est souligné par les jeunes.

3.5. Les rapports sexuels, entre découverte et prises de risques

Les premiers rapports sexuels restent une étape très investie par les garçons et les filles⁷¹. À ce sujet, les jeunes interviewés signalent que de nombreuses ressources sur « les premières fois » sont disponibles sur internet. Ces dernières sont appréciées et sont jugées rassurantes, néanmoins certains jeunes constatent que ces contenus associent systématiquement rapport sexuel et pénétration, renforçant les idées reçues sur les rapports sexuels.

⁶⁶ L'identité de genre se réfère en sociologie au genre auquel une personne appartient. En sciences sociales, le sexe ou le type sexuel d'une personne désigne les caractéristiques biologiques (génétique, chromosomes, hormones, notamment) et le genre renvoie à une construction sociale. L'identité de genre peut être non alignée sur l'identité sexuelle. Elle est également distincte de l'orientation sexuelle (hétérosexualité, bisexualité, pansexualité, homosexualité, etc).

⁶⁷ La transidentité est le fait, pour une personne transgenre, d'avoir une identité de genre différente du genre assigné à la naissance, contrairement à une personne cisgenre.

⁶⁸ Un drag show est un spectacle de divertissement effectué par des artistes drag, appelés drag king ou drag queen.

⁶⁹ Transsexuel : terme générique pour désigner des personnes pour lesquelles l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance (on préférera le terme transgenre à celui, jugé très stigmatisant, de "transsexuel").

⁷⁰ Travesti excessivement maquillé et vêtu de manière extravagante.

⁷¹ selon les sociologues Didier Le Gall et Charlotte Le Van citées par Maia Mazaurette dans l'article « Sexualité : les enjeux de la première fois » parue dans le monde le 3/02/2019. Les garçons s'interrogeant sur leur capacité à assurer (c'est-à-dire de ne pas perdre leur érection au moment-cléf) et les filles se questionnant sur leur sentiment d'être prêtes.

« On trouve beaucoup de vidéos, d'explications sur les premières fois. C'est important et ça rassure mais il y a moins d'informations sur les rapports sexuels qui ne sont pas la pénétration. Cela reste cliché, relation sexuelle égale pénétration, donc cela n'inclue pas deux filles ensemble. J'ai entendu certaines amies dire « on a fait des préliminaires mais c'est pas important, ça n'a pas de conséquences » c'est à dire pas de risque de maladie. Elles ne se rendent compte que plus tard que c'était un acte sexuel et elles peuvent se dire que en fait, elles peuvent regretter d'avoir fait confiance trop vite, de n'avoir pas fait de vrai consentement (...) La plupart des gens sont conscients mais ce n'est pas le cas de tous, par exemple pour une fellation. »

En effet, les entretiens menés auprès des jeunes mettent en lumière **un flou sur de la définition de ce qu'est un rapport sexuel**, qui reste pour nombre de jeune synonyme de pénétration. Ainsi les pratiques orales, comme la fellation, ne sont pas toujours étiquetées comme un rapport sexuel par les jeunes mais comme un préliminaire, ce qui peut les empêcher de conscientiser les actes au moment de leur première expérience, et peut entraîner a posteriori un malaise ou du regret. En effet, sur le moment, faute d'étiqueter l'acte comme un rapport sexuel, la réflexion sur le consentement n'a pas pu se faire et certains jeunes peuvent regretter leur « première fois ». Par ailleurs, faute d'étiqueter les pratiques de sexe oral comme un rapport sexuel, le risque de rapport non protégé est accru.

On note que certains jeunes interviewés, plutôt des jeunes étudiants, se projettent dans le polyamour et ce dans la durée, ce qui pose la question de leur vigilance, sur le long terme, par rapport aux risques d'IST.

3.6. Des inégalités de sexe également présentes dans la sphère de la sexualité

Le ressenti des jeunes interviewés sur la question de **l'égalité hommes-femmes** est varié : en progression pour certains, statu-quo pour d'autres. Ils partagent toutefois le sentiment que cela régresse dans certains territoires. Les jeunes femmes dénoncent les stéréotypes de genre, un sexisme bien ancré dans la société et dans certains territoires urbains elles signalent que le harcèlement de rue reste très fréquent.

