

Prévention des **grossesses non désirées**

dans trois départements :
Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme

■ *Rapport final* ■



Sommaire

► 1 - Introduction	3	► 4 - Somme	117
► 2 - Rhône	11	1 - Le projet initial et le Copil	119
1 - Le projet initial et le Copil	13	2 - L'action menée : le SAFED	123
2 - Les actions menées	17	3 - L'état des lieux final en termes d'indicateurs	127
1 - Plaquette d'information	17	La population	128
2 - Photolangage®	22	L'offre de soins	130
3 - Formation	27	La situation socio-économique	133
4 - Autres actions	31	La mortalité	135
5 - Conclusion	33	La fécondité	136
3 - L'état des lieux final en termes d'indicateurs	35	Les IVG	140
La population	36	4 - L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires	143
L'offre de soins	37	Ddass	143
La situation socio-économique	40	PMI	145
La mortalité	42	CPEF	146
La fécondité	43	Education nationale	149
Les IVG	46	Délégation droits des femmes	151
4 - L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires	49	Direction jeunesse et sports	154
CPEF	49	CPAM	155
Etablissements d'information	52	5 - Conclusion	157
Etablissements pratiquant desIVG	54	► 5 - Recommandations	163
Education nationale	55	1 - Identifier les priorités et les stratégies	163
Délégation droits des femmes	56	2- Organiser un programme d'actions	166
Autres acteurs	57	3 - Quelques actions de prévention	168
5 - Conclusion	58	SAFED	168
► 3 - Seine-Saint-Denis	67	Matériel d'information	170
1 - Le projet initial et le Copil	69	Photolangage®	172
2 - Les actions menées	73	Théâtre forum	173
1 - Accès à la contraception	73	Formation de professionnels	175
2 - Formations	75	► 6 - Annexes	177
3 - Information	82	Annexes générales	178
4 - Enquêtes	84	Analyse du problème	178
5 - Théâtre forum	87	Enquête sur les pratiques contraceptives	183
3 - L'état des lieux final en termes d'indicateurs	89	Rappel des missions des partenaires	185
La population	90	Annexes Rhône	1909
L'offre de soins	91	Annexes Seine-Saint-Denis	201
La situation socio-économique	94	Annexes Somme	206
La mortalité	96	► 7 - Bibliographie	209
La fécondité	97		
Les IVG	100		
4 - L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires	103		
CPEF	103		
Centres d'orthogénie	104		
Etablissements d'information	105		
Education nationale	106		
Délégation droits des femmes	107		
Autres acteurs	107		
5 - Conclusion	109		

*Les observatoires régionaux de la santé
et la Fédération nationale des ORS
remercient toutes les personnes qu'ils ont contactées ou
qu'ils ont rencontrées dans le cadre de cette étude.*

*C'est grâce à leur disponibilité et aux informations
qu'elles ont mises à disposition des ORS
que ce document a pu être réalisé.*

Ce rapport a été financé par la Direction générale de la Santé
du ministère de la Santé et de la Protection sociale.

Il a été réalisé par :

- Catherine Embersin (ORS Ile-de-France)
- Dr Denis Fontaine et Delphine Gruaz (ORS Rhône-Alpes)
- Anne Ducamp (ORS Picardie)
- avec la collaboration de Danièle Fontaine (Fnors)

Introduction

En 1999, de nombreuses grossesses non désirées, notamment chez les mineures

Malgré l'utilisation croissante des contraceptifs par les couples, le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) est resté stable dans les années 90 en France (autour de 220 000 par an (*cf* encadré 1), soulignant l'importance des grossesses non désirées et les échecs de la contraception, en particulier chez les jeunes et dans les milieux moins favorisés. Deux rapports, l'un publié en 1998 par le Pr Michèle Uzan, et l'autre en 1999 par le Pr Israël Nisand, ont confirmé cette situation, et ont mis en lumière les problèmes de grossesse chez les adolescentes et les difficultés d'accès à l'IVG.

Chez les mineures, il y a environ 20 000 conceptions par an, dont 13 500 sont déclarées, et environ deux sur trois se terminent par une IVG (*cf* encadré 2).

Encadré 1

Environ 212 000 IVG en France en 2001

Le nombre d'IVG effectuées chaque année en France n'est pas connu avec exactitude, car il y a plus d'IVG que celles déclarées au moyen des bulletins statistiques : tous les centres d'orthogénie ne rendent pas leurs statistiques chaque mois, certaines IVG ne sont pas facturées sous ce libellé, d'autres encore sont faites en dehors des centres d'orthogénie publics et privés agréés. Par exemple, le chiffre de 220 000 IVG indiqué dans le rapport Nisand est le chiffre estimé par l'INED (Institut national d'études démographiques) pour 1994, alors que le nombre d'IVG déclarées par bulletin était de 163 000.

Pour l'INED, le nombre d'IVG serait stable de 1994 à 1997. Selon la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité) qui redresse le nombre d'IVG déclarées au moyen de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), ce nombre était de 198 000 pour la même année 1994. Pour la DREES, la tendance serait légèrement à la hausse, le nombre des IVG étant passé de 198 000 en 1994 à 214 000 en 1998 (dernière estimation possible).

Depuis 1998, les bulletins de déclaration d'IVG ne sont plus exploités et la Drees utilise les données issues du PMSI et de la SAE. Ainsi, en 2001, la DREES évalue le nombre d'IVG à 212 000 en France.

Encadré 2

Environ 20 000 conceptions par an chez les mineures

Chez les mineures, il y a environ 13 500 conceptions déclarées par an (naissances vivantes + IVG déclarées par les établissements de santé aux DDASS), et ce nombre est stable ces dernières années (13 700 en 1990, 13 200 en 1997).

Ces conceptions se terminent deux fois sur trois par une IVG, et cela de plus en plus souvent : 8 300 IVG déclarées chez des mineures en 1990, soit 61% des conceptions, mais 9 000 en 1997, soit 68%. Le nombre de naissances issues de mères mineures diminue donc, passant de 5 400 en 1990 à 4 200 en 1997.

Ces chiffres correspondent à l'âge de la mère

au moment de l'acte (accouchement ou IVG). Si on s'intéresse aux jeunes filles mineures au moment de la conception, leur nombre augmente. Pour l'INED, cela conduit à prendre en compte en 1997 quelques 2 200 naissances et 1 500 IVG déclarées supplémentaires. Comme il y a également sous-déclaration d'IVG pour cette tranche d'âge, l'INED redresse à 13 700 le nombre d'IVG réellement pratiquées chez des jeunes filles mineures au moment de la conception.

Ainsi, il y aurait eu en 1997 environ 20 000 conceptions chez des jeunes filles mineures en France, dont 13 700 auraient abouti à une IVG (68%) et 6 300 à une naissance. Ces estimations ne prennent en compte ni les fausses-couches spontanées (qui sont fréquentes), ni les grossesses se terminant par un enfant mort-né (qui sont rares).

L'étude-action proposée par la DGS

Ces constats ont incité la Direction Générale de la Santé (DGS) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité à initier, en mars 1999, une étude-action sur la réduction des grossesses non désirées, en particulier chez les adolescentes et les jeunes adultes (moins de 25 ans).

L'objectif était d'organiser dans trois départements les plus concernés par ces problèmes (notamment chez les adolescentes) un renforcement de l'information sur la contraception, du soutien aux relais d'information et d'accompagnement (parents, centres de planification et d'éducation familiale, lycées et universités,...), de l'accessibilité des moyens contraceptifs... L'objectif était aussi de repérer les actions les plus efficaces en termes de prévention des grossesses non désirées et leurs conditions de réalisation afin de pouvoir les reproduire dans d'autres départements.

La DGS a sollicité par un appel d'offres en mars 1999 les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) pour qu'elles proposent un programme global d'actions visant à renforcer l'information en matière de contraception, à apporter un soutien aux relais d'informations, à améliorer l'accès aux moyens contraceptifs...

Le programme devait respecter certains critères :

- impliquer la collaboration de différents acteurs : services de l'Etat, du département, des municipalités, professionnels de santé, associations, assurances maladie...
- reposer sur une dynamique de réseau,
- s'appuyer sur des financements locaux complémentaires (compte-tenu des crédits limités apportés par la DGS).

Parmi les quinze départements ayant répondu à l'appel d'offres, trois ont été retenus par la DGS pour bénéficier d'un soutien financier aux actions proposées. Il s'agit des départements du Rhône, de la Seine-Saint-Denis et de la Somme. Chacun d'eux a bénéficié d'une subvention annuelle de 150 000 Francs (22 867 euros) pendant 3 ans.

Les actions réalisées dans chaque département sont présentées dans ce rapport.

L'état des lieux initial réalisé par les ORS et la FNORS

En septembre 1999, la DGS a lancé un appel d'offres pour qu'un état des lieux soit réalisé dans les trois départements avant tout lancement d'actions. L'objectif était de préparer les éléments nécessaires à une évaluation des programmes d'actions qui seraient menés par ces trois départements.

La FNORS a été sollicitée pour répondre à cet appel d'offres et sa proposition a été retenue en octobre 1999. Celle-ci reposait sur la mise en commun par les ORS concernés (Ile-de-France, Picardie et Rhône-Alpes) de leur savoir-faire en matière de diagnostic de situation, d'évaluation d'actions et d'harmonisation de protocoles. En outre, les ORS offraient la possibilité de contacts faciles avec les acteurs locaux, qui pour la plupart sont leurs partenaires habituels. La FNORS apportait son soutien méthodologique et la coordination technique et administrative.

La démarche pour établir un état des lieux initial dans les trois départements en 2000 a reposé sur quatre axes :

- La recherche d'indicateurs de santé mettant en évidence aussi bien le contexte général du département (indicateurs socio-démographiques, de mortalité, d'offre de soins) que les aspects plus directement liés à la grossesse et à l'IVG ;
- Le repérage des acteurs locaux impliqués dans le domaine de la contraception et de l'IVG, et l'analyse de leurs méthodes d'intervention dans ce domaine ;
- La participation aux réunions du comité de pilotage départemental mis en place pour définir et suivre le programme d'actions ;
- Le choix de trois départements "témoins" où l'état des lieux préalable a été établi de la même façon que dans les départements "pilotes". Les départements témoins étaient le département de la même région dont les caractéristiques sur les naissances et les IVG étaient les plus proches du département pilote. Les trois départements retenus étaient l'Isère pour le Rhône, l'Aisne pour la Somme et le Val d'Oise pour la Seine-Saint-Denis.

Parallèlement, une recherche bibliographique a permis de proposer une analyse générale du problème des grossesses non désirées chez les adolescentes et les jeunes femmes et de leur prévention. Cette analyse, ainsi que la bibliographie (actualisée en 2003) sont en annexe de ce rapport.

L'état des lieux initial s'est déroulé durant l'année 2000, parallèlement à la mise en place de l'étude-action dans les trois départements. Cet état des lieux a fait l'objet d'un rapport publié en 2001 (*cf* Bibliographie).

Le suivi-évaluation et l'état des lieux final réalisés par les ORS et la FNORS

En 2001, la DGS a lancé un nouvel appel d'offre pour le suivi-évaluation de l'étude-action dans les trois départements et pour la réalisation d'un état des lieux final sur le même modèle que celui réalisé en 2000. La proposition de la FNORS ayant été retenue, les trois ORS concernés ont participé aux réunions des comités de pilotage, suivant ainsi le déroulement de l'étude-action, ont collecté les données disponibles pour l'évaluation des actions et le cas échéant ont fourni un soutien méthodologique.

Selon la demande de la DGS, un bilan des actions a été réalisé fin 2001 puis fin 2002 . La FNORS a également contribué à l'organisation, par la DGS, en décembre 2002, d'une journée d'échange entre les acteurs de l'étude-action des trois départements impliqués.

L'année 2003 a été consacrée à l'évaluation finale du programme, sur la base du bilan des actions et de la réalisation de l'état des lieux final.

De nombreux changements du contexte entre 2000 et 2003

Plusieurs événements importants sont intervenus au niveau national pendant la mise en œuvre de l'étude-action.

• La campagne nationale contraception 2000

En janvier 2000, à la veille du 25^e anniversaire de la loi Veil sur l'IVG, le gouvernement a lancé une campagne nationale d'information sur la contraception intitulée "La contraception, à vous de choisir la vôtre". Son objectif était de lever les freins, les peurs, les idées reçues sur la contraception, d'informer sur les différents modes de contraception disponibles et de faciliter l'accès à l'information et à la contraception. Un guide de poche de la contraception a été largement diffusé, un numéro de téléphone a été créé ("info contraception"), des spots TV et radio, des annonces dans la presse et des affiches chez les professionnels de santé ont complété ce dispositif.

Lors du lancement de la campagne, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a demandé à tous les partenaires concernés de se mobiliser pour relayer cette campagne sur le terrain et la faire vivre dans les régions. De nombreuses initiatives locales ont donc fait partie de cette campagne nationale.

• La contraception d'urgence

La vente libre en pharmacie de la "pilule du lendemain" (Norlévo®) est effective depuis le milieu de l'année 1999. La circulaire ministérielle du 6 janvier 2000 l'a rendue accessible aux adolescentes en situation d'urgence dans les infirmeries des établissements scolaires du second degré, mais cette mesure a été annulée par le Conseil d'Etat le 30 juin 2000. La loi a été modifiée, et depuis le décret du 27 mars 2001, la contraception d'urgence peut de nouveau être délivrée dans les lycées et collèges, même aux mineures sans autorisation parentale. Un bilan de ces dispositions en milieu scolaire a été fait en 2002 (cf Encadré 3). Une nouvelle étape a été franchie en janvier 2002 (décret du 9 janvier) avec, pour les mineures, la délivrance gratuite, anonyme et sans prescription en pharmacie de cette contraception d'urgence.

Encadré 3

La contraception d'urgence dans les lycées et collèges

Un bilan de la possibilité d'administrer une contraception d'urgence dans les établissements scolaires a été réalisé dans 30 académies durant l'année scolaire 2001-2002.

Durant cette période, 15 171 demandes de Norlévo® ont été formulées auprès des infirmières scolaires, dont trois quarts émanaient de jeunes filles mineures, et 64% de ces demandes ont été satisfaites. Au total, 38% des jeunes filles ont reçu le Norlevo® par l'infirmière de l'Education nationale. Six élèves sur dix ayant demandé une contraception d'urgence à l'infirmier ont été dirigés vers un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), soit pour dispensation de la contraception d'urgence, soit pour un autre motif identifié lors de l'entretien avec l'infirmière. Concernant le suivi des élèves après contraception d'urgence, les chiffres témoignent d'une prise en charge effectuée conjointement par l'infirmière de l'Education nationale (91%) et le CPEF (90%).

Les difficultés évoquées par les académies tiennent davantage à des problèmes pratiques ou des doutes juridiques qu'à des motifs d'ordre

éthique : absence d'infirmière dans l'établissement, éloignement des CPEF, incompatibilité des jours et horaires d'ouverture des CPEF avec les disponibilités des élèves, modalités de transport vers ces centres, difficulté d'obtenir un rendez-vous dans l'urgence, absence de pharmacie à proximité, nécessité de disposer d'une autorisation de sortie des élèves et de moyens permettant de les accompagner vers un centre, difficulté de préserver la confidentialité puisqu'il est alors nécessaire d'avertir le chef d'établissement...

Globalement, les nouveaux textes législatifs relatifs à la contraception en milieu scolaire ont permis aux infirmières d'être identifiées comme référentes dans les établissements scolaires et d'être confortées dans leur pratique professionnelle. En outre, l'administration de la contraception par l'infirmière est souvent un temps privilégié pour une action individuelle de prévention, avec un dialogue et un suivi, permettant aux élèves d'évoquer leurs difficultés personnelles. Par ailleurs, le travail en réseau s'est trouvé renforcé par ces nouvelles dispositions législatives, et la dynamique de partenariat a favorisé l'instauration de relations de confiance entre les infirmières et les CPEF, ce qui facilite la mise en place du suivi et de l'accompagnement des adolescentes, parfois difficile à gérer.

• La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Cette loi actualise la loi Neuwirth de 1967 relative à la contraception et la loi Veil de 1975 relative à l'IVG. Les nouvelles dispositions portent notamment sur la suppression de l'autorisation parentale pour l'accès des mineures à la contraception, l'aménagement de la mise à disposition de la contraception d'urgence (*cf* ci-dessus), l'allongement du délai légal de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines de gestation, l'aménagement de l'autorisation parentale pour les mineures demandant une IVG.

En décembre 2002, un premier bilan a été réalisé par le groupe national d'appui créé par le ministère de la Santé pour suivre cette réforme. Il révèle que l'accès à l'IVG reste difficile et précaire, les délais d'accès étant beaucoup trop longs et la continuité des soins durant les vacances pas toujours assurée ; et l'information des femmes reste insuffisante, aussi bien sur la contraception que sur l'IVG. Il conseille également une prise en charge attentive des mineures, une mise en place rapide des conditions du développement de l'IVG médicamenteuse en ville, une incitation des cliniques privées à prendre une part plus importante dans la prise en charge de l'IVG, et enfin une anticipation des effets d'une démographie médicale en baisse, avec notamment le rôle et la place des sages-femmes par rapport à l'IVG médicamenteuse. Par ailleurs, le groupe préconise d'améliorer le recueil statistique concernant les IVG, afin d'en avoir une mesure précoce et régulière.

• **La campagne nationale contraception 2002**

En janvier 2002, une nouvelle campagne nationale en faveur de la contraception, intitulée "La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place", a été lancée par le ministère de la Santé dans le but de sensibiliser les femmes et les couples sur les moments où ce n'est pas le moment d'oublier la contraception.

Cette campagne entendait poursuivre l'effort impulsé dans le cadre de celle de 2000, à savoir informer sur les différents modes de contraception disponibles et favoriser un accès égal pour toutes à la contraception, mais aussi favoriser une utilisation effective de la contraception par les femmes et leur partenaire, mobiliser tous les acteurs concernés afin qu'ils prennent en compte les différents enjeux psychologiques et sociaux liés à la contraception, et développer les actions menées au sein des régions et les partenariats initiés en 2000-2001.

La campagne a été relayée par des panneaux d'affichage, des spots radio, mais aussi par la diffusion d'un "mémo contraception" pour le grand public et d'un kit de communication pour permettre aux comités de pilotage en région de la répercuter sur le terrain.

• **Des initiatives privées**

Afin de sensibiliser davantage les femmes à la contraception, certains laboratoires pharmaceutiques ont réalisé des documents destinés aux femmes et diffusés par les gynécologues ou dans les centres de planification et d'éducation familiale.

La contraception est davantage utilisée, mais pas toujours de façon adéquate

L'étude-action lancée par la DGS visant une prévention des grossesses non désirées, les pratiques contraceptives sont les variables les plus intéressantes à suivre. Or il a été constaté dans l'état des lieux initial qu'il n'existe aucun système d'information permettant de rendre compte de l'évolution de l'utilisation des moyens contraceptifs. Seules des études peuvent permettre d'appréhender les tendances évolutives.

Les études réalisées depuis 2000 (cf annexe) montrent la médicalisation croissante de la contraception en France, en particulier de la pilule, à tous les âges de la vie (60 % des femmes l'utilisent en 2000 contre 40 % en 1978) au détriment des autres méthodes. Elles révèlent également que la majorité des grossesses non prévues (65 %) surviennent chez des femmes qui prennent une contraception. Ainsi, il n'existe pas de femmes à risque mais plutôt des situations à risque, où la femme se retrouve en état de vulnérabilité par rapport à la gestion de la méthode contraceptive. De plus, il apparaît que l'oubli de pilule concerne presque toutes les femmes utilisatrices de pilule contraceptive (92 % ont oublié de prendre leur pilule entre 1 et 5 fois dans les six derniers mois).

Certaines grossesses paraissent dues à l'inadéquation de la méthode contraceptive utilisée à la vie sexuelle et aux conditions de vie des femmes (1).

Pour d'autres, il s'agit d'un véritable déficit d'information, notamment chez les très jeunes femmes et certaines femmes d'origine maghrébine. Pour des femmes plus ou moins ambivalentes face au désir de grossesse, l'échec de la contraception peut permettre de forcer l'éventuelle incertitude de la relation, qu'il s'agisse de l'avenir même du couple ou du souhait d'un enfant supplémentaire.

Enfin, certaines femmes ne parviennent pas à s'inscrire dans une démarche contraceptive : elles se trouvent dans une situation tellement difficile du point de vue social et personnel que la question de la contraception, qui présuppose une capacité sociale à maîtriser sa vie, ne se pose pas.

Par ailleurs, l'enquête AADOC (2) constate que les grossesses non désirées et interrompues chez les adolescentes sont plus fréquentes en zone urbaine et en milieu défavorisé, dans les familles recomposées, chez les filles élevées par une mère seule et dans les familles où l'on communique peu. L'absence de projet de vie, une mauvaise assiduité scolaire, une hygiène de vie médiocre (tabagisme, alimentation anarchique...) et des troubles psychologiques majorent le risque d'IVG.

(1) BAJOS (Nathalie) / coord., BACHELOT (Annie), DONATI (Pascale), DURAND (Sandrine), TURKI (Rim), VATIN (Florence), FERRAND (Michèle), CEBE (Dominique), PHILIPPE (Claudine), HASSOUN (Danielle) - Accès à la contraception et à l'IVG en France. Premiers résultats de l'enquête GINÉ. 3 octobre 2000 - Le Kremlin-Bicêtre : INSERM U 292, 2000 ; 14p.

BAJOS (Nathalie), FERRAND (Michèle), BOVE (C.), HASSOUN (D.), BACHELOT (A.), DONATI (P.), CEBE (D.), VATIN (F.), PHILIPPE (C.), DURAND (S.), TURKI (R.), NEUWIRTH (Lucien) / préf. - De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues - Paris : INSERM, 2002 ; 348p.

BAJOS (N.), MOREAU (C.), FERRAND (M.), BOUYER (J.) - Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative - Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2003, 51, 631-647

(2) MARIE (A.) - IVG de l'adolescente : l'oubli de pilule souvent en cause - Le Quotidien du Médecin, 20-11-2002

Le plan du rapport

Le présent rapport présente, pour chaque département «pilote» (Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme) :

- 1. Le projet initial et le comité de pilotage***
- 2. Les actions menées dans le cadre de l'étude-action et leur évaluation***
- 3. L'état des lieux final en termes d'indicateurs concernant le contexte général du département et les aspects plus directement liés à la grossesse et à l'IVG***
- 4. L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires locaux impliqués dans le domaine de la contraception et de l'IVG.***
- 5. Conclusion***

Les importants changements du contexte au niveau national survenus parallèlement au déroulement de l'étude-action ayant rendu la comparaison des départements "pilotes" avec les "témoins" non pertinente, seuls les indicateurs ont été comparés, à titre indicatif.

Le rapport se termine par une conclusion et des recommandations destinées à la Direction générale de la santé et aux départements qui souhaiteraient mettre en place un programme de prévention des grossesses non désirées.

L'objet de ce chapitre est de présenter le bilan des actions menées depuis 2000 dans le département et l'évolution de la situation dans le domaine de la prévention des grossesses non désirées.

L'état des lieux final est basé, d'une part, sur une analyse d'indicateurs de contexte général du département et d'indicateurs plus directement liés à la grossesse et à l'IVG, et, d'autre part, sur une analyse des méthodes d'intervention des acteurs locaux impliqués dans le domaine de la contraception et de l'IVG.

Ce chapitre comprend quatre parties :

- 1 - Le projet initial et le comité de pilotage
- 2 - Les actions menées dans le Rhône
- 3 - L'état des lieux final en termes d'indicateurs
- 4 - L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires

Le projet initial et le comité de pilotage

Le projet initial dans le Rhône

Le projet d'actions présenté par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Rhône à la Direction générale de la santé (DGS) en 1999 comportait sept axes :

1. Mieux comprendre et améliorer les pratiques contraceptives des jeunes. Faisant le constat de la carence d'outils d'information sur la contraception. Trois volets étaient prévus : 1/ faire une enquête sociologique sur les résistances à la contraception et les difficultés d'accès, 2/ élaborer des outils d'information pour les jeunes et diffuser une information sur les lieux d'écoute et d'information, 3/ créer des outils d'animation pour les séances d'éducation à la sexualité et à la contraception.
2. Accompagnement spécifique médico-socio-psychologique des grossesses adolescentes.
3. Mise en place d'un lieu de prise en charge spécifique des demandes d'IVG, notamment tardives, émanant de mineures et de femmes de moins de 20 ans. Ces deux actions conjointes passaient par le renforcement d'une structure existante.
4. Travail sur les représentations du corps chez les jeunes en désinsertion sociale. Cette action d'éducation à la santé concernait les jeunes fréquentant les Missions locales ou hébergés en CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale).
5. Cette même action devait être proposée à certains établissements scolaires de l'enseignement secondaire.
6. Facilitation de l'accès à la contraception d'urgence. Il s'agissait d'informer le grand public par les professionnels de santé et par affichage public, et d'assurer la délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures dans les services d'urgence et dans les services de gynéco-obstétrique (les CPEF le font déjà).
7. Soutien aux parents, et notamment les mères pour améliorer le dialogue mère-fille.

Le comité de pilotage dans le Rhône

Le comité de pilotage de l'étude-action a été constitué par la DDASS du Rhône, qui en est le "pilote". Il s'est réuni pour la première fois le 1^{er} février 2000.

Constitution du comité de pilotage

Conformément aux indications nationales de l'appel à projet, il réunissait plusieurs organismes :

- la DDASS du Rhône,
- le Conseil Général du Rhône,
- le Service de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Inspection Académique du Rhône (service médical et service infirmier),
- la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité,
- l'ADES du Rhône (Association départementale d'éducation pour la santé),
- et le MFPP (Mouvement français pour le Planning familial).

Le service de Médecine préventive universitaire et l'ORS Rhône-Alpes ont participé plus épisodiquement au comité de pilotage.

Par ailleurs, la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité avait constitué un comité de pilotage à l'occasion de la Campagne nationale contraception qui débutait à la même période (comité créé fin 1999, selon les directives du ministère). La plupart des personnes participant aux deux Comités de pilotage étaient les mêmes.

Ils ont fonctionné en parallèle durant toute l'année 2000, leurs réunions étant fréquemment jumelées (même lieu, horaires se suivant).

Fin 2000, le comité de pilotage de la Campagne nationale contraception s'est fondu dans celui de l'étude-action, ce qui a fait rentrer d'autres organismes :

- l'Enseignement agricole (Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt),
- la Protection Judiciaire de la Jeunesse,
- la coordination départementale des Missions Locales,
- et le Centre d'Information Féminin.

D'autres partenaires potentiels ne se sont pas investis dans l'étude-action. La Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie du Rhône n'a participé qu'à la première réunion du comité de pilotage. La mutualité, et notamment les mutuelles étudiantes, n'est pas venue. La Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports n'a participé qu'à une réunion en 2001.

Fonctionnement du comité de pilotage

Le comité de pilotage s'est réuni sept fois en 2000, cinq fois en 2001, trois fois en 2002 et une fois en 2003.

Il était animé par le Médecin inspecteur de santé publique responsable de la mise en œuvre de l'étude-action (Mme le Docteur M.J. Communal jusqu'en janvier 2001, puis, à partir de cette date et jusque fin 2002, Mme le Docteur C. Sellier).

Rôle du comité de pilotage

La première tâche du comité de pilotage a été de reprendre le document de projet pour le mettre en œuvre avec les organismes et les financements disponibles.

Le document de projet ayant été rédigé rapidement, il n'avait pas été élaboré collectivement et constituait plus un catalogue d'actions qu'un projet cohérent.

La priorité a été mise sur la première proposition, axée sur l'information et, par le biais d'un support d'animation auprès des jeunes, sur la prévention des grossesses non désirées.

Le volet 1 du 1^{er} axe du document de projet consistait en une étude sociologique sur les représentations de la contraception et les obstacles à la contraception chez les jeunes, avant de concevoir des outils de communication.

Or, parallèlement, l'ORS était chargé de rassembler les données existantes dans le cadre d'un "état des lieux" initial de cette étude-action. Il a donc été proposé de commencer par une analyse bibliographique du problème des grossesses non désirées.

Lors de la réunion du comité de pilotage de mars 2000, un bilan de la bibliographie a été présenté et une grille de lecture a été établie. Les membres du comité de pilotage se sont répartis les documents à lire. L'ORS a réuni les fiches bibliographiques et a rédigé une synthèse, qui été présentée lors de la réunion de mai 2000.

Cette analyse bibliographique, complétée par les connaissances des acteurs présents au comité de pilotage, a été jugée suffisante pour l'analyse du problème, et il n'a donc pas semblé opportun de réaliser une enquête complémentaire auprès des jeunes.

Parallèlement, la réflexion a commencé sur les volets 2 et 3 du 1^{er} axe, à savoir un document d'information (outil de communication) et un support d'animation auprès des jeunes. Cette réflexion, présentée au chapitre suivant (§ 2.1 et 2.2), a été conduite en comité de pilotage.

Elle a abouti à la mise en place de deux groupes de travail, qui ont eu pour rôle de mettre en œuvre les deux actions finalement décidées : la rédaction d'une plaquette (groupe de travail créé en septembre 2000) et la création d'un Photolangage® (groupe de travail créé en février 2001).

Toujours dans le but de mieux communiquer avec les jeunes, mais aussi d'améliorer le travail en partenariat, une formation conjointe entre personnels des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et de l'Education Nationale a été décidée en juin 2000, et un groupe de travail a également été mis en place (cf. chapitre suivant, § 2.3).

Ces trois actions ont été spécifiquement réalisées dans le cadre de l'étude-action. Pour celles-ci, le comité de pilotage a joué le rôle d'une instance de discussion, d'échange d'informations avec les groupes de travail, et de validation. Par exemple, le comité de pilotage a fait une dernière relecture de la plaquette destinée aux jeunes ; il a également insisté pour obtenir de la part des formateurs de l'Ecole des Parents et des Educateurs (EPE) et de l'Education Nationale des documents écrits qui tardaient à venir.

Le comité de pilotage a également participé à la mise en place d'autres actions en lien avec la Campagne nationale contraception de 2000 : organisation d'une rencontre-débat entre professionnels, promotion du numéro azur régional d'information sur la contraception et l'IVG.

Fin 2002, son rôle a évolué du fait de certaines actions terminées ou sur le point de s'achever et il a été renommé "comité de suivi".

Evaluation du fonctionnement du comité de pilotage

Au cours des trois années 2000 à 2002, le comité de pilotage s'est réuni régulièrement (15 réunions au total). L'assiduité a été importante, la majorité des organismes ayant été présents à toutes les réunions. Durant l'année 2000, il y a eu en moyenne 10 personnes présentes aux réunions. En 2001 et 2002, après la fusion des deux Comités de pilotage, la participation moyenne était de 13 personnes. L'implication du Conseil général était forte (trois personnes présentes à chaque réunion), ainsi que celle du Service de promotion de la santé en faveur des élèves (deux ou trois personnes présentes).

Chaque réunion a donné lieu à un compte rendu envoyé à tous les membres, à l'exception des réunions de mai et de septembre 2001 (réunion de septembre entièrement consacrée à la relecture de la plaquette d'information).

Après un temps initial de mise en confiance mutuelle et de réappropriation du projet, le comité de pilotage s'est caractérisé par quatre points forts :

- son caractère dynamique et convivial,
- la motivation des personnes,
- un bon équilibre entre professionnels de terrain et représentants d'institutions,
- la réorientation du projet initial vers trois priorités.

Les points faibles concernent :

- les cofinancements peu importants, qui contrastent avec la dynamique partenariale enclenchée,
- un essoufflement de la dynamique du Comité dès la fin de la réalisation des actions,
- une démarche d'évaluation plus portée par les groupes de travail que par le comité de pilotage lui-même. En effet, concernant l'évaluation des actions, le comité de pilotage n'a pas joué un rôle moteur important. Une demi-journée de formation à l'évaluation de programme a été animée par l'ORS en avril 2001 pour amorcer une démarche d'évaluation des actions en cours, mais elle n'a pas connu de suites formelles. Des évaluations étaient prévues par le comité de pilotage (diffusion de la plaquette par exemple), mais n'ont finalement pas abouti. Cependant, la démarche d'évaluation était présente, puisque les groupes de travail des trois actions ont tous suivi une démarche rigoureuse, incluant des validations par des acteurs internes et externes, pour la plaquette d'information et le Photolangage, et une évaluation par les participants à la formation.

Les actions menées dans le Rhône

Un inventaire des besoins, réalisé au sein du comité de pilotage sur le thème de la prévention des grossesses non désirées, a fait apparaître ce qui était perçu par les professionnels comme les besoins des jeunes, soit besoin d'information, mais aussi besoin de dialogue sur les questions de la sexualité. C'est à ces besoins que répondent les différentes actions mises en place dans l'étude-action.

En 2000 et 2001, trois actions ont été mises en place spécifiquement dans le cadre de l'étude-action :

- la plaquette d'information intitulée "Sexualité... parlons-en!"
- le Photolangage "Adolescence, amour et sexualité"
- la formation des professionnels de terrain en matière d'éducation à la sexualité auprès d'un public de jeunes scolarisés

L'étude-action a participé au financement de deux autres actions :

- la réunion-débat sur la contraception, destinée à des professionnels,
- la campagne de promotion du numéro Azur régional IVG Contraception.

1 - Plaquette d'information en direction des jeunes (15-25 ans) « Sexualité... parlons-en ! »

La réflexion concernant cette action a débuté en février 2000. L'outil de communication était un document destiné aux jeunes. Il était prévu d'y faire figurer les lieux ressources dans le Rhône en matière d'information sexuelle et de contraception, avec une information sur les missions des centres et sur les interlocuteurs disponibles, ainsi qu'une information sur l'IVG.

Elaboration de la plaquette

Cette plaquette est destinée aux jeunes de 15 à 25 ans, avec deux objectifs principaux :

- aborder leur questionnement autour de la sexualité et les informer sur la contraception, les MST, l'IVG...
- leur faire connaître les lieux d'écoute, de parole ou de consultation sur ce thème, à leur disposition dans le département du Rhône (en particulier les CPEF).

En septembre 2000, un groupe restreint composé de personnes issues du comité de pilotage (Délégation aux Droits des Femmes et à l'Égalité, Conseil général, Education nationale, Direction Régionale et l'Agriculture et de la Forêt, Mouvement Français pour le Planning Familial, DDASS, ADES du Rhône) a travaillé sur les messages qu'il souhaitait faire figurer sur ce document :

- Amour, Sexualité, Contraception : où chercher l'information? Présentation des CPEF
- Définition de la contraception et présentation des moyens contraceptifs
- Combattre quelques idées reçues sur la contraception
- Un petit texte sur les relations "amour, sexualité"

Il a été proposé de soumettre cette première proposition à des publics de jeunes lors des interventions dans les écoles afin de recueillir leurs critiques et observations. Mais l'ADES a émis l'idée de recueillir les attentes des jeunes sur la sexualité et la contraception, puis de réajuster le contenu de la plaquette préparée par le groupe restreint du comité de pilotage.

Un groupe de jeunes a été constitué à partir du réseau de relations des membres du groupe de travail.

Une première rencontre a eu lieu en octobre 2000 à l'ADES du Rhône. Huit jeunes de 16 à 22 ans et venant de différents milieux étaient présents : 1 jeune au travail, 1 personne à la recherche d'un emploi, 3 lycéens (lycée public) et 3 jeunes originaires du Kosovo, suivis par la Mission Locale de Vaulx-en-Velin et en France depuis environ deux ans.

Cette rencontre a permis de travailler sur les représentations des jeunes concernant la sexualité et la contraception. Il est apparu :

- qu'il y avait un manque d'informations sur les sujets sexualité-contraception
 - qu'il fallait débiter l'information dès le collège
 - que ces sujets étaient d'énormes tabous dans les familles.
 - que les jeunes désiraient des informations assez larges, pas uniquement centrées sur les moyens contraceptifs et les lieux où se les procurer. Ils ont manifesté le désir d'un discours plus global sur la sexualité, le désir, le plaisir, l'homosexualité, etc.
- Pour la brochure, les jeunes souhaitaient un volet "scénario", basé sur des témoignages, puis un volet informatif.

Le groupe de jeunes s'est ensuite réuni régulièrement, parallèlement au groupe de professionnels, tout au long de la réalisation de la brochure. Une dizaine de jeunes étaient présents à chaque rencontre. Celles-ci étaient animées par le directeur de l'ADES et deux médecins du Conseil général.

Les points suivants ont été abordés au cours de ces réunions :

- Identification des éléments qui entravent l'accès à la contraception et ceux qui facilitent l'accès à la contraception.
- Analyse critique de quatre ou cinq brochures déjà existantes sur la sexualité et la contraception. Des manques importants ont été perçus (homosexualité, les premières fois, la masturbation, les questions de violence et contrainte sexuelle...), et certains styles d'écriture ont paru trop infantiles ou au contraire trop techniques. La prise en compte de ces remarques par le groupe des professionnels a donné une autre direction au projet.
- Les thèmes à aborder dans la plaquette. Reprenant les questions que les jeunes voulaient

aborder, le plan de la plaquette est devenu le suivant :

1. En parler, dialoguer
2. Les premières fois
3. Désir et plaisir
4. Attirance entre personnes du même sexe
5. Anatomie, physiologie
6. Les moyens de contraception
7. Grossesses non désirées
8. Violences et contraintes sexuelles
9. MST, sida et réduction des risques
10. Des lieux et des professionnels pour en parler

De plus, il est apparu important que des témoignages de jeunes y soient rapportés : l'idée étant de ne pas avoir qu'une information technique sur la contraception, mais aussi de pouvoir s'identifier à des situations, à des personnes, à travers leurs discours, leurs réactions. Les témoignages permettent également de faire apparaître sans jugement la diversité des pratiques.

Une stagiaire de l'ADES a donc recueilli des témoignages de jeunes filles et garçons d'horizons divers, dans différents lieux fréquentés par les jeunes, concernant leurs questions et leurs réflexions sur ces sujets.

Parallèlement, le groupe des professionnels s'est chargé de la rédaction des textes sur chaque thème, suivant quelques consignes découlant des observations du groupe des jeunes (textes courts, simples, directs...).

La production par les professionnels d'un texte qui réponde à l'ensemble des sujets a rencontré des difficultés. En effet, particulièrement dans ce domaine, les représentations de chacun sont prégnantes. Le contenu des textes produits par le groupe de professionnels a été retravaillé à plusieurs reprises en fonction des réactions du groupe de jeunes. L'enjeu était de produire un texte qui soit "lisible" et acceptable aussi bien par les jeunes eux-mêmes que par les adultes par lesquels la brochure va nécessairement transiter (enseignants, personnel de santé, responsables d'établissements, parents, etc.).

Deux propositions de mise en forme ont été soumises au Comité de pilotage et au groupe de jeunes. L'une a été majoritairement préférée à l'autre.

En mai 2001, la maquette a été testée par un échantillon d'une vingtaine de jeunes de différents milieux. Ils ont rempli une grille d'évaluation concernant sa forme, ses textes, l'intérêt d'un tel document, son lieu de diffusion. Après les dernières corrections, la version finale a été soumise au Comité de pilotage.

La plaquette réalisée est une brochure de 32 pages en couleur, d'un format 15x15cm, intitulée "Sexualité... parlons-en!". Elle a été éditée en 100 000 exemplaires qui ont été livrés en décembre 2001 à l'ADES du Rhône, chargée de suivre quantitativement leur diffusion. Un co-financement du Conseil général et de l'Education nationale a été obtenu sous forme d'achat de plaquettes.

Un plan de diffusion a été établi pour couvrir les lieux de vie fréquentés par les jeunes (les établissements scolaires par l'Education nationale, la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt, le Conseil général du Rhône, les Missions locales, la Médecine universitaire, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), le Centre Régional Information Jeunesse et le Bureau d'Information de la Jeunesse,

Jeunesse et sport, les foyers de jeunes travailleurs, la DDASS, la Délégation aux Droits des Femmes et à l'Egalité, la Médecine pénitentiaire et l'ADES).

Les principes de la diffusion ont été précisés : diffusion "accompagnée", lors de réunions, d'entretiens individuels, d'actions auprès de groupes ; mais aussi en libre disposition sur des présentoirs, dans les structures (Missions locales, CHRS...) ou lors de manifestations. Il a été convenu de privilégier les lieux et les populations qui n'avaient pas un accès facile à ces informations, en préférant la modalité "distribution accompagnée".

Diffusion de la plaquette

La diffusion de la plaquette a débuté en janvier 2002. Les différents organismes concernés pouvaient aller chercher les plaquettes à l'ADES du Rhône. Il était demandé à chaque structure d'élaborer une évaluation interne de la diffusion de la plaquette, évaluation quantitative (nombre diffusé et public concerné) et qualitative (commentaires ou critiques des jeunes et des professionnels).

A chacune des quatre réunions du comité de pilotage de 2002 et 2003, un point a été fait sur la diffusion de la plaquette. On constate que certains organismes ont rendu des données chiffrées de suivi de la diffusion, et d'autres non :

- Chaque CPEF a été destinataire de 1050 plaquettes en début d'année. Cet envoi a été accompagné d'un courrier du Conseil Général du Rhône (Département Santé et Prévention – actions en faveur des jeunes), avec un document permettant une évaluation de la diffusion pour chaque centre. Fin 2002, les CPEF avaient diffusé la moitié de leurs stocks, la diffusion s'est poursuivie en 2003.
- Les plaquettes envoyées à l'Education Nationale ont été réceptionnées début 2002. De janvier à juin, elles ont été diffusées dans quelques lycées, mais peu dans les collèges, notamment en raison du fait que les interventions avaient déjà eu lieu fin 2001. Il était prévu une diffusion plus large durant l'année scolaire 2002-2003, avec des réunions d'informations destinées aux infirmières scolaires en début d'année scolaire, mais aucun autre renseignement n'a été donné à ce sujet. Aucune donnée de diffusion n'est disponible.
- Concernant l'enseignement agricole, les plaquettes ont été remises en début d'année aux 15 établissements de la Direction régionale de l'agriculture et de la forêt. Une réunion a été organisée pour les directeurs d'établissements, avec une prise de parole sur le rôle de l'infirmière, une information sur la plaquette et le Photolangage. Une réunion des délégués d'élèves a été organisée. Il y a eu une très bonne diffusion de la plaquette puisque les stocks ont été épuisés fin 2002.
- La Médecine préventive universitaire a mis les plaquettes à disposition des étudiants, elles ont été "bien diffusées".
- Des plaquettes ont été distribuées au réseau de la Délégation aux Droits des Femmes et à l'Egalité. Aucune information n'a été donnée concernant leur diffusion.
- Un carton de 350 plaquettes a été distribué à chaque Mission locale, accompagné d'un courrier présentant des éléments d'évaluation. Les plaquettes ont été "bien diffusées" durant l'année, les réactions des animateurs sont positives.
- La plaquette a été présentée en comité de direction à la Protection Judiciaire de la Jeunesse et

a été plutôt bien reçue. Aucune information n'a été donnée concernant sa diffusion.

- En juin, la plaquette a été proposée aux médecins des prisons (quartiers des mineurs) qui ne semblaient pas intéressés.

Il n'y a pas eu de diffusion auprès des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Aucune information n'est donnée concernant la diffusion des plaquettes par le Centre Régional Information Jeunesse, le Bureau d'Information de la Jeunesse, la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports et les foyer de jeunes travailleurs.

Bilan de l'action

Quelques remarques ont été faites en réunion du comité de pilotage sur la diffusion et les limites de la plaquette :

- Les CPEF ont mentionné un refus de diffusion de la part du proviseur dans deux collèges ("*les élèves ne sont pas dans la tranche d'âge concernée*") et un lycée.
- Selon les remarques des professionnels de l'Education Nationale, il semblerait que la plaquette soit mieux adaptée pour les lycéens que les collégiens : "*elle est trop pointue, il y a trop de textes pour les collégiens qui ont préféré celle du ministère (dépliant rose)*".
Par ailleurs, les nombreux textes de la plaquette semblent poser des problèmes aux jeunes en difficultés, en échec scolaire : "*c'est compliqué pour eux de lire et comprendre tous les textes*".
- Une critique concerne la longueur du document : "*c'est trop long, ils ne le lisent pas de bout en bout, mais le gardent pour plus tard, en cas de besoin, pour y chercher une information*".

Afin de compléter ces informations, une évaluation de la plaquette a été réalisée en octobre 2003 [cf. Annexes Rhône]. Un questionnaire anonyme a été diffusé auprès de deux groupes de jeunes :

- par un médecin scolaire auprès de jeunes scolarisés en lycée professionnel principalement (54 répondants)
- par le personnel des CPEF du Rhône auprès de leurs consultants (114 répondants)

L'enquête montre que la plaquette connaît une bonne notoriété auprès des jeunes puisque deux tiers d'entre eux la connaissaient déjà. Néanmoins, l'échantillon n'est pas représentatif des jeunes du Rhône. Elle plaît à plus de 90% des répondants. Ils apprécient son contenu, en particulier les témoignages, et également le large éventail des sujets qu'elle aborde. Le design de la plaquette semble le moins apprécié. Enfin, pour plus de la moitié des répondants, cette plaquette a été source d'informations nouvelles.

L'évaluation de cette action met en évidence comme principal point fort la démarche participative. L'implication du groupe "jeunes" à chacune des étapes de l'élaboration de la plaquette, a représenté un atout important. Leur collaboration a permis au projet de prendre une orientation qui n'était pas forcément celle prévue au départ par le comité de pilotage mais qui répond à une attente réelle de la part de la population ciblée.

L'évaluation réalisée fin 2003 le montre puisque la construction de la plaquette avec des témoignages pour illustrer l'information donnée a particulièrement plu aux jeunes, de même que les différents thèmes, très complets, qu'elle aborde. La contrepartie de cette démarche participative est la durée du processus. Même si certains professionnels ont parfois vécu cette démarche participative comme une remise en cause, les professionnels sont globalement

satisfaits de la démarche et du résultat final. Celui-ci est un compromis entre les intérêts et les contraintes de chacun, professionnels et jeunes.

L'évaluation de la diffusion de la plaquette est le point faible de cette action puisque la démarche d'évaluation (suivi quantitatif et qualitatif) qui était demandée par le comité de pilotage n'a pas toujours été suivie par les organismes diffuseurs de la plaquette. Il semble qu'il y ait eu une diffusion partielle des plaquettes parmi certains organismes concernés par le plan de diffusion.

D'autre part, le fait que la plaquette contienne beaucoup de textes est une limite pour les jeunes qui ne sont pas à l'aise avec l'écrit.

Documents consultés : Comptes rendus des Comités de pilotage de l'étude-action de prévention des grossesses non désirées du 1^{er} février 2000, du 14 septembre 2000, du 27 octobre 2000, du 11 décembre 2000, du 16 janvier 2001, du 16 mars 2001, du 17 mai 2001, du 19 décembre 2001, du 26 mars 2002, du 18 juin 2002 et du 18 septembre 2003. Bilan d'étape de l'étude-action de juin-juillet 2001 (DDASS du Rhône). Guide sur la contraception "Sexualité... parlons-en!"

2 - Outil d'animation : le Photolangage®

« Adolescence, Amour et Sexualité »

La réflexion initiale sur les supports d'animation avait conduit à proposer la réalisation d'une vidéo sur la contraception, destinée à servir de support d'animation auprès des jeunes pour les professionnels amenés à intervenir en milieu scolaire, les vidéos existantes sur le sujet n'étant pas ou plus adaptées.

Lors de la réunion du comité de pilotage de février 2000, il a été rappelé qu'il s'agissait d'une vidéo « accompagnée » par un intervenant ayant la possibilité de marquer des pauses qui permettraient la discussion sur les thèmes abordés. Les suggestions ont été faites de recueillir des témoignages de jeunes et d'y faire passer des messages conçus et formulés par des jeunes à l'attention d'autres jeunes.

Il paraissait aussi pertinent de concevoir cette vidéo comme élément d'une mallette plus complète, destinée à servir de fonds documentaire et d'outils d'animation et de communication pour des intervenants moins "immergés" dans la contraception que ne le sont les professionnels des CPEF, comme par exemple les médecins et infirmières scolaires. Le CFES ayant déjà élaboré plusieurs mallettes pédagogiques sur différents thèmes, il était prévu de le solliciter afin de voir si ce projet était susceptible de l'intéresser et s'il pouvait apporter un soutien financier.

En mars 2000, le groupe de travail a proposé que cette vidéo soit un outil introductif à une discussion-débat sur la contraception, et non un outil de présentation de la physiologie de la reproduction ou de présentation des différentes méthodes contraceptives.

Le Comité de pilotage souhaitait concevoir cet outil avec des jeunes. Il a également été suggéré

d'organiser un concours pour la réalisation de scénario de clips. Ces deux propositions impliquaient d'attendre la rentrée scolaire de septembre 2000 afin de pouvoir faire l'objet d'un appel d'offre dans des collèges (classes de 3^e) et lycées.

Elaboration du Photolangage

Lors de la réunion du comité de pilotage de juin 2000, le projet de support vidéo a été abandonné.

En effet, il s'est avéré que ce type d'outil était de moins en moins utilisé, que les jeunes s'en lassaient, et que les animateurs préféraient recourir à des outils interactifs (jeux de rôle, discussions, Photolangage). De plus, il aurait fallu un outil vidéo pour chaque âge ou tranche d'âge ; or il s'agit d'un outil long à concevoir, qui se périmait rapidement. L'ADES a noté qu'il y avait un recours moins important à la vidéothèque et que, en revanche, il y avait une forte demande en documents de sensibilisation et/ou d'information des jeunes (plaquettes, dépliants, affiches), et en matière de formation de la part des personnes qui intervenaient auprès des jeunes et qui étaient confrontées aux problèmes d'immigration, aux comportements violents, à la violence verbale. D'où l'idée de l'outil "Photolangage".

En octobre 2000, Mme Claire Belisle, ingénieur de recherche CNRS en sciences humaines et sociales, concepteur du Photolangage, est venue le présenter au Comité de pilotage qui a décidé d'en réaliser un sur le thème de l'étude-action (Cf Encadré).

Présentation de l'outil Photolangage®

Photolangage® est un outil de communication et de formation utilisé dans des groupes de jeunes et d'adultes pour faire un travail en profondeur sur les représentations des différents participants. Un cadre très précis organise le déroulement des échanges qui se font à partir de choix personnels de photographies.

Ce travail avec des photographies permet de savoir comment chacun se représente tel ou tel problème ou situation en mettant à jour et en nommant des images dont chacun est porteur. Il devient alors possible d'avoir une action sur ces représentations qui se sont progressivement mises en place à partir de l'expérience de chacun.

« En favorisant l'émergence et l'explicitation des représentations, cet outil, dans un travail de groupe, facilite la prise de conscience de chacun et par là, rend possible une mobilisation plus grande. Face aux obstacles que rencontrent les campagnes de sensibilisation aux différentes dimensions de la vie amoureuse et sexuelle des

jeunes, et à la prévention des grossesses non désirées, Photolangage constitue un outil différent qui peut s'avérer bien adapté pour identifier et prendre en compte les positionnements personnels liés à la vie sexuelle et amoureuse ».

Lors de la séance de Photolangage, l'animateur pose une question spécifique aux membres du groupe qui vont alors choisir une ou deux photographies parmi une cinquantaine pour y répondre. « La photographie est un objet médiateur permettant d'ancrer les échanges de l'ensemble des participants du groupe dans leurs expériences personnelles

L'expression de chacun, l'écoute attentive et le langage photographique sont ainsi trois dimensions complémentaires qui spécifient la méthode Photolangage ».

Après ce choix individuel de photographies, un travail de groupe a lieu où chacun présente sa ou ses photographies en essayant d'exprimer les raisons de ce choix. Cela permet d'échanger, de trouver ses mots, de formuler sa pensée, de se projeter dans l'avenir.

Les objectifs du Photolangage "Adolescence, amour et sexualité" sont les suivants :

- permettre à des adolescents de mieux se connaître, de s'exprimer, d'échanger sur les relations amoureuses et la sexualité ;
- permettre à des adolescents de mieux se situer vis-à-vis des autres, de la famille et des copains dans leurs expériences amoureuses ;
- leur permettre de vivre dans de meilleures conditions leurs expériences amoureuses.

Cet outil est destiné à des interventions de groupes auprès de jeunes filles et garçons de 15 à 25 ans, et plus particulièrement de 15 à 18 ans.

Les utilisateurs de cet outil sont les intervenants habituels en santé et sexualité. Il devront suivre une formation au Photolangage qui est un outil de communication, organisant les échanges dans un groupe et non un outil de transmission d'informations. Ces interventions pourront avoir lieu dans tout endroit où un professionnel formé au Photolangage sera amené à intervenir.

Un groupe d'une dizaine de personnes issues du Comité de pilotage, ainsi que Mme Belisle, a travaillé à la réalisation de cet outil. Divers organismes sont représentés : Education nationale, Délégation départementale aux Droits des Femmes et à l'Egalité, Conseil général, DDASS, Missions locales, Centre d'information féminin CIF, ADES.

La réalisation du Photolangage a pris deux ans. Elle a débuté en février 2001 et a comporté plusieurs phases :

1. "Remue-méninges" pour préciser les besoins, les situations sur lesquelles il est souhaité de travailler et les objectifs du Photolangage [février 2001].

2. Sélection de photographies [mars-avril 2001]

Une première sélection de photographies a eu lieu dans plusieurs agences à Paris en fonction des thèmes à aborder décidés par le groupe de travail auparavant, puis le groupe de travail a choisi celles qui seraient utilisées pour le Photolangage.

Le dossier comprend 50 photographies qui en majorité renvoient à des situations de la vie quotidienne et à des éléments plus symboliques pour les autres : les situations de loisir et de rencontre garçons-filles, les situations de couples, l'expérience de la grossesse, les situations de familles, de paternité et de maternité.

3. Elaboration des questions à poser lors de l'utilisation du Photolangage pour lancer les échanges. Elaboration du livret d'accompagnement. [mai-juillet 2001]

Le groupe a cherché à exprimer les différents thèmes qui pourraient faire l'objet d'un travail de groupe, sous forme de questions amenant à un choix de photographies et à une expression personnelle. Une seule question est posée par séance de Photolangage, deux éventuellement si le temps le permet, la première question servant dans ce cas à se présenter.

Le livret de présentation et d'utilisation du Photolangage a été réalisé et la phase de test préparée.

4. Test en situation réelle. [octobre 2001- mars 2002]

Une journée de formation sur le Photolangage "Adolescence, amour et sexualité" a eu lieu en septembre 2001 à l'ADES du Rhône. Elle était animée par Claire Belisle et s'adressait à des professionnels susceptibles de pouvoir tester auprès de groupes de jeunes (15-25 ans) cet outil. La formation était basée sur la découverte de l'outil par une participation à un travail de groupe l'utilisant et une exploration de cette expérience.

Vingt professionnels ont été engagés dans cette phase de test (infirmières, assistantes sociales, médecins, conseillères conjugales et familiales, sage-femmes). Un livret méthodologique et des photographies leur ont été donnés, ainsi que deux questionnaires destinés l'un aux participants et l'autre aux animateurs. Ces questionnaires devaient permettre de mettre au point cet outil en faisant un choix définitif de photographies et en vérifiant la pertinence de la méthode.

5. Bilan des tests en situation réelle [avril-juin 2002]

Le bilan des tests réalisé par Claire Belisle s'est appuyé sur le dépouillement et l'analyse de 464 questionnaires remplis par les jeunes (correspondant à 36 groupes) et les 47 questionnaires des animatrices.

Globalement, il ressort que la population jeune comportait une majorité d'élèves de troisième (moyenne d'âge 14-15 ans) et des jeunes un peu plus âgés (moyenne d'âge 16-18 ans) de lycées professionnels.

Les principales conclusions du test étaient les suivantes :

- L'outil s'avère intéressant et facilitant pour une grande majorité des jeunes qui ont participé au travail de groupe.
- Deux tiers des jeunes se sont sentis concernés par les photographies et très peu de photographies n'ont pas été choisies. Il y a cependant eu de nombreuses suggestions et demandes d'ajout de photographies supplémentaires : des photographies évoquant les rapports amoureux, ("des gens en train de faire l'amour", "des photos parlant plus de sexualité"), le couple ("un couple qui se dispute, qui s'embrasse", etc...), la famille, les jeunes... Par ailleurs, les photographies symboliques n'ont pas toujours été bien comprises.
- Les tâches spécifiques à chaque groupe, choisies par l'animatrice, n'ont pas toutes suscité le même intérêt auprès des jeunes, l'âge du groupe étant un facteur important.
- L'outil n'est pas valable si le groupe n'est pas prêt à échanger.
- L'utilisation du Photolangage nécessite une heure et demie à deux heures, soit la totalité du temps généralement imparti. Si les animateurs veulent du temps pour faire passer des informations sur la contraception, cela suppose un réaménagement du temps consacré à l'éducation à la sexualité, notamment dans les établissements scolaires. De plus, il est parfois difficile d'avoir les élèves deux heures de suite.

En avril et en juin 2002, les résultats des tests ont été restitués aux personnes ayant testé l'outil. Les objectifs étaient de présenter une première analyse des résultats, recueillir leurs appréciations et de reprendre avec elles les questions qui étaient apparues pendant ce travail. Mais parmi les vingt animatrices du test, six d'entre elles n'ont pu participer à ces réunions.

6. Correction du dossier Photolangage [juillet - novembre 2002]

En juillet, Claire Belisle a fait une synthèse des restitutions des tests avec le groupe de travail en vue d'adapter le Photolangage. Le groupe a ensuite validé le dossier comprenant le guide de l'utilisateur et la présentation du Photolangage, ainsi que le choix définitif des 48 photos.

Lors de la réunion du comité de pilotage de novembre 2002, Claire Belisle a présenté le Photolangage "Adolescence, amour et sexualité" aux membres habituels du comité ainsi qu'à d'autres personnes, invitées pour l'occasion (personnels de l'Inspection académique, de la DDASS, du Conseil général..).

7. Formation des professionnels du département à l'utilisation du Photolangage "Adolescence, amour et sexualité" [mai - décembre 2002]

La formation des utilisateurs était assurée par Madame Claire Belisle (deux jours consécutifs et un jour à distance). Les deux premiers jours consistaient en une présentation de la méthode d'utilisation de l'outil, une expérimentation en groupe et une analyse de ce travail de groupe. La journée de formation à distance était un jour d'analyse de la pratique.

Trois sessions de formation ont eu lieu en 2002 : les 27 et 28 mai, les 25 et 26 septembre et les 16 et 17 décembre. L'ADES était chargée d'organiser les sessions de septembre et décembre. Le prix des formations était de 65 euros pour les deux premières journées, et 40 euros pour la troisième. L'Education Nationale et le Conseil Général du Rhône ont pris en charge la formation des personnels utilisateurs.

La formation s'adressait à des professionnels du Rhône ayant une expérience du travail de groupe, une bonne connaissance du sujet (sexualité, contraception), mais aussi une certaine aisance avec la photographie.

Au total, ce sont 45 personnes qui ont pu bénéficier de la formation en 2002. Les groupes étaient composés de professionnels de l'Education Nationale et du Conseil Général : médecins, infirmières, assistantes sociales, sage-femmes, conseillères conjugales, puéricultrices, conseillers socio-éducatif, responsables de la vie scolaire, etc...

8. Edition du dossier Photolangage [décembre 2002 – juin 2003]

En décembre 2002, le dossier définitif du Photolangage a été remis à l'éditeur, "La Chronique Sociale". Il a été décidé d'éditer 3000 dossiers Photolangage. L'impression du Photolangage a pris du retard suite à un problème technique sur les photographies, elle s'est achevée fin juin 2003.

9. Diffusion du dossier Photolangage [septembre 2003]

Assez rapidement, devant l'ampleur du travail demandé pour la réalisation de cet outil, la réflexion s'était orientée sur la diffusion du Photolangage au-delà du département. L'éditeur, La Chronique Sociale, s'est chargé de la diffusion et de la promotion de l'outil au niveau départemental. Une diffusion régionale et nationale est réalisée avec l'aide de l'éditeur. L'ADES du Rhône a transmis à La Chronique Sociale une liste de diffusion (centres sociaux, associations de santé, adhérents à l'ADES du Rhône, services PMI des Conseils Généraux de France, comités départementaux d'éducation pour la santé de France,...). Par ailleurs, l'éditeur a trouvé des correspondants en Belgique et au Québec intéressés pour le diffuser.

Un document de présentation du Photolangage avec un bon de commande a été envoyé à différents organismes. Le prix de vente du Photolangage est fixé à 30 euros. Il peut être commandé auprès de La Chronique Sociale ou de l'ADES du Rhône, et est disponible dans 450 points de ventes.

Cent exemplaires gratuits ont été prévus pour l'ensemble des organismes qui ont participé à sa réalisation (membres du Comité de pilotage et expérimentateurs).

Bilan de l'action

Les points forts de cette action sont les suivants :

- La démarche structurée d'élaboration du Photolangage en fait un outil bien validé.
- D'autre part, les tests en situation réelle du Photolangage ont confirmé qu'il est un outil intéressant et apprécié des jeunes, à condition toutefois de ne pas perdre de vue ses objectifs et ses limites :
- ce n'est pas un outil de transmission d'informations, mais de réflexion, de mobilisation des connaissances,
- le groupe doit être prêt à échanger,
- les animateurs doivent être formés au Photolangage, savoir animer un groupe, avoir un certain intérêt pour la photographie, et des connaissances en éducation à la sexualité.

De ce fait, le principal point faible est le retard pris à l'impression du dossier Photolangage, ainsi les personnes formées en 2002 n'ont pas eu la possibilité d'utiliser cet outil avant l'automne 2003.

Cet outil est amené à être diffusé au-delà du niveau départemental, ce qui implique la formation de professionnels relais qui pourraient à leur tour former des professionnels utilisateurs. La DRASS Rhône-Alpes envisage de prendre en charge les formations d'utilisateurs régionaux qui auront lieu en 2004 (deux sessions par département de la région), tandis que le réseau des ADES de la région se charge de l'organisation des formations.

Documents consultés : Compte-rendus des Comités de pilotage de l'étude-action de prévention des grossesses non désirées, Livret méthodologique du dossier Photolangage Amour-Sexualité, Bilan d'étape de l'étude-action de juin-juillet 2001 (DDASS du Rhône).

3 - Formation conjointe des professionnels des CPEF et de l'Education nationale "Education à la sexualité : comment en parler avec des groupes d'adolescents de collèges et lycées ?"

Cette action a été décidée en juin 2000, à la suite d'une demande de formation des personnels des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sur le thème : "Comment aborder la sexualité, comment en parler aux adolescents ?"

Cette formation a été ouverte au personnel de l'Education nationale afin de permettre la création d'un réseau de professionnels sur le terrain pour répondre le mieux possible aux demandes.

La réflexion du comité de pilotage s'est orientée sur les besoins communs aux personnels CPEF et Education nationale. Il s'agissait d'un approfondissement des connaissances en matière de sexualité des adolescents, d'un approfondissement de la démarche faite lors des interventions scolaires et non d'une primo-formation.

Un recensement des formations spécifiques existantes a été effectué. Le Conseil général a proposé de contacter l'association "Ecole des Parents et des Educateurs" qu'il avait déjà sollicitée un an auparavant pour un projet similaire et dont l'approche correspondait bien à cette demande.

Elaboration de la formation

Le groupe de travail chargé de préparer cette action était constitué de trois personnes issues du comité de pilotage représentant le Conseil général, la DDASS et l'Education nationale, ainsi que de deux intervenants extérieurs de l'Ecole des Parents et des Educateurs, et de l'Education nationale. Ce groupe s'est réuni cinq fois en 2000.

La formation s'intitulait "Education à la sexualité : comment en parler avec des groupes d'adolescents de collèges et de lycées ?"

Elle devait permettre de renforcer les compétences des intervenants mais aussi d'enrichir les échanges et les complémentarités entre les CPEF et l'Education nationale.

Les objectifs de la formation étaient les suivants :

- Préciser les finalités des actions : mission, fonction et légitimité de chacun.
- Améliorer les capacités de communication déjà acquises par les professionnels en matière de savoir-faire (sexologie) et de savoir-être (compétence de prise en charge du groupe) pour mieux intervenir auprès de jeunes d'âges, de cultures et de milieux sociaux différents. Il s'agissait d'apporter une aide pour le décryptage des demandes exprimées par les adolescents (à travers leur langage ou au travers de leurs comportements, parfois agressifs) pour les amener à l'écoute et au dialogue.
- Favoriser les actions de partenariat entre les personnels de l'Education nationale et des CPEF.

La formation s'adressait aux professionnels de l'ensemble des CPEF du Rhône et aux infirmières, assistantes sociales et médecins de l'Education nationale (Inspection d'académie du Rhône). Un éducateur d'une structure d'écoute de quartier y a également participé.

Le Rhône a été partagé en cinq secteurs pour lesquels cinq groupes de 17 à 25 personnes ont été constitués. Ces groupes étaient "mixtes" CPEF-Education nationale afin que les professionnels se retrouvant sur les mêmes sites d'animation (collèges, lycées, etc.) puissent travailler ensemble dans le cadre de la formation.

Ce sont au total 103 professionnels qui ont bénéficié de cette formation.

Ce public était essentiellement féminin, très hétérogène sur le plan des connaissances (en sexologie, psychologie, pédagogie...), des savoir-faire et savoir-être (certains professionnels n'avaient jamais animé de séances éducatives collectives sur ce sujet, d'autres les pratiquent depuis plusieurs années).

Cette formation a été élaborée et dispensée conjointement par l'Ecole des Parents et des Educateurs (M. Marc Babin, docteur en sciences de l'éducation, intervenant sur le terrain scolaire) et l'Education nationale, le Rectorat ayant ses propres formateurs en éducation à la sexualité (Mme Josette Morand, infirmière conseillère technique auprès du Recteur et formatrice de l'Education nationale, et Mme le Docteur Guffroy, médecin scolaire de secteur et formateur sur ce thème à l'Education nationale).

Les animateurs ont alterné les échanges entre participants, les mises en situation et les apports de connaissance.

Deux intervenants ont été invités :

- un sociologue pour penser et articuler le sexuel et le sociétal : comment une sexualité se construit en société ? Et/ou comment une société se construit autour de la sexualité ? Il précise également les différents modèles familiaux existants.
- un psychanalyste, avec une sensibilité aux lectures ethnologiques, a modélisé auprès des participants un travail d'analyse de la pratique pour les habituer à penser, associer, articuler, dire, faire et défaire, autour des actions qu'ils entreprennent sur ce sujet.

La formation s'est déroulée sous la forme d'un module de cinq jours (35 heures au total) :

- deux fois deux jours espacés de deux semaines, pour prendre en compte la dimension temporelle et affective dans la dynamique d'apprentissage et d'intégration
- puis une journée deux mois plus tard, afin de travailler sur les expériences éducatives qui ont

été mises en place après les quatre premiers jours, et de poursuivre l'acquisition de connaissances, savoir-faire et savoir-être.

Les cinq journées ont permis d'approcher les éléments suivants :

- la sexualité dans ses différents registres : biologique, psycho-affectif, anthropologique, historique, juridique, philosophique, économique, etc ;
- des pratiques et problématiques sexuelles telles que la pédophilie, la zoophilie, l'homosexualité, la pornographie, la prostitution, la sodomie, les statuts sexuels, la famille traditionnelle, recomposée, homo parentale, etc ;
- l'éducation à la sexualité sur les plans juridique, conceptuel, philosophique, pédagogique, etc ;
- la dimension partenariale en travaillant sur la finalité des institutions, les missions de chacun et les représentations de l'autre institution ;
- la dimension de projet, notamment sur le plan méthodologique ;
- l'animation de groupe dans ses registres psychosociologique et pédagogiques ;
- la dimension technique avec les outils d'animation possibles ;
- la question de l'écoute et des compétences à acquérir.

Cette formation donnait, pour le personnel de l'Education nationale, l'équivalence avec celle dispensée par l'Education nationale et qui est obligatoire pour tous les intervenants sur ce thème. A la fin des sessions était d'ailleurs remis à chaque stagiaire le dossier « Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie » du ministère de l'Education nationale.

Le premier module a débuté en mars 2001 et le dernier s'est fini en décembre 2001. Les rencontres ont eu lieu à Lyon, dans les locaux du Conseil général du Rhône puis de l'Inspection Académique du Rhône.

Bilan de l'action

Un bilan intermédiaire a été établi au cours de l'année 2001 par Monsieur Marc Babin de l'Ecole des Parents et des Educateurs du Rhône.

Il pointait les points forts de cette formation :

- renforcement du partenariat entre deux institutions,
- inscription dans une démarche éducative à long terme,
- travail sur la légitimité de l'intervenant, le cadre et les outils,
- travail sur la dimension personnelle et éthique.

Il notait aussi la nécessité de poursuivre la démarche par une analyse de pratique.

L'évaluation de la formation par les organismes formateurs (Ecole des Parents et des Educateurs, et Education nationale) se base sur questionnaires remplis par les stagiaires en début de formation (leurs attentes) et en fin de formation (leur appréciation sur le contenu et la réponse à leurs attentes). Cette évaluation est cependant restée très qualitative du fait d'une exploitation partielle des questionnaires.

Le compte-rendu de Madame Josette Morand qui a analysé une partie des réponses, indique que les objectifs des stagiaires étaient de (plusieurs objectifs pouvaient être énoncés) :

- *"améliorer leurs pratiques professionnelles (68%)*
- *découvrir de nouvelles méthodologies (50%)*
- *répondre à une préoccupation professionnelle (49%)*
- *améliorer leurs connaissances (42%)*
- *travailler avec d'autres professionnels, en partenariat, pour réfléchir à "plusieurs" sur le monde de l'adolescence, pour se laisser des espaces de pensées (19%)."*

Les questionnaires de fin de formation n'ont pas été exploités de manière quantitative. Le compte-rendu met simplement en avant les points forts suivants :

- *"intensité des échanges entre stagiaires*
- *degré de satisfaction des attentes des stagiaires*
- *apport en matière de connaissances, d'informations et de fond documentaire*
- *rôle et place des animateurs*
- *organisation administrative*
- *accueil, ambiance"*

Quelques réflexions des stagiaires sont livrées en conclusion :

"Stage intéressant pour la mise en place du partenariat."

"Formation riche : méthodologie de projet, outils, connaissance des adolescents sur ce thème."

"Intéressant d'être en pluri-catégoricalité, en inter-institutionnel, inter-partenarial pour des professionnels partageant le même territoire d'intervention."

"Stage suivi en équipe qui permet l'acquisition d'une culture commune, une meilleure connaissance des autres professionnels pour ensuite "faire ensemble". Indispensable avant la mise en place des interventions auprès du public jeune."

"Stage qui impulse une nouvelle dynamique, stimule la réflexion, permet de prendre de la distance vis-à-vis des pratiques professionnelles et qui interroge les limites et les résistances des professionnels."

"Interventions et animations de qualité"

"Echanges de bon niveaux, mises en situation constructives, ambiance sympathique, sur le plan humain agréable et paisible."

"Stage remarquable sur le fond et la forme, à renouveler pour se renouveler, des réactualisations régulières seraient à envisager".

Aucun point faible n'est mentionné dans le compte-rendu.

Afin de compléter ces informations, une évaluation "à distance" a été réalisée en octobre 2003 à l'aide de questionnaires transmis à l'ensemble des stagiaires ayant suivi la formation [cf. Annexes Rhône]. Sur les 103 participants, 43 ont retourné le questionnaire. L'analyse des réponses montre que la formation a plu et a répondu aux attentes des participants en matière d'éducation à la sexualité.

La formation a permis un rapprochement et une meilleure connaissance entre les équipes des CPEF et de l'Education nationale, améliorant ainsi leur travail en partenariat. Elle a également permis aux intervenants d'améliorer leurs capacités d'animation d'un groupe ainsi que leurs capacités de communication en matière d'éducation à la sexualité (notamment pour les professionnels de l'Education nationale).

Les points négatifs mentionnés par les participants concernent le manque de travail sur les outils d'animation, la qualité plus ou moins satisfaisante des interventions, l'absence de certains acteurs locaux et l'insuffisance de réflexion sur certains thèmes.

D'autres rencontres sont souhaitées par les participants suite à cette formation afin d'échanger sur les pratiques de chacun et d'entretenir les partenariats locaux.

En conclusion, le principal point fort de cette action concerne le rapprochement qu'elle a permis entre les équipes CPEF et Education nationale qui se connaissent mieux et interviennent avec des méthodes communes.

Deux points faibles ressortent de cette action ;

- Concernant la préparation de cette action, le groupe de travail issu du Comité de pilotage regrette de n'avoir pu prendre connaissance et valider le contenu de la formation avant le

- début des sessions. En effet, il a défini les objectifs de la formation, mais la première session a commencé sans que le programme lui ait été communiqué par les formateurs.
- D'autre part, l'exploitation incomplète des documents servant à l'évaluation de la formation par les membres organisateurs ne fait pas apparaître les éléments qui pourraient être améliorés. L'analyse des questionnaires passés fin 2003 fait ressortir quant à elle des critiques intéressantes sur le contenu de la formation, les suites à donner à cette action.

Documents consultés : Compte-rendus des Comités de pilotage de l'étude-action de prévention des grossesses non désirées du 8 juin 2000, du 14 septembre 2000, du 11 décembre 2000, du 16 janvier 2001, du 16 mars 2001, du 26 mars 2002 et 18 juin 2002. Compte-rendu de la formation éducation à la sexualité en milieu scolaire, Marc Babin (octobre 2001). Document de présentation de la formation de l'Ecole des Parents et des Educateurs. Liste des personnes inscrites à la formation. Compte-rendu de la formation commune en éducation à la sexualité, Josette Morand (décembre 2002).

4 – Participation à d'autres actions

• Rencontre-débat sur la contraception pour les professionnels

Dans le cadre de la Campagne nationale contraception 2000 et de l'étude-action, la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité et la DDASS ont organisé une rencontre-débat sur la contraception le 15 novembre 2000 de 13h30 à 17h30 dans les locaux de l'Université Lyon I à Villeurbanne. Cette action a été financée par la DDASS dans le cadre de l'étude-action.