« Quatre jeunes dans une voiture qui s'arrêtent pour klaxonner des filles. Il peut y avoir un effet de groupe, il peut y avoir un meneur et des suiveurs...je trouve que c'est déjà une forme d'agression (...) Même dans la rue, des petites remarques. Avant on traitait une femme de salope car elle portait une jupe, aujourd'hui je porte un pantalon et pas un décolleté (... des filles ont été victimes de ça (harcèlement de rue) et disent j'aurais dû porter autre chose. Moi je me suis déjà fait klaxonner alors que j'étais en jean tee-shirt, ça m'a fait peur car j'étais avec ma maman. Dès qu'on est jeune, un peu mince, on attire ce genre de comportement, j'ai pas l'impression d'être respectée en tant que femme ».

« L'égalité hommes-femmes c'est la catastrophe. Au lycée j'ai été victime de petites agressions parce que j'avais des poils aux jambes, j'étais limite harcelée par les mecs. (...) le harcèlement de rue est présent aussi, c'est très violent, cela te met dans une

position... pencher la tête, marcher vite ... on te met dans une situation de domination. J'ai fait des arts martiaux, je n'ai pas peur mais je ne suis pas forcément rassurée non plus (...). Des fois juste dire non, prendre du temps, expliquer à des cons, juste « Non » ça les surprend (...). Mais répondre c'est risqué, c'est se mettre en grand danger. C'est violent pour moi, si je n'ai pas la possibilité de répondre c'est très violent. (...). Sifflements... mais ensuite ils s'excusent « pardon madame, c'était pour rigoler ». Pourquoi font-ils cela ? Même eux ne le savent pas, ils ne se rendent pas compte qu'ils vont mettre une femme en situation diminuée ».

Des jeunes femmes interviewées constatent que dans leur entourage certaines jeunes femmes peuvent déjà être dans des relations de couple avec de la jalousie, de la domination, voire de la violence. Elles soulignent les **difficultés des jeunes filles et jeunes femmes à conscientiser que la violence (morale et physique) n'est pas normale.**

« J'ai une amie qui est sortie sans soutien-gorge, son copain lui a interdit de sortir, lui a pris sa carte bleue. Puis il l'a engueulée hyper fort. Dès qu'elle parlait avec un mec elle se faisait engueuler, ensuite ça peut évoluer (...). Même si nous on lui en parle, elle est amoureuse et elle ne veut rien faire. »

« Au lycée, une copine nous avait dit à demi-mots que son copain la tapait. Déjà elle acceptait et disait de ne pas en parler. Et nous on s'était dit Ok on respecte son choix. On a pas réagi tant que ça, on ne se rendait pas compte que c'était grave, pas tant que ça »

Une partie des jeunes femmes interviewées ont **des attentes pour en finir avec les stéréotypes sur les rôles assignés, la pression sur le corps des femmes et les tabous sur la sexualité féminine.** Elles dénoncent entre autres :

- la tyrannie des normes esthétiques sur le corps des femmes : la minceur, l'épilation ;
- la faible connaissance des femmes de leur anatomie et de leur sexe ;
- Invisibilité des règles et propos rabaisant des hommes sur les menstruations ;
- les tabous et stéréotypes sur la sexualité féminine : la masturbation féminine, le plaisir féminin ;
- le nombre de partenaires sexuels : jugements négatifs sur les femmes ayant de nombreux partenaires (à l'inverse des hommes)⁷².

« Du côté des filles cela les rend plus exigeantes avec ce qu'elles recherchent car elles n'ont pas envie d'être avec quelqu'un qui les traite mal. Du coup elles ont plus de mal à trouver ce qu'elles recherchent (...). Moi un homme qui ne respecte pas les femmes, ou qui fait des remarques, je ne pourrai plus alors qu'avant, vivant à la campagne, j'acceptais... Les remarques sur le poids c'est un critère impossible pour moi ».

72 « les jeunes hommes valorisés selon une norme de virilité et les jeunes filles subissent la double injonction de se montrer désirables mais respectables. » Rapport relatif à l'éducation à la sexualité - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport n°2016-06-13-SAN-021 publié le 13 juin 2016.