Un groupe de travail issu du comité de pilotage de la Campagne a été mis en place pour la préparation de cette rencontre, il regroupait des représentants de diverses institutions : le service promotion de la santé en faveur des élèves de l'Académie du Rhône, le service santé et prévention du Conseil général du Rhône, le service des actions de santé de la DDASS du Rhône, la Médecine préventive universitaire, le Centre d'information féminin du Rhône, les Missions locales, le Mouvement français pour le Planning Familial et la Délégation Départementale aux Droits des Femmes et à l'Egalité.

Cette rencontre s'adressait à des professionnels médico-sociaux des différents services et associations qui ont pour mission d'informer les jeunes sur les questions de la contraception ou qui sont en contact avec les jeunes (personnel sociaux et médicaux de l'Education nationale et du Conseil général, Médecine préventive universitaire, écoles privées, personnels des hôpitaux, établissements de Conseil conjugal et familial, Missions locales, Protection Judiciaire de la Jeunesse...). Environ 300 personnes étaient présentes.

L'objectif de cette rencontre-débat était d'informer les professionnels et de faire un point sur les méthodes de contraception qui ont beaucoup évolué en 20 ans.

Au cours de cette demie-journée, trois interventions ont eu lieu, suivies de débat :

- Annie Bureau, médecin gynécologue, vice-présidente de l'association française pour la

contraception, est intervenue sur "la contraception : historique et actualité", ainsi que sur "la contraception d'urgence"

- Le Dr Louis Léry, médecin de prévention, Président de l'association Santé, Ethique et Liberté, a proposé une "réflexion juridique et éthique autour de la contraception"
- Brigitte Lhomond, sociologue au CNRS a parlé de "sexualité et adolescence : rapports socio-culturels filles/garçons, les conditions de la négociation préservatifs, pilules...". Elle a donné quelques conclusions d'un travail de recherche auprès d'un échantillon de 6182 jeunes de 15 à 18 ans concernant leur comportements sexuels.

Les actes de cette demie-journée n'ont pas été réalisés.

Suite à cette rencontre, les retours de la part des participants ont été positifs et il était prévu de renouveler cette action en 2001. Cela n'a pu être fait, en revanche, cela l'a été en décembre 2002 avec l'organisation à Villeurbanne d'une autre rencontre-débat sur la contraception par la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité et la DDASS, dans le cadre de la nouvelle Campagne nationale contraception.

Trois interventions ont eu lieu, elles ont concerné les risques d'échec de la contraception au quotidien (Nathalie Bajos, chercheuse à l'INSERM), l'immigration et la contraception : pratiques, représentations et inégalités (Hélène Bretin, maître de conférence en sociologie à Paris XIII) et les nouveautés en contraception (Dr Géraldine Chapard-Cointet, praticien hospitalier à l'hôpital de la Croix-Rousse).

Des représentants de diverses institutions ont participé à la préparation de cette rencontre : le service promotion de la santé en faveur des élèves de l'Académie de Lyon, le service santé et prévention du Conseil général du Rhône, la Médecine préventive universitaire, le Centre d'information féminin du Rhône, les Missions locales, la Protection judiciaire de la jeunesse, le Mouvement français pour le Planning Familial, le Conseil de l'ordre des pharmaciens, le service des actions de santé de la DDASS du Rhône et la Délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité.

Documents consultés : Dépliant-programme de la rencontre-débat du 15 novembre 2000 et celui de la rencontre-débat du 12 décembre 2002, Compte-rendu de la réunion du Comité de pilotage "Campagne d'information sur la contraception" du 14 septembre 2000, Compte-rendu du Comité de pilotage de l'étude-action de prévention des grossesses non désirées du 14 septembre 2000.

• **Campagne de promotion du numéro Azur régional IVG Contraception**

La circulaire du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité du 26 juin 2000 relative à l'amélioration de l'organisation des IVG demandait la mise en place d'un numéro d'appel régional permettant d'informer et d'orienter les personnes en matière de contraception et d'IVG. La DRASS était chargée de financer le coût du fonctionnement de cette permanence téléphonique.

Dans le Rhône, ce numéro régional est opérationnel depuis mi-octobre 2000 et la DDASS a financé, dans le cadre de l'étude-action, la réalisation de 20 000 cartes (format cartes de crédit) et de 3500 affiches pour diffuser ce numéro lors de l'hiver 2000 et du printemps 2001.

Les affiches contenaient le numéro azur (0.810.810.714) accompagné du texte « Contraception, IVG, sexualité. Où s'informer ? Qui consulter ? En Rhône-Alpes ». Un emplacement était prévu au bas de l'affiche pour permettre à l'organisme qui apposait l'affiche dans ses murs de faire figurer les coordonnées et le numéro de téléphone du CPEF le plus proche.

La diffusion a été faite en direction des centres sociaux, de l'Education Nationale, des mairies, du CROUS, des Maisons du Départements, des MJC (Maisons des Jeunes et de la Culture), de la CRAM (Caisse Régionale d'assurance Maladie), de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), des services hospitaliers, de Jeunesse et Sports, des Missions locales, des pharmaciens...

Au cours des réunions du comité de pilotage, étaient également envisagés :

- la projection de diapositives dans le métro. Ce moyen a l'avantage de toucher beaucoup d'étudiants et de lycéens. De plus, il n'y a pas que les lyonnais qui fréquentent le métro : beaucoup de Rhône-alpins peuvent être touchés, des étudiants originaires de différentes régions de France. Cette action a eu lieu mais n'a pas été financée dans le cadre de l'étude-action.
- des flashes publicitaires sur la radio Skyrock ou sur Radio Scoop. Cette action a été abandonnée en raison de son coût.

Documents consultés : Compte-rendu de la réunion du Comité de pilotage "Campagne d'information sur la contraception" du 14 septembre 2000, Comptes-rendus des Comités de pilotage de l'étude-action de prévention des grossesses non désirées du 14 septembre 2000, du 27 octobre 2000, du 11 décembre 2000 et du 16 janvier 2001.

5 - Conclusion

A partir d'un projet initial élaboré rapidement, donc assez disparate, le Comité de pilotage de l'étude-action a choisi de donner la priorité à la prévention plutôt qu'à la prise en charge des grossesses des très jeunes femmes.

Deux actions ont concerné la réalisation d'une plaquette d'information "Sexualité... parlons-en!" et un support d'animation, le Photolangage "Adolescence, Amour et Sexualité". Outre le caractère participatif et structuré de la démarche qui a conduit à leur création, ces outils ont l'intérêt de pouvoir être réutilisés dans d'autres départements.

La troisième action spécifique était une formation conjointe de personnels des CPEF et de l'Education nationale, ce qui permet d'apporter une méthodologie d'intervention auprès des jeunes et de favoriser le partenariat entre ces deux institutions. Cette action, qui n'était pas explicitement prévue dans le projet initial, est complémentaire du travail sur les outils de communication et d'animation auprès des jeunes, puisqu'elle s'adresse à ceux qui les mettront en œuvre.

L'arrivée de la Campagne nationale contraception 2000, au moment du lancement de l'étude-action, a facilité la mise en place de deux actions, l'une en direction des professionnels sous forme de conférence-débat, l'autre en direction des jeunes sous forme d'affiches de promotion du numéro azur régional. L'information sur la contraception d'urgence, qui était une des composantes du projet initial, a donc été abordée de cette façon. Elle est également abordée dans la plaquette d'information.

Plusieurs actions du projet initial ont été laissées de côté. Ainsi, les propositions sur l'accompagnement des grossesses adolescentes et sur la mise en place d'un lieu de prise en charge spécifique des demandes d'IVG de jeunes femmes n'ont pas été mises en œuvre. Ces deux projets auraient demandé des ressources beaucoup plus importantes pour être réalisés, alors que les cofinancements mobilisés en plus de la subvention du Ministère ont été limités. Le volet « soutien à la parentalité » n'a pas non plus été mis en œuvre. D'autres propositions pourront toutefois être reprises par la suite. Par exemple, le Photolangage, conçu pour le travail auprès des jeunes de 15-25 ans, pourra servir d'outil d'animation auprès de jeunes ayant des problèmes d'insertion (jeunes en mission locale, ou sous main de justice) et permettra de travailler sur leur représentations.

L'étude-action a révélé certains besoins, notamment une formation pour les professionnels qui s'occupent de jeunes en désinsertion sociale (PJJ, missions locales, CHRS...) et qui n'ont pas de compétences et de connaissances particulières dans le domaine sexualité/contraception.

L'état des lieux final en termes d'indicateurs

Ce chapitre analyse les indicateurs permettant de caractériser le contexte général du département et la situation en termes de grossesses non désirées :

- **les indicateurs de contexte** concernent la population (notamment celle des femmes en âge de fécondité), l'offre de soins ambulatoire (médecins généralistes et gynéco-obstétriciens libéraux, médecins et sages-femmes de PMI), l'offre hospitalière, la situation socio-économique (chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et de l'allocation parent isolé) et la mortalité (générale et infantile) ;
- **les indicateurs des grossesses, désirées ou non**, concernent la fécondité et les interruptions volontaires de grossesse, pour les femmes de tout âge et chez les mineures.

Ces indicateurs ont été analysés dans leur évolution, dans le but de comparer la situation existante avant l'étude-action (en 1996-99) et la situation actuelle, après l'étude-action (en 2003).

Cette approche par indicateurs s'est heurtée à deux limites concernant leur disponibilité.

La première est la disponibilité des indicateurs les plus pertinents. Outre l'absence d'indicateur concernant les pratiques contraceptives (qui aurait été l'indicateur le plus pertinent au regard des objectifs de l'étude-action), d'autres indicateurs n'ont pu être recueillis. C'est le cas, par exemple, des densités en médecins, infirmières et assistantes sociales scolaires dans les établissements secondaires publics, qui ne sont pas présentées ici, les données étant peu comparables entre elles.

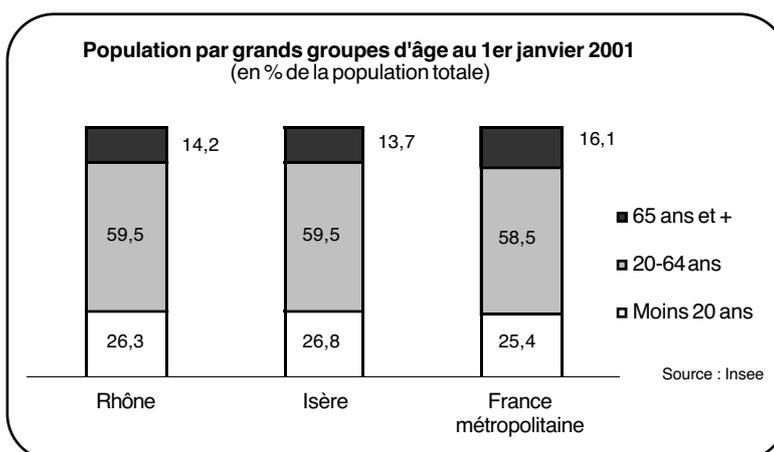
La seconde limite concerne la disponibilité des données les plus récentes pour permettre la comparaison "avant-après". Pour la plupart des indicateurs, les dernières données disponibles concernent les années 2000 ou 2001, ce qui correspond en réalité au début de l'étude-action. Les indicateurs concernant les IVG domiciliées illustrent bien ce décalage entre la production des données et leur publication puisque la dernière année disponible est 1997.

• La population

Une population jeune

Au recensement de 1999, le département du Rhône comptait 1 578 423 habitants, dont 51,9 % de femmes, soit légèrement plus que la moyenne française (51,4%). La population totale a augmenté de 4,6% entre 1990 et 1999 contre 3,4 % en moyenne en France. Les dernières estimations de population réalisées par l'INSEE indiquent une population de 1 599 120 au 1^{er} janvier 2001.

Dans ce département, la population est relativement jeune : seulement 14,2% de la population a 65 ans et plus, contre 16,1% dans l'ensemble de la France, et 26,3% de la population à moins de 20 ans contre 25,4% en France.



Département témoin : Isère

Dans le département de l'Isère, la population totale a augmenté de 7,6 % entre les deux recensements, s'élevant à 1 093 786 au recensement de 1999. La proportion de femmes est inférieure à celle du Rhône (50,7%).

La population de l'Isère est encore plus jeune que celle du Rhône, avec 13,7 % de personnes de 65 ans et plus, et 26,8 % de moins de 20 ans.

Une diminution de la proportion de femmes en âge de fécondité

Les femmes en âge de fécondité, âgées de 15 à 44 ans, représentent 43,1 % de la population totale féminine en 2001. Cette proportion est en diminution (43,7% en 1997), du fait du vieillissement de la population, mais reste plus élevée que celle de la France métropolitaine (40,4 %).

Département témoin : Isère

La proportion de femmes de 15-44 ans s'élève à 42,2 %, elle est légèrement inférieure à celle du Rhône.

Population totale et population féminine au 1er janvier 2001

	Rhône	Isère	France métropolitaine
Population totale	1 599 120	1 109 061	59 042 661
Femmes	830 551	562 551	30 362 320
% femmes	51,9	50,7	51,4
Population femmes de 15-44 ans	357 752	237 277	12 272 812
% femmes 15-44 ans parmi l'ensemble des femmes	43,1	42,2	40,4

Source : insee

• L'offre de soins

Une forte densité en gynécologues-obstétriciens

Avec 1 613 omnipraticiens (médecins généralistes et médecins à exercice particulier) libéraux au 31 décembre 2002, le Rhône compte 101 omnipraticiens pour 100 000 habitants, densité proche de la moyenne nationale, 103 médecins pour 100 000 habitants. Par rapport à 1997, la densité a augmenté de 9 points dans le département alors qu'elle est restée stable en France.

En ce qui concerne les gynéco-obstétriciens libéraux, le Rhône compte 53 gynéco-obstétriciens pour 100 000 femmes de 15-44 ans contre 39 en France métropolitaine. Par rapport à 1997, la densité du Rhône n'a pas changé, tandis qu'elle a diminué de 8 points en France métropolitaine. Outre une forte densité en gynécologues libéraux, 80% d'entre eux sont rattachés au secteur 2 (honoraires libres).

Département témoin : Isère

Avec 102 omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2001, la densité enregistrée dans l'Isère est proche de la moyenne nationale et de celle du département du Rhône.

En revanche, la densité en gynéco-obstétriciens libéraux est moins élevée que celle du Rhône et assez proche de la moyenne nationale : 40 gynéco-obstétriciens libéraux pour 100 000 femmes de 15-44 ans en 2002 contre 53 dans le Rhône et 39 en France métropolitaine.

Médecins libéraux au 31 décembre 1997 et 2002			
	Rhône	Isère	France métropolitaine
Omnipraticiens			
Nombre en 2002	1613	1131	60974
Densité 2002*	101	102	103
Densité 1997*	92	105	104
Gynéco-obstétriciens			
Nombre en 2002	188	95	4783
Densité 2002**	53	40	39
Densité 1997**	53	44	47

Sources : CNAMTS, INSEE Estimations localisées de population
* Nombre de médecins pour 100 000 habitants
** Nombre de médecins pour 100 000 femmes de 15-44 ans

Une forte augmentation des densités en médecins et sages-femmes de PMI entre 1996 et 2001

Les centres de protection maternelle et infantile (PMI), outre les soins assurés aux jeunes enfants de 0 à 6 ans, proposent pour les futures mères, des consultations prénatales et une surveillance à domicile assurée principalement par les sages-femmes.

La PMI du Rhône dispose au 1^{er} janvier 2001 de 85,3 médecins (en équivalents temps plein), ce qui représente un taux de 23,8 médecins pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans, largement supérieur à la moyenne nationale (13,9). Par comparaison avec l'année 1996, la densité a plus que doublé dans le Rhône.

Le nombre de sages-femmes travaillant pour la PMI s'élève à 16,5 équivalents temps plein, ce qui représente un taux de 4,6 pour 100 000 femmes de 15-44 ans, inférieur à la moyenne nationale (5,1).

Ce taux a pratiquement doublé entre 1996 et 2001, passant de 2,5 à 4,6 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15-44 ans.

Département témoin : Isère

La densité en médecins de PMI (11,6 pour 100 000 femmes de 15-44 ans) est deux fois inférieure à celle du Rhône ; en revanche les densités en sages-femmes sont très proches dans les deux départements (4,2 en Isère et 4,6 dans le Rhône).

Comme dans le Rhône, les densités en médecins et en sages-femmes de PMI ont presque doublé entre 1996 et 2001.

Médecins et sage-femmes de PMI au 1er janvier 2001			
(en équivalents temps plein)			
	Rhône	Isère	France métropolitaine
Médecins			
Nombre en 2001	85,3	27,5	1706,7
Densité 2001*	23,8	11,6	13,9
Densité 1996*	11,0	6,5	8,8
Sage-femmes			
Nombre en 2001	16,5	10	629,5
Densité 2001*	4,6	4,2	5,1
Densité 1996*	2,5	2,3	4,1

Source : Drees, Insee
*Nombre pour 100 000 femmes de 15-44 ans

Un taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète de court séjour plus élevé qu'en France

Au 1^{er} janvier 2001, l'hospitalisation complète de court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) représente 7 625 lits dans le Rhône, soit un taux d'équipement de 4,9 lits pour 1 000 habitants. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (4,1 pour 1 000). Cette situation s'explique essentiellement par l'attractivité du département et la forte densité d'établissements hospitaliers dans l'agglomération lyonnaise. Le taux d'équipement est particulièrement élevé en chirurgie (2,2 lits pour 1000 contre 1,7 au niveau national). En revanche, les taux d'équipement en médecine et en gynécologie-obstétrique dans le Rhône sont proches de la moyenne nationale.

Le département du Rhône dispose d'un centre hospitalier universitaire, situé dans l'agglomération lyonnaise.

Le taux d'équipement total a légèrement diminué entre 1998 et 2001 dans le Rhône, passant de 5,1 pour 1000 habitants à 4,9.

Département témoin : Isère

Le taux d'équipement global en court séjour est nettement inférieur à celui du Rhône (3,1 lits pour 1000 habitants, contre 4,9), et à celui de la France (4,1). On ne constate pas d'évolution du taux d'équipement entre 1998 et 2001 dans l'Isère.

Tout comme le Rhône, l'Isère dispose d'un centre hospitalier universitaire, implanté dans l'agglomération de Grenoble.

**Lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée
au 1er janvier 2001**

		Rhône	Isère	France métropolitaine
	Nb lits	Taux*	Taux*	Taux*
Médecine	3434	2,2	1,5	2,0
Chirurgie	3410	2,2	1,3	1,7
Gynéco-obstétrique	781	2,2**	1,5**	2,0**
Total	7625	4,9***	3,1***	4,1***

Source : Drees (SAE), Statiss

* Taux = nombre de lits pour 1000 habitants

** Taux gynéco-obstétrique = nombre de lits pour 1000 femmes de 15-44 ans

*** Ensemble des lits pour 100 000 habitants

• La situation socio-économique

Des taux de chômage plus faibles dans le Rhône qu'en France

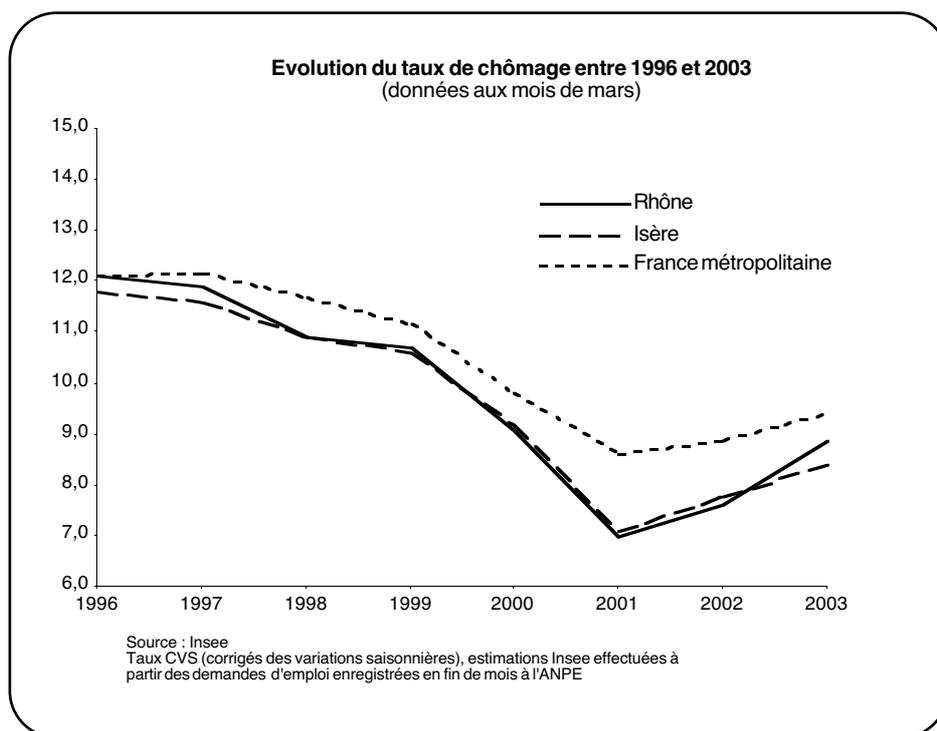
Le taux de chômage dans le Rhône s'élève à 8,9% en mars 2003. Il est inférieur de 0,5 points au taux de chômage national (9,4%).

L'évolution du taux de chômage est marquée, dans le Rhône comme en France métropolitaine, par une diminution dès 1996 pour le Rhône et à partir de 1997 pour la France métropolitaine, jusqu'en 2001. A partir de 2001, on observe une remontée du chômage. Dans le Rhône, le taux est passé de 7,0 % à 8,9 % de la population active entre 2001 et 2003.

Quelle que soit la période, le taux de chômage est toujours moins élevé dans le Rhône qu'en France métropolitaine, l'écart étant particulièrement marqué en 2001 (1,6 points) et 2002 (1,3 points).

Département témoin : Isère

L'évolution du taux de chômage entre 1996 et 2003 dans l'Isère est proche de celle du Rhône. En mars 2003, le taux s'élève à 8,4 % (contre 8,9% dans le Rhône).



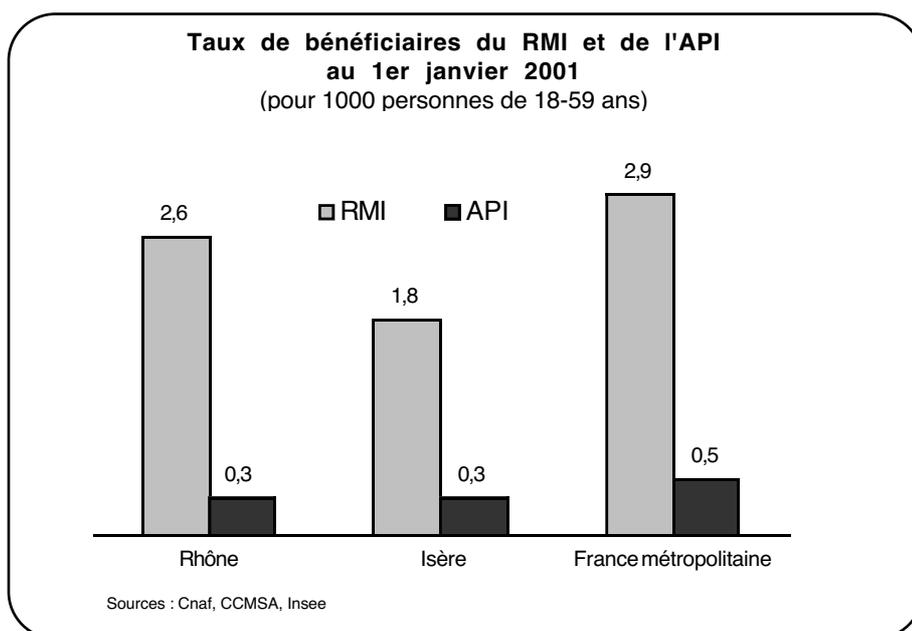
Des taux de bénéficiaires du RMI et de l'API plus bas que la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2001, le Rhône comptait 23 816 bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), soit un taux de bénéficiaires de 2,6 pour 100 habitants de 18-59 ans. Ce taux est un peu inférieur à celui de la France (2,9%). Ces taux n'ont que très peu évolué entre 1998 et 2001, que ce soit dans le Rhône ou en France métropolitaine, puisqu'ils s'élevaient respectivement à 2,6 et 3,0 au 31 décembre 1998.

Le taux de personnes bénéficiant de l'allocation parent isolé (API) est légèrement inférieur à celui de la France métropolitaine (0,3 pour 100 personnes âgées de 18 à 59 ans dans le Rhône, contre 0,5 au niveau national). Ces taux sont les mêmes qu'au 31 décembre 1998.

Département témoin : Isère

Le taux de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion est plus bas en Isère que dans le Rhône (1,8 allocataires pour 100 habitants de 18 à 59 ans, contre 2,6). Celui des allocataires de l'API est en revanche au même niveau (0,3%).



• La mortalité générale et la mortalité infantile

Faible mortalité générale et diminution de la mortalité infantile

Le département du Rhône présente en 1998 une sous-mortalité d'environ 7% par rapport à la moyenne nationale aussi bien pour le sexe masculin (1 087 décès pour 100 000 habitants contre 1 176 pour la France) que pour le sexe féminin (605 décès pour 100 000 habitants contre 650).

La mortalité infantile a fortement diminué en France métropolitaine pour se stabiliser à partir de 1996, à un taux de 4,5 décès d'enfants de moins d'1 an pour 1000 naissances vivantes. En 1999, cela représentait pour la France métropolitaine 3 190 décès.

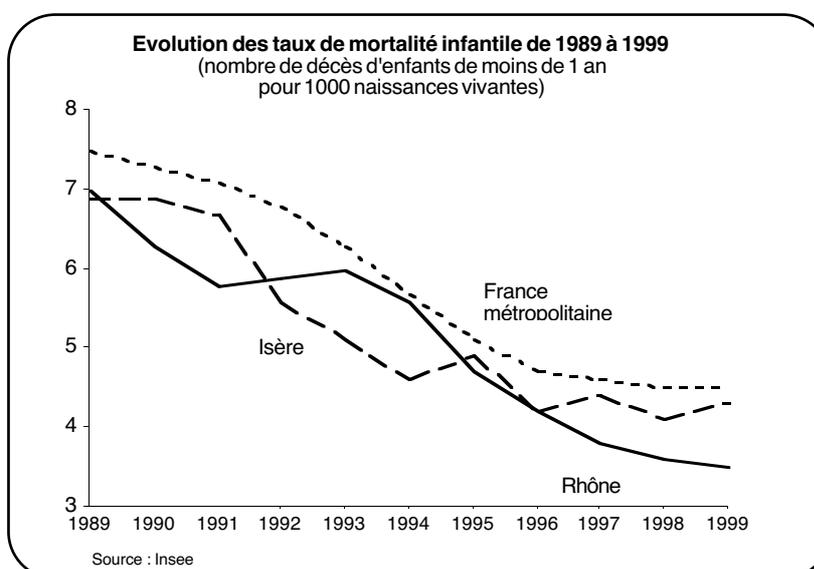
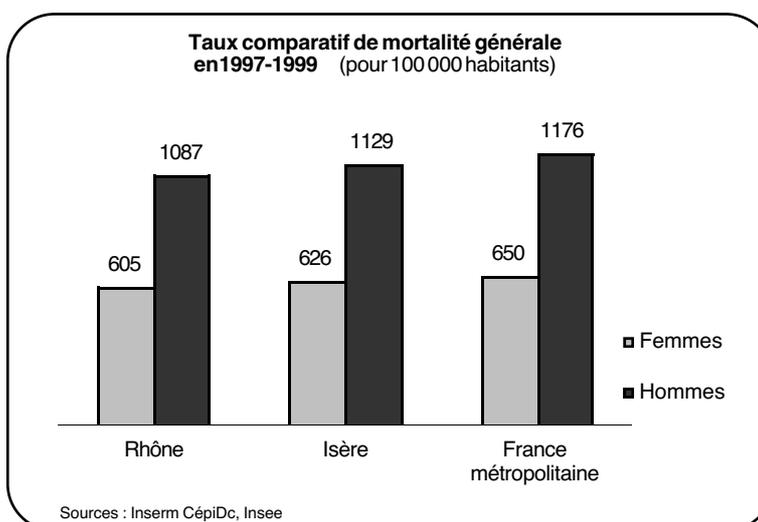
L'évolution observée dans le Rhône se distingue de l'évolution nationale : après une diminution de 1989 à 1991, le taux de mortalité augmente jusqu'en 1993 pour atteindre 6,0 décès pour 1000 naissances vivantes, taux proche de la moyenne nationale (6,3). Il connaît ensuite une diminution jusqu'en 1999 où il atteint 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes (contre 4,5 en France).

Département témoin : Isère

L'Isère est également en sous-mortalité par rapport à la France, mais dans une moindre proportion. Le taux de mortalité masculin est supérieur de 4% à celui observé dans le Rhône, et le taux féminin de 3%.

Le taux de mortalité infantile observé dans l'Isère a suivi une évolution particulière : après une diminution jusqu'en 1994, il alterne ensuite chaque année entre une augmentation et une diminution.

Le taux de mortalité infantile en Isère en 1999 est supérieur à celui du Rhône : 4,3 pour 1 000 naissances vivantes contre 3,5.



• La fécondité

Un indice conjoncturel de fécondité (nombre d'enfants par femme) en augmentation depuis 1998

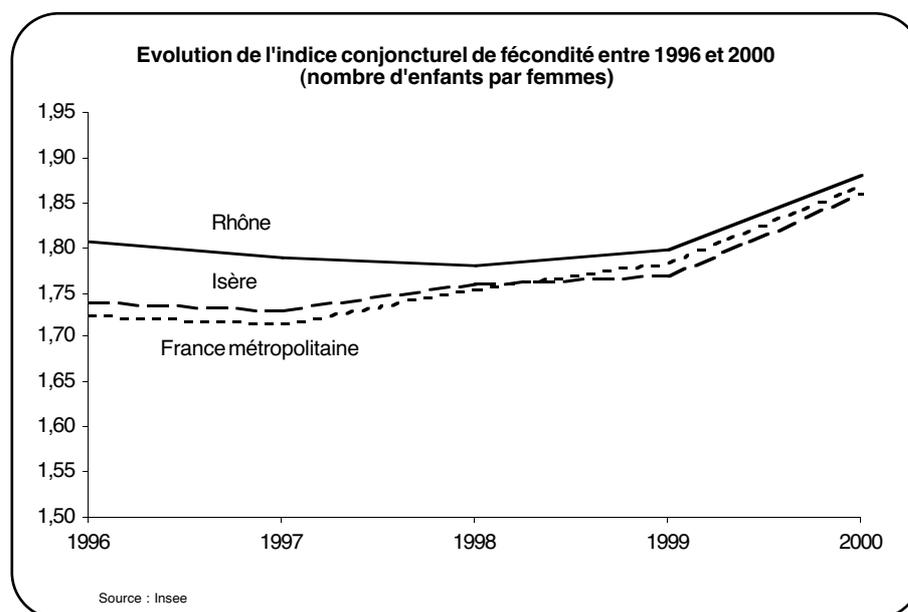
En 2000, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) du Rhône est de 1,88 enfants par femme de 15 à 49 ans, ce qui s'apparente au niveau national (1,87 enfants par femme en France métropolitaine).

De 1996 à 1998, l'ICF diminue légèrement dans le Rhône (passant de 1,81 à 1,78) tandis qu'il augmente en France (de 1,73 à 1,75), puis à partir de 1998, l'ICF du Rhône augmente et son évolution se rapproche de celle de l'ICF national.

Département témoin : Isère

L'Isère connaît un ICF proche de celui du Rhône : 1,86 enfants par femme dans l'Isère en 2000, contre 1,88 dans le Rhône.

Contrairement au Rhône, l'évolution de l'ICF entre 1996 et 2000 dans l'Isère est semblable à celle constatée au niveau national, passant de 1,74 enfants par femme à 1,86 entre 1996 et 2000 (respectivement 1,73 et 1,87 pour la France métropolitaine).



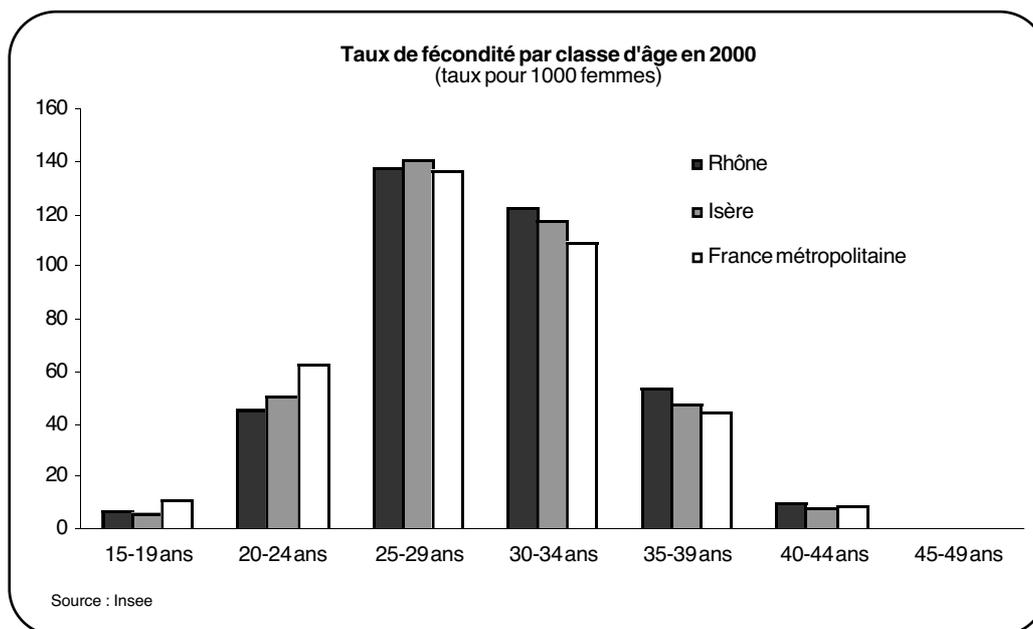
L'indice conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge, de 15 à 49 ans. Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes de ce même âge.

Une fécondité plus tardive qu'au niveau national

La comparaison des taux de fécondité en 2000 entre le Rhône et la France métropolitaine fait ressortir une fécondité plus tardive dans le département qu'au niveau national. En effet, le Rhône présente des taux de fécondité pour les femmes de 30-34 ans, 35-39 ans et 40-44 ans plus élevés que la moyenne française (respectivement 122,2 enfants pour 1 000 femmes contre 109,1 ; 53,8 pour 1 000 contre 44,9 et 10,5 pour 1 000 contre 8,7). En revanche, la fécondité est moins forte que la moyenne française chez les femmes de moins de 24 ans, particulièrement dans la classe d'âge 20-24 ans (taux de fécondité de 45,9 dans le Rhône contre 63,1 sur l'ensemble de la France).

Département témoin : Isère

Le département témoin présente des caractéristiques assez proches de celles du Rhône puisqu'on constate pour lui aussi une fécondité tardive par rapport à la France : ses taux de fécondité pour les moins de 24 ans sont inférieurs à ceux de la France métropolitaine, tandis que ceux des 25-39 ans sont supérieurs au niveau national.



Diminution de la fécondité des mineures entre 1999 et 2000

Le taux de fécondité des moins de 18 ans est inférieur au niveau national : 1,8 pour 1000 en 2000 dans le Rhône contre 3,0 en France métropolitaine.

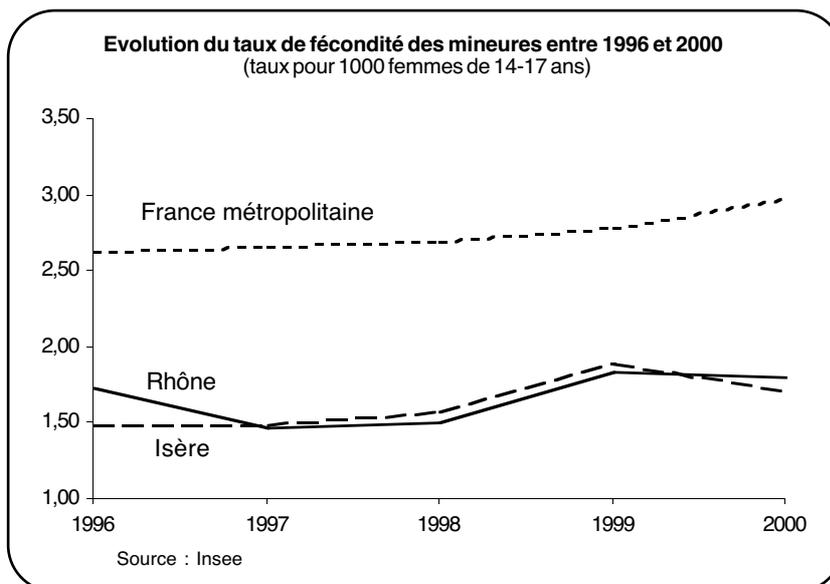
Si la France métropolitaine voit son taux de fécondité des moins de 18 ans augmenter régulièrement depuis 1996 (de 2,6 pour 1 000 en 1996, son taux passe à 3,0 en 2000), le Rhône affiche quant à lui une évolution plus irrégulière : une baisse entre 1996 et 1997, puis une hausse jusqu'en 1999 et enfin une légère baisse en 2000, en restant toujours inférieur au taux national.