3.7. Le consentement, une notion encore abstraite

Le mouvement #MeToo⁷³ a permis une libération de la parole sur les questions des violences sexuelles et la question du consentement est depuis sur le devant de la scène. Les jeunes enquêtés constatent toutefois que la **notion de consentement reste abstraite** pour une partie des adolescents et jeunes qu'ils côtoient. Ils relèvent la nécessité d'expliquer concrètement cette notion en insistant sur l'importance du consentement explicite des deux partenaires, de nommer pour quels actes le consentement est nécessaire, et sur la possibilité de changer d'avis avant et pendant l'acte. Ils soulignent aussi l'importance d'expliquer la notion d'emprise qui peut pousser certaines jeunes (filles notamment) à céder aux attentes de leur partenaires et à avoir des relations sexuelles qui ne sont pas réellement voulues (consenties).

« Il y a un manque d'éducation au consentement. J'en ai déjà discuté avec des filles, qui après réflexion ont dit qu'elles avaient eu des relations qu'elles ne voulaient pas mais elles avaient eu le sentiment de devoir le rapport. »

3.8. Les agressions sexuelles, des difficultés pour porter plainte

Même si des avancées sont constatées, les agressions sexuelles restent un sujet tabou, en partie parce que nombre d'agressions et de viols sont commis par des personnes de l'entourage des femmes dans leur jeunesse voire par des ex-partenaires (plutôt pour les adultes).

Pour les jeunes victimes d'agressions sexuelles, aux difficultés liées au tabou pour dénoncer les violences sexuelles et à la grande complexité des démarches pour les faire reconnaître devant la justice s'ajoute, pour celles résidant en rural, la difficulté de la distance pour être conseillées, porter plainte et réaliser toutes les démarches juridiques (coût et temps de déplacement, manque d'autonomie des jeunes pour se déplacer). En effet, les tribunaux, les avocats, les psychiatres, les associations de victimes et autres associations d'information et de conseil sont situées dans les grandes villes.

« Il y a quelques années, j'ai voulu porter plainte contre un homme pour une agression sexuelle sur mineure. J'avais besoin d'être accompagnée et j'ai trouvé très compliqué de devoir trouver une association qui venait une fois tous les je ne sais pas combien à ... (petite

⁷³ Le mouvement #MeToo est un mouvement social encourageant la prise de parole des femmes, afin de faire savoir que le viol et les agressions sexuelles sont plus courants que ce qui est souvent supposé, et afin de permettre aux victimes de s'exprimer sur le sujet. Il a débuté en 2007 et est particulièrement connu depuis octobre 2017 à la suite de l'affaire Weinstein. Bien que le mouvement #MeToo soit mondial, il existe des variantes locales du hashtag, selon les langues et la culture. Ce mouvement est parfois désigné par d'autres noms suivant les pays, généralement en traduisant l'expression dans la langue nationale, comme #MoiAussi au Québec, et parfois en créant une nouvelle expression comme #BalanceTonPorc en France.

ville) pour faire une permanence, puis de payer les allers-retours en train à Valence pour le tribunal, les allers-retours en train à Montélimar pour l'avocat, les allers-retours en train à Romans-sur-Isère pour l'expertise psychiatrique ».

3.9. Les IVG, le besoin d'accompagnement

Certains jeunes interviewées ayant réalisé une IVG soulignent combien l'accompagnement de leur mère a été précieux à la fois pour expliquer les démarches à réaliser, les accompagner et conduire aux différents rendez-vous. D'autres jeunes femmes, en revanche, n'ont pas pu en parler à leurs parents et ont été accompagnées et soutenues par des amies dans une démarche qu'elles ont vécue comme compliquée et longue, en particulier pour les jeunes résidant dans un territoire rural :

« L'accès à l'IVG, moi j'ai dû me faire avorter, quand j'étais au lycée, je devais avoir 18 ans. C'est tombé à un moment où l'hôpital d'Aubenas ne les pratiquaient plus. (...), j'avais dû aller à Alès... J'ai eu de la chance, je l'ai dit à ma mère qui a fait toutes les démarches pour moi, qui m'a amené, et m'a expliqué comment ça devait se passer ou pas se passer (...) C'est ma mère qui s'est occupée de toutes les démarches. (...) Quand on ne le dit pas aux parents c'est plus compliqué... si t'as personne pour t'amener à l'Hôpital en Ardèche, ça veut dire y aller en stop ou demander à des copains qui ont le permis. J'ai entendu plusieurs histoires de meufs qui n'ont pas pu se faire avorter, le « non » des parents, pas le Planning Familial, elles ne savaient même pas qu'elles pouvaient le faire en cachette ».