Département témoin :

Isère

En Isère, le taux de fécondité des mineures est, comme dans le Rhône, nettement inférieur à celui de la France métropolitaine : 1,7 contre 3,0 pour 1000 en 2000.

L'évolution du taux de fécondité des mineures en Isère est relativement proche de celle du Rhône, avec cependant une diminution plus marquée en Isère de 1999 à 2000 (il passe de 1,9 à 1,7 pour 1000).

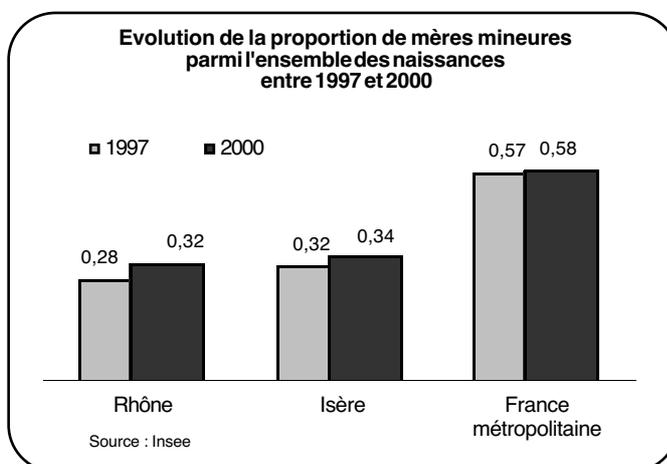


Moins de mères mineures qu'en France métropolitaine

Le Rhône présente un pourcentage de mères mineures inférieur à celui de la France métropolitaine (0,3% contre 0,6% en 2000). Ces pourcentages n'ont pas varié entre 1997 et 2000.

Département témoin : Isère

L'Isère affiche le même pourcentage de mères de moins de 18 ans que le Rhône en 1997 et 2000 (0,3%), pourcentage inférieur à celui de la France métropolitaine (0,6% des naissances en 2000).



• Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Taux d'IVG domiciliées : un recours plus fréquent à l'IVG qu'en France

Environ 5130 interruptions volontaires de grossesse ont été pratiquées à la demande de femmes domiciliées dans le Rhône en 1997.

En 1996, comme en 1997, le recours à l'IVG est plus élevé dans le Rhône qu'en France métropolitaine : le taux d'IVG pour 100 conceptions est en effet de 18,8 % en 1997 dans le Rhône, contre 17,8 % en France. Entre 1996 et 1997, on observe une augmentation plus forte du taux d'IVG domiciliées dans le Rhône qu'en France métropolitaine.

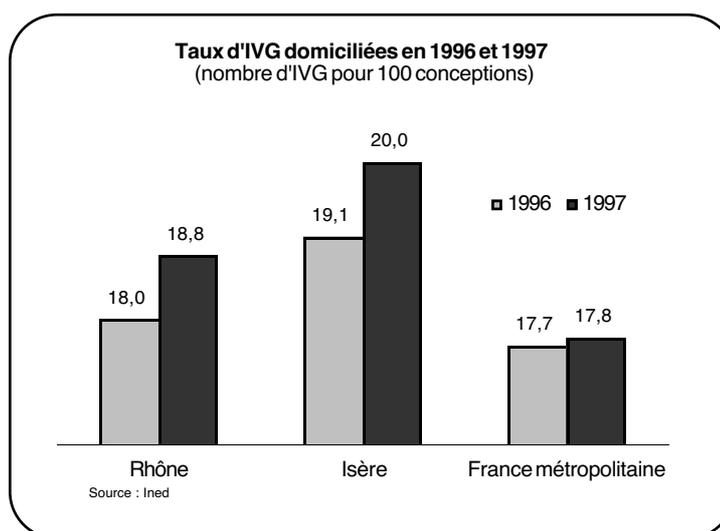
L'incidence des IVG a augmenté également entre 1996 et 1997 dans le Rhône, passant de 11,8 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans, à 12,3 pour 1 000. Ces taux d'incidence sont supérieurs aux taux d'incidence nationaux pour les deux années (10,7 pour 1 000 en France métropolitaine pour les deux dates).

Département témoin : Isère

En Isère, le recours à l'IVG est plus important que dans le Rhône et qu'en France : 20,0 IVG domiciliées pour 100 conceptions en 1997, contre 18,8 dans le Rhône et 17,8 en France métropolitaine.

L'incidence des IVG en Isère est très proche de celle des IVG dans le Rhône : en 1996, elle était la même (11,8 IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans) et en 1997, l'incidence était de 12,4 pour 1000, contre 12,3 dans le Rhône.

Les IVG enregistrées sont comptabilisées suivant le lieu où a été pratiquée l'intervention, les IVG domiciliées suivant le lieu de résidence de la femme. Le recours à l'IVG est calculé en rapportant les IVG domiciliées aux conceptions. Les conceptions sont obtenues en additionnant les naissances vivantes, les morts-nés et les IVG. Les données d'IVG sont particulièrement difficiles à obtenir : les IVG domiciliées, disponibles sur le site de l'INED ne sont plus actualisées depuis 1997 ; quant aux IVG enregistrées, elles ne sont pas encore disponibles selon l'âge de la mère (données DRASS).



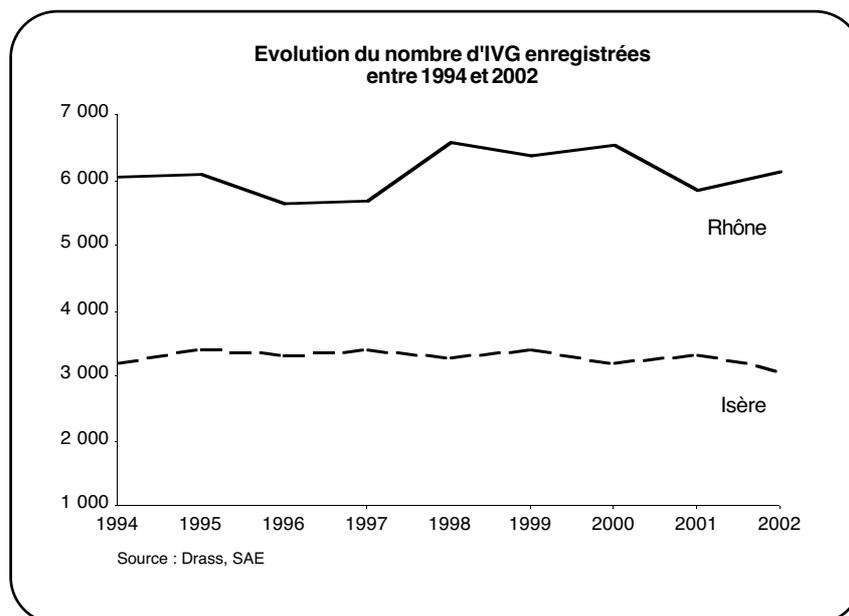
Plus d'IVG enregistrées dans le Rhône qu'en Isère

En 2002, le Rhône comptait 6 146 IVG enregistrées. Le nombre d'IVG enregistrées est toujours supérieur à celui des IVG domiciliées car des femmes des autres départements viennent pratiquer leur IVG dans le Rhône (exemple en 1997: 5 130 IVG domiciliées pour 5 699 IVG enregistrées).

Entre 1994 et 2002, le nombre total d'IVG enregistrées dans le Rhône a connu une évolution très irrégulière avec une légère hausse de 1994 à 1995, puis une diminution en 1996 avec ensuite une forte hausse jusqu'en 1998, puis une légère diminution en 1999 suivie d'une légère hausse en 2000, d'une forte diminution en 2001 et enfin d'une nouvelle hausse en 2002. Ces variations peuvent s'expliquer en partie par des problèmes d'enregistrement des IVG par les établissements : en 1996, un centre n'a pas déclaré ses IVG, et pour chacune des années 1997, 1999 et 2001, on compte un centre ayant déclaré ses IVG pendant seulement 6 mois.

Département témoin : Isère

L'Isère affiche un nombre d'IVG enregistrées moins important que le Rhône : 3 332 IVG en 2001 contre 5 863 dans le Rhône. Contrairement au Rhône, le nombre d'IVG en Isère a peu varié entre 1994 et 2001 (on ne constate pas de problèmes particuliers d'enregistrement des IVG par les établissements en Isère).



Un taux d'IVG pour 100 conceptions chez les mineures plus important dans le Rhône qu'en France

Dans le Rhône en 1997, 63,5% des conceptions chez les mineures se sont terminées par une IVG (108 IVG), contre 61,2% en France métropolitaine. Ce taux d'IVG chez les mineures dans le Rhône était de 64,3% en 1996, ce qui montre une légère diminution entre ces deux années, évolution semblable à celle observée en France (de 61,7% en 1996 à 61,2% en 1997).

Ce nombre rapporté à la population des 15-17 ans est moins élevé dans le Rhône qu'en France: 3,5 IVG pour 1 000 en 1997 dans le Rhône, contre 5,6 pour 1 000 en France, ce qui s'explique par une fréquence inférieure des conceptions à cet âge dans le département.

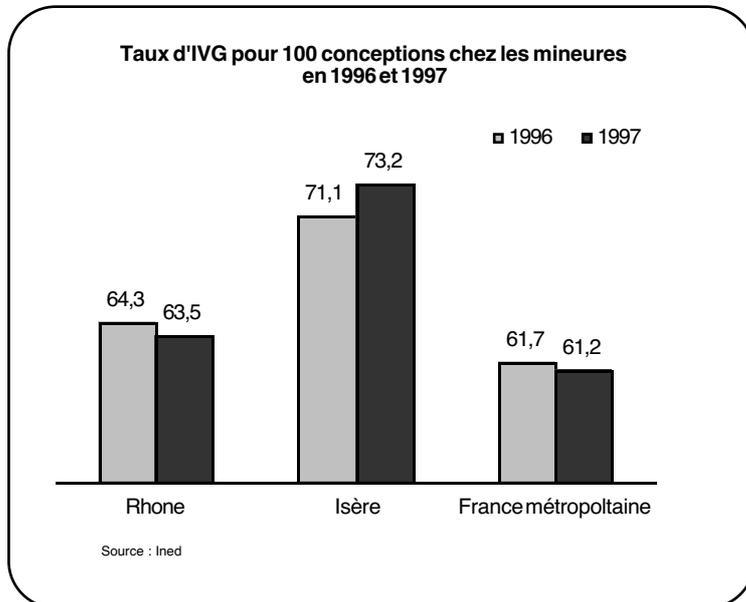
Les IVG chez les mineures représentent 2,1% de l'ensemble des IVG dans le Rhône en 1997, contre 4,2 % en France métropolitaine.

Département témoin : Isère

En Isère, le taux d'IVG domiciliées chez les moins de 18 ans (73,2%) est supérieur à ceux du Rhône (63,5%) et de la France (61,2%).

L'incidence des IVG chez les 15-17 ans est de 5,4 pour 1 000 femmes de 15-17 ans, taux relativement proche de celui de la France (5,6 pour 1 000), et supérieur à celui du Rhône (3,5 pour 1 000).

De même, la proportion d'IVG chez les mineures parmi l'ensemble des IVG est de 3,5% en 1997, ce qui place l'Isère au-dessus du taux dans le Rhône (2,1%) et en-dessous du taux en France métropolitaine (4,2 %).



L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires

Les principales missions des différents partenaires sont rappelées en annexe, page 184.

Centres de planification et d'éducation familiale

Implantation des centres dans le Rhône

Dans le Rhône, les CPEF sont au nombre de 20 (cf. Annexes Rhône), de statuts divers :

- 10 CPEF sont directement issus du Conseil général, dans les Maisons du Département du Rhône (MDR),
- 4 sont privés et conventionnés,
- 6 sont hospitaliers, dont 4 liés à des centres d'orthogénie.

Cette diversité de statut tient à la fois à l'obligation des centres d'orthogénie des Centres hospitaliers de disposer d'un CPEF, et à la volonté du Conseil général de conserver une pluralité d'offre. Parmi les CPEF privés conventionnés, il y a aussi bien le Mouvement français pour le planning familial qu'un Centre d'une association d'obédience chrétienne.

La répartition géographique des CPEF est la suivante : 5 sont à Lyon, 11 sont dans d'autres communes de l'agglomération lyonnaise, et 4 sont dans les villes périphériques du département : Tarare, Villefranche-sur-Saône, et Givors (2 CPEF).

L'agglomération lyonnaise, qui dispose de 16 CPEF et regroupe les quatre cinquièmes de la population du département, est bien couverte. Malgré la petite taille du Rhône, les 4 CPEF périphériques ne suffisent pas à assurer l'accessibilité aux CPEF pour tous. C'est pourquoi en 2002 ont été mises en place deux antennes de CPEF en milieu rural, à Amplepuis et à l'Arbresle. Néanmoins, les habitants de 3 cantons du Nord du département (Monsols, Beaujeu, Lamure-sur-Azergues), de 2 cantons de l'Ouest (Saint-Symphorien-sur-Coise, Saint-Laurent-de-Chamousset) et de celui de Condrieu du Sud, sont pour la plupart à plus de 20 km d'un CPEF.

Tous les CPEF, après agrément par la Préfecture, sont subventionnés par le Conseil général qui a parmi ses missions la planification familiale, le conseil conjugal, l'information des jeunes et la PMI (Protection maternelle et infantile).

Les CPEF sont des lieux de conseil individuel (ou en couple). Leur but est de faciliter l'accès à la contraception, notamment pour les jeunes. L'accessibilité aux mineurs est assurée par l'accès libre (sans les parents), la gratuité des consultations et des contraceptifs. Pour les majeurs, seuls les consultations sont gratuites, mais en pratique il arrive que des contraceptifs continuent à être délivrés aux majeures ayant des difficultés financières.

Les horaires d'ouverture des CPEF sont un élément important dans la disponibilité du service. L'ouverture le lundi (lendemain de week-end) et le mercredi (journée libre pour les lycéens) est importante pour faciliter l'accès des mineurs à la contraception et à la contraception d'urgence. Les horaires d'ouverture sont les suivants :

- les 10 CPEF du Conseil général sont en règle générale ouverts tous les jours du lundi au vendredi matin et après-midi. Toutefois un centre est ouvert uniquement les matins jusqu'à 13h30, un autre ouvert un mardi sur deux, un ouvert un mercredi sur deux, deux centres sont fermés le jeudi matin, deux fermés le vendredi et un fermé le vendredi après-midi.

Quatre CPEF sont ouverts au-delà de 18 heures (un le mardi, un le mercredi, un le jeudi, un le mercredi et le jeudi sur rendez-vous).

Les horaires des CPEF en 2002 ont peu changé depuis 1999, cependant l'application de la réglementation sur les 35 heures a permis d'augmenter les plages d'ouvertures des centres, et le recrutement d'un médecin supplémentaire a permis à tous les centres, sauf un, d'ouvrir le mercredi après-midi.

Au total, la disponibilité est de 88 demi-journées par semaine pour ces 10 CPEF, le centre le moins disponible étant ouvert 5 demi-journées par semaine, et 4 centres étant ouverts 10 demi-journées par semaine.

- Les horaires pour les 10 CPEF conventionnés ont peu changé entre 1999 et 2002. Trois sont ouverts le lundi matin et 7 le lundi après-midi. Sept sont ouverts le mercredi matin et 9 sont ouverts le mercredi après-midi.

Un centre est ouvert au-delà de 18 heures le lundi, deux le mardi et deux le jeudi. Un centre ouvre tous les jours après 18 heures sur rendez-vous.

Au total, la disponibilité est de 60 demi-journées par semaine pour ces 10 CPEF, le centre le moins disponible étant ouvert 1 demi-journée par semaine, 2 centres étant ouverts 10 demi-journées et un 11 demi-journées par semaine.

Bilan d'activité des centres de planification et d'éducation familiale

Les points marquants concernant l'activité des CPEF sont les suivants :

- Le nombre de consultations dans les CPEF relevant du Conseil général a augmenté entre 1999 et 2002 tandis qu'il a diminué dans les CPEF conventionnés. Cependant, le nombre total de consultations diminue de 8% entre 1999 et 2002, passant de 26 797 à 24 593 ;
- De même, le nombre de consultants dans les CPEF relevant du Conseil général a augmenté tandis qu'il a diminué dans les CPEF conventionnés. Au total, les CPEF du Rhône sont passés de 23 339 consultants en 1999 à 20 583 en 2002 (-12%). Cette diminution ne touche cependant pas les moins de 25 ans : leur fréquentation est stable puisque leur part a augmenté de 54% en 1999 à 61% en 2002.
- Les consultants sont essentiellement des femmes et plus de la moitié d'entre elles ont moins de 25 ans ;
- La contraception apparaît comme le premier motif des consultations et des entretiens ;
- Le nombre d'entretiens diminue dans les deux types de CPEF d'environ un quart entre 1999 et 2002, passant de 25 657 en 1999 à 19 628 en 2002 (cette diminution peut s'expliquer par le fait que les entretiens pré-IVG ne sont plus obligatoires depuis la loi du 4 juillet 2001);
- Le nombre de séances d'informations collectives réalisées par les CPEF du Rhône a augmenté entre 1999 et 2002, passant de 1278 à 1358 séances (+6%) ; tandis qu'à l'inverse le nombre de participants à ces séances a diminué d'un tiers (24 925 en 1999 à 16 292 en 2002).

Les données principales de 1999 et 2002 pour les 10 CPEF relevant du Conseil général sont les suivantes :

		1999	2002	Evolution
Nombre de consultations médicales	10 CPEF Conseil général	9329	12902	+38%
	10 CPEF conventionnés	17468	11691	-33%
Nombre de consultants	10 CPEF Conseil général	5963	6988	+17%
	10 CPEF conventionnés	17376	13595	-22%
Nombre d'entretiens	10 CPEF Conseil général	10463	7942	-24%
	10 CPEF conventionnés	15194	11686	-23%
Pourcentage de femmes parmi les consultants	10 CPEF Conseil général	96%	94%	-2%
	10 CPEF conventionnés	92%*	84%**	-9%
Pourcentage de consultants âgés de moins de 18 ans	10 CPEF Conseil général	18%	20%	+11%
	10 CPEF conventionnés	19%***	23%***	+21%
Pourcentage de consultants âgés de 18 à 24 ans	10 CPEF Conseil général	36%	41%	+14%
	10 CPEF conventionnés	47%***	42%***	-11%
Pourcentage de consultants venant pour la première fois	10 CPEF Conseil général	50%	51%	+2%
	10 CPEF conventionnés	29%	30%	+3%
Pourcentage des consultations ayant pour motif la contraception	10 CPEF Conseil général	55%	57%	+4%
	10 CPEF conventionnés	49%	57%	+16%
Pourcentage des entretiens ayant pour motif la contraception	10 CPEF Conseil général	29%	28%	-3%
	10 CPEF conventionnés	39%	37%	-5%
Nombre de séances d'information collectives réalisées	10 CPEF Conseil général	550	541	-2%
	10 CPEF conventionnés	728	817	+12%
Nombre de participants aux séances d'information collectives	10 CPEF Conseil général	9500	8418	-11%
	10 CPEF conventionnés	15425	7874	-49%

* Données manquantes pour 1 centre

** Données manquantes pour 2 centres

*** Données manquantes pour 3 centres

Les CPEF font également des séances d'information collectives, principalement en milieu scolaire. Sur les 20 CPEF, seuls 2 CPEF hospitaliers ne font pas d'information à l'extérieur. Un autre CPEF hospitalier fait de l'information, mais ce sont les classes qui se déplacent dans un lieu annexe de l'hôpital, car le personnel n'est pas autorisé à quitter l'hôpital. Les 17 autres CPEF font des réunions d'information dans les établissements scolaires. Ces données sont les mêmes entre 1999 et 2002.

L'académie de Lyon a instauré une charte pour les interventions en éducation à la sexualité et la contraception dans les établissements scolaires, demandant la présence d'un professionnel de CPEF et d'un professionnel de l'Education nationale pour chaque intervention. Ainsi les CPEF interviennent davantage avec l'Education nationale, mais il reste cependant difficile de trouver un temps commun pour préparer l'intervention en binôme.

Outre ces actions d'information réalisées systématiquement en milieu scolaire en partenariat avec l'Education nationale (essentiellement dans les collèges), des actions spécifiques ont été réalisées par les CPEF depuis 1999 :

- Des actions à destination des jeunes en insertion, en partenariat avec les Missions locales, ponctuelles mais organisées régulièrement : intervention dans le cadre du programme TRACE, participation aux petits déjeuners santé, aux semaines santé...

- Un stand du CPEF a été tenu lors d'une exposition intitulée "on ne badine plus avec l'amour", organisée en février 2000 par le CNDT (Centre régional d'information sur les drogues et les dépendances).
- Participation régulière à des forum-santé auprès des étudiants dans les facultés de Lyon, en partenariat avec la Médecine préventive universitaire et les Mutuelles étudiantes.

Les CPEF travaillent en partenariat avec les services de santé scolaire, le CRAES-CRIPS (Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé, Centre régional d'information et de prévention du sida), les CIDAG (Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit), l'ADES du Rhône (Association départementale d'éducation pour la santé), les services de PMI du Conseil général, les centres sociaux (CCAS), les Maisons pour tous, les centres d'information pour les jeunes (CRIJ).

Depuis la disponibilité de la contraception d'urgence gratuite en pharmacie, les CPEF ont observé une diminution des demandes. Malheureusement, cette évolution ne peut être chiffrée puisque les CPEF ne distinguent pas la contraception d'urgence de la contraception en général dans leur motif de consultation. Les seuls éléments disponibles sur la contraception d'urgence sont les nombres de boîtes de Norlévo® délivrées dans les CPEF : 412 boîtes en 2001, 278 en 2002 et 312 de janvier à novembre 2003. La distribution de la contraception d'urgence fluctue beaucoup selon les mois de l'année : entre 20 et 64 boîtes par mois (en juin).

Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial

Dans le Rhône, sept associations sont conventionnées :

Association Française des Centres de Consultations Conjugales (AFCCC)

13 rue d'Algérie, 69001 Lyon – Tél. 04 78 29 03 82

Centre d'Information et de documentation des Femmes et des familles (CIF)

18 place Tolozan, 69001 Lyon – Tél. 04 78 39 32 25

Centre de Liaison des Equipes de Recherche (CLER)

2 rue Constantine, 69001 Lyon – Tél. 04 78 27 14 13

Couple et Famille

284 rue Vendôme, 69003 Lyon – Tél. 04 78 60 34 32

Ecole des Parents et des Educateurs (EPE)

7 place des Terreaux, 69001 Lyon – Tél. 04 78 27 44 29

Mouvement Français du Planning Familial (MFPF)

2 rue Lakanal, 69100 Villeurbanne – Tél. 04 37 47 21 31

Vie et Famille

20 rue des Pierres plantées, 69001 Lyon – Tél. 04 72 10 17 90

Toutes les associations sont implantées à Lyon, sauf le MFPF basé à Villeurbanne. Elles sont très diverses dans leurs démarches, leurs objectifs, leurs activités, leur taille, leur volume d'activité, et donc le montant de leurs subventions (cf. tableaux ci-après).

**Activité des établissements d'information, de consultation et de conseil familial
du Rhône en 2002** (Source : rapports annuels des établissements à la DDASS)

Nom	Information collective	Entretiens pré-IVG	Entretiens de conseil	Permanences d'accueil et d'orientation
MFPF Villeurbanne	Adultes : 75 séances (590 pers.) Jeunes : 71 séances (716 pers.)	488 pers.	6199 pers., dont : contraception : 3343 post-IVG : 276	8966 pers.
CIF Lyon 1	Adultes : 85 séances, (675 pers.) Jeunes : 0	8 pers.	1899 ent. (1455 pers.), dont contraception : 3 ent. post-IVG : 0	0 ?
Couples et Familles Lyon 3	Adultes : 41 séances (246 pers.) Jeunes : 56 séances (836 pers.)	2055 ent. = 2319 pers.	1524 ent. (1908 pers.), dont contraception : 424 ent. post-IVG : 16 ent.	727 ent. (1628 pers.)
AFCCC Lyon 2	Adultes : 9 séances (108 pers.) Jeunes : 0	0	2242 ent. (3610 pers.)	420 ent. (1101 pers.)
EPE Lyon 1	Adultes : 20 séances (480 pers.) Jeunes : 0	0	145 ent. (366 pers.)	430 ent. (1100 pers. environ) +186 permanence tél. et écoute familles
Vie et famille Lyon 1	Adultes : 87 séances 28 sur contraception (1023 pers.) Jeunes : 92 séances (1395 pers.)	23 pers.	264 ent. (164 pers.), dont contraception : 0 post-IVG : 26 ent.	93 ent. (77 pers.)
CLER Lyon 1	Adultes : 263 séances (1100 pers.) dont 65 sur contraception Jeunes : 142 séances (1730 pers.)	0	528 ent. (259 pers.), dont contraception : 112 ent. post-IVG : 0	950 ent. (900 pers.)
				Total 2002

**Activité des établissements d'information, de consultation et de conseil familial
du Rhône en 1999** (Source : rapports annuels des établissements)

Nom	Information collective	Entretiens pré-IVG	Entretiens de conseil	Permanences d'accueil et d'orientation	Subvention DDASS 1999
MFPF Villeurbanne	Adultes : 39 séances (3586 pers.) Jeunes : 76 ent. (4680 pers.)	660 pers.	5718 pers. dont contraception : 5085 Post-IVG : 207	8720 ent. = 10451 pers.	60 082 € (394 110 F)
CIF Lyon 1 + 7 antennes banlieue	Adultes : 45 séances, aucune sur contraception Jeunes : 9 séances, 30 pers.	28 pers.	(996 heures)	15 187 demandes d'info, dont 1 187 sur vie familiale personnelle et santé	13 343 € (87 525F)
Couples et Familles ! données 1er trimestre 1999	Adultes : 12 séances (162 pers.) Jeunes : 85 séances (1033 pers.)	566 entretiens = 715 pers.	380 ent. dont : contraception : 19 post-IVG : 5	390 pers.	45 270 € (296 955 F)
AFCCC Lyon 2	Adultes : 36 séances, aucune sur contraception Jeunes : 0	0	1650 ent., aucun sur contraception	240 ent. = 1375 pers.	24 011 € (157 500 F)
EPE Lyon 1	Adultes : 7 séances (149 pers.) Jeunes : 0	0	79 ent. = 189 pers. + ent. téléphoniques + médiation	1 745 pers.	9 748 € (63 495 F)
Vie et Famille Lyon 1	Adultes : 75 séances aucune sur contraception Jeunes : 77 séances (730 pers.)	33 pers.	250 ent. : aucun sur contraception, 6 post-IVG	46 pers.	9 147 € (60 000 F)
CLER Lyon 1	Adultes : 277 séances (1731 pers.) dont 25 sur contraception Jeunes : 71 (1526 pers.)	0	283 ent. (316 pers.) dont : 98 ent. contraception 0 post-IVG	0	10 935 € (71 730 F)
				Total 1999	172 536 € (1 131 765 F)

Les points marquants concernant l'évolution de l'activité des établissements d'information, de consultation et de conseil familial entre 1999 et 2002 sont les suivants :

- Le nombre de séances d'informations collectives auprès des adultes a globalement augmenté entre 1999 et 2002, alors que le nombre de séances auprès des jeunes est en diminution. Cependant, une "séance" peut être très différente d'un organisme à l'autre, notamment pour le nombre de personnes concernées.
- Le nombre d'entretiens pré-IVG est globalement stable alors que les entretiens pré-IVG ne sont plus obligatoires depuis la loi du 4 juillet 2001.
- Le nombre d'entretiens a augmenté pour la plupart des établissements.
- Le nombre de personnes accueillies lors des permanences d'accueil et d'orientation a généralement augmenté.
- Les subventions accordées aux établissements d'information, de consultation et de conseil familial par la DDASS ont augmenté de 36% entre 1999 et 2002.

Etablissements de santé pratiquant des IVG

Dans le Rhône, 12 établissements hospitaliers pratiquent des IVG (cf. liste ci-dessous). Sept sont des hôpitaux publics, et 5 sont de statut privé (dont une clinique mutualiste).

CH de Givors <i>Public (avec CPEF)</i>	9 avenue du Pr Flemming BP 122, 69701 Givors cedex 04 78 07 30 00
CH de Tarare <i>Public (avec CPEF)</i>	1 Boulevard JB Martin, BP 143, 69173 Tarare cedex 04 74 05 46 46
CH de Villefranche sur Saône <i>Public</i>	6 plateau d'Ouilly, BP 436 69655 Villefranche-sur-Saône cedex 04 74 09 29 29
Hôpital Edouard Herriot <i>Public (avec CPEF)</i>	5 place d'Arsonval 69437 Lyon cedex 03 04 72 11 73 11
Hôtel Dieu <i>Public (avec CPEF)</i>	1 place de l'hôpital 69288 Lyon cedex 02 04 72 41 30 00
CH Lyon Sud <i>Public (avec CPEF)</i>	69495 Pierre-Bénite cedex 04 78 86 56 11
Hôpital de la Croix-rousse <i>Public (avec CPEF)</i>	103 Grande rue de la Croix-Rousse 69317 Lyon cedex 04 04 72 07 15 07
Polyclinique du Beaujolais <i>Privé à but lucratif</i>	120 Ancienne route de Beaujeu 69400 Arnas 04 74 65 66 66
Clinique Champ Fleuri <i>Privé à but lucratif</i>	224 avenue Jean Jaurès 69150 Décines 04 72 05 49 49
Polyclinique Pasteur <i>Privé à but lucratif</i>	15 rue Cordière 69800 Saint-Priest 04 72 23 21 21

Clinique de Montplaisir 8-10 avenue des Frères Lumière
Privé à but lucratif 69008 Lyon
 04 78 78 62 22

Clinique de l'Union (Mutualité du Rhône) 43 rue Louis Duclos
Mutualiste 69120 Vaulx-en-Velin
 04 78 79 47 00

Quatre établissements sont situés à Lyon, quatre sont en banlieue lyonnaise, et quatre sont dans les villes périphériques : Villefranche-sur-Saône (2 centres), Tarare, Givors (centre ouvert en juin 1999).

Les trois établissements publics implantés à Lyon (Hôpital Edouard Herriot, Hôpital de la Croix Rousse et Hôtel Dieu) ont fait à eux seuls plus des deux tiers des 6 146 IVG enregistrées dans le Rhône en 2002.

Trois des sept établissements publics du département du Rhône assurent en leur sein les entretiens pré-IVG, même s'ils ont par ailleurs des CPEF.

Les établissements du secteur public sont marqués par la précarité de leur personnel, puisque sur les 30 médecins pratiquant les IVG dans les 7 centres du département, seuls 6 étaient des praticiens hospitaliers temps plein ou temps partiel en mai 1999 (source : IRS).

Education nationale

Dans le Rhône, la contraception est abordée dans les collèges et les lycées de façon globale, avec la sexualité, les relations amoureuses. Cette approche globale est utilisée par les médecins, infirmières, enseignants et conseillers d'éducation de l'Education nationale qui interviennent en éducation à la sexualité. L'éducation à la sexualité réalisées par les enseignants, formés à ce type d'intervention, tend à se développer ces dernières années.

Des intervenants extérieurs peuvent également agir dans les classes. Les CPEF sont les partenaires les plus présents dans les collèges et les lycées sur le thème de la contraception. Le partenariat et la communication entre le personnel des CPEF et de l'Education nationale se sont enrichis suite à la formation commune aux deux institutions réalisée dans le cadre de l'étude-action. Par ailleurs, une infirmière employée de la firme Procter & Gamble (fabricant de protections périodiques) fait régulièrement des interventions concernant l'hygiène féminine dans les classes de 5°. L'Education nationale n'a pas fait appel à de nouveaux partenaires pour intervenir en éducation à la sexualité et la contraception depuis 1999.

L'éducation à la sexualité peut concerner toutes les classes du collège (6^e-3^e) et du lycée (2^{de}-terminale), cependant la priorité est donnée aux classes de 4^e et 3^e. Les modalités d'intervention en éducation à la sexualité et la contraception sont définies chaque année dans le projet d'établissement.

Les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté sont en place. Ils décident chaque année au mois de juin des actions sur l'éducation à la sexualité et la contraception qui seront réalisées lors de l'année scolaire suivante.

Les méthodes pédagogiques ne sont pas univoques, certains utilisent des films ou le photolangage, d'autres les questions-réponses, d'autres encore font d'abord travailler les élèves puis apportent des informations complémentaires par la suite.

Les deux médecins et l'infirmière de l'Education nationale formés pour l'utilisation du Photolangage "Adolescence, amour et sexualité" l'utilisent systématiquement lors de leurs interventions.

La contraception d'urgence est disponible dans toutes les infirmeries des collèges et des lycées (suite à la loi du 13 décembre 2000). Lors d'une demande de contraception d'urgence, les infirmières ont pour consigne d'orienter systématiquement l'élève vers un CPEF, même si la contraception d'urgence lui a été délivrée dans l'établissement scolaire.

Pour l'année scolaire 2002-2003, 271 demande de contraception d'urgence ont été enregistrées dans les établissements scolaires secondaires publics du Rhône (collèges, lycées, lycées professionnels). Au total, 133 élèves se sont vues délivrer le Norlevo (dont 91 par l'infirmière scolaire), et 243 ont été orientées vers un CPEF. Concernant le suivi des élèves, il a été effectué par l'infirmière pour 85 élèves et par le CPEF pour 145 élèves.

Des préservatifs sont à disposition des élèves dans les infirmeries. Ils sont fournis gratuitement par le CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida) ou les CPEF qui interviennent dans les classes. On compte en moyenne 500 préservatifs par an dans chaque infirmerie, ce nombre peut doubler pour certains lycées professionnels ayant une majorité d'élèves de sexe masculin. Depuis la rentrée 2002, il n'y a plus de distributeurs de préservatifs dans les lycées, du fait des dégradations dont ils faisaient l'objet, d'un mauvais approvisionnement des distributeurs et des mauvaises conditions de stockage des préservatifs.

Le nombre de grossesses et d'IVG parmi les élèves n'est pas connu. On dispose cependant du nombre d'élèves vues à leur demande pour suspicion de grossesse et IVG par les médecins de l'Education nationale : 46 élèves dans le Rhône pour l'année scolaire 2001-2002, et 86 pour 2002-2003. Ces chiffres ne sont pas connus par le service infirmier qui ne collecte ces informations que depuis la rentrée 2003. Les infirmières disposent cependant d'une fiche individuelle "de liaison" pour chaque élève vue pour une suspicion de grossesse ou pour IVG.

Les services social et médical ont fait 471 signalements pour maltraitance en 2001-2002 (dont 55 pour violences sexuelles) et 410 en 2002-2003 (dont 52 pour violences sexuelles).

Délégation aux droits des femmes

Dans le Rhône, la Délégation régionale Rhône-Alpes aux droits des femmes et à l'égalité a été le relais des Campagnes nationales sur la contraception de 2000 et 2002. Un comité de pilotage a été créé fin 1999, et s'est lié de 2000 à 2002 avec le comité de pilotage de l'étude-action dans le Rhône.

Des actions ont été impulsées durant le premier semestre 2000 : affichage sur les panneaux lumineux de la Ville de Lyon durant 10 jours en mai, projection d'un spot sur diapositive durant 15 jours dans le métro de Lyon.

L'absence de moyens financiers pour relayer la Campagne nationale contraception 2000 sur le terrain n'a pas facilité la tâche des professionnels. De ce fait, c'est l'étude-action qui a permis de soutenir la réalisation de deux actions :

- En octobre 2000, un numéro d'appel régional a été mis en place pour informer et orienter les personnes en matières de contraception et d'IVG. La campagne de promotion de ce numéro a été financée dans le cadre de l'étude-action à travers la réalisation et la diffusion de 20 000 cartes et 3 500 affiches.
- Le 15 novembre 2000 a été organisée une rencontre-débat sur la contraception pour les professionnels, action financée par la Ddass dans le cadre de l'étude-action.

Si le comité de suivi de l'étude-action a cessé de se réunir en 2003, le comité de pilotage des Campagnes contraception, quant à lui, continue ses rencontres. Au-delà de l'information sur la contraception, la réflexion des membres de ce comité s'oriente à présent sur les moyens de toucher certains publics, et sur d'autres sujets liés à la contraception et la sexualité tels que les violences faites aux femmes, les mariages forcés, l'accès aux droits des femmes, etc....

Autres acteurs

• **La Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt (DRAF)** est l'autorité académique des établissements d'enseignement agricole.

L'enseignement en lycée agricole a quelques particularités.

L'éducation à la sexualité est incluse dans le programme des classes de 4^e et 3^e technologiques (module éducation à la santé et à la sexualité, 20 heures), de baccalauréat professionnel (module MG.6, hygiène et protection de la santé, 25 heures) et de baccalauréat technologique (M3-Education physique et sportive, biologie et santé).

L'éducation à la sexualité est faite soit par les infirmières, soit par le CPEF ou autres intervenants extérieurs, de manière globale. Une seule infirmière est formée à l'utilisation du Photolangage "Adolescence, amour et sexualité" et l'utilise lors de ses interventions en classe de BEPA, où l'éducation à la sexualité ne rentre pas dans les programmes obligatoires.

Le Ministère de l'Agriculture dispose du RESEDA (Réseau d'Education à la Santé pour l'Ecoute et le Développement de l'Adolescent). Ce réseau permet aux personnes concernées par l'éducation à la santé d'échanger leurs expériences, de développer des partenariats sur différents sujets comme l'éducation à la sexualité.

Les infirmières du Ministère de l'Agriculture ont les mêmes missions que celles de l'Education nationale.

• **L'Association départementale d'éducation pour la santé (ADES)** du Rhône, située à Lyon, a été créée en 1937. Elle fait partie d'un réseau national composé de 118 comités (98 départementaux et 20 régionaux).

L'ADES a deux missions principales :

- Proposer un pôle ressource départemental en éducation pour la santé aux acteurs de prévention, professionnels et bénévoles
- Développer des actions en fonction des priorités de santé locales, départementales, régionales ou nationales.

Ainsi, l'ADES du Rhône met à disposition une documentation spécialisée (tracts, affiches, brochures, documents audiovisuels...) et propose aide et conseils pour la réalisation d'actions. Elle assure aussi une présence sur le terrain, en accompagnant les professionnels dans la mise

en place de programmes d'éducation pour la santé. Sa particularité est de s'adresser davantage aux acteurs relais de prévention (soignants, enseignants, secteur social) que directement aux publics.

L'ADES est un centre ressource en éducation à la sexualité, elle tient à disposition du public et des professionnels des outils et de la documentation. Elle dispose également de compétences méthodologiques pour la création d'outils.

- **Les missions locales**

Dans le Rhône, on compte 12 missions locales et 23 antennes, réparties sur l'ensemble du département. Leur mission principale des missions locales n'est pas de faire de l'éducation à la sexualité et la contraception, cependant les professionnels de ces structures se trouvent confrontés aux besoins des jeunes dans ce domaine et se chargent de les orienter pour répondre au mieux à leur demande. C'est à ce titre que les missions locales sont concernées par l'éducation à la sexualité et la contraception. Elles sont un lieu ressource pour les jeunes qu'elles orientent ensuite vers une structure adaptée (CPEF, ADES...).

De nombreuses actions concernant la santé ont été menées en 2001 et 2002 auprès des jeunes des missions locales, et c'est à travers ces actions que les thèmes de la sexualité et la contraception ont pu être abordés : ateliers de sensibilisation, soutien psychologique et groupes de paroles, ateliers santé "relation aux autres", visites médicales, module santé "développement personnel", semaines santé avec visite de CPEF par exemple, actions de sensibilisation au sida, petits déjeuners santé au cours desquels sont abordés différentes thématiques avec des professionnels de santé. Généralement, ces actions privilégient la parole et l'échange, sans chercher à transmettre obligatoirement des informations. Des documents avec les adresses des lieux ressources (notamment la plaquette « Sexualité, parlons-en ! ») sont mis à disposition des jeunes en libre-service ou peuvent être distribués après une intervention.

Pour ces actions, les missions locales font appel à divers partenaires : CPEF, Centre médico-psychologique, CDHS, association AIDES, ADES du Rhône, associations locales, CPAM, Conseil général, DDASS...

- **Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF)** a déjà été cité car il est à la fois établissement d'information, de consultation, ou de conseil familial et CPEF. Il s'est implanté à Lyon dès 1961 sous le nom de Mouvement Lyonnais pour le planning Familial. Le MFPF est à l'origine des centres de planification familiale et s'est distingué par son combat pour l'information sexuelle, la contraception et le droit à l'IVG. L'article I de ses statuts rappelle que le MFPF lutte "contre l'oppression spécifique des femmes, contre toutes les formes de discrimination et de violences, notamment sexuelles, dont elles sont l'objet". Le Mouvement regroupe en France près de 1200 animatrices dans 70 associations départementales, il est en contact avec 350 000 personnes par an.

- **L'association Sésame**, animée par un couple de médecins retraités, organise de nombreuses séances d'éducation à l'amour et à la sexualité pour les 10-20 ans, suivant une méthode expérimentée depuis 1996 à base de questions anonymes, et décrite dans un livre [Stagnara D. & P. L'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire. Privat-Dunod, 1992].

- **Le service de gynécologie de la Médecine préventive universitaire** propose gratuitement aux étudiantes : contraception, réponse aux urgences, aide personnalisée en cas de situation de détresse pour les démarches d'accès à l'IVG. Il répond à de nombreuses demandes individuelles

pendant ou en dehors de ces consultations, et par téléphone. Il distribue des plaquettes sur la contraception et l'IVG faites par des laboratoires ou crée ses propres affiches, diffusées sur les campus universitaires. Il organise également des actions d'informations sur les campus en collaboration avec les CPEF.

- **Le Centre Régional Information Jeunesse (CRIJ)** dispose d'adresses sur le thème de la contraception. Ces adresses peuvent être consultées au CRIJ (Lyon 2^e) ou dans un des Bureaux Information Jeunesse (BIJ) du département, ou par Internet (www.j-net.org). Ces listes d'adresses sont référencées sous la rubrique "santé", puis "contraception et prévention", puis "adresses utiles", puis "vie affective et familiale" puis enfin "information sexuelle". L'information s'est améliorée depuis 2000 puisque les informations sont complètes (tous les CPEF (20), tous les établissements de conseil familial (7), et 11 établissements sur 12 pratiquant des IVG). Cependant, la recherche par mot-clé "contraception" n'est pas du tout efficace : elle ne donne qu'une page d'information sur les différents moyens de contraception sans proposer de liens utiles ou d'adresses utiles. Il est en de même pour les mots "sexualité" et "grossesse".

Conclusion

Dans le Rhône, trois actions ont été mises en place dans le cadre de l'étude-action entre 2000 et 2002 :

- la création de la plaquette d'information "Sexualité, parlons-en!" en direction des jeunes,
- la création du Photolangage "Amour, adolescence et sexualité" comme outil d'animation,
- la formation commune des professionnels des CPEF et de l'Education nationale, intitulée "Education à la sexualité : comment en parler avec des groupes d'adolescents de collèges et de lycées?".

Les actions réalisées ont visé aussi bien les jeunes que les professionnels. Deux actions ont concerné la réalisation de supports d'information et d'animation, en direction des jeunes principalement. Le Photolangage permet à un groupe de réfléchir et d'échanger sur les relations amoureuses et la sexualité, et la plaquette d'information complète son utilisation en donnant à chacun des informations pratiques en matière de sexualité et contraception.

Le travail sur ces outils de communication et d'animation a été complété par la formation commune qui s'adresse aux professionnels intervenant en éducation à la sexualité. Cependant, la formation à l'utilisation du Photolangage n'a, pour l'instant, pas été à la hauteur de la diffusion de cet outil.

La création de la plaquette d'information et du Photolangage répond au besoin mis en évidence dans l'état des lieux initial et qui concerne la carence d'outils d'information sur la contraception. Cependant, ces outils sont destinés principalement aux jeunes scolarisés, et il apparaît qu'ils ne sont pas forcément adaptés aux jeunes en difficultés avec l'écrit (publics des missions locales, de la PJJ...) qui étaient pourtant un public à rejoindre. Ainsi, un travail reste à accomplir sur les moyens de toucher d'autres publics que les jeunes scolarisés, et notamment les jeunes en difficultés.

La formation commune des professionnels des CPEF et de l'Education nationale, non prévue dans le projet initial, a permis d'améliorer le partenariat des intervenants en éducation à la sexualité dans les établissements scolaires, ainsi que l'information et l'accès à la contraception chez les jeunes.

L'étude-action a par ailleurs révélé un besoin de formation pour les professionnels s'occupant des jeunes en difficultés n'ayant pas de compétences ni de connaissances particulières dans le domaine de la sexualité et la contraception.

Les indicateurs de résultats ne sont pas disponibles, notamment concernant les pratiques contraceptives, et peu de changements ont été observés dans le Rhône au cours des dernières années parmi les indicateurs de contexte (population, offres de soins,...) et de grossesse (fécondité, IVG...). De plus, ces indicateurs ne couvrent pas toute la période (dernières données en 2000) [cf encadré].

L'évolution des indicateurs

Le Rhône est un département plus peuplé, plus urbain, plus jeune, plus actif que la moyenne française. Son niveau de mortalité est par contre inférieur à la moyenne française, chez les hommes comme chez les femmes.

La maternité y est plus tardive que la moyenne française, le taux de fécondité étant plus bas chez les adolescentes et les moins de 25 ans, mais plus élevé à partir de 30 ans. La maternité adolescente ne concerne que trois femmes pour 1 000 accouchements, soit la moitié de la moyenne française.

Le recours à l'IVG est plus fréquent dans le Rhône qu'en France (12,3 femmes sur 1 000 de 15-44 ans ont eu recours à l'IVG en 1997 dans le Rhône contre 10,7 en France). L'IVG a concerné 108 mineures en 1997 dans le Rhône, soit 3,5 jeunes filles de 15-17 ans sur 1 000 (5,6 en France). Les mineures représentent 2% de l'ensemble des IVG dans le Rhône en 1997 (contre 4% en France).

Peu d'évolutions ont été observées concernant ces indicateurs depuis 1997.

L'évaluation de l'impact de l'étude-action est donc essentiellement basée sur des éléments qualitatifs obtenus à partir des évaluations des actions et par les entretiens avec les responsables départementaux des organismes.

Les éléments positifs de l'étude-action et les obstacles rencontrés sont présentés dans les parties suivantes.

Par ailleurs, il est difficile d'imputer ces changements observés et rapportés à l'étude-action uniquement, du fait de la réalisation d'autres interventions en parallèle (en particulier dans le cadre des deux Campagnes nationales contraception) et des changements législatifs et réglementaires (contraception d'urgence, IVG...).

1 - Les aspects favorables

• Renforcement du partenariat au niveau départemental

Les membres du comité de pilotage de l'étude-action mettent en avant les conséquences positives des rencontres du comité en terme de partenariat et de connaissances des acteurs de l'éducation à la sexualité. Ces rencontres ont permis de réellement renforcer le partenariat en mettant en place un réseau d'acteurs départementaux (DDASS, Conseil général, Education nationale, Délégation départementale aux droits des femmes, Missions locales, Association départementale d'éducation pour la santé, Direction régionale de l'agriculture et de la forêt, Protection judiciaire de la jeunesse, Mouvement français pour le planning familial...) ayant une culture commune sur ce sujet, elles ont permis également aux acteurs de connaître le rôle et les contraintes de chacun, de réfléchir sur leurs pratiques et de créer des liens.

L'étude-action a permis d'engager une réflexion en matière de prévention des grossesses non désirées, avant de se lancer dans la réalisation d'actions, et c'est à travers cette réflexion puis par la mise en place des actions que les professionnels ont appris à travailler ensemble, concrètement, sur un projet commun.

- **Meilleure connaissance et collaboration entre les équipes CPEF et Education nationale**

Sur le terrain, une synergie (préparation et réalisation des interventions en commun) s'est développée entre les équipes des CPEF et les professionnels de l'Education nationale qui se connaissent et collaborent mieux, notamment suite à la formation commune qui leur a été proposée et à la circulaire ministérielle (n°2003-027 du 17-02-2003). Toutefois, cette meilleure collaboration est mieux documentée du côté des CPEF que de l'Education nationale à travers l'évaluation "à distance" qui a été faite de la formation commune.

- **Meilleure prise en compte de l'éducation à la sexualité et à la contraception**

Parmi les changements observés par les membres du comité de pilotage suite aux Campagnes nationales et à l'étude-action, certains mentionnent une prise de conscience parmi les professionnels en contact avec des publics jeunes (acteurs de prévention ou non) de l'importance de parler de contraception et d'en parler de façon construite et adaptée, avec des personnes compétentes.

Par ailleurs, les professionnels s'accordent à dire que l'éducation à la sexualité a évolué. Il existe à présent un consensus sur le fait que ce n'est pas seulement une information sur la contraception, mais aussi une réflexion sur les valeurs, les représentations qui façonnent chacun, et que ces deux dimensions doivent être menées conjointement. Les actions en éducation à la sexualité étant basées sur un travail sur les représentations de chacun et la relation aux autres, l'évolution des comportements se fera progressivement et ne pourra être observé que dans quelques années.

Les Campagnes nationales et l'Etude-action ont permis également de parler de tout ce qu'il y a autour de la contraception, et de mettre en lumière les difficultés qu'il peut y avoir pour faire une information sur ce sujet auprès de certains publics.

- **Positionnement d'autres acteurs sur le thème de l'éducation à la sexualité et la contraception**

Les professionnels des missions locales dont la mission n'est pas de faire de l'éducation à la sexualité et à la contraception se trouvent pourtant confrontés aux besoins des jeunes dans ce domaine. Les Campagnes nationales contraception et l'étude-action ont permis de signifier l'importance du problème auprès des équipes des Missions locales et de légitimer leur rôle dans ce domaine. Des affiches et des documents sur la contraception ont été mis dans les missions locales, incitant les jeunes à poser davantage de questions aux équipes ; tandis que les équipes ont été formées pour prendre en compte la santé des jeunes, savoir écouter et entendre certaines choses, ainsi qu'orienter les jeunes, les mettant ainsi plus à l'aise sur ces questions.

Avant les Campagnes nationales sur la contraception et la mise en place de l'étude-action, l'ADES du Rhône ne travaillait pas de façon spécifique sur la question de la sexualité et de la contraception. Elle tenait à disposition du public des outils sur ce thème, mais ceux-ci étaient peu nombreux et pas toujours adaptés.

Pendant l'étude-action, l'ADES a animé les groupes de travail qui ont réalisé la plaquette "Sexualité, parlons-en!", a participé à la conception du Photolangage "Adolescence, Amour et Sexualité", et a organisé les séances de formation destinées aux professionnels utilisateurs du Photolangage. Ainsi, l'ADES a été amenée à se positionner davantage comme un centre ressource en éducation à la sexualité, en particulier pour la mise à disposition d'outils et de documentation, mais aussi de compétences méthodologiques pour la création d'outils.

- **Impulsion d'autres actions, d'autres réflexions**

La dynamique du comité de pilotage et la réflexion qui s'est développée sur ce thème a pu engendrer d'autres actions en parallèle.

Ainsi, un membre du comité de pilotage de l'étude-action a impulsé le choix du thème d'une réunion d'information et de débat : "sexualité des adolescentes, contraception et grossesses non désirées". Ouverte à tout public, cette rencontre a eu lieu le 6 décembre 2001 à Lyon. Les intervenants étaient le Pr Jean Pierre Deschamps, pédiatre et professeur de santé publique, et Mme Nicole Athéa, gynécologue-endocrinologue. Cette action a été réalisée dans le cadre d'un cycle de conférences sur l'adolescence organisé par le CRAES (Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé), l'ADES du Rhône et la Fondation de France. Elle n'a pas été financée par la DDASS.

Le 18 décembre 2003, l'ADES du Rhône et la Chronique sociale ont organisé, en collaboration avec la DDASS du Rhône, l'Education nationale et le Conseil général du Rhône, une journée de réflexion sur le thème "Parler de sexualité avec les adolescents : quels espaces de parole et de réflexion mettre en place ?". Cette journée s'adressait aux différents acteurs de l'éducation à la sexualité, et a été mise en place suite à la publication par la Chronique sociale de trois ouvrages à visée pédagogique sur la question de la sexualité, dont le Photolangage "Adolescence, Amour et Sexualité".

Par ailleurs, la réflexion qui a eu lieu pendant ces trois années sur l'éducation à la sexualité et les actions qui ont pu être réalisées ont permis de faire émerger certains besoins, en particulier sur les moyens de toucher certains publics et d'aborder d'autres thèmes liés à la sexualité et la contraception. Le comité de pilotage des Campagnes contraception oriente à présent sa réflexion sur les moyens adaptés pour répondre à ces besoins.

D'autre part, des pistes de travail se sont dessinées pour l'ADES du Rhône, comme la création d'un Photolangage sur un autre thème (le tabac?).

- **Possibilité d'utiliser les outils dans d'autres départements**

Les outils créés dans le cadre de l'étude-action peuvent être utilisés dans d'autres départements que le Rhône. La plaquette "Sexualité, parlons-en!" peut être éditée dans d'autres départements en modifiant la dernière page (adresses). Elle est un bon outil pour les jeunes scolarisés, mais ne convient pas à tous les publics du fait de sa longueur et des nombreux textes qu'elle contient. Le Photolangage va être diffusé dans les sept autres départements de la région, notamment grâce à la distribution de "mallettes contraception" réalisé par le MFPF de la Loire où il sera rajouté (financement FNPEIS). En parallèle, des séances de formation à l'utilisation du Photolangage sont prévues en 2004 dans chaque département de la région.

2 - Les difficultés et les obstacles

- **Le pilotage du programme**

La rotation rapide des personnes en charge de la contraception et de l'IVG à la DDASS (trois personnes en quatre ans) a entraîné quelques difficultés pour assurer la continuité de la coordination de l'étude-action, alors que la stabilité au Conseil général était plus grande (la même personne au cours des quatre années). La contraception relevant de la compétence des départements, on peut se demander si le Conseil général n'aurait pas été mieux placé pour coordonner l'étude-action, du moins dans son aspect organisationnel.

- **La coordination**

La complexité de coordination des différents niveaux des organismes étatiques est également une limite. Ainsi, la DDASS et la DRASS oeuvrent toutes deux dans le domaine de la santé, avec chacune un service santé et un service social. L'Education nationale est composée de l'académie et du rectorat, avec pour chacun trois services indépendants : médical, infirmier et social. La coordination et le lien entre tous les services ne sont pas toujours évidents.

Ainsi, des dynamiques peuvent émerger sans qu'il y ait de lien avec les autres démarches ou projets qui existent (ou ont existé) en parallèle. Par exemple, au niveau régional, la DRASS anime un groupe de travail sur l'éducation à la sexualité qui souhaite faire notamment une formation commune aux professionnels intervenant sur le sujet, mais il n'y a pas de lien fait avec l'expérience de l'étude-action réalisée dans le Rhône.

- **Les liens entre les institutions**

Les rencontres du comité de pilotage ont permis de créer ou renforcer les liens existant entre les institutions. Les membres du comité constatent néanmoins que ces liens entre institutions reposent souvent sur une personne, et tout changement fragilise la relation qui avait pu s'établir au cours d'un tel projet.

Par ailleurs, l'échange d'informations entre les institutions est resté très limité, que ce soit en terme d'indicateurs (suivi du nombre d'IVG ou de grossesses chez les mineures) ou en terme d'activité des services concernés (CPEF, santé scolaire, et lien entre les deux).

- **Les ressources des organismes impliqués dans l'étude-action sont limitées**

- **Les limites touchent d'abord les ressources humaines** : les CPEF connaissent une saturation de leur activité et ont donc des difficultés pour accueillir plus de consultants et répondre à toutes les demandes d'intervention des établissements scolaires. Les établissements de conseil conjugal et familial (excepté le Centre d'information féminin et le Mouvement français pour le planning familial) s'impliquent peu sur la question de la contraception et de l'IVG, ils semblent davantage positionnés sur la famille et le couple. Ils pourraient cependant relayer les CPEF et renforcer ainsi le réseau des intervenants en éducation à la sexualité.

Les ressources sont limitées également concernant le personnel de santé de l'Education nationale et de l'Enseignement agricole (dépendant de la Direction régionale de l'agriculture et de la forêt), puisqu'il n'y a pas d'infirmière présente en permanence dans chaque collège et lycée, et que les médecins ont peu de temps pour faire de l'éducation à la santé en dehors de leur activité médicale (consultations et dépistages) qui reste la priorité.

- **Les limites concernent également les budgets de fonctionnement**. Par exemple, il n'y a pas de budget disponible en 2004 dans le Rhône à l'Education nationale et l'enseignement agricole pour financer la formation de leur personnel au Photolangage. Le personnel pourra participer à la formation seulement si elle est gratuite et s'il est prévu un dédommagement des frais de déplacement.

- **Avec la fin du financement de l'étude-action**, on a pu observer un essoufflement de l'engagement inter-institutionnel. Les professionnels de divers organismes notent la difficulté de se mobiliser et travailler en commun sur un projet (notamment pour les associations) sans disposer d'un budget. Les moyens financiers permettent d'envisager la réalisation d'actions précises, ce qui est très motivant pour les professionnels investis dans un projet.

L'objet de ce chapitre est de présenter le bilan des actions menées depuis 2000 dans le département et l'évolution de la situation dans le domaine de la prévention des grossesses non désirées.

L'état des lieux final est basé, d'une part, sur une analyse d'indicateurs de contexte général du département et d'indicateurs plus directement liés à la grossesse et à l'IVG, et, d'autre part, sur une analyse des méthodes d'intervention des acteurs locaux impliqués dans le domaine de la contraception et de l'IVG.

Ce chapitre comprend quatre parties :

- 1 - Le projet initial et le comité de pilotage
- 2 - Les actions menées en Seine-Saint-Denis
- 3 - L'état des lieux final en termes d'indicateurs
- 4 - L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires

Le projet initial et le comité de pilotage

Le programme « grossesses non désirées » en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, la thématique de la prévention des grossesses non désirées est très ancienne. De nombreuses actions dans ce domaine ont été réalisées, touchant notamment la prévention des abus sexuels, la prévention des comportements sexistes, l'amélioration de l'information en matière de contraception,

La décision de constituer un groupe de pilotage autour de cette problématique est antérieure à l'appel d'offres de la DGS mais la composition définitive n'était pas encore arrêtée.

Le projet initial devait consister en une description des caractéristiques épidémiologiques des grossesses non désirées des adolescentes de Seine-Saint-Denis avec pour objectif de proposer des actions pouvant permettre une diminution de ces grossesses non désirées.

Certains objectifs spécifiques étaient définis dans le projet initial, notamment : améliorer l'accès à la contraception d'urgence, par une information appropriée des professionnels et une identification des lieux d'information, sensibiliser les intervenants confrontés aux situations de viol et d'abus sexuels ou de mariages forcés, soutenir et développer des liens entre les différentes institutions concernées par la prévention des grossesses non désirées chez les jeunes (Conseil général, services de l'Etat, planning familial, commissariat, point info jeunes, Centres hospitaliers, gynécologues libéraux...), soutenir les « femmes relais », qui sont les plus à même de transmettre une information prenant en compte les particularités culturelles, assurer aux personnes se présentant dans un service hospitalier pour une Interruption volontaire de grossesse (IVG) une prise en charge correcte par un médecin formé.

Pour répondre à ces objectifs, un comité de pilotage a été mis en place (voir ci-dessous) et les projets d'actions suivants ont été proposés :

- élaboration de dépliants et brochures à l'attention des centres de prévention, des pharmacies, des femmes,
- distribution de la contraception d'urgence en milieu scolaire et formation des infirmières scolaires participant à ce travail,
- action de sensibilisation des assistantes sociales scolaires à la problématique des mariages forcés,
- travail de formation des policiers sur les agressions sexuelles,
- enquête auprès des jeunes filles de moins de 20 ans afin d'identifier les causes spécifiques des grossesses non désirées en Seine-Saint-Denis,
- enquête sur les mariages forcés et la connaissance des moyens de contraception par les jeunes femmes.

Ce projet initial a été discuté au sein du comité de pilotage et remanié pour arriver progressivement à un projet d'ensemble qui puisse réunir les actions jugées les plus pertinentes en termes de prévention des grossesses non désirées chez les jeunes femmes mineures et celles qui souhaitaient être développées par les différents partenaires du comité de pilotage.

Alors que cela n'était pas spécifié dans l'appel d'offres, le département de la Seine-Saint-Denis a, d'emblée, orienté l'étude-action vers les jeunes femmes mineures.

Les actions finalement retenues et mises en œuvres dans le cadre du programme de prévention des grossesses non désirées reprennent partiellement celles prévues dans le projet initial mais avec des orientations différentes.

Le comité de pilotage en Seine-Saint-Denis

Constitution du comité de pilotage

Le comité de pilotage réunit de nombreuses associations et institutions qui, pour la plupart, travaillent ensemble depuis de nombreuses années. Le « pilote » du comité est la DDASS et le porteur de projet le Mouvement français pour le planning familial (MFPF).

Le comité de pilotage est composé de professionnels issus des institutions et associations suivantes :

- la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS),
- le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) de Villepinte,
- le Conseil général, bureau planification du service Protection maternelle et infantile (PMI) de la Direction de l'Enfance et de la famille (DEF),
- la Délégation départementale aux Droits des femmes et à l'égalité,
- la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM),
- la Direction départementale de la Protection judiciaire de la jeunesse (DDPJJ),
- la Direction départementale de la jeunesse et des sports (DDJS),
- la Direction départementale de la Sécurité publique de Seine-Saint-Denis,
- le Conseil de l'Ordre des médecins,
- l'Inspection académique, Service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE) et service social en faveur des élèves,
- le Centre hospitalier de Montreuil,
- le Centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis,
- le Centre hospitalier R.Ballanger d'Aulnay-sous-bois,
- l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.

Fonctionnement du comité de pilotage

Le comité de pilotage est animé par le Médecin Inspecteur de Santé publique de la DDASS, responsable de la mise en œuvre de l'étude-action. Il s'est réuni 3 fois en 1999, 7 fois en 2000, 3 fois en 2001, 3 fois en 2002 et aucune fois en 2003.

Des groupes de travail relatifs à une thématique et à une action particulière ont été constitués.

Initialement, six groupes ont été constitués pour travailler sur les actions mises en place la

première année : amélioration de l'accessibilité à la contraception d'urgence en collège et lycée, formation-information des professionnels concernés par la problématique des mariages forcés, formation-information des professionnels de la Brigade des mineurs à la problématique des violences sexuelles, diffusion de matériel d'information, journée départementale sur la contraception, réalisation d'une étude qualitative et quantitative relative aux difficultés d'obtention de l'autorisation parentale pour une IVG.

Ces groupes se sont réunis régulièrement et indépendamment du comité de pilotage. Pour certains d'entre eux, ont été accueillis lors des réunions de travail des professionnels extérieurs au comité de pilotage.

Rôle du comité de pilotage

Le comité de pilotage a, dans un premier temps, défini le programme de l'étude-action sur la « prévention des grossesses non désirées ». En effet, certains projets d'action initialement prévus n'ont pas été maintenus, l'enquête sur les mariages forcés notamment.

D'autres actions ont été modifiées en fonction de la législation : c'est le cas de l'action relative à l'accès à la contraception dans les établissements scolaires. Le projet initial prévoyait une enquête cas-témoins afin d'étudier la pertinence d'équiper les établissements scolaires en contraception d'urgence.

Dans un second temps, le comité a eu pour rôle d'assurer le suivi des actions proposées et mises en oeuvre.

En particulier, lors des réunions de comité de pilotage, l'état d'avancement de chaque action était proposé par les porteurs de projet.

Ce suivi consiste à s'assurer que les objectifs fixés pour les différentes actions sont respectés, tout en ayant la possibilité d'adapter les objectifs en fonction du déroulement de l'action, par exemple élargir le public cible ou encore augmenter la diffusion des moyens d'information.

Les réunions du comité de pilotage permettent un échange d'informations et ainsi une meilleure connaissance des actions réalisées par les différents partenaires.

Au fur et à mesure du déroulement de la recherche-action, les partenaires ont appris à mieux se connaître et ainsi à se contacter plus fréquemment en dehors des comités de pilotage.

D'autre part, le comité a pour rôle de vérifier que le travail est réalisé selon le calendrier planifié et a aussi pour rôle d'examiner les difficultés (logistique, moyens mis en oeuvre, difficultés financières, etc...) auxquelles peuvent être confrontés les acteurs afin de proposer, en concertation avec tous les membres du comité de pilotage, les solutions les plus adaptées.

Ce rôle de suivi des actions s'étend aussi à définir la mise en place de nouvelles actions.

Le comité doit, en outre, examiner le budget alloué pour le programme de prévention des grossesses non désirées.

Le budget attribué par la Direction générale de la santé au Mouvement français pour le planning familial, association « porteur » du projet, est examiné en comité de pilotage.

La répartition budgétaire selon les actions est décidée par l'ensemble du groupe et la décision est prise avec accord de la DDASS.

Par ailleurs, le comité de pilotage a également préparé la participation du département de la Seine-Saint-Denis à la journée nationale du 13 décembre organisée par la Direction générale de la santé, journée rassemblant les coordinateurs des actions pilote dans les trois départements, deux ou trois promoteurs de ces actions, les ORS et la Fnors.

Pour la Seine-Saint-Denis, le médecin inspecteur de la DDASS a présenté le département et le programme mis en œuvre, la déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité les actions de « formation à la prévention des mariages forcés » et la « prévention des comportements sexistes », la gynécologue de la maternité des Lilas et la sociologue ayant travaillé sur l'enquête ont présenté les résultats des enquêtes qualitative et quantitative.

Evaluation du fonctionnement du comité de pilotage

Le comité de pilotage est marqué par une période de fonctionnement régulier et assidu, en particulier au cours de l'année 2000, où il s'est réuni 7 fois. En 2001 et 2002, les réunions ont été plus espacées, certaines ont été annulées. Ainsi, une réunion du comité de pilotage prévue en décembre 2002 a été annulée. La réunion suivante, fixée au mois de février 2003, n'a pas eu lieu du fait de l'impossibilité de plusieurs personnes d'y assister. Aucune autre réunion n'a eu lieu depuis.

Le comité de pilotage est aussi caractérisé par une relative bonne entente. De fortes divergences ont pu être observées, que ce soit des divergences d'intérêt, des conflits d'institutions ou encore des conflits de personnes. Toutefois, des décisions ont été prises pour que le programme suive une continuité, avec des prises de décisions finalement acceptées par l'ensemble des membres du comité.

Le comité est aussi caractérisé par une forte motivation des différents membres sur cette thématique.

La composition du comité de pilotage n'a officiellement pas varié au cours du déroulement de la recherche-action en termes d'institutions représentées mais a varié en ce qui concerne les représentants des institutions.

Le poste de médecin inspecteur de la DDASS a été occupé par trois personnes différentes. Or le représentant de la DDASS est l'élément moteur quant à l'organisation et au suivi des comités de pilotage. Une même personne a cependant pu être présente à partir du mois de mai 2000 jusqu'au mois d'avril 2003, période à partir de laquelle elle a cessé de travailler sur ce programme et la thématique contraception – IVG.

La CPAM a été représentée par deux personnes différentes, la première ayant changé d'organisme, les services médico-sociaux de l'Education nationale ont aussi été représentés par des personnes différentes, tant en ce qui concerne les médecins scolaires, les infirmières ou assistantes sociales scolaires.

Par ailleurs, l'investissement des différents partenaires fut très inégal.

Un indicateur de cet investissement est la participation aux comités de pilotage. La DDASS, le Conseil Général, la Délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité, le Mouvement français pour le planning familial, la PJJ avec le centre EVA, l'Education nationale avec le service de santé scolaire, plus précisément les infirmières et assistantes sociales scolaires, la Caisse primaire d'assurance-maladie ont été régulièrement présents aux différentes réunions.

Il semblerait que la place de certaines institutions ou organismes soit mal définie. C'est ainsi le cas pour le Conseil de l'Ordre des médecins et la Direction de la jeunesse et des sports.

Les actions menées en Seine-Saint-Denis

L'étude-action réalisée en Seine-Saint-Denis, ou programme de prévention des grossesses non désirées, regroupe au total 9 actions qui ont été mises en œuvre à des périodes différentes. Ces actions développées pendant les trois années du programme interviennent à différents niveaux : accès à la contraception, amélioration des connaissances, formation de professionnels, information des professionnels ou des jeunes, travail sur les représentations.

Le chapitre suivant présente ces différentes actions, en termes de partenaires, d'objectifs, de moyens mis en œuvre, de réalisations et de bilan.

1. Accès à la contraception

Amélioration de l'accessibilité à la contraception d'urgence (Norlevo®) pour les adolescentes des collèges et lycées de la Seine-Saint-Denis

Dans le projet initial, une étude cas-témoin devait permettre de comparer 5 établissements scolaires « pilotes », équipés en Norlevo®, à 5 établissements scolaires « témoins » afin de mesurer la pertinence d'équiper les établissements scolaires en contraception d'urgence.

Or, peu de temps avant la mise en œuvre de cette action, la circulaire ministérielle du 6 janvier 2000 a rendu accessible la « pilule du lendemain » aux adolescentes en situation d'urgence dans les infirmeries des établissements scolaires du second degré.

L'action ne consistait donc plus en une étude comparative mais en une action prévoyant d'équiper tous les établissements scolaires du second degré de la Seine-Saint-Denis en Norlevo® et de recueillir, à l'aide de fiches, des renseignements sur les jeunes filles faisant une demande.

• *Partenaires*

Inspection académique (service de santé scolaire), Service de planification du Conseil général, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), Mouvement français pour le planning familial (MFPPF).

• *Objectif*

Améliorer l'accessibilité à la contraception d'urgence (Norlevo®) pour les adolescentes des collèges et lycées de la Seine-Saint-Denis par une réponse de proximité et une aide rapide.

• *Moyens*

Entre avril et juin 2000, 1000 boîtes de Norlevo® ont été réparties sur l'ensemble des établissements scolaires du second degré, publics et privés.

Deux journées d'information (février 2000, décembre 2001) puis 2 demi-journées (2002) ont été réalisées auprès des infirmières scolaires sur la contraception d'urgence.

Une fiche d'information est remplie pour chaque demande de Norlevo®, que celui-ci soit délivré par l'infirmière scolaire ou non.

• *Résultats*

L'analyse des 287 fiches recueillies entre janvier 2001 et juin 2002 (dont 93% concernent l'année scolaire 2001-2002) montre que les jeunes femmes ayant fait une demande de Norlevo® sont en moyenne âgées de 16,5 ans et 78 % sont mineures, proportion qui a augmenté par rapport à la précédente enquête.

L'information sur ce dispositif provient à part égale d'une information générale et de professionnels de santé (35% des jeunes femmes), d'une copine (27%). Quant aux médias, ils sont moins cités qu'auparavant : 21% contre 42% lors de la précédente enquête.

L'information concernant la contraception d'urgence provient des professionnels de santé, pour 48% des jeunes femmes alors qu'il n'était que de 37% lors de la précédente enquête, puis des médias (35%), de l'école (29%) et des amis (24%).

La demande a été motivée par un rapport non protégé dans près de 6 cas sur 10 et par une mauvaise utilisation du préservatif dans 1 cas sur 3, proportion en augmentation (1 cas sur 5 lors de la précédente enquête). Un peu plus d'un tiers des femmes n'avaient aucune contraception, et celles qui déclarent en avoir une est le préservatif (64,8%) et la pilule (35,8%). La majorité des jeunes filles ont été revues par l'infirmière (62,0%) et parmi celles-ci, 35,4% ont eu un test de grossesse.

Pour l'année 2001-2002, le Norlevo® a été délivré par l'infirmière scolaire à 73,3 % des jeunes filles de collège l'ayant demandé et à 53,0 % en lycée.

• *Bilan de l'action et évaluation*

D'après une étude qualitative (Clais A., La délivrance de la contraception d'urgence au sein des établissements scolaires : un enjeu de santé publique, des textes au terrain avec une étude en Seine-Saint-Denis) auprès d'infirmières scolaires sur la mise en œuvre de la contraception d'urgence dans le département de Seine-Saint-Denis, les infirmières évoquent le problème de gestion des stocks de Norlevo®, le manque de formation des infirmières sur la contraception d'urgence et sur les techniques de communication, puisqu'elles évoquent la difficulté de transmettre des messages aux jeunes filles, les problèmes d'accessibilité des centres de planification, l'évocation de problèmes éthiques ou moraux, par exemple la banalisation du Norlevo®, la substitution aux rôles des parents, le « flou » des textes légaux, l'absence de confidentialité liée à l'accompagnement au centre de planification, l'absence de prescription médicale.

En ce qui concerne l'entretien ayant lieu lors de la demande de contraception d'urgence, les infirmières évoquent la difficulté de parler du lien avec les parents, thème toujours abordé lors des entretiens mais très vite évacué par la jeune fille.

Plus globalement, les difficultés évoquées pour la prévention des grossesses non désirées par les infirmières sont le manque de temps pour les actions d'éducation à la sexualité, que ce soit pour les infirmières ou pour les élèves, l'absence de travail pérennisé (2 heures d'information une fois par an ne sont pas suffisantes), un manque de formation en santé publique et en techniques de communication qui permettraient de mieux savoir comment diffuser les

messages, le manque de dynamisme et de mobilisation à l'Education nationale, le décalage entre l'information qu'ont les jeunes et leurs comportements.

Elles évoquent aussi l'importance que les élèves soient le moteur des actions.

Au niveau national, deux bilans ont été réalisés à la demande de l'Education nationale : un premier bilan après 6 mois de mise en œuvre de la contraception d'urgence en milieu scolaire dans 22 académies et un bilan durant l'année scolaire 2001-2002 dans 30 académies.

Pour l'année scolaire 2001-2002, le bilan national rapporte que 75 % des demandes de contraception d'urgence provenaient de mineures et que 38 % des jeunes filles ont reçu le Norlevo® par l'infirmière scolaire. Six élèves sur dix ont été dirigées vers un centre de planification familiale, soit pour dispensation de la contraception d'urgence, soit pour un autre motif identifié par l'infirmière lors de l'entretien.