3.10. La vaccination HPV, le manque d'information en particulier chez les garçons

Les entretiens réalisés révèlent le manque d'information des jeunes sur la vaccination contre le papillomavirus (HPV) et sur les conséquences du HPV sur la santé des hommes et des femmes. Plusieurs jeunes hommes n'avaient même jamais entendu parler du papillomavirus et de la vaccination.

3.11. L'endométriose, une pathologie insuffisamment prise en charge

Au niveau national, l'endométriose est encore une maladie insuffisamment dépistée, ce qu'ont confirmé les entretiens réalisés pour cette étude.

En effet, plusieurs jeunes femmes ont témoigné de douleurs intenses pendant les menstruations qui ont été longtemps minimisées par les médecins, avant qu'elles ne soient, tardivement, diagnostiquées comme étant associées à une endométriose et prises en charge. À ce sujet, les femmes interviewées ont exprimé le sentiment que leur médecin n'avait pas suffisamment pris en compte ces douleurs puisque des antidouleurs leur était prescrits mais sans examen complémentaire et spécifique.

4. Problématiques spécifiquement identifiées par les adultes

4.1. L'orientation sexuelle et identité de genre, des difficultés et des manques dans les territoires ruraux

4.1.1. Une difficile acceptation sociale dans certains territoires ruraux

Les personnes non hétérosexuelles témoignent d'une difficile acceptation sociale dans certains territoires ruraux qualifiés de « *conservateurs* », où ils ne bénéficient pas, de plus, de l'anonymat des grandes villes. Par peur d'être stigmatisées, voire victimes de propos discriminants, ces personnes s'obligent à une grande discrétion et cachent tout ce qui a trait à leur vie sexuelle et affective.

Il semble ainsi que leur identité sexuelle accentue les difficultés des néo-ruraux à être socialement acceptés, à nouer des amitiés. Ces difficultés non anticipées avant l'installation sont source d'isolement social et de souffrance.

« Je ne connais pas tous les coins d'Ardèche, mais X c'est très fermé, très conservateur, homophobe, raciste (...) j'ai déchanté très vite. On ne se sent pas en sécurité, on n'en parle pas. Je ne pensais pas que ce serait un fardeau à ce point, et je ne pensais pas que ce serait central dans notre vie (...) ça a un vrai retentissement psychique et mental (...) donc je vais repartir, alors que je suis arrivé en mode « classique », sans drapeau arc-en-ciel »

4.1.2. La faiblesse des ressources de santé et de soutien pour les personnes LGBT+ en rural

Les associations et réseaux LGBT +⁷⁴, les Planning familiaux diffusent des listes de professionnels de santé LGBT+ « friendly », c'est-à-dire de professionnels de santé bienveillants et sensibilisés aux problèmes spécifiques que rencontrent les personnes ayant une orientation non hétérosexuelle. Toutefois, ces professionnels de santé sont principalement présents dans les grandes villes et les personnes résidant dans des territoires ruraux n'ont pas cette possibilité et sont confrontés à des professionnels de santé non formés, parfois discriminants ou stigmatisants face à la diversité des orientations sexuelles.

Le risque de mauvais accueil voire de violences gynécologiques (propos moralisateurs, discriminants voire examens gynécologiques réalisés sans ménagement) par des professionnels de santé est aussi une réalité dont ont témoigné plusieurs habitants interviewés.