Le bilan national rapporte de nombreuses difficultés d'ordre pratique, à savoir l'éloignement des centres de planification, l'incompatibilité des jours et des horaires d'ouverture (2 ou 3 jours par semaine, fermetures fréquentes le mercredi et à partir de 17 heures en journée), la difficulté d'obtenir un RDV en urgence, les modalités de transport vers ces centres, l'absence de pharmacie à proximité, l'absence d'infirmières dans l'établissement. D'autres difficultés d'ordre juridique apparaissent : nécessité de disposer d'une autorisation de sortie pour les élèves mineures et ainsi la difficulté de préserver la confidentialité.

En termes d'effets, les infirmières ont pu ainsi être identifiées comme référentes dans les établissements scolaires et confortées dans leur pratique professionnelle. L'administration de la contraception par une infirmière est un temps privilégié permettant une action individuelle de prévention, avec un dialogue et un suivi, permettant aux élèves d'évoquer leurs difficultés personnelles.

Le travail en réseau entre les infirmières et les Centres de planification familiale a permis l'instauration de relations de confiance, ce qui facilite le suivi et l'accompagnement des adolescentes.

A la suite des différents bilans sur la contraception d'urgence dans les établissements scolaires, un groupe de travail « contraception d'urgence » a été mis en place par le service infirmier de l'Inspection académique pour échanger sur les pratiques de délivrance.

2. Formations

Programme de formation à la prévention des mariages forcés

• Partenaires

DDASS, Service de planification du Conseil général, Inspection académique, délégations départementale et régionale aux droits des femmes et à l'égalité, associations GAMS, Voix d'elles rebelles

• Objectif

Sensibiliser les professionnels à la problématique des mariages forcés et développer les connaissances sur ce thème afin d'améliorer les réponses face à une situation de mariage forcé.

- **Moyens**

Formation continue de professionnels socio-éducatifs et médico-sociaux pour la prévention des mariages forcés et/ou précoces d'adolescentes (mineures et jeunes majeures).

Un programme de formation a été élaboré à partir des réflexions des différents partenaires, notamment d'associations impliquées dans l'aide aux jeunes filles confrontées aux contraintes familiales et au mariage forcé, le Groupe Femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS) et Voix d'elles rebelles.

De plus a été mis en place en Seine-Saint-Denis un système d'urgence directe en cas de mariage forcé, ce qui permet de protéger, quand cela est possible, la jeune fille dans des délais courts.

- **Public cible**

Le public concerné était dans un premier temps les assistantes sociales scolaires puis il a été élargi à d'autres professionnels : assistantes sociales de polyvalence, éducateurs de prévention, personnels de PMI, personnels des Bureau d'information jeunes (BIJ) et des structures d'accueil de jeunes.

- **Résultats**

En 2000, 5 stages regroupant chacun une trentaine de participants, soit 150 assistantes sociales scolaires, une journée complémentaire pour l'ensemble des stagiaires, ainsi qu'une journée pour tous les professionnels travaillant auprès d'adolescents (450 personnes) ont eu lieu.

A également eu lieu une intervention auprès des jeunes regroupant environ 30 élèves.

En 2001, 5 stages pour 30 personnes chacun, soit environ 150 personnes ont été réalisés.

7 interventions ont été faites auprès des jeunes, pour un public total de 210 élèves.

En 2002, 9 stages ont eu lieu (235 professionnels concernés) ainsi qu'une journée départementale (250 personnes y ont participé).

En collège et en lycée, 13 interventions ont été réalisées auprès des jeunes, pour un public total de 980 jeunes.

Le bilan n'est pas encore réalisé pour 2003.

L'action de formation sur les mariages forcés menée en Seine-Saint-Denis a permis l'élaboration d'une journée-type de formation départementale à la prévention des mariages forcés (voir Annexes Seine-Saint-Denis).

Un résultat inattendu a été la production au sein d'un lycée d'une pièce de théâtre par un groupe de jeunes filles, avec le soutien de l'équipe éducative (infirmière, assistante sociale, enseignant). Cette pièce de théâtre a été présentée lors d'une réunion départementale sur la prévention des mutilations sexuelles féminines.

- **Documents et outils produits**

En Octobre 2000, un document relatif à l'expérience menée en Seine-Saint-Denis a été réalisé (Prévention de la pratique des mariages forcés, première initiative de formation des personnels du service social en faveur des élèves de Seine-Saint-Denis, Délégation régionale aux droits des femmes, Morbois C., Casalis M-F). En septembre 2002, la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité a rédigé un document synthétisant l'information sur la prévention des mariages forcés « prévenir la pratique des mariages forcés, aspects culturels et recours législatifs ».

Un DVD « le mariage forcé » a été réalisé par Stéphane Gatti, à l'initiative commune de l'Observatoire départemental des violences envers les femmes (Observatoire créé en 2003), du Comité départemental pour la prévention des agressions sexuelles et de la maltraitance, avec l'aide du Conseil général, du MFPP et de la ville de Bobigny. Le DVD reprend des séquences de la pièce de théâtre produite par des élèves du LEP Sabatier de Bobigny (durée de 26

minutes), présente des interviews des jeunes filles qui ont joué la pièce ainsi que 4 interviews de professionnels (médecin, psy, éducateur, ...) sur leurs perceptions du théâtre et des réponses à apporter face aux situations de mariages forcés. Le DVD a été produit à 300 exemplaires, sur des financements du Conseil général et de la Ville de Bobigny.

Le DVD a été présenté lors d'une journée départementale présentant les actions réalisées dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées ainsi que lors de la Journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes (le 25 novembre 2003) à 3 centres professionnels et aux classes de 4ème de Bobigny.

• ***Généralisation de l'action***

Une convention entre le Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS) et la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France a été établie pour organiser dans les huit départements franciliens des formations pluri-disciplinaires sur le modèle de l'initiative réalisée en Seine-Saint-Denis.

Les actions qui seront réalisées doivent répondre aux principes d'intervention définis dans le document de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité : fonder l'action qui réprime les actes de violence, utiliser les dispositifs de protection des mineurs en danger, exprimer une solidarité avec les personnes confrontées à ces violences, favoriser chez les adultes qui les entourent l'acceptation du droit des jeunes à décider de leur avenir, attribuer explicitement la responsabilité de la violence aux auteurs des faits, renforcer les capacités des jeunes filles à construire leur autonomie.

Au niveau national, le ministère de l'Education nationale a organisé le 7 mars 2002 une journée de sensibilisation des personnels des lycées, intitulée « De la mission générale d'émancipation par l'école à la lutte contre les mariages forcés », avec intervention de la déléguée régionale aux droits des femmes.

Les associations sont des partenaires essentiels pour intervenir auprès des jeunes et de leurs familles et auprès des intervenants des diverses professions concernées. Ce sont par exemple Elele, association turque agissant au niveau national, les nanas-beurs dans les Hauts-de-Seine, Voix d'Elles-Rebelles en Seine-Saint-Denis, Voix de femmes dans le Val-d'Oise, le GAMS.

• ***Bilan de l'action et évaluation***

Le sujet des mariages forcés a été très médiatisé, en particulier parce qu'il constitue une atteinte aux droits de l'homme et révèle des situations de forte discrimination et de domination à l'égard des femmes. De plus, ces mariages concernent des femmes jeunes, souvent mineures, et se déroulent dans un climat de rupture brutale avec le milieu de vie habituel de la jeune fille (arrêt de la scolarité, parfois retour définitif dans le pays d'origine). Ce type de situation met en avant l'impuissance de la société française qui ne peut légalement pas toujours agir lorsque la jeune fille a la double nationalité.

Cependant, aucune donnée statistique n'est disponible concernant les mariages forcés. Le GAMS (Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles) évalue à 70 000 le nombre d'adolescentes de 10 à 18 ans potentiellement menacées, toutes communautés confondues, domiciliées en Ile-de-France et dans 6 départements à forte population immigrée (Nord, Oise, Seine-Maritime, Eure, Rhône, Bouches-du-Rhône).

L'évolution observée par les associations est une hausse des mariages forcés, hausse qui est également rapportée par le Dr Piet du Conseil général de Seine-Saint-Denis qui estime le nombre de mariages forcés à environ 1 par semaine.

Le GAMS émet plusieurs hypothèses pour expliquer cette hausse : les jeunes filles nées de la politique du regroupement familial du début des années 80 arrivent aujourd'hui à l'âge du mariage. De plus, il s'agit pour les époux venus de l'étranger d'une stratégie d'obtention de papiers.

Les échanges de statistiques entre les services de l'Etat et ceux des Conseils généraux restent peu développés sur le territoire national, exception faite de quelques départements pilotes. Les conseils généraux recueillent les informations signalant un mineur en danger et transmettent une partie des signalements au Procureur de la République. Cependant les circuits et les méthodes de recueil, d'évaluation et de transmission au parquet varient considérablement d'un département à un autre (Projet de loi : Accueil et protection de l'enfance, annexe : la création de l'observatoire national de l'enfance maltraitée

Site http://www.famille.gouv.fr/doss_pr/acc_protection/annexe1.htm).

L'évaluation de l'action a consisté en une mesure de la satisfaction des participants en fin de stage. Pour les années 2000 et 2001, les évaluations recueillies avaient montré un taux de satisfaction élevé et une demande d'approfondissement. La prise de conscience de la fréquence des situations de mariages forcés et de la violence sexuelle et éducative qu'elles comportent a émergé à partir des interventions des deux associations partenaires. Au cours de ces journées, les participantes ont pu prendre conscience que forcer au mariage est une violence, que c'est une violence sexuelle qui doit être prise en compte comme toutes les autres formes de violence sexuelle. L'authenticité des témoignages présentés et l'approche dynamique d'aide aux jeunes filles, la détermination à faire respecter leurs droits suscitent une volonté de développer un travail en partenariat avec ces associations pour traiter de ces questions dans le cadre scolaire.

Les assistantes sociales scolaires rapportent aussi la satisfaction par rapport à cette action, qui leur paraît être adaptée aux besoins, être une action efficace et innovante. De plus en plus de situations de mariages forcés sont déclarées.

Les formations ont eu pour conséquences de mettre en place des interventions dans les classes avec les associations, des ateliers, des groupes de parole et des séances de théâtre.

Cette action a nécessité une concertation approfondie, notamment avec les associations partenaires qui, jusqu'alors, avaient essentiellement agi pour soutenir des jeunes filles face à leur famille mais sans avoir encore réalisé d'actions spécifiques sur ce thème en direction des personnels institutionnels.

Formation-information des professionnels de la Brigade des mineurs et des correspondants mineurs des commissariats à la problématique des violences sexuelles

• Partenaires

Service de planification du Conseil général, Direction départementale de la Sécurité publique de Seine-Saint-Denis, Délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité.

• Objectif

Formations de professionnels de la brigade des mineurs, de correspondants mineurs et de référents d'aide aux victimes sur la problématique des violences sexuelles.

La formation des correspondants mineurs a débuté en septembre 2000 et celle des référents d'aide aux victimes en mars 2001.

L'action a comporté une formation de deux heures auprès des correspondants « mineurs » des commissariats dans le cadre de la formation continue en 2000, une formation de 2 heures en mars 2001, une formation à l'automne 2001.

Les formations sont animées par le service planification du Conseil général ainsi que par la délégation aux droits des femmes. Le contenu est relatif aux violences et aux mariages forcés.

Pour l'année 2002, l'action est en statut quo, du fait d'autres priorités établies en ce qui concerne les formations (le plan vigipirate notamment).

Pour l'année 2003, des formations ont à nouveau été assurées, toutefois le bilan de ces formations n'est pas encore établi.

• ***Bilan de l'action et évaluation***

Aucune évaluation n'est prévue pour cette action.

La mise en place de cette action a rencontré des difficultés mais sa mise en œuvre semble à nouveau possible à partir de 2003. Le bilan 2003 n'est pas encore réalisé.

Formation de professionnels médicaux et sociaux à l'animation de stages sur la sexualité et les violences sexistes et information auprès des jeunes

• ***Partenaires***

Délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité, Mouvement français pour le planning familial, Service de planification du Conseil général, associations CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles), SOS femmes.

• ***Objectif***

Prévention des comportements sexistes et des violences sexistes pour prévenir les violences sexuelles et les grossesses non désirées.

• ***Moyens***

Séances de formation de professionnels médicaux sociaux à l'animation de stages sur la sexualité et les violences sexistes.

* Prévention des comportements sexistes en direction des professionnels : Sevrans – Tremblay - Villepinte

- A Sevrans, l'action a consisté en un soutien à l'équipe du lycée dans le cadre d'un projet de venue du théâtre de l'Opprimé. 15 personnes ont été rencontrées : les professeurs, le proviseur, le CPE, les assistantes sociales, les infirmières.

Les séances ont eu lieu en janvier et en mars et ont été animées par le MFPP.

La cellule de crise du lycée (psychiatre, SOS victimes) a participé à ces séances.

Dans le cadre de la mise en place de ce projet, est ressortie une situation difficile ayant eu lieu dans l'établissement qui a nécessité l'analyse et le soutien de l'équipe pour lui permettre de traiter cette situation au préalable, indispensable avant toute intervention de prévention.

- A Tremblay et à Villepinte, le MFPP a animé une action de sensibilisation des assistantes sociales scolaires et des infirmières scolaires sur les violences sexistes chez les jeunes. Au total, 15 personnes ont été rencontrées.

Le travail effectué avec les professionnels avait pour objectif de faire le point sur les violences sexistes pour mettre en place et proposer des actions de prévention. Ainsi, ces professionnels ont travaillé sur la brochure « Osons en parler ».

Le travail réalisé à la suite du stage a permis la mise en place d'actions de prévention en direction des jeunes sur la prévention des comportements sexistes avec le théâtre de l'Opprimé : X=Y ? en ouverture.

* Actions de sensibilisation sur les violences faites aux femmes en direction des professionnels d'une commune à Rosny – Pierrefitte – Noisy-le-Sec

Sur ces trois communes, au total 125 professionnels ont été rencontrés, toutes professions confondues.

- A Rosny, une demi-journée de sensibilisation (3 heures) sur le thème des violences faites aux femmes a eu lieu au premier semestre 2002 en direction de professionnels de la commune.

Cette demi-journée a consisté en une présentation de l'enquête ENVEFF (Jaspart M, Brown E, Condon S, Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale, Ministère du travail, La Documentation française, 2003), un rappel de la loi sur les violences faites aux femmes (Centre d'Information sur les Droits des femmes et des familles de la Seine-Saint-Denis, CIDF 93), une présentation des initiatives départementales et des relais existants (Service PMI du Conseil général), une intervention de SOS femmes sur les symptômes, conséquences physiques et psychologiques des violences conjugales, une intervention du MFPP sur les agressions sexuelles et une présentation, par le Commissariat local, des statistiques locales, de l'organisation du commissariat pour la prise en charge des victimes et l'aboutissement des plaintes.

Une trentaine de personnes ont participé à cette demi-journée.

Une évaluation n'a pas été réalisée, toutefois le public s'est montré très intéressé. La municipalité souhaite un engagement plus soutenu sur ces questions et les professionnels veulent poursuivre la réflexion.

Au second semestre 2002, un stage de 2 jours a été organisé en direction des professionnels et travailleurs sociaux, avec des interventions du MFPP, de l'association SOS Femmes 93, de la Délégation départementale aux droits des femmes et du commissariat de la ville. Le stage a comporté une dimension théorique et pédagogique, avec un rappel de la loi, une analyse critique de l'enquête ENVEFF et du rapport Henrion (Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, Rapport au Ministre chargé de la santé, réalisé par un groupe d'expert réuni sous la présidence de Mr le Pr Roger Henrion, février 2001), les mécanismes de la violence. Puis un temps a été consacré à un échange sur les pratiques professionnelles : les réponses policières et judiciaires en Seine-Saint-Denis par le commissariat, avec les limites actuelles et les perspectives de progrès ; les associations ont présenté leur travail d'accompagnement des femmes victimes de violences.

Une partie du stage a permis un travail en petits groupes, puis une mise en commun en grand groupe. Au total, 26 professionnels de la commune ont participé au stage : assistantes sociales (de secteur, scolaire), infirmières scolaires, sage-femme, éducateur, conseillère en insertion professionnelle, responsable de circonscription, conseillère municipale, secrétaire.

Celui-ci n'a pas fait l'objet d'une évaluation mais le public s'est montré très intéressé et les mises en situation ainsi que l'échange sur les pratiques professionnelles ont particulièrement bien fonctionné.

A la suite de ce stage, des actions sont envisagées et des demandes de financement dans le cadre des projets « politique de la ville » sont prévues : une action de sensibilisation des jeunes sur la prévention des comportements sexistes, une action du théâtre de l'opprimé X=Y ? destinée aux jeunes des classes de 3ème des collèges de la ville, la mise en place d'un temps de travail/formation (1 journée par trimestre) pour les professionnels de la commune autour des violences faites aux femmes, comprenant un temps sur une thématique particulière, un temps d'analyse et d'échanges sur les pratiques.

- A Pierrefitte, un stage de deux jours en direction des professionnels de la commune a également été organisé au second semestre 2002. Environ 15 personnes ont participé au stage : assistantes sociales, agent de développement social, agent de prévention, directrice et sage-femme de PMI, personnel de crèche, psychologue, personnel associatif. Malgré un grand intérêt de la plupart des stagiaires, nombre d'entre eux n'ont pas assisté à l'ensemble des 2 jours. Cela révèle-t-il une difficulté dans le travail en partenariat ? Le stage a montré la nécessité de poursuivre le travail en réseau.

- A Noisy-le-sec, une matinée-débat (3 heures) sur le thème des violences conjugales, destinée aux professionnels de la commune, a été réalisée. Un travail était déjà mené avec un quartier de cette ville dans le cadre du contrat local de sécurité. Environ 50 personnes ont participé à cette matinée.

Le programme de la matinée a consisté en une intervention du commissaire de la ville sur la situation des violences conjugales et les procédures au niveau de la commune, une intervention du substitut du procureur du Tribunal de Grande Instance sur la politique pénale et une intervention de l'association « SOS femmes » de Bondy pour présenter l'association, le volet « violences conjugales » de l'enquête ENVEFF et un rappel de la politique pénale dans le département de Seine-Saint-Denis.

Les interventions ont été suivies de débat avec le public.

La matinée n'a pas fait l'objet d'une évaluation mais il semblerait que la mise en place d'un réseau se poursuive. Cela a notamment permis le signalement de mariages forcés.

En 2003, une formation sur la sexualité et les violences sexistes a eu lieu à Epinay-sur-Seine, avec le CIDF et SOS femmes, auprès d'une quinzaine de professionnels : travailleurs sociaux, professionnels de crèches, de PMI, commissariat, éducateurs de clubs de prévention.

• *Bilan de l'action*

Comme c'est le cas pour d'autres actions, il n'y a pas de dispositif d'évaluation mise en place. Les acteurs de terrain évaluent la perception du stage par la participation ou non à l'ensemble du stage, par l'intérêt que montrent les stagiaires lors du déroulement. Ainsi, à Pierrefitte, lors de la deuxième journée de stage, nombre de participants ne sont pas venus. Il aurait été intéressant de savoir si cet abandon du stage était lié aux thèmes abordés, aux modalités de travail (travail de groupe, échanges sur les pratiques professionnelles), à la prestation des intervenants ou à d'autres raisons.

Un des objectifs de ces formations est l'animation par les professionnels formés de stages sur la sexualité et les violences sexistes ainsi que la réalisation d'actions d'information auprès des jeunes.

Toutefois, les acteurs de terrain rapportent que la question relative à l'animation de stages sur la sexualité et les violences est prématurée. Ces stages ont permis dans un premier temps de sensibiliser les professionnels au repérage de la violence et à la prise en compte de celle-ci.

En 2002, les personnes formées ont sollicité le MFPPF et les animateurs des associations pour qu'il y ait des journées permettant de faire le point.

D'autre part, cette action a permis de mettre en avant la nécessité d'un travail préalable entre adultes avant une action en direction des jeunes. Ainsi, à Sevrans, à Rosny et à Villepinte, le travail a été un préalable à la mise en place d'action de prévention faisant intervenir le théâtre forum.

3 - Information

3.1 - Diffusion de matériel d'information

- **Partenaires**

Caisse primaire d'Assurance-maladie (CPAM), Service de planification du Conseil général, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

- **Objectif**

Informersur l'existence des centres de planification familiale, sur la contraception d'urgence et la pilule, informer sur les lieux où s'adresser en cas de violences sexuelles.

- **Matériel réalisé**

- Concernant les Centres de planification :

Affiche (rappel des missions, anonymat et gratuité pour les mineurs et les personnes sans couverture sociale) : 2 000 affiches en 2000 et 1 000 en 2001.

Dépliant avec la liste des centres de planification du département : 10 000 en 2000, 20 000 en 2001, 10 000 en 2002.

- Concernant la contraception

Carte sur la contraception d'urgence et l'oubli de pilule : 25 000 cartes en 2000, 20 000 en 2001, 20 000 en 2002.

Dépliants sur la contraception (réactualisation) : 10 000 en 2002

- Concernant les plaquettes « Osons en parler » relatives aux violences

Les agressions sexuelles : réactualisation en 2001. 20 000 plaquettes en 2001, 10 000 en 2002.

Violences dans les relations amoureuses des jeunes, parlons-en : réactualisation. 10 000 plaquettes en 2002.

Le matériel est diffusé dans les Centres de planification familiale du département, auprès des responsables de circonscription de PMI, auprès des responsables et aux éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), responsables et assistantes sociales du service social, à la délégation départementale aux droits des femmes, dispensaires d'hygiène sociale, infirmières scolaires, CPAM, missions locales... .

- **Bilan de l'action**

Aucune évaluation n'est prévue pour cette action de diffusion de matériel d'information.

Le seul élément permettant de mesurer la satisfaction par rapport au matériel est la demande de matériel d'information provenant des professionnels, pour une diffusion auprès d'autres professionnels et auprès de jeunes.

Ainsi, l'affiche sur les centres de planification n'a pas suscité beaucoup de demandes, aussi le Conseil général a-t-il décidé de stopper les tirages.

Le reste du matériel d'information suscite une forte demande, et les stocks très vite épuisés.

3.2 - Information et sensibilisation des professionnels médicaux et sociaux autour de la contraception et rappel des techniques pour les professionnels médicaux

- **Partenaires**

Délégation départementale aux droits des femmes, Mouvement français pour le planning familial, Service de planification du Conseil général, avec la Maternité des Lilas.

Cette action consiste en une formation individualisée sur les différentes techniques de contraception, en direction des professionnels travaillant auprès de publics de jeunes en difficulté : points jeunes, missions locales et PJJ.

Une journée a été consacrée aux nouvelles techniques d'IVG, une journée sur la prévention des comportements sexistes et la contraception.

• ***Bilan de l'action***

Très peu d'information a pu être recueillie sur cette action. Elle est intégrée aux activités habituelles du service de planification du Conseil général.

3.3 - Journée départementale sur la contraception

• ***Partenaires***

Délégations régionale et départementale aux droits des femmes et à l'égalité et tous les membres du comité de pilotage de la recherche-action sur la « prévention des grossesses non désirées ».

Dans le cadre de la campagne nationale d'information sur la contraception initiée en janvier 2000, la délégation départementale aux droits des femmes a demandé au comité de pilotage d'élargir ses missions aux objectifs de la campagne nationale.

Le comité de pilotage de la recherche-action a ainsi participé à la préparation de la journée départementale correspondant à la mise en œuvre en Ile-de-France de la campagne nationale. La coordination est assurée par la délégation départementale aux droits des femmes.

• ***Déroulement***

Cette journée s'adressait plus particulièrement aux professionnels travaillant avec les jeunes, dans des domaines autres que la sexualité / contraception. Les personnes invitées se composaient d'élus, de représentants des services de l'Etat, des réseaux d'accueil jeunes, des services municipaux pour la jeunesse, des associations départementales diverses, des associations socio-culturelles, des centres sociaux, des foyers de jeunes travailleurs, des clubs de prévention, des services municipaux de santé, du comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), des services de prévention spécialisés, de femmes relais et associations de quartier.

Elle s'est déroulée en 2 temps. La matinée était consacrée à un état des lieux sur la contraception (le point sur la contraception en France, les différentes méthodes de contraception, la contraception d'urgence), une présentation du dispositif d'information en Seine-Saint-Denis (les centres de planification, l'Education nationale) et un exposé sur le préservatif féminin, disponible dans les centres de planification de Seine-Saint-Denis et qui a fait l'objet d'une campagne départementale en 1999.

Un deuxième temps s'articulait plus particulièrement autour de l'information des adolescents en matière de sexualité et de contraception, avec des présentations d'actions dans le point info jeunes des Lilas et du service municipal de la jeunesse d'Aubervilliers, de relais ou de centres ressources en matière de sexualité et contraception (le centre Espace Vie Adolescence de Saint-Denis et le Mouvement français pour le planning familial), des documents d'information réalisés par la CPAM, de techniques et d'outils d'animation (théâtre de l'Opprimé et programme québécois VIRAJ).

• ***Bilan de l'action***

Cette action a été réalisée de manière ponctuelle et une centaine de personnes ont assisté à la journée.

Les résultats ont été immédiats, avec des demandes d'information ou de matériel très

nombreuses mais les organisateurs prévoyaient toutefois un nombre plus important de participants.

Il y a eu également des demandes d'interventions du théâtre de l'opprimé dans les établissements scolaires et les points accueil jeunes.

4 - Enquêtes qualitative et quantitative

Une étude a été mise en place concernant relative aux difficultés d'obtention de l'autorisation parentale pour une IVG en cas de grossesse non désirée chez les jeunes filles mineures. Elle comporte une enquête qualitative, réalisée en 2000, et une enquête quantitative réalisée en 2001.

• *Partenaires*

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), Conseil général, service planification familiale du Conseil général, Hôpital André Grégoire de Montreuil (Service de gynécologie-obstétrique), Hôpital Delafontaine de Saint-Denis (Service de gynécologie-obstétrique), Maternité des Lilas (Service de gynécologie-obstétrique), Mouvement français pour le planning familial (MFPPF), société AVISEN.

• *Réalisation*

La mise en place et la réalisation de ces enquêtes qualitative et quantitative ont fait l'objet de nombreuses discussions, notamment en ce qui concerne l'objectif de l'enquête mais aussi ses conditions de réalisation. Par exemple, était-il préférable de faire appel à des partenaires extérieurs (sociologues, bureaux d'études, épidémiologistes) ou l'enquête pouvait-elle être réalisée sans appel extérieur, la passation des questionnaires et la réalisation des entretiens étant, dans ce cas, effectuées par les conseillères conjugales des centres de planification familiale et les données recueillies traitées et analysées par le service épidémiologie du Conseil général.

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué, dont les membres, internes ou externes au comité de pilotage de la recherche-action, travaillent dans divers cadres institutionnels (milieu associatif, recherche en sociologie, milieu hospitalier, Conseil général ou DDASS).

En 2000 et 2001, une enquête qualitative et quantitative sur les difficultés d'obtention de l'autorisation parentale pour une IVG chez les jeunes filles mineures a été réalisée, avec pour objectif d'apporter des éléments de compréhension sur les difficultés et les obstacles rencontrés par les jeunes filles mineures pour obtenir l'autorisation parentale pour l'IVG et selon les résultats obtenus, d'envisager des propositions d'aménagement de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'IVG.

Le document rédigé a été remis au comité de pilotage en mars 2001 pour avis et propositions, qui ont ensuite été intégrées dans le rapport final.

* Enquête qualitative : elle a été réalisée au second semestre 2000.

Objectif : appréhender la diversité des situations et permettre d'ajuster le questionnaire de la phase quantitative de l'enquête au plus près des expériences vécues par ces jeunes filles

Population concernée : Toute jeune fille mineure venue consulter dans un des quatre centres retenus en Seine-Saint-Denis (Hôpital de Saint-Denis, Maternité des Lilas, Planning de

Villepinte et Hôpital de Montreuil), dès lors qu'elle ne souhaite pas garder sa grossesse et qu'elle évoque des difficultés pour obtenir l'autorisation parentale. Sont exclues de l'enquête les jeunes filles ne parlant pas le français.

Méthode : Entretiens semi-directifs réalisés à partir d'un guide préétabli validé par le groupe de travail de la recherche-action, effectués par les sociologues.

Résultats

Douze entretiens, d'une durée moyenne d'une heure et quart, ont été réalisés. La moyenne d'âge des jeunes filles est de 16,4 ans, variant de 14 ans et demi à 17 ans et demi. Neuf jeunes filles résident en Seine-Saint-Denis, les trois autres dans des départements limitrophes. Cinq jeunes filles vivent essentiellement avec leur mère et leur fratrie. Toutes les jeunes filles bénéficient de l'assurance maladie (en tant qu'assuré ou ayant droit). La catégorie socio-professionnelle des parents est majoritairement celle d'ouvrier ou d'employé, la moitié des parents est originaire d'Afrique noire ou du Maghreb, l'autre moitié de France (métropole ou DOM TOM) ou d'Europe du Sud.

Le profil des jeunes filles est conforme à la population des jeunes filles mineures accueillies dans les quatre lieux d'enquête.

Les principales difficultés concernant l'obtention ou la demande d'une autorisation parentale sont liées aux aspects suivants :

- la protection de soi (ne pas décevoir ses parents), la protection de la famille (ne pas raviver un conflit latent qui perturberait l'équilibre familial),
- la grossesse représente, pour certaines jeunes filles, une non conformité aux valeurs en vigueur dans la famille,
- l'absence de reconnaissance de la légitimité des parents,
- l'évocation difficile du thème de la sexualité au sein de la famille.

Par ailleurs, il apparaît que les jeunes filles ont une méconnaissance flagrante de la contraception et une difficulté de la mettre en œuvre dans leur propre situation. La survenue d'une grossesse chez ces jeunes filles apparaît comme un symptôme de grande souffrance psychique et d'un réel danger de désaffiliation. Obtenir une autorisation parentale n'aurait pas pu reconstruire le lien parental.

Un aménagement de la loi apparaît ainsi nécessaire et l'IVG pourrait être un moment clé pour la mise en place d'un réel suivi.

* Enquête quantitative

Objectifs : améliorer les connaissances sur les difficultés d'obtention de l'autorisation parentale, décrire les conditions de vie et les difficultés familiales et/ou culturelles rencontrées par les jeunes filles mineures enceintes ne souhaitant pas garder leur grossesse, faire des propositions pour un accompagnement plus adapté.

Population concernée: toutes les jeunes filles mineures enceintes consultant une conseillère conjugale pour un entretien pré-IVG dans les centres de planification hospitaliers publics ou privés : Hôpital Avicenne à Bobigny, hôpital Delafontaine à Saint-Denis, Centre hospitalier intercommunal de Montreuil, Maternité des Lilas et dans deux centres du MFPF : Villepinte et Saint-Denis (EVA), recevant des jeunes filles mineures n'ayant pas trouvé de solution à leur demande d'IVG.

Methodologie

Enquête par questionnaire. Le questionnaire a été élaboré par un groupe de professionnels de Seine-Saint-Denis (conseillères conjugales, assistantes sociales, médecins de centres pratiquant des IVG et/ou centres de planification, médecin inspecteur de la DDASS et deux sociologues), le bureau Epidémiologie du service de PMI du Conseil général a réalisé l'analyse statistique des données. Les questionnaires ont été remplis par 15 conseillères conjugales, à la suite de l'entretien pré-IVG avec la jeune fille, à partir des informations recueillies au cours de l'entretien.

Résultats

L'enquête s'est déroulée du 1er janvier au 20 avril 2001. Au total, 112 jeunes filles ont répondu à l'enquête, avec 33,1 % des questionnaires provenant de l'hôpital Saint-Denis, 20,5 % de l'hôpital de Montreuil, 13,4 % de l'hôpital de Bobigny, 17,8 % de la maternité des Lilas et 15,2 % des deux centres MFPP de Villepinte et de Saint-Denis.

L'âge médian des jeunes filles est de 17 ans, les deux tiers d'entre elles sont nées en France métropolitaine, les deux tiers résident en Seine-Saint-Denis, plus des trois quarts sont scolarisées ou en cours d'apprentissage et 12 % déclarent occuper un emploi.

La moitié des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans et demi. Pour plus de 9 filles sur 10, la relation avec le géniteur date de plus de 3 mois, 9 filles sur 10 ont parlé de leur grossesse au géniteur et la plupart sont d'accord sur la décision de demande d'IVG (9 sur 10).

L'utilisation d'une contraception régulière est peu importante (45,5 % des jeunes filles).

Les relations avec les parents sont peu satisfaisantes. Ainsi, 43 % des filles déclarent des relations bonnes ou moyennes avec leur mère et 25 % avec leur père. Toutefois, 6 jeunes filles sur 10 ont parlé de leur grossesse à leur famille, dont les 2 tiers à d'autres membres que le père ou la mère. Près de 8 jeunes filles sur 10 ont parlé de leur grossesse à d'autres personnes que le géniteur ou la famille.

80 % des jeunes filles ont pris la décision d'avoir recours à l'IVG dans la semaine suivant le diagnostic de grossesse. Le délai entre la décision d'IVG et la prise de rendez-vous avec le centre est plus importante pour les jeunes filles qui ne résident pas en Seine-Saint-Denis.

Bilan des deux enquêtes

Avec pour objectif de faire des propositions de modification de la loi relative à l'IVG à partir des éléments apportés par les enquêtes sur les difficultés d'obtention de l'autorisation parentale, les rapports des enquêtes ont été finalisés tardivement. En effet, la loi a été modifiée entre temps, avec la suppression de l'obligation de l'autorisation parentale : la loi du 4 juillet 2001 prévoit que « la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix ». Cette personne peut être un membre de sa famille, un proche ou une personne qualifiée, membre d'une association.

D'autre part, le principe de réalisation d'une enquête, la définition des objectifs, les conditions de réalisation ont suscité beaucoup de désaccords au sein du comité de pilotage.

La réalisation de cette enquête a toutefois probablement permis une cohésion plus forte entre l'ensemble des personnes qui y ont participé. En effet, la nature du travail préparatoire suscite des discussions qui peuvent concerner des aspects éthiques, idéologiques, aborder les représentations que peuvent avoir les différents professionnels de la sexualité et en particulier de la sexualité des jeunes.

Une conseillère conjugale ayant participé à l'enquête quantitative rapporte que la réalisation de cette enquête lui a permis d'avoir un autre angle de vue que celui qu'elle a habituellement, mais aussi de s'interroger sur sa pratique professionnelle.

L'enquête a été diffusée auprès de tous les centres de planification familiale, auprès des centres pratiquant des IVG, des cliniques pratiquant les IVG, de l'infirmière scolaire départementale et des membres du comité de pilotage. Elle a aussi été diffusée auprès des autres médecins inspecteurs de Seine-Saint-Denis et auprès d'un médecin inspecteur par département en France.

En ce qui concerne les résultats, cette étude permet de mettre en avant des aspects importants : les jeunes filles interrogées semblent bien insérées socialement et scolairement mais évoquent, pour plus de la moitié d'entre elles, des difficultés de communication avec les parents. Leur grossesse apparaît comme le signe d'une non-conformité aux normes et valeurs en vigueur au sein de leur famille et n'est jamais le fruit du hasard. Sa survenue traduit pour beaucoup d'entre elles, au contraire, un symptôme qui doit être pris en compte.

5 - Prévention des comportements sexistes : théâtre forum

• Partenaires

Mouvement français pour le planning familial, Délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité, Service de planification du Conseil général.

La création du théâtre-forum découle de la nécessité d'utiliser des outils pédagogiques lors des interventions effectuées par le Mouvement français pour le planning familial auprès des jeunes dans les écoles. Le thème des relations garçons-filles semblait pertinent du fait de son évocation très fréquente lors de ces interventions dans les établissements scolaires.

Le MFPPF a réalisé un théâtre forum, en collaboration avec le théâtre de l'opprimé sur les relations garçons-filles et les rôles de chacun.

• Objectif

Ce programme est conçu pour la prévention primaire de la violence dans les relations garçons-filles, notamment dans les relations amoureuses. Il s'articule autour de deux axes : promouvoir un changement des attitudes et des comportements pour prévenir le recours aux diverses formes de violence utilisées pour dominer et contrôler une ou un partenaire amoureux ; proposer au personnel enseignant une formation spécifique facilitant l'utilisation du programme pédagogique proposé.

Cet outil doit permettre un échange entre les jeunes et les adultes qui les entourent par un travail sur les représentations, sur les stéréotypes et les rôles de chacun, dans le but de prévenir les comportements sexistes.

• Public visé

Les jeunes des collèges (3ème) et de lycée (seconde). Les adultes doivent rester minoritaires et la représentation doit être faite au total pour 250 personnes au maximum.

• Description de l'outil théâtre forum X=Y ? :

La séance se déroule en deux temps : les comédiens du théâtre-forum jouent une première fois les quatre scènes (voir plaquette de présentation du théâtre forum : Annexes Sien-Saint-Denis).

Les scènes évoquent des situations différentes que peuvent vivre les jeunes : le sport à l'école, les rôles sexués au sein de la famille, deux situations de relations amoureuses.

Puis l'animateur questionne la salle : « Etant donné la situation, le problème posé, comment faire pour ... ? ». Dans la deuxième partie, les spectateurs sont invités à venir sur scène pour jouer le rôle d'un personnage et faire une proposition. Les comédiens improvisent également.