« Il y a une différence énorme avec les grandes villes où les professionnels de santé sont plus à jour et l'on a moins d'appréhension même si on a toujours un peu peur

⁷⁴ LGBT, ou LGBTQIA+, sont des sigles utilisés pour qualifier les personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, trans, queers, intersexes et asexuelles, c'est-à-dire pour désigner des personnes non hétérosexuelles, non cisgenres ou non dyadiques. Le sigle « LGBT » est ainsi complété avec d'autres lettres ou avec un « + » pour inclure d'autres variantes d'identité de genre, de caractéristiques sexuelles, ou d'orientation sexuelle, comme l'asexualité, la pansexualité ou la bispirtualité.

lorsque l'on est transgenre⁷⁵. Ici (dans un territoire semi-rural) il n'y a pas de réseau et lorsque l'on cherche sur des listes de « bons professionnels » c'est toujours Lyon et Nîmes pour voir quelqu'un de pas dangereux (...) et Valence aussi mais c'est éloigné. (...). Les difficultés sont très importantes en rural et pour les personnes transgenres c'est amplifié (...) les professionnels de santé locaux manquent d'information et sont dans le jugement ». (...). Ici il y a une pression par rapport à ma situation, je me mets en danger si j'en parle, même pour les rendez-vous santé (...). J'ai subi des violences verbales et physiques par une gynécologue de (...) qui exerce à l'hôpital et qui est connu pour violences gynécologiques (...). Quand j'ai parlé de traitement hormonal il me disait « je ne veux pas savoir » (...). J'y suis allé pour une infection, il a inséré le speculum avec violence ce qui a été douloureux (...) il n'a pas voulu me faire de frottis (...) c'était un traitement aberrant, c'était du viol (...) un examen très violent et douloureux ».

L'accès à des médecins prescripteurs de traitements hormonaux pour changer de sexe est encore plus difficile pour les personnes transsexuelles résidant dans des territoires ruraux.

« Le traitement pour les trans en Ardèche il n'y a rien. Aucun médecin n'a de formation. Tous mes potes concernés c'est en ville qu'ils ont pu accomplir leur transition ».

Enfin, en rural, les personnes LGBT+ pâtissent de l'absence de ressources de soutien, de lien social et pour trouver des partenaires qui sont concentrées à Valence, même si les réseaux sociaux permettent, en partie, de pallier à ce problème.

4.2. La rencontre de partenaires plus difficile pour les femmes après 40 ans

Les trajectoires sexuelles et affectives sont de nos jours discontinues et diversifiées à tous les âges de la vie. Les adultes de 40 ans et plus sont aussi très présents sur le « marché de la rencontre », parfois suite à des périodes de vie conjugale.

Passé 40 ans, les femmes interviewées convergent toutefois pour indiquer que faire des rencontres est plus difficile pour les femmes que pour les hommes, ces derniers se tournant davantage vers des femmes plus jeunes. Ces difficultés sont encore accrues pour celles qui résident dans un territoire rural où le « marché de la rencontre » est plus restreint. De plus, les femmes qui élèvent seules leurs enfants soulignent leur manque de disponibilité pour rencontrer des partenaires. En effet, la charge de la gestion et de l'éducation des enfants, en cas de séparation, repose avant tout sur la mère et elles pointent le risque d'épuisement psychique et psychologique lié à cette charge.

75 Une personne transgenre, ou trans, est une personne dont l'expression de genre et/ou l'identité de genre s'écarte des attentes traditionnelles reposant sur le sexe assigné à la naissance.

4.3. Les rapports sexuels : stéréotypes de performance et manque d'information

Les adultes soulignent que les stéréotypes de performance comme la capacité d'érection des hommes, l'orgasme féminin, la fréquence des rapports sexuels, relayés par certains médias, induisent une pression et sont générateurs d'inquiétudes voire d'anxiété, car leurs attentes ou pratiques ne correspondent pas forcément à ce qui est véhiculé.

Par ailleurs, le manque d'information sur les difficultés de sexualité, comme les douleurs lors du rapport sexuel (par exemple la présence d'adhérences – tissu cicatriciel- suite à un accouchement, une chirurgie), les difficultés de sexualité après l'accouchement, après la ménopause, ou encore l'absence de désir est relevé par les femmes interviewées.

Sujets invisibles, il semble que ces difficultés soient peu abordées par les professionnels de santé et que les femmes peinent à trouver des informations.

Notons que les hommes interviewés n'ont pas abordé ces difficultés (troubles érectiles, andropause ...), car peut-être moins enclins à s'exprimer sur des sujets intimes.

4.4. La ménopause un sujet de préoccupation, entre méconnaissance et tabou

La ménopause est un sujet de préoccupation pour les femmes, un sujet qui reste tabou, invisibilisé et pour lequel elles manquent d'information.