A l'issue des improvisations des jeunes et des comédiens, le théâtre permet d'ouvrir le débat sur les représentations, les stéréotypes, discussions animées par les professionnels du planning familial.

La séance dure entre 1h30 et 2h, interventions du public comprises.

En 2002, cinq séances de théâtre forum ont eu lieu à Saint-Denis, à Sevran, à Bobigny, à Rosny et à Villepinte. Le nombre d'élèves présents pour chaque séance était de 75 à 100.

En 2003, une séance a eu lieu dans un collège de Villepinte, 2 séances à Romainville, 2 séances à Bondy et 2 séances à La Courneuve. Les représentations ont été financées par le Conseil général sauf pour Romainville où les financements proviennent du Conseil général et de la politique de la ville.

• *Bilan de l'action*

Cette technique du théâtre-forum est utilisée au niveau national par le MFPF depuis 1983. Le financement de la DGS a permis de mettre en œuvre des représentations et ainsi de faire connaître la technique. Certaines communes se sont montrées très intéressées et ont décidé de financer des représentations.

Cela a aussi permis de porter l'attention sur l'insuffisance de 2 heures d'information sur la contraception pour que les jeunes puissent adopter des comportements de prévention par rapport aux grossesses non désirées ainsi qu'aux maladies sexuellement transmissibles.

Un travail était déjà mené ponctuellement par les services et les associations concernés, notamment avec la transcription du programme québécois VIRAJ (Violence dans les relations amoureuses des jeunes). Le programme VIRAJ, produit et mis en œuvre par le Ministère de l'Éducation du Québec pour prévenir les relations de domination entre jeunes adolescents amoureux.

En Seine-Saint-Denis, il n'y a pas eu d'évaluation de ces séances. Toutefois, un travail sera réalisé dans le cadre de l'Observatoire départemental sur les violences envers les femmes, par un recueil de la parole de 1000 jeunes du département, 500 filles et 500 garçons : une anthropologue suivra les séances du théâtre de l'Opprimé et en fera une analyse.

L'état des lieux final en termes d'indicateurs

Ce chapitre analyse les indicateurs permettant de caractériser le contexte général du département et la situation en termes de grossesses non désirées :

- les indicateurs de contexte concernent la population (notamment celle des femmes en âge de fécondité), l'offre de soins ambulatoire (médecins généralistes et gynéco-obstétriciens libéraux, médecins et sages-femmes de PMI), l'offre hospitalière, la situation socio-économique (chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et de l'allocation parent isolé) et la mortalité (générale et infantile) ;
- les indicateurs des grossesses, désirées ou non, concernent la fécondité et les interruptions volontaires de grossesse, pour les femmes de tout âge et chez les mineures.

Ces indicateurs ont été analysés dans leur évolution, dans le but de comparer la situation existante avant l'étude-action (en 1996-99) et la situation actuelle, après l'étude-action (en 2003).

Cette approche par indicateurs s'est heurtée à deux limites concernant leur disponibilité.

La première est la disponibilité des indicateurs les plus pertinents. Outre l'absence d'indicateurs concernant les pratiques contraceptives (qui aurait été l'indicateur le plus pertinent au regard des objectifs de l'étude-action), d'autres indicateurs n'ont pu être recueillis. C'est le cas, par exemple, des densités en médecins, infirmières et assistantes sociales scolaires dans les établissements secondaires publics, qui ne sont pas présentées ici, les données étant peu comparables entre elles.

La seconde limite concerne la disponibilité des données les plus récentes pour permettre la comparaison "avant-après". Pour la plupart des indicateurs, les dernières données disponibles concernent les années 2000 ou 2001, ce qui correspond en réalité au début de l'étude-action. Les indicateurs concernant les IVG domiciliées illustrent bien ce décalage entre la production des données et leur publication puisque la dernière année disponible est 1997.

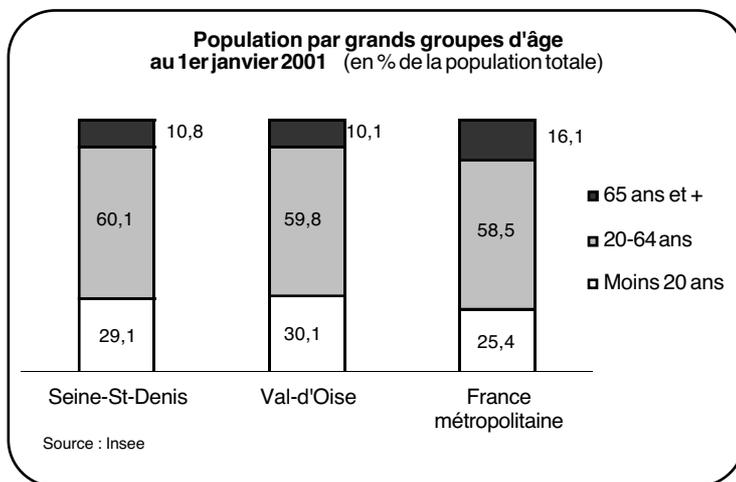
• La population

Une population jeune

Au recensement de 1999, la Seine-Saint-Denis comptait 1 382 928 habitants, dont 51% de femmes. La population totale a très peu varié entre les deux recensements puisqu'en 1999, on comptait seulement 1600 personnes de plus qu'en 1990. D'après les estimations de population de l'INSEE, la Seine-Saint-Denis comptait, au 1er janvier 2001, 1 383 825 habitants. La population de ce département est en moyenne plus jeune que celle de la France métropolitaine avec davantage de jeunes qu'en moyenne en France (29 % de moins de 20 ans contre 25 % en France métropolitaine) et moins de personnes de 65 ans et plus (11 % contre 16 %).

Département témoin : Val-d'Oise

Dans le Val-d'Oise, la proportion de femmes est comparable à celle de la Seine-Saint-Denis, et la population totale a augmenté de plus de 5 % entre les deux recensements, s'élevant à 1 105 224 en 1999. La population du Val-d'Oise est encore plus jeune que celle de la Seine-Saint-Denis : 30 % de jeunes de moins de 20 ans et 10 % de personnes de 65 ans et plus.



Une diminution de la proportion de femmes en âge de fécondité

Les femmes en âge de fécondité, en moyenne âgées de 15 à 44 ans, représentent 44,7 % de la population totale féminine en 2001. Cette proportion est en diminution, du fait du vieillissement de la population mais reste plus élevée que celle de la France métropolitaine (40,4 %).

Département témoin :

Val-d'Oise

La proportion de femmes de 15-44 ans est, dans le Val-d'Oise, comparable à celle de la Seine-Saint-Denis et s'élève à 44,3 %.

Population totale et population féminine au 1er janvier 2001

	Seine-Saint-Denis	Val-d'Oise	France métropolitaine
Population totale	1 383 825	1 109 521	59 042 661
Femmes	706 521	566 411	30 362 320
% femmes	51,1	51,1	51,4
Population femmes 15-44 ans	316 779	251 481	12 272 812
% femmes 15-44 ans parmi l'ensemble des femmes	44,8	44,4	40,4

Source : insee

• L'offre de soins

Une faible densité en gynécologues-obstétriciens et qui diminue

Avec 1 079 omnipraticiens (médecins généralistes et médecins à exercice particulier) libéraux au 31 décembre 2002, la Seine-Saint-Denis compte 78 omnipraticiens pour 100 000 habitants, densité beaucoup plus faible que la moyenne nationale, 103 médecins pour 100 000 habitants. Par rapport à 1997, la densité a légèrement diminué dans le département alors qu'elle est restée stable en France.

En ce qui concerne les gynéco-obstétriciens libéraux, la Seine-Saint-Denis en compte 21 pour 100 000 femmes de 15-44 ans contre 39 en France métropolitaine. Par rapport à 1997, les densités ont diminué de 13 points en Seine-Saint-Denis (on comptait alors 34 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes de 15-44 ans) et de 7 points en France métropolitaine. Outre une faible densité en gynécologues libéraux, plus de la moitié d'entre eux sont rattachés au secteur 2 (honoraires libres).

Département témoin : Val-d'Oise

Avec 84 omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants au 31 décembre 2002, la densité enregistrée dans le Val-d'Oise est inférieure à la moyenne nationale et inférieure à celle du département de Seine-Saint-Denis.

En revanche, la densité en gynéco-obstétriciens libéraux est plus élevée que celle de la Seine-Saint-Denis mais reste inférieure à la moyenne nationale : 41 gynéco-obstétriciens libéraux pour 100 000 femmes de 15-44 ans en 2002 contre 34 en Seine-Saint-Denis et 46 en France métropolitaine.

Médecins libéraux au 31 décembre 1997 et 2002			
	Seine-Saint-Denis	Val-d'Oise	France métropolitaine
Omnipraticiens			
Nombre en 2002	1 079	930	60 974
Densité 2002*	78	84	103
Densité 1997*	82	84	104
Gynéco-obstétriciens			
Nombre en 2002	67	83	4 783
Densité 2002**	21	33	39
Densité 1997**	34	42	47

Sources : CNAM, INSEE Estimations localisées de population
* Nombre de médecins pour 100 000 habitants
** Nombre de médecins pour 100 000 femmes de 15-44 ans

Une forte densité en médecins et sages-femmes de PMI

Dans le cadre de la protection de la mère et de l'enfant, les Centres de protection maternelle et infantile (PMI) proposent aux futures mères des consultations prénatales et une surveillance à domicile assurée principalement par les sages-femmes.

Le département de la Seine-Saint-Denis est particulièrement bien pourvu en médecins et sages-femmes de PMI. Avec 140,8 médecins équivalents temps plei en 2001, la densité est dans le département de 44,4 médecins pour 100 000 femmes de 15-44 ans contre seulement 13,9 en France métropolitaine. Par comparaison avec l'année 1996, la densité a presque doublé.

Le nombre de sages-femmes est en revanche resté relativement stable et la densité a augmenté de 2 points, passant de 9 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15-44 ans en 1996 à 11,6 en 2001. Ces densités restent 2 fois plus élevées que celles observées en France métropolitaine, 5,1 en 2001.

Département témoin : Val-d'Oise

En ce qui concerne la protection maternelle et infantile, le département du Val-d'Oise est bien moins pourvu que la Seine-Saint-Denis mais la densité en médecins est bien plus élevée que la moyenne nationale et a fortement augmenté depuis 1996, augmentation plus importante que celle observée en Seine-Saint-Denis.

La densité en sages-femmes reste un peu plus élevée que la moyenne nationale, 6,0 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15-44 ans contre 5,1 en moyenne en France.

Médecins et sage-femmes de PMI au 1er janvier 2001			
(en équivalents temps plein)			
	Seine-Saint-Denis	Val-d'Oise	France métropolitaine
Médecins			
Nombre	140,8	71,4	1706,7
Densité2001*	44,4	28,4	13,9
Densité1996*	23,1	7,4	8,8
Sage-femmes			
Nombre	36,6	15,1	629,5
Densité2001*	11,6	6,0	5,1
Densité1996*	9,0	5,4	4,1

Source : Drees, Insee

*Nombre pour 100 000 femmes de 15-44 ans

Un taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète plus faible qu'en France

Avec près de 5 000 lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée au 1er janvier 2001 (lits installés), le taux d'équipement en Seine-Saint-Denis, 3,6 lits pour 1 000 habitants, est inférieur à celui de la France métropolitaine, 4,1 lits pour 1 000 habitants.

Comme cela avait déjà été observé dans le rapport précédent, ce taux d'équipement plus bas que la moyenne nationale est fortement lié à un équipement plus faible en lits de médecine. En Seine-Saint-Denis, on compte ainsi 1,6 lits d'hospitalisation complète en médecine pour 1 000 habitants contre 2,0 en France métropolitaine.

En revanche, le taux d'équipement en lits de gynécologie-obstétrique est, en Seine-Saint-Denis, comparable à la moyenne nationale : 2,1 lits pour 1 000 femmes de 15-44 ans contre 2,0 en France métropolitaine.

Département témoin : Val-d'Oise

Le taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète est un peu plus faible dans le Val-d'Oise qu'en France métropolitaine : au 1er janvier 2001, on comptait dans le département 3,4 lits pour 1 000 habitants (4,1 en France métropolitaine).

Contrairement au département pilote, le taux d'équipement en lits de médecine est comparable à celui de la moyenne nationale, mais il est en revanche plus faible en ce qui concerne les lits de gynécologie-obstétrique : 1,8 lits d'hospitalisation complète pour 1 000 femmes de 15-44 ans contre 2,0 en France métropolitaine et 2,1 en Seine-Saint-Denis.

**Lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée
au 1er janvier 2001**

	Nb lits	Seine- Saint-Denis	Val-d'Oise	France métropolitaine
		Taux*	Taux*	Taux*
Médecine	2156	1,6	1,8	2,0
Chirurgie	2111	1,5	1,2	1,7
Gynéco-obstétrique	672	2,1**	1,8**	2,0**
Total	4939	3,6***	3,4***	4,1***

Source : Drees (SAE), Statiss

* Taux = nombre de lits pour 1000 habitants

** Taux gynéco-obstétrique = nombre de lits pour 1000 femmes de 15-44 ans

*** Ensemble des lits par rapport à la population totale

• La situation socio-économique

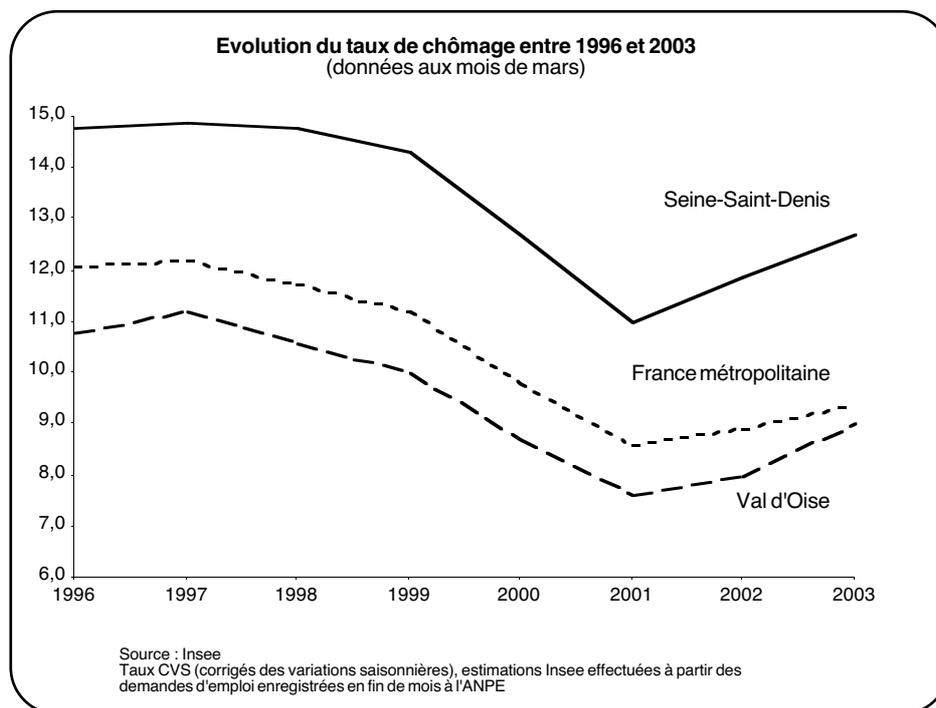
Des taux de chômage élevés en Seine-Saint-Denis

L'évolution des taux de chômage est marquée par une diminution observée à partir de 1999 pour la Seine-Saint-Denis, et à partir de 1997 pour la France métropolitaine, diminution qui se poursuit jusqu'en 2001. A partir de 2001, les taux augmentent : en Seine-Saint-Denis, la proportion de personnes au chômage parmi la population active est ainsi passée de 11,0 % à 12,7 % entre 2001 et 2003.

Quelle que soit la période, les taux de chômage sont toujours plus élevés en Seine-Saint-Denis qu'en France métropolitaine et l'écart aurait même tendance à se creuser en 2002 et 2003. Ainsi, en mars 2003, l'écart était de 3,3 points (12,7 % en Seine-Saint-Denis contre 9,4 % en France métropolitaine) alors qu'il était de 2,7 points en 1997 (14,9 % contre 12,2 % en France).

Département témoin : Val-d'Oise

Quelle que soit l'année, les taux de chômage enregistrés dans le Val-d'Oise sont plus faibles que ceux observés en Seine-Saint-Denis et en France métropolitaine. Toutefois l'écart avec la France a tendance à se réduire et en 2003, le taux s'élève à 9,0 % contre 9,4 % en France métropolitaine.



Un taux de bénéficiaires du RMI plus élevé que la moyenne nationale

Entre 1998 et 2001, les taux de bénéficiaires des minima sociaux n'ont que très peu évolué, que ce soit en Seine-Saint-Denis ou en France métropolitaine.

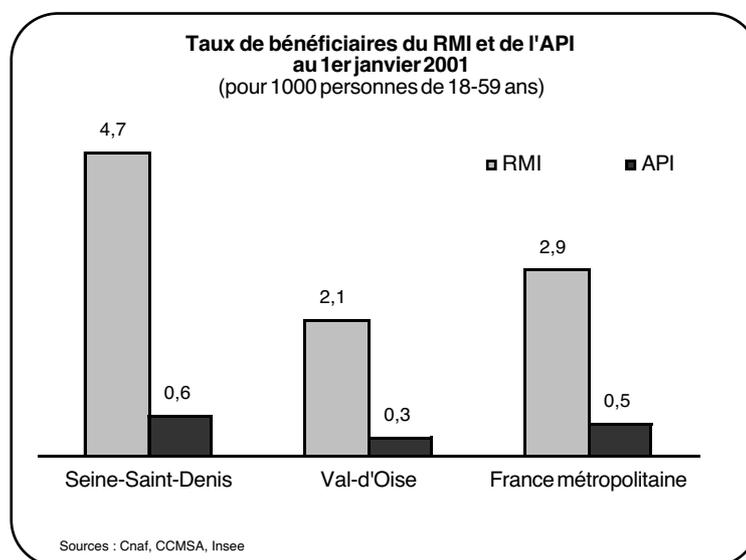
Au 1er janvier 2001, le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) s'élève dans le département de Seine-Saint-Denis à 4,7 pour 100 personnes de 18-59 ans contre 2,9 en France métropolitaine. Ces taux restent très proches de ceux observés en 1998, qui étaient respectivement de 4,7 et 3,0 au 31 décembre.

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'allocation parent isolé (API), allocation destinée à assurer un revenu minimum aux personnes qui vivent seules, en état de grossesse ou avec au moins un enfant à charge, le taux en Seine-Saint-Denis, est comparable à celui de la France métropolitaine, respectivement 0,6 et 0,5 bénéficiaires pour 100 personnes de 18-59 ans, au 1er janvier 2001.

Département témoin : Val-d'Oise

Le taux de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion est bien plus faible dans le Val-d'Oise que dans le département de la Seine-Saint-Denis et qu'en moyenne en France métropolitaine : au 1er janvier 2001, on comptait 2,1 bénéficiaires pour 100 habitants de 18-59 ans dans le Val-d'Oise contre 2,9 en France métropolitaine.

Le taux de bénéficiaires de l'allocation parent isolé est aussi un plus faible que dans le département pilote et qu'en France métropolitaine, avec 0,3 bénéficiaires pour 100 habitants de 18-59 ans contre 0,6 en Seine-Saint-Denis et 0,5 en France métropolitaine.

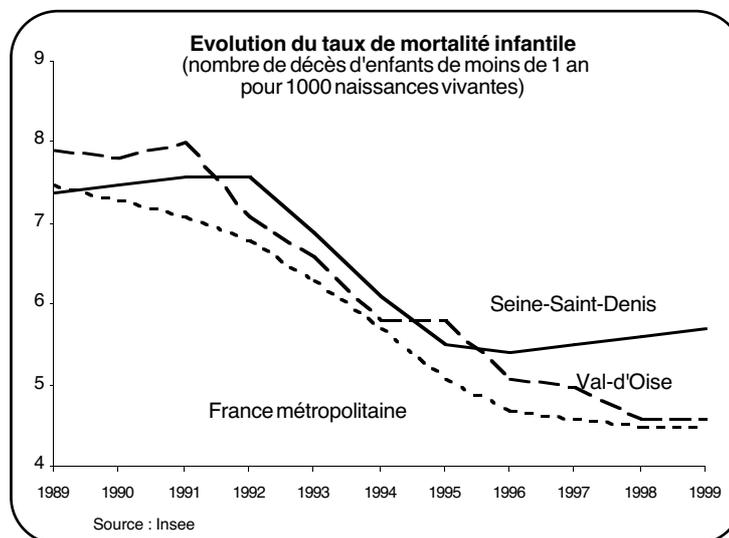
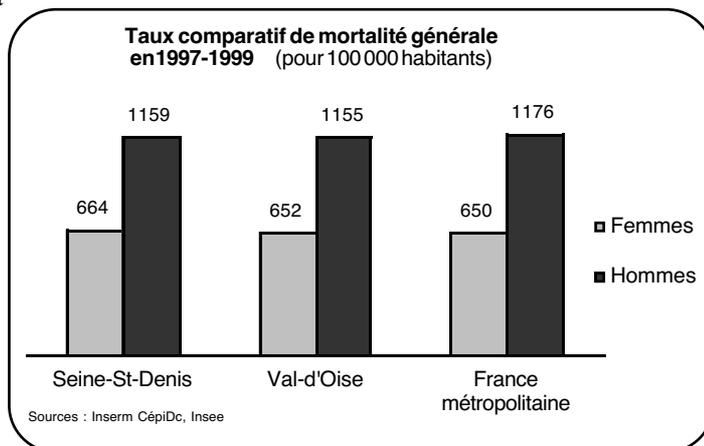


• La mortalité générale et la mortalité infantile

Augmentation de la mortalité infantile

La Seine-Saint-Denis présente un taux de mortalité comparable à la moyenne nationale pour les hommes et supérieur à la moyenne nationale pour les femmes. Chez celles-ci, le taux comparatif de mortalité générale s'élève à 664 décès pour 100 000 habitants contre 650 en moyenne en France. La mortalité infantile a fortement diminué en France métropolitaine pour se stabiliser à partir de 1996, à un taux de 4,5 décès d'enfants de moins d'1 an pour 1 000 naissances vivantes.

En 1999, cela représentait pour la France métropolitaine 3190 décès. L'évolution observée en Seine-Saint-Denis se distingue de l'évolution nationale : après une diminution jusqu'en 1995-1996, fortement liée à la mise en place d'un plan périnatalité dans le département, le taux de mortalité est à nouveau en augmentation et atteint, en 1999, 5,7 décès pour 1000 naissances vivantes, deuxième taux le plus élevé de France métropolitaine après le département des Vosges (5,9). Sur la période 1997-1999, 4 décès ayant pour cause des complications de grossesse, d'accouchement ou de suites de couches ont été observés dans le département de Seine-Saint-Denis en moyenne chaque année. Sur la période 1995-97, 5 décès annuels étaient observés. Pour la région francilienne, 19 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année entre 1997 et 1999. Les décès maternels sont souvent sous-déclarés, pour différentes raisons.



Département témoin : Val-d'Oise

Dans le Val-d'Oise, le niveau de mortalité est comparable à celui de la France métropolitaine, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Le taux de mortalité infantile observé dans le Val-d'Oise a suivi une évolution très proche de celle de la France métropolitaine, avec des taux comparables. Le département du Val-d'Oise est dans une situation plus favorable que la Seine-Saint-Denis en matière de mortalité infantile. Le nombre de décès maternels s'élève à 3 en moyenne chaque année dans le département du Val-d'Oise sur la période 1997-1999 (contre 2 en moyenne sur la période 1995-1997).

• La fécondité

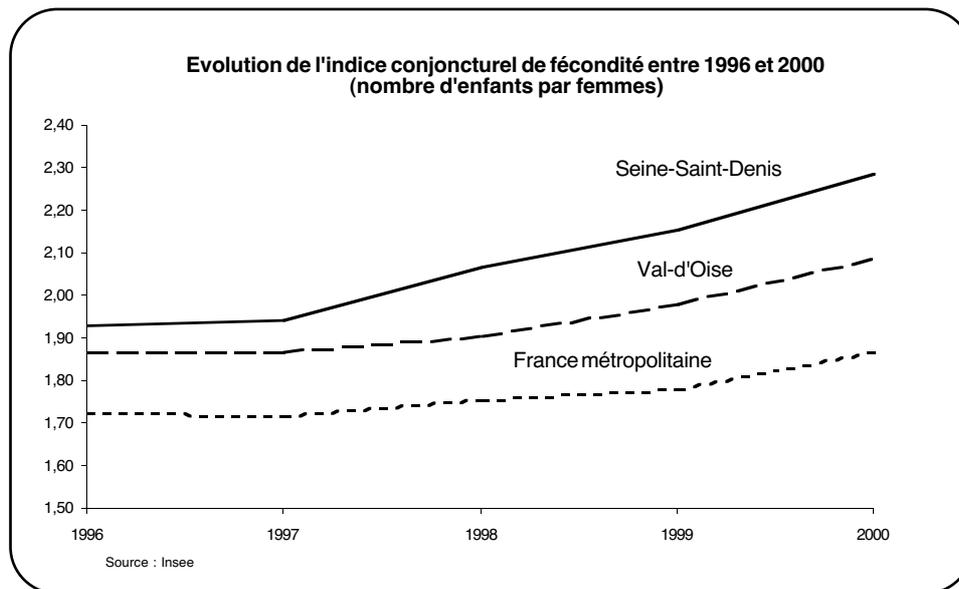
Une fécondité en augmentation

L'évolution de la fécondité des femmes est caractérisée par une augmentation, plus marquée en Seine-Saint-Denis qu'en France métropolitaine. Entre 1996 et 2000, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 1,93 à 2,29 en Seine-Saint-Denis tandis qu'en France métropolitaine, il est passé de 1,73 à 1,87 enfant par femme.

Le niveau de fécondité des femmes de Seine-Saint-Denis est le plus élevé de la région francilienne et fait partie des plus forts taux de France métropolitaine. Cette forte fécondité est en partie liée à la proportion importante d'ouvriers et d'étrangers, populations traditionnellement plus fécondes.

Département témoin : Val-d'Oise

Le nombre moyen d'enfants par femme a également augmenté entre 1996 et 2000 dans le Val-d'Oise, passant de 1,87 à 2,09 enfants par femme sur cette période. Le niveau de fécondité des femmes du département reste inférieur à celui de la Seine-Saint-Denis, mais plus élevé que la moyenne nationale.



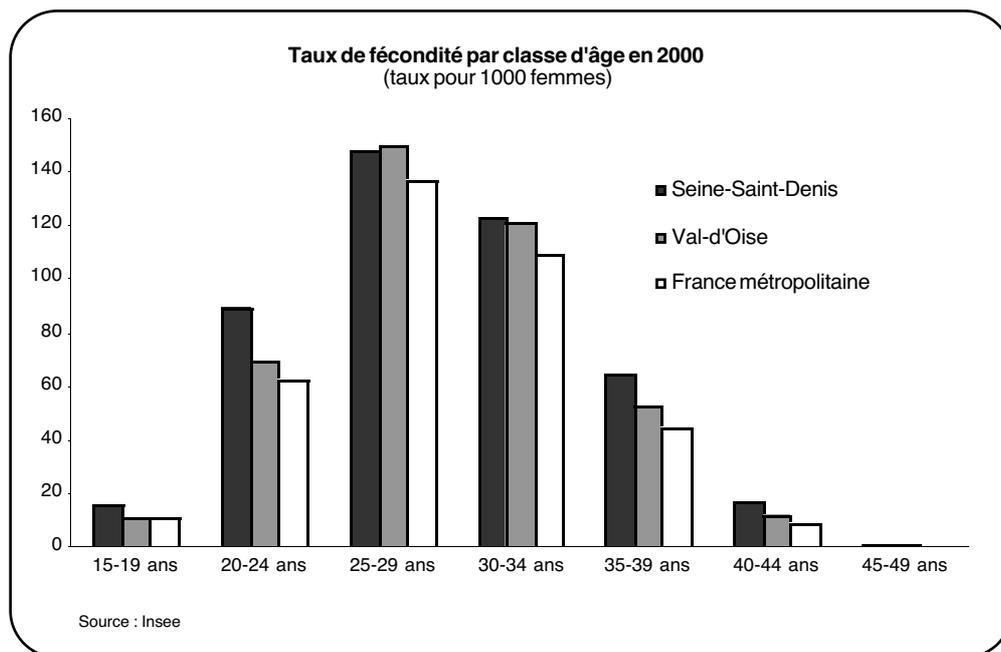
L'indice conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge, de 15 à 49 ans. Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes de ce même âge.

Des taux de fécondité élevés à tous les âges

Le département de Seine-Saint-Denis est caractérisé par une forte fécondité qui s'observe à tous les âges de la vie. Ainsi, chez les jeunes femmes de moins de 20 ans, le taux est en moyenne de 16 enfants pour 1 000 femmes contre 11 en France métropolitaine. A 20-24 ans, la fécondité des femmes est plus importante, avec un taux de 89 enfants pour 1 000 femmes en Seine-Saint-Denis contre 63 pour la moyenne nationale. Entre 25 et 34 ans, l'écart entre la Seine-Saint-Denis et la France est moins important, et augmente à nouveau à partir de 35 ans. A 40-44 ans, le taux de fécondité en Seine-Saint-Denis est presque deux fois plus élevé que celui de la France métropolitaine.

Département témoin : Val-d'Oise

Les taux de fécondité observés dans le Val-d'Oise sont, à partir de 20 ans, plus élevés que ceux de la France métropolitaine. Ils sont en revanche inférieurs à ceux de la Seine-Saint-Denis, sauf à 25-29 ans, où les taux sont comparables : 150 enfants pour 1 000 femmes dans le Val-d'Oise et 148 en Seine-Saint-Denis.

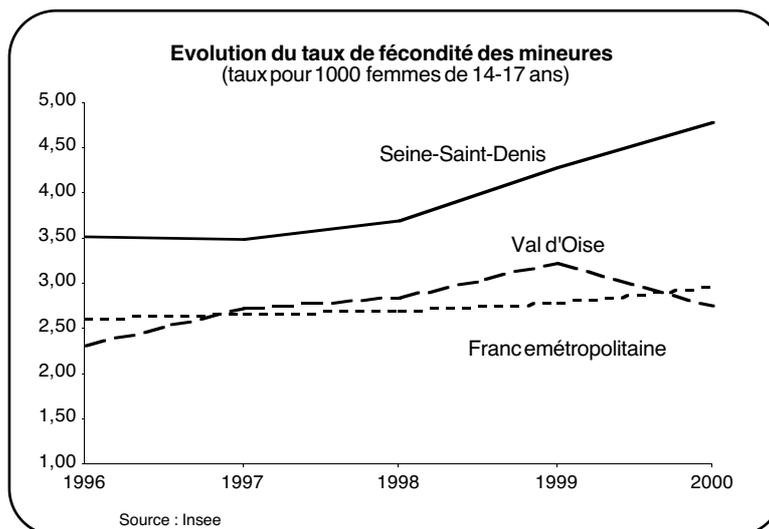


Forte augmentation de la fécondité des jeunes femmes mineures

La fécondité des mineures a fortement augmenté, en Seine-Saint-Denis : entre 1996 et 2000, elle est passée de 3,5 à 4,8 enfants pour 1000 femmes de 14-17 ans. Une augmentation de la fécondité des mineures est aussi observée pour l'ensemble de la France métropolitaine, mais de manière moins importante : le taux a ainsi augmenté de 16 % en 4 ans alors qu'il a augmenté de 37 % en Seine-Saint-Denis. Pour les autres classes d'âges, la fécondité a aussi augmenté (25 % chez les 20-24 ans), et plus rapidement qu'en France métropolitaine.

Département témoin :

Le taux de fécondité des jeunes femmes mineures a connu une augmentation importante entre 1996 et 1999, atteignant un niveau de 3,24 enfants pour 1 000 femmes âgées de 14-17 ans. Mais, contrairement à ce qui est observé dans le département pilote, le taux diminué à partir de 1999 et s'élève en 2000 à 2,75 enfants pour 1 000 femmes de 14-17 ans.

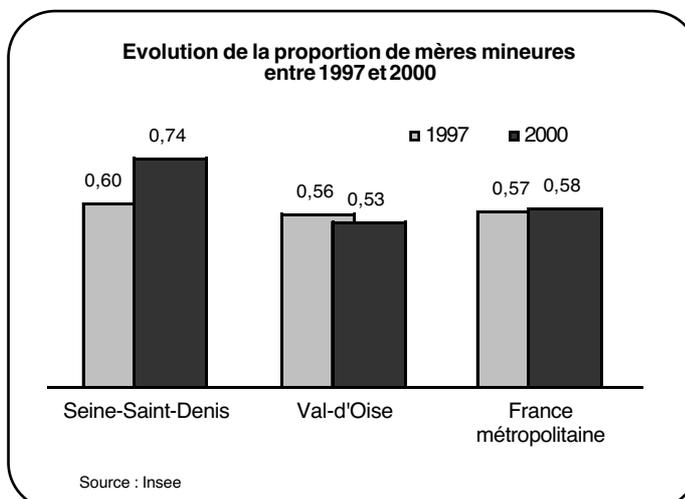


Une augmentation de la proportion de jeunes mères

La proportion de mères mineures parmi l'ensemble des mères est un peu plus élevée en Seine-Saint-Denis qu'en France métropolitaine : 0,74 % contre 0,58 % pour la moyenne nationale en 2000. Dans le département, elle a légèrement augmenté puisqu'elle s'élevait à 0,6 % en 1997. Cette évolution s'inscrit dans une augmentation globale de la proportion de mères de moins de 20 ans qui est passée de 2,4 % en 1997 à 3,1 % en 2000.

Département témoin : Val-d'Oise

Dans le Val-d'Oise, les jeunes mères de moins de 18 ans représentent, en 2000, 0,5 % de l'ensemble des mères du département, proportion légèrement inférieure à la moyenne française. La proportion de mères mineures a diminué dans le Val-d'Oise, puisqu'elle atteignait 0,7 % en 1999 et 0,6 % en 1998.



• Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

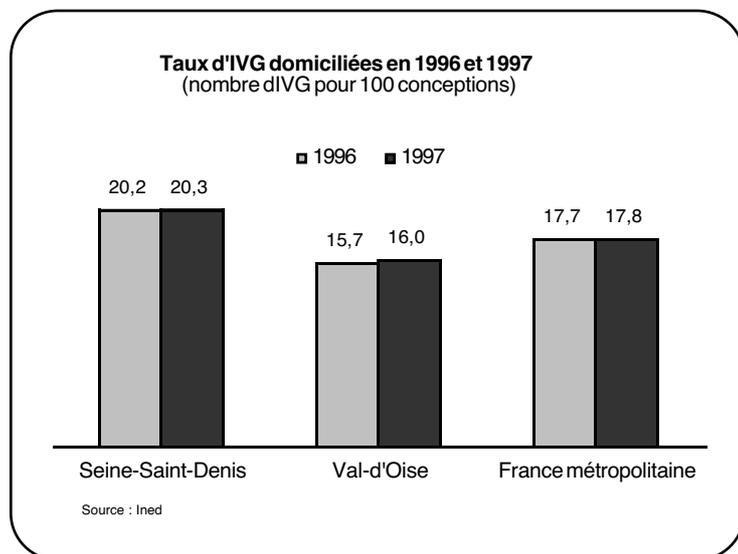
Un recours à l'IVG plus important qu'en moyenne en France

Le taux d'IVG (nombre d'IVG pour 100 conceptions) a peu varié en Seine-Saint-Denis entre 1996 et 1997 et s'élevait à 20,3 IVG pour 100 conceptions en 1997, dernière année pour laquelle on dispose de données d'IVG selon le département de résidence des femmes. Le taux d'IVG reste plus élevé dans le département qu'en France métropolitaine, où on comptait, en 1997, 17,8 IVG pour 100 conceptions. Ce taux peu être interprété de différentes façons : soit la proportion de grossesses non désirées est plus importante en Seine-Saint-Denis qu'en moyenne en France et ainsi le taux d'IVG est plus élevé ; soit la proportion de grossesses non désirées n'est pas plus élevée dans le département, mais en cas de grossesse non désirée, les femmes ont plus souvent recours à l'IVG qu'en moyenne en France. Avec 14,8 IVG pour 1000 femmes, le taux d'incidence est également plus élevé en Seine-Saint-Denis qu'en France métropolitaine (10,7 IVG pour 1000 femmes) en 1997. Ce taux n'a pas varié entre 1996 et 1997, ni pour le département ni pour l'ensemble de la France.

Département témoin : Val-d'Oise

Dans le Val-d'Oise, on comptait en 1997, 16 IVG pour 100 conceptions, taux un peu plus faible que celui enregistré en moyenne en France cette même année. Ce taux est comparable à celui observé en 1996 (15,7). Rapporté à la population des femmes, le nombre d'IVG est dans le Val-d'Oise comparable à celui de la France métropolitaine, respectivement 10,1 et 10,7 IVG pour 1000 femmes en 1997.