Cette étape peut être difficile à franchir pour certaines femmes, tant d'un point de vue physique que psychique.

Sur le plan physique, les entretiens montrent que les problèmes de santé liés à la préménopause et à la ménopause apparaissent sous traités et peu pris en charge. Les troubles liés à la préménopause auxquels sont confrontées certaines femmes (troubles climatériques¹, prise de poids, sécheresse vaginale, troubles de l'humeur et du sommeil ...) affectent leur qualité de vie dans la sphère personnelle et professionnelle. Face à ces difficultés de santé, ces femmes ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge suffisante et le parcours est parfois complexe pour trouver un traitement efficace et adapté. Selon ces femmes, les informations sont difficiles à trouver et nombre d'entre elles ont procédé par tâtonnements, avec des essais de différentes solutions, prescrites par le médecin ou conseillées par d'autres femmes.

De plus, les femmes interviewées signalent que nombre de femmes ménopausées manquent d'information sur la nécessité du suivi gynécologique après la ménopause et ne sont pas suivies sur ce plan (et pas dépistées pour les cancers du col de l'utérus et du cancer du sein).

Sur le plan psychique, cette étape est également difficile à franchir pour certaines en raison du tabou et de l'étiquetage social de la ménopause vécue comme la fin de la vie affective et sexuelle. Certaines femmes ont ainsi exprimé des attentes pour des échanges entre femmes sur le sujet.

4.5. Le dépistage des cancers : mammographies, des freins identifiés

Plusieurs freins à la participation au dépistage des cancers du sein sont identifiés dans les entretiens réalisés auprès des femmes :

- Des difficultés d'accès aux mammographies : la distance (géographique) pour réaliser une mammographie est un obstacle de taille pour les femmes résidant dans un territoire rural, et ce, d'autant plus si elles sont précaires et ne sont pas véhiculées. La difficulté pour planifier un rendez-vous pour une mammographie à plusieurs mois de distance est également une difficulté pour les femmes qui occupent des emplois saisonniers précaires et qui peuvent difficilement anticiper leur planning de travail et s'absenter pour des rendez-vous médicaux ;
- La crainte des cancers radio-induits : certaines femmes, en particulier parmi les habitantes en recherche d'un mode de vie « naturel », sont réfractaires à la radiographie par crainte des risques de cancer radio-induits. Certaines de ces femmes sont en demande de formation à l'autopalpation mammaire, ce qui constitue un point d'attention car les études scientifiques montrent que ce n'est pas une méthode de dépistage suffisante pour détecter des cancers de petite taille, moins évolués (avant qu'ils ne soient palpables) ;
- La peur de l'annonce de résultats positifs au dépistage, la peur du cancer : le cancer est encore très largement associé à la mort et certaines habitantes redoutant l'annonce d'un cancer, retardent voire renoncent à se faire dépister. Les interviewées estiment, sur ce point, que les informations sur les traitements possibles, la guérison sont encore insuffisamment connues.

« Dans le Sud de l'Ardèche, les gens sont réfractaires, ce n'est pas une question d'accès, c'est une question de philosophie, ils considèrent que faire trop de radios c'est dangereux, ils préfèrent s'en passer »

4.6. La vaccination HPV, des parents interrogatifs

Une part des parents interviewés, sans être opposés à la vaccination, sont interrogatifs et disent qu'il est difficile de se positionner, de se faire une idée sur la vaccination HPV.

Il apparaît dans les entretiens que les risques pour la santé liés à une infection par papillomavirus, les bénéfices de la vaccination sont insuffisamment connus. De plus, pour ajouter à leur confusion, les discours des médecins généralistes sur cette vaccination ne sont pas toujours concordants, par exemple dans le sud de l'Ardèche où des médecins généralistes sceptiques sont signalés.

De plus, si les recommandations concernant la vaccination des jeunes filles semblent connues, mais pas par tous les parents, le niveau d'information sur l'intérêt et la possibilité de vaccination des garçons contre le HPV est faible et les conséquences d'une infection par HPV sur la santé des hommes est très peu connue (verrues génitales, cancers du pénis, de l'anus...).

4.7. L'exposition des mineurs à la pornographie sur internet, des parents inquiets

L'exposition de mineurs à des images pornographiques, parfois violentes, sur internet est un sujet d'inquiétude pour une partie des adultes interviewés. Ils s'inquiètent des représentations erronées, sexistes et parfois violentes de la sexualité véhiculée par la pornographie et de son possible impact sur la sexualité des adolescents et des jeunes. En effet, la pornographie donne majoritairement à voir une sexualité stéréotypée et basée sur le culte de la performance, la soumission des femmes. Ils craignent que les adolescents et jeunes ne puissent prendre du recul par rapport à ces images et ne sachent faire la distinction entre la fiction et la sexualité dans la réalité.

Certains estiment enfin qu'elle est un facteur d'angoisse pour les adolescents : peur de ne pas être à la hauteur, pression sur les jeunes filles pour accepter certaines pratiques qui sont normalisées par la pornographie mais qui ne correspondent pas forcément à leurs attentes et désir.

4.8. Les violences faites aux femmes, des besoins encore très importants

Les personnes interviewées ont le sentiment que les violences faites aux femmes ont augmenté autour d'eux durant le premier confinement (un ressenti confirmé par les chiffres nationaux concernant l'augmentation des violences faites aux femmes⁷⁶)

Les enquêtés soulignent par ailleurs que la question des violences faites aux femmes est un sujet, certes plus visible car médiatisé, mais qui reste tabou et difficile à dénoncer en particulier dans les petites communes où le contrôle social est plus important qu'en ville : « tout le monde se connaît » selon l'expression employée par de nombreux interviewés.

Les personnes interviewées, contactées grâce à des professionnels de terrain, connaissent bien les ressources existantes sur cette problématique : le Planning familial, le CIDFF (permanences juridiques et de psychologues), les associations d'aide aux victimes et les travailleurs sociaux, par exemple des CCAS. Néanmoins, ces interviewées soulignent que l'ensemble des habitants de leurs territoires de résidence sont loin d'avoir les mêmes connaissances.

Les permanences des intervenantes sociales (du CIDFF) dans certains commissariats et gendarmeries semblent également bien repérées comme un lieu ressource pour les femmes victimes de violence. Toutefois la localisation de ces permanences peut se révéler problématique : le commissariat est identifié comme un lieu pour déposer une plainte et certaines femmes ne sont pas encore prêtes à effectuer la démarche. Par ailleurs, les gendarmes habitant le territoire, la crainte du contrôle social peut « empêcher » certaines

⁷⁶ Selon un sondage réalisé par l'IFOP pour la Fédération nationale Solidarité Femmes (FNSF) dévoilé mardi 16 mars 2021, les violences conjugales ont été déclenchées pour la première fois pendant le confinement pour un tiers des victimes. Cette enquête montre en effet que 9% des femmes en couple indiquent avoir été victimes de violences conjugales pendant le premier confinement. Et parmi celles-ci, 30% ont vu ces violences commencer lors de cette période, du 16 mars au 11 mai 2020.

femmes de pousser la porte de la gendarmerie. Les femmes interviewées soulignent que la charge de la gestion et de l'éducation des enfants, en cas de séparation, repose avant tout sur la mère, même dans les couples qui avaient à cœur de partager les charges de l'éducation des enfants avant la séparation. Elles pointent ainsi le risque d'épuisement psychique et psychologique lié à cette charge.

Les habitants interviewés pointent par ailleurs, le besoin d'espaces intermédiaires, en amont du dépôt de plainte pour permettre aux femmes de prendre conscience et verbaliser les violences vécues, s'informer sur la procédure de plainte. Enfin, le besoin de lieux pour leur permettre de se mettre à l'abri et de prendre du répit (se reposer, prendre du recul), également en amont du dépôt de plainte est également souligné.

ⁱ Symptômes qui accompagnent les modifications hormonales associées à l'arrêt de la fonction ovarienne (dont l'intensité varie selon les femmes) : bouffées de chaleur ou bouffées vasomotrices, sueurs nocturnes isolées sans bouffées de chaleur, sécheresse vulvovaginale, des troubles urinaires, douleurs articulaires, ,maux de tête, fatigue, insomnies, irritabilité, anxiété.