Les IVG enregistrées sont comptabilisées suivant le lieu où a été pratiquée l'intervention, les IVG domiciliées suivant le lieu de résidence de la femme. Le recours à l'IVG est calculé en rapportant les IVG domiciliées aux conceptions. Les conceptions sont obtenues en additionnant les naissances vivantes, les morts-nés et les IVG. Les données d'IVG sont particulièrement difficiles à obtenir : les IVG domiciliées, disponibles sur le site de l'INED ne sont plus actualisées depuis 1997 ; quant aux IVG enregistrées, elles ne sont pas encore disponibles selon l'âge de la mère (données DRASS).



Une augmentation du nombre d'IVG réalisées en Seine-Saint-Denis

Une enquête régionale sur les IVG réalisée dans le cadre de la Commission régionale de la naissance (CRN) (L'interruption volontaire de grossesse en Ile-de-France, Analyse et propositions, Rapport d'étape, DRASS Ile-de-France, Service Etudes et statistiques, Inspection régionale de santé, Commission régionale de la naissance, septembre 2001.) a comparé, pour l'année 1997, les données issues des enquêtes SAE et des bulletins IVG transmis par les établissements. Elle montre que les données issues des bulletins sous-estiment de 27,3 % les IVG pour la région francilienne et de 40 % pour le département de Seine-Saint-Denis. Quant aux données SAE, la sous-estimation est évaluée à 3,1 % pour la région francilienne.

Le nombre d'IVG enregistrées en 2002 s'élève à 12 199, d'après les données de la SAE et à 6 595 d'après les statistiques issues des bulletins d'IVG renvoyés par les établissements de santé (source : DRASSIF).

Les données de la SAE montrent une augmentation des IVG enregistrées en Seine-Saint-Denis, dont le nombre était inférieur à 10 000 en 1995 et 1996, supérieur à 11 000 entre 1998 et 2000 et supérieur à 12 000 en 2001 et 2002.

Il convient toutefois de rester prudent quant aux statistiques d'IVG, dont la confrontation entre les différentes sources est nécessaire.

Département témoin : Val-d'Oise

En 2002, l'enquête SAE estimait à 4 240 le nombre d'IVG réalisées dans le département du Val-d'Oise tandis que l'exploitation des bulletins IVG reçus à la Drassif dénombrait 2 174 IVG.

Légère diminution du recours à l'IVG chez les mineures entre 1996 et 1997

Le nombre d'IVG chez les mineures rapportées à 100 conceptions s'élève à 53,3 % en Seine-Saint-Denis, proportion inférieure à celle observée en France métropolitaine (61,2 %). Dans le département, le taux a légèrement diminué par rapport à 1996, puisqu'il était alors de 57,2 % (61,7 % en France).

La proportion de mineures parmi l'ensemble des femmes de Seine-Saint-Denis ayant eu une IVG a diminué entre 1996 et 1997, passant de 3,1 % à 2,7 % alors qu'elle est restée stable en France métropolitaine, respectivement 4,1 % et 4,2 %.

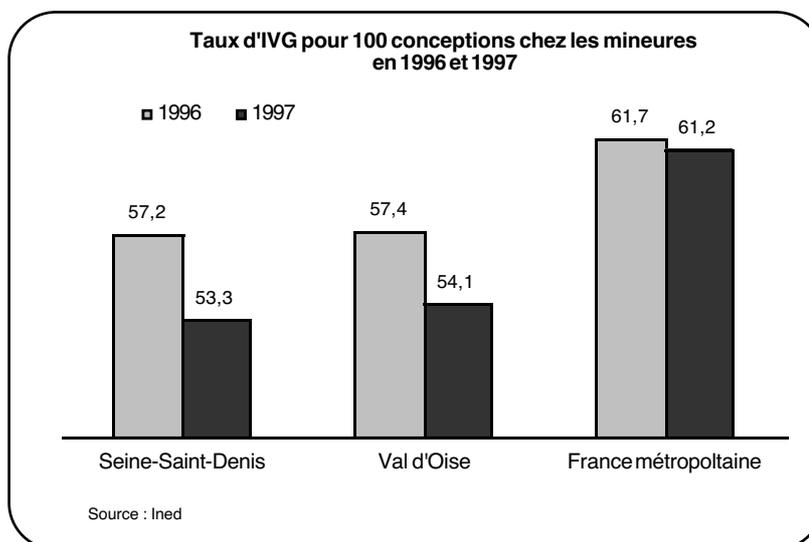
Entre 1996 et 1997, l'incidence des IVG est passée de 6,4 IVG pour 1000 femmes de 12-17 ans à 5,3 en Seine-Saint-Denis alors qu'elle est restée stable en France métropolitaine, respectivement 5,7 et 5,6 IVG pour 1000 femmes de 12-17 ans en 1996 et 1997.

Département témoin : Val-d'Oise

Le taux d'IVG chez les mineures est dans le Val-d'Oise, proche de celui de la Seine-Saint-Denis, et en diminution. Il est ainsi passé, entre 1996 et 1997, de 57,4 à 54,1 IVG pour 100 conceptions. L'écart avec la France métropolitaine a, comme en Seine-Saint-Denis, tendance à se creuser.

La proportion de jeunes femmes mineures dans l'ensemble des IVG est, contrairement à la Seine-Saint-Denis mais comme en France métropolitaine, restée stable (3,4 % en 1996 et 3,5 % en 1997).

Le nombre d'IVG rapportées aux jeunes femmes mineures de 12-17 ans est plus faible qu'en Seine-Saint-Denis et qu'en moyenne en France, 4,3 % en 1997.



L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires

Les principales missions des différents partenaires sont rappelées en annexe, page 184. Ce chapitre a pour objet de décrire les interventions réalisées par ces acteurs sur cette thématique ainsi que les éventuels changements quant aux pratiques des acteurs entre le premier état des lieux et celui-ci.

Les changements qui peuvent être observés ne sont toutefois pas nécessairement imputables au programme de prévention des grossesses non désirées, mais peuvent être aussi à d'autres facteurs, notamment les campagnes nationales de contraception.

Centres de planification et d'éducation familiale

Implantation des CPEF en Ile-de-France

En Seine-Saint-Denis, en 2002, 112 centres de planification et d'éducation familiale ont été recensés (Guide des lieux d'information sur la contraception et des sites pratiquant les IVG, Ile-de-France 2002, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, consultable à l'adresse <http://www.ors-idf.org/bd/ivg-form.asp>).

L'accessibilité des centres de planification se mesure, outre l'emplacement géographique (proximité des lieux de vie des jeunes ou des lieux fréquentés par les jeunes), par les jours et les horaires d'ouverture, qui peuvent être plus ou moins adaptés aux horaires des jeunes. Le lundi est important pour la contraception d'urgence, le mercredi après-midi pour les collégiens et lycéens, le samedi ou le soir pour les jeunes scolarisés ou pour les autres.

Ainsi, 107 centres sur 112 sont ouverts le lundi (95,5 %), 108 (96 %) sont ouverts le mercredi après-midi, 30 (soit 27 %) sont ouverts le samedi, le matin uniquement pour 20 centres et toute la journée pour 10 centres, 42 centres (soit 37,5 %) proposent une ouverture le soir, le plus souvent une fois par semaine jusque 19 heures, parmi lesquels 25 sont ouverts au moins 5 jours par semaine jusque 19 heures ou 19h30, les autres étant ouverts 1 ou 2 journées jusque 19h, 19h30 ou 20h.

Par rapport à la précédente enquête (Guide des lieux d'information sur la contraception, Ile-de-France 2000, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France), l'ouverture le lundi, le mercredi après-midi et le samedi concernent un peu plus de centres en 2002. En revanche l'ouverture le soir est moins fréquente puisqu'en 2000, 44 % des centres proposaient une ouverture le soir. Le Conseil général mentionne la difficulté toujours plus grande relative au manque de personnel dans les centres de planification familiale, particulièrement pour les horaires du soir et du week-end.

Bilan d'activité

En 2002, les centres de planification ont reçu 88 609 consultants, dont 9,3 % de mineurs et 21,3 % de jeunes de moins de 20 ans. Par rapport à 1999, la proportion de mineurs a légèrement augmenté (8,2 % en 1999) ainsi que celle de moins de 20 ans (18,4 % en 1999).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette augmentation : campagnes nationales d'information, relayées au niveau départemental, développement des liens entre le milieu scolaire et les centres de planification avec la mise en place du dispositif de contraception d'urgence et l'augmentation des heures d'éducation à la sexualité.

Les centres ont dispensé 52 963 entretiens et 116 586 consultations. Par rapport à 1999, le nombre d'entretiens a augmenté de 24 % et le nombre de consultations a diminué de 4 %.

Le premier motif pour les entretiens et consultation est la contraception (30,6 % des entretiens et 41,9 % des consultations). Ces proportions sont proches de celles observées en 1999.

L'IVG représente 17,8 % des motifs d'entretien (contre 28,9 % en 1999) et 8,8 % des motifs de consultation (38,2 % des consultations en 1999). La forte diminution des entretiens ou consultations pour IVG est sans doute liée à la nouvelle loi supprimant le caractère obligatoire de l'entretien pré-IVG pour les majeures.

Les violences faites aux femmes semblent mieux entendues dans les centres comme le montre l'augmentation du nombre de signalements de « femmes battues », passant de 63 à 245 entre 2000 et 2002 et de femmes victimes de violences sexuelles, qui est passé de 107 à 124 entre 2000 et 2002.

L'information auprès des jeunes consiste le plus souvent en l'intervention de conseillères conjugales dans les établissements scolaires. En 2001-2002, 4 974 séances de sensibilisation aux questions de sexualité ont été réalisées en collèges et lycées, concernant 45 493 jeunes, dont 19,5 % élèves dans les établissements de Saint-Denis. En comparaison avec l'année 1998-99, le nombre de séances a été multiplié par 3,6 et le nombre de jeunes touchés a plus que doublé. Cette augmentation s'explique en partie par une réorientation de l'activité des conseillères conjugales.

Etablissements pratiquant des IVG

Dans le département de Seine-Saint-Denis, en 2002, 18 établissements ont déclaré avoir pratiqué des IVG : 6 établissements publics, parmi lesquels 2 appartiennent à l'AP-HP (Hôpital Jean Verdier de Bondy et Hôpital Avicenne de Bobigny), et 12 établissements privés, dont un établissement participant au service public (maternité des Lilas).

Etablissements publics

Centre hospitalier inter-communal
Robert Ballanger, Aulnay-sous-bois (EPS)
Le Raincy-Montfermeil (EPS)
Hôpital Jean Verdier, Bondy (AP-HP)
Aubervilliers (PL)
Hôpital Avicenne, Bobigny (AP-HP)
Centre hospitalier inter-communal

Etablissements privés

Clinique de la Dhuys, Bagnole (PL)
Centre hospitalier inter-communal
Clinique Hoffmann, Rosny-sous-bois (PL)
Hôpital européen de Paris la Roseraie,
Clinique de Neuilly-sur-Marne (PL)
Clinique du Bois d'Amour, Drancy (PL)
Clinique de l'Estrée, Stains (PL)

André Grégoire, Montreuil (EPS)
Hôpital Delafontaine, Saint-Denis (EPS)

Clinique du vert galant, Tremblay-en-France (PL)
Clinique Les Presles, Epinay-sur-seine (PL)
Centre chirurgical Floréal, Bagnole (PL)
Clinique du Landy, Saint-Ouen (PL)
Maternité des Lilas (PSPH)

Statut de l'établissement :
EPS : établissement public de santé
AP-HP : Assistance publique – hôpitaux de Paris
PSPH : privé participant au service public hospitalier
PL : Privé lucratif.

Les établissements suivants, appartenant au secteur privé, déclarent ne pas ou ne plus pratiquer d'IVG : Clinique des Lilas, Clinique du Pré Gentil à Rosny-sous-bois, Clinique de l'Orangerie à Aubervilliers, Hôpital privé de l'Est parisien au Blanc-Mesnil, Clinique de Noisy-le-Grand et Centre médico-chirurgical Franklin à Pavillon-sous-bois.

Par ailleurs, il semblerait que la nouvelle loi sur l'IVG ne soit pas toujours appliquée dans les établissements privés, en particulier certains établissements ne pratiqueraient pas d'IVG au-delà de 12 semaines et/ou n'appliqueraient pas la loi pour les mineures.

L'accès à l'IVG est toujours problématique dans le département.

Les travaux d'enquête poursuivis dans le cadre de la Commission régionale IVG devraient permettre d'éclairer, aux niveaux régional et départemental, les dysfonctionnements en termes d'accès à l'IVG et de prise en charge.

Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial

Le département de Seine-Saint-Denis compte 9 lieux de consultation dépendant de l'APEC93 (Association pour l'enfant et le couple en Seine-Saint-Denis) et de l'AFCCC (Association française des centres de consultation conjugale).

L'AFCCC a pour objet l'aide à la personne dans l'évolution de sa vie affective, sexuelle, familiale et sociale, dans le respect de la liberté de chacun et l'aide aux couples en difficulté dans l'évolution de l'organisation de leurs relations affectives, sexuelles, sociales ou dans leurs relations avec leurs enfants.

Les différentes consultations proposent, avec un rendez-vous obligatoire, les prestations suivantes :

Bobigny	Consultation conjugale et thérapie de couple, médiation familiale, point rencontre, accueil pour les conflits familiaux RDV obligatoire
Epinay-sur-Seine	Consultation conjugale et thérapie de couple Mardi matin, RDV obligatoire.
L'Ile-Saint-Denis	Consultation conjugale et thérapie de couple RDV obligatoire
La Courneuve	Consultation conjugale et thérapie de couple, espace enfant-adolescent Jeudi après-midi

Le Blanc-Mesnil	Consultation conjugale et thérapie de couple
Montreuil	Consultation conjugale et thérapie de couple
Noisy-le-grand	Consultation conjugale et thérapie de couple Vendredi 9h – 12h
Rosny-sous-bois	Consultation conjugale et thérapie de couple Mardi 11h – 13h
Villepinte	Consultation conjugale et thérapie de couple RDV obligatoire

Les conseillères conjugales interviennent dans les établissements scolaires (collèges et lycées professionnels) à leur demande. En 2003, des interventions ont eu lieu dans des établissements de Bondy et du Blanc-Mesnil, mais aucun bilan écrit n'a été rédigé. Une bonne coopération a pu être établie avec les conseillers principaux d'éducation (CPE) et les enseignants.

Aucun travail n'est réalisé en commun avec les conseillères conjugales des CPEF.

Ces établissements d'information, de consultation ou de conseil familial n'ont pas été associés au programme de prévention des grossesses non désirées, qui n'est pas connu par eux.

Education nationale

Bilan d'activité

Pour l'année scolaire 2002-2003, aucune donnée statistique ne peut être fournie par les médecins, infirmières et assistantes sociales scolaires en raison de grève du personnel.

En Seine-Saint-Denis, plusieurs dispositions ont été prises dans le but de lutter contre l'échec scolaire et l'exclusion : création d'un observatoire de l'absentéisme et de la rupture scolaire en 2002, renforcement des moyens de prise en charge de l'absentéisme, avec notamment la création d'un service administratif spécifiquement chargé de cette question.

En termes d'actions collectives d'éducation à la santé, celles réalisées par les infirmières scolaires sont soit menées avec les médecins scolaires, en particulier lorsque ces actions sont impulsées à partir des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (151 dans le département en janvier 2004), soit elles sont réalisées par les infirmières en collaboration avec des partenaires extérieurs, sans la participation des médecins scolaires.

Les assistantes sociales rapportent que pour l'année 2000-2001, elles ont impulsé et mis en œuvre 47 actions d'éducation à la sexualité / contraception sur un total de 1 126. Leur rôle consiste à recenser les besoins, choisir et contacter les intervenants, rechercher les outils de prévention adaptés, rechercher les financements éventuels, préparer et organiser les séances, préparer les équipes et les élèves, animer ou intervenir, évaluer les actions.

Il est actuellement difficile d'établir un bilan sur l'intervention des personnels éducatifs et socio-médicaux quant à l'éducation à la sexualité, compte tenu de la multiplicité des intervenants et de la difficulté à obtenir une information cohérente et homogène.

Délégation aux droits des femmes

La délégation aux droits des femmes est très impliquée dans le programme « prévention des grossesses non désirées », notamment pour les actions de formation sur les mariages forcés, la formation de professionnels médico-sociaux sur les violences sexistes, le théâtre forum X=Y ? . Le programme a permis, dans les pratiques de travail de la Délégation aux droits des femmes, de réaliser des projets envisagés depuis longtemps, ainsi le théâtre forum X=Y ?, et de réunir des associations qui avaient l'habitude de travailler ensemble mais pas autour d'un projet partagé. L'outil X=Y ? a ainsi été élaboré en commun. Le programme a permis de formaliser ce partenariat.

Autres acteurs

Caisse primaire d'assurance maladie

La CPAM est impliquée dans le programme de « prévention des grossesses non désirées » par la production d'outils d'information, dont la description a été faite dans le chapitre portant sur les actions développées.

La CPAM n'a pas mis en place de programme d'éducation à la sexualité, mais le thème est abordé dans le cadre d'une action de prévention de l'infection à VIH / sida. Cette action a pour objectif d'améliorer les connaissances des jeunes sur les risques liés à l'infection à VIH et le sida, en abordant le thème des représentations du risque, de façon à susciter chez eux des comportements responsables. Elle est réalisée en trois temps. La première intervention est un atelier de 2 heures, d'échanges sur la sexualité, la contraception, les notions d'anatomie. Les différentes méthodes de contraception sont abordées, la contraception d'urgence ainsi que l'IVG. La deuxième intervention est un travail autour des représentations sur le sida à partir d'affiches ainsi qu'un apport d'information. Le troisième temps consiste en une intervention d'un théâtre-forum, sidaventure.

Une évaluation de l'action est prévue à l'aide de questionnaires auto-administrés, distribués aux élèves 3 semaines avant la première séance et 1 mois après la dernière intervention, abordant les représentations, connaissances et comportements par rapport au sida et, pour le questionnaire post-action, une partie sur la satisfaction à l'égard du théâtre-forum.

En 2002-2003, 9 établissements ont été concernés, 1 150 élèves, 48 classes et 18 représentations du théâtre-forum ont eu lieu.

Des partenariats sont engagés avec le CIDAG de Bobigny, le CRIPS, le CODES (comité départemental d'éducation à la santé).

Mouvement français pour le planning familial (MFPF)

Le MFPF de Seine-Saint-Denis gère un centre de planification familiale situé à Saint-Denis (auparavant à Villepinte) et propose une permanence au centre EVA (voir ci-dessous) tous les jeudi après-midi. Outre l'accueil individuel, des accueils de groupe sont proposés, particulièrement le mercredi après-midi pour les jeunes filles.

Le centre MFPP de Saint-Denis regroupe 8 personnes, soit 6 en ETP.

Le MFPP est très présent au niveau du programme « prévention des grossesses non désirées » et impliqué dans la plupart des actions. Il évoque les changements que le programme a apportés en terme de synergie entre de nombreux acteurs, associations de femmes, SOS femmes, le CIDFF93 (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles de Seine-Saint-Denis), l'éducation nationale, la délégation aux droits des femmes, le conseil général ainsi que certaines communes.

Centre Espace vie adolescence (EVA)

Le Centre EVA, créé en 1983, est une structure dépendant de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), reconnue comme centre d'action éducative, répondant à une convention entre la PJJ, le Mouvement français pour le planning familial (MFPP), le Conseil général et EVA. Il est agréé centre de planification familiale. L'équipe du centre est composée de 2 éducatrices, d'un psychologue, d'une infirmière, d'une animatrice et d'une secrétaire et une permanence est assurée une après-midi par semaine par trois animatrices conseillères conjugales et deux médecins du MFPP.

Toutes les demandes sont accueillies mais les jeunes filles qui s'adressent à EVA connaissent les problématiques développées par le centre : sexualité, identité féminine à l'adolescence, problèmes scolaires, insertion, hébergement, problèmes de violence.

Les établissements accueillant les jeunes suivis par la PJJ ne disposent pas de contraception d'urgence, contrairement aux établissements de l'Education nationale, mais les éducateurs accompagnent les jeunes filles au Centre de planification familiale en cas de nécessité. La mise en place du groupe de travail dans le cadre du programme « prévention des grossesses non désirées » a permis de faciliter les liens avec les centres, mieux repérés par les structures et a permis pour les professionnels de mieux repérer les problématiques et d'apporter des réponses plus facilement.

Le constat fait dans le centre EVA est le manque d'information des jeunes filles en matière de contraception, notamment de contraception d'urgence, ou bien le manque d'appropriation de la pratique de la contraception. Cela concerne un autre champ que celui de l'éducation à la sexualité, notamment le désir d'élever un enfant, l'histoire personnelle de la jeune fille, l'interrogation par rapport au vécu de la mère.

Conclusion

De nombreuses études ayant souligné l'importance des grossesses non désirées chez les adolescentes, la Direction générale de la santé a proposé d'initier, en 1999, une étude-action sur la réduction des grossesses non désirées dans trois départements.

Le département de la Seine-Saint-Denis, retenu pour ce projet, a proposé un programme de prévention des grossesses non désirées abordant plusieurs axes, qu'il s'agisse de l'amélioration de l'accès à la contraception, de l'amélioration de l'information auprès des jeunes, de la formation des professionnels, d'action de prévention des comportements violents ou encore de réalisation d'enquêtes.

La démarche d'évaluation de ce programme a consisté en plusieurs étapes : l'analyse de l'évolution d'indicateurs mettant en évidence le contexte socio-sanitaire et d'indicateurs relatifs à la grossesse et à l'IVG, le repérage des acteurs impliqués dans ce domaine et l'analyse de leurs méthodes d'intervention, en particulier en terme d'évolution constatée entre le démarrage et la fin de l'étude-action et enfin le suivi des actions développées dans le programme.

De nombreux changements sont intervenus sur cette période, comme rappelé en introduction, que ce soit au niveau de campagnes nationales d'information sur la contraception, relayées aux niveaux régional et départemental, mais aussi des changements législatifs visant à améliorer l'accès à la contraception, à l'IVG et à l'information.

L'évolution des indicateurs

Avec 1 382 928 habitants au recensement de 1999, la population de Seine-Saint-Denis reste jeune, avec 29 % de jeunes de moins de 20 ans et 11 % de personnes de 65 ans et plus (16 % en France métropolitaine).

Le département présente une situation socio-économique peu favorable : le taux de chômage continue à être plus élevé qu'en France métropolitaine, alors que la région francilienne est caractérisée par un taux de chômage inférieur au niveau national ; le taux de bénéficiaires du RMI est aussi plus élevé qu'en France.

En terme de mortalité, la mortalité générale des femmes est plus élevée en Seine-Saint-Denis qu'en France métropolitaine et la mortalité infantile, qui témoigne de la situation socio-sanitaire d'une région donnée, après une forte diminution jusqu'en 1996, semble à nouveau en augmentation dans le département. En France métropolitaine au contraire, la diminution de la mortalité infantile se poursuit.

L'offre de soins en matière de santé des femmes témoigne d'un développement important des centres de protection maternelle et infantile, de planification et d'éducation familiale ainsi que des densités élevées en médecins et sages-femmes de PMI. En revanche, le département est

caractérisé par une faible densité, en comparaison avec la France métropolitaine, en omnipraticiens libéraux et en gynécologues-obstétriciens libéraux. Cette dernière a fortement diminué entre 1997 et 2002, passant de 34 gynéco-obstétriciens libéraux pour 100 000 femmes de 15-44 ans à 21 entre 1997 et 2002.

Le département de Seine-Saint-Denis est caractérisé par une forte fécondité, qui a fortement augmenté entre 1996 et 2000, passant pour l'ensemble des femmes de 1,93 à 2,29 enfants par femme.

Chez les mineures, le taux de fécondité a augmenté de 37 % entre 1996 et 2000 et, avec 4,8 enfants pour 1000 femmes de moins de 18 ans en 2000, est plus élevé en Seine-Saint-Denis qu'en France métropolitaine (3,0).

Le recours à l'IVG est plus élevé en Seine-Saint-Denis qu'en France métropolitaine (20,3 IVG pour 100 conceptions contre 17,8 en France). Chez les mineures en revanche, le taux est plus faible qu'en France mais est très important en comparaison aux autres âges : 53,3 IVG pour 100 conceptions.

L'évolution constatée ici ne permet pas de conclure quant à l'impact du programme de prévention des grossesses non désirées d'une part parce que les indicateurs mesurés sont parfois éloignés des objectifs du programme de prévention mis en place, d'autre part parce que des données très récentes sont difficiles à obtenir.

En revanche les entretiens menés auprès des différents partenaires ont permis, de manière plus qualitative, de mesurer les points développés dans le paragraphe suivant.

Le programme de prévention des grossesses non désirées

Lors de la réponse à l'appel d'offres de la Direction générale de la santé relative à la thématique de la prévention des grossesses non désirées, le département avait déjà entamé une réflexion sur la nécessité de coordonner les actions par la mise en place d'un comité de pilotage.

Cette partie sera consacrée à une réflexion critique sur le programme dans sa définition et sa mise en œuvre et en particulier devrait permettre d'identifier les aspects positifs et les éléments à améliorer.

1 - Aspects favorables

• Une dynamique partenariale

De nombreux acteurs travaillent, de manière directe ou indirecte, à la prévention des grossesses non désirées : les travailleurs sociaux des centres de planification familiale, des établissements d'information et de conseil familial, les médecins hospitaliers, les médecins libéraux, les membres de l'équipe éducative et médico-sociale dans les établissements scolaires, etc...

La mise en place d'un comité de pilotage pour la réalisation de ce programme a permis de réunir des partenaires qui avaient l'habitude de travailler sur des thèmes communs, en particulier autour de la prévention des abus sexuels et des violences, sans pour autant coordonner leurs actions.

Il en est ainsi de la Caisse primaire d'assurance maladie, dont le service d'éducation à la santé a pris en charge la réalisation des différents documents d'information comme ceux sur la contraception et les centres de planification familiale.

C'est aussi le cas pour les différents participants aux enquêtes qualitative et quantitative, enquête ayant permis de réunir pour un même projet des professionnels hospitaliers, associatifs, des professionnels des services déconcentrés de l'Etat (DDASS), du Conseil général, des sociologues.

Pour la plupart des acteurs interrogés, le programme a permis de renforcer une dynamique partenariale, autour de ce thème. Certains partenaires se connaissent mieux et peuvent ainsi travailler ensemble plus aisément.

De plus, ce projet associe l'Etat et le département et le programme a ainsi permis à ces deux institutions de mener ces actions de façon plus cohérente.

• *La réalisation d'actions nouvelles*

Les financements apportés pour la réalisation du programme ont permis de mettre en œuvre des actions nouvelles, qui étaient déjà pensées par plusieurs partenaires.

Le théâtre forum X=Y ? sur la prévention des comportements sexistes a été élaboré par le Mouvement français pour le planning familial. Les représentations qui ont lieu en 2002 ont permis de faire connaître cet outil au sein du département et notamment auprès de représentants de communes, qui ont par la suite, décidé de financer des représentations.

L'utilisation de cet outil a permis de faire prendre conscience de l'insuffisance de 2 heures d'information sur la contraception et de la nécessité d'utiliser d'autres techniques faisant intervenir les attitudes, les représentations et les comportements.

L'action de sensibilisation et de formation à la prévention des mariages forcés est une innovation qui a nécessité une concertation approfondie entre l'ensemble des partenaires, notamment les associations.

Elle a connu un accueil très favorable des professionnels de Seine-Saint-Denis et a permis une prise de conscience plus générale sur cette problématique.

Dans le département, cette action a été accompagnée de la mise en place d'un système d'urgence directe en cas de mariage forcé, avec la possibilité d'établir un contrat jeune majeur pour les jeunes filles majeures.

Elle a en outre permis de produire un plan de formation-type pour d'autres départements.

• *La cohérence du programme*

La cohérence du programme est abordée sous différents aspects : les différents niveaux de prévention définis par les actions, la diversité des démarches mises en œuvre et du public concerné et enfin les thématiques abordées.

- Le programme a développé des actions qui abordent plusieurs niveaux de prévention : information et formation, amélioration de l'accès à la contraception d'urgence, amélioration des connaissances.

En termes de prévention des grossesses non désirées, les actions d'information constituent un des premiers canaux de prévention. La connaissance du fonctionnement physiologique, de la contraception régulière et d'urgence, des lieux accessibles aux jeunes (infirmerie scolaire, centres de planification, pharmacie notamment), de la législation en vigueur est nécessaire. Mais les études montrent qu'à un bon niveau d'information ne sont pas nécessairement associés des comportements de prévention des grossesses non désirées. Ici entrent en jeu

d'autres dimensions qui font appel aux relations entre garçons et filles, révélatrices du statut de la femme et des représentations associées à celui-ci dans la société mais aussi dans les différents milieux sociaux et culturels. Les autres dimensions sont le désir de grossesse des jeunes femmes, qu'ils soit conscientisé ou non, l'histoire familiale et personnelle de la jeune fille, en particulier le vécu de sa propre mère, faisant intervenir les mécanismes de reproduction de l'histoire familiale. La communication au sein de la famille joue également un rôle important, en particulier pour ce qui concerne le vécu et la gestion de la sexualité.

- Les différentes actions développées dans le programme font appel à des démarches différentes : production de brochures et plaquettes d'information à disposition des professionnels et des jeunes, démarche créative et participative pour le théâtre de l'opprimé, réponse de proximité avec la contraception d'urgence dans les établissements scolaires, formation de professionnels.

En outre, les actions développées s'adressent soit à la population des jeunes (contraception d'urgence, théâtre forum, matériel d'information,) soit à un public de professionnels (actions de formation à la prévention des mariages forcés, des violences sexistes, des violences sexuelles, des techniques de contraception, enquêtes, journée départementale d'information).

- La thématique des violences est très développée dans le programme : prévention des mariages forcés, formation des professionnels à l'animation de stages sur les violences sexistes, sensibilisation de la brigade des mineurs aux violences sexuelles, théâtre forum X=Y ? sur la prévention des comportements sexistes, matériel d'information « les violences sexuelles : osons en parler ».

Bien que la violence soit un phénomène difficile à mesurer, tant les limites sont délicates à établir et plus encore, la proportion de grossesses survenant à la suite de situations de violences ; certaines études en montrent l'importance. Ainsi, en Seine-Saint-Denis, le rapport Uzan mentionne que la survenue de grossesses non désirées et d'IVG dans un contexte de violence semble en augmentation. Au service des urgences médico-judiciaires de l'hôpital Jean Verdier, le nombre de viols sur mineurs est passé de 135 en 1990 à 273 en 1995. L'auteur souligne que ces chiffres sont ceux déclarés et sous-estimés puisque nombre de viols ne sont pas déclarés.

Une exploitation régionale de l'enquête ENVEFF réalisée auprès de femmes de 20 à 59 ans montre que, dans l'espace public ou au travail, les violences déclarées sont plus nombreuses en Ile-de-France que dans le reste de la France. Excepté pour le viol et les actes sexuels imposés, plus de violences conjugales sont déclarées par les femmes résidant en Ile-de-France. L'enquête montre aussi que dans l'espace public, les jeunes femmes de moins de 25 ans sont plus souvent victimes de violences (qu'elles qu'en soit la nature) et que la proportion décroît avec l'âge.

Au niveau national, 15,4 % des jeunes filles interrogées pour l'enquête ACSJ (Attitudes et comportements sexuels des jeunes, Lagrange et Lhomond, 1997) déclarent avoir eu des rapports sexuels sous la contrainte. Il s'agit plus souvent de jeunes filles hors du système scolaire ou dans des filières dévalorisées, donc plus souvent en situation de précarité sociale.

Aucun élément n'indique si les violences sont plus importantes en Seine-Saint-Denis que dans d'autres départements, toutefois la fréquence des actes de violence déclarés lors d'enquêtes nationales nécessite que des actions de prévention soient développées pour diminuer ce phénomène ou du moins ses conséquences.

Dans le cadre de l'observatoire départemental des violences envers les femmes créé en Seine-Saint-Denis en mars 2003, une enquête sera réalisée auprès des jeunes filles de 15 à 19 ans

afin de mieux connaître les comportements sexistes, les violences sexuelles auxquelles elles sont confrontées, que ce soit dans la famille, dans le lieu de scolarité, dans l'espace public, auprès de leurs amis ou petits-amis.

- ***Outils et matériel d'information produit***

Le programme a permis la réalisation très concrète d'outils d'éducation à la santé et de documents papiers et audio-visuels : les documents d'information relatifs aux centres de planification familiale, à la contraception, aux agressions sexuelles, et aux relations garçons-fille un DVD sur les mariages forcés ainsi que les documents écrits relatifs à cette action, la mise au point d'une journée de formation pour la prévention des mariages forcés, la réalisation d'un théâtre forum X=Y ? sur la prévention des comportements sexistes.

2 - Difficultés et obstacles

- ***Définition du programme de recherche-action***

Une des premières difficultés a consisté en la définition précise du contenu du programme. En effet, les acteurs du département réalisent de nombreuses actions, notamment de sensibilisation, auprès de différents publics. D'autres actions ont été mises en œuvre dans le cadre du PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité). De plus, en trois ans, le programme a connu des évolutions, avec l'intégration de nouvelles actions dès la deuxième année.

Les entretiens réalisés auprès des acteurs participant à la recherche-action ont montré que ceux-ci n'étaient pas tous au fait des actions développées dans le cadre du programme.

Certaines actions ont en effet été réalisées de manière ponctuelle (la journée départementale contraception), d'autres ont quelques difficultés dans la mise en œuvre (formation des professionnelles de la Brigade des mineurs), d'autres actions ont des échos médiatiques pouvant occulter la place des autres (actions de prévention des mariages forcés, théâtre de l'opprimé).

Cette absence de définition précise du programme et de son évolution rend plus difficile la réalisation du bilan mais témoigne aussi d'un manque de lisibilité du programme tant pour les acteurs du départements que pour les acteurs extérieurs au département.

- ***Méthodologie des actions***

En termes de méthodologie des actions, de nombreux aspects sont à améliorer pour la plupart des actions.

Les objectifs sont rarement définis de manière précise et les résultats attendus ne sont pas énoncés clairement. Les actions ne sont pas non plus situées dans leur contexte et en particulier les éléments qui ont motivé leur mise en place ne sont pas toujours présentés.

Par ailleurs, pour la plupart des actions, aucune procédure d'évaluation n'est prévue. Seule est parfois mesurée la satisfaction du public concerné par l'action. La condition nécessaire pour évaluer les résultats des actions est la définition des résultats attendus.

De plus, les bilans sont réalisés de manière très sommaire.

Pour améliorer le suivi, il est nécessaire de développer les aspects méthodologiques des actions, en particulier prévoir systématiquement une évaluation de l'action, en termes d'impact, d'atteinte des résultats et de processus.

• *Participation des jeunes dans l'élaboration des actions*

Dans la définition et la mise en place des actions, les jeunes n'ont été impliqués ni à la phase de réflexion sur le choix des actions, ni sur les modalités de réalisation, ni sur l'élaboration des outils.

Leur implication consiste essentiellement en la participation aux actions proposées : c'est par exemple le cas pour les enquêtes qualitatives et quantitatives qui sollicitaient l'avis de jeunes filles désirant réaliser une IVG. C'est également le cas du théâtre forum dont la participation des jeunes est essentielle pour qu'un travail sur leurs représentations puisse être élaboré.

Or, la promotion de la santé est définie dans la charte d'Ottawa (1986) par « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci [...]. La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé ».

Il conviendrait ainsi de pouvoir travailler avec les jeunes, afin de les aider à identifier leurs besoins, et leur permettre d'être des éléments moteurs dans la définition et la réalisation des actions.

• *Le public visé par les actions*

Les actions développées dans le cadre du programme de prévention des grossesses non désirées en Seine-Saint-Denis s'adressent soit à un public de professionnels soit à un public de jeunes, essentiellement de jeunes en milieu scolaire.

Les actions de prévention et d'éducation à la santé concernent plus facilement un public de jeunes scolarisés, du fait du grand nombre de personnes touchées, mais aussi parce que tous les jeunes passent normalement par l'institution scolaire au cours de leur vie.

Or, des enquêtes réalisées auprès de jeunes hors milieu scolaire (enquêtes INSERM auprès de jeunes dans des dispositifs d'insertion ou auprès de jeunes suivis par la PJJ) ont montré que des antécédents de grossesses étaient plus fréquemment déclarés par ces jeunes que par les jeunes scolarisés et d'autre part que les jeunes en dispositif d'insertion ou suivis par la PJJ ont plus souvent déclaré avoir subi des violences, notamment des violences sexuelles et physiques. Ainsi, 55 % des jeunes filles suivies par la PJJ ont déclaré avoir été victimes d'une agression physique et 34 % avoir été victimes, au cours de leur vie, d'une agression sexuelle.

Que ce soit pour la poursuite du programme ou pour le développement de futures actions d'éducation à la sexualité, il semble nécessaire d'orienter les actions vers un public de jeunes non scolarisés, par exemple par l'intermédiaire des missions locales, par la PJJ, etc.

• *Composition et fonctionnement du comité de pilotage*

Certains organismes ou certaines institutions n'ont pas été invités à participer au comité de pilotage alors qu'ils auraient pu être inclus dans le programme. Ce sont par exemple les pharmaciens, dont le rôle auprès des jeunes femmes est important, notamment en termes d'information sur la contraception et la contraception d'urgence et en particulier sur les nouvelles dispositions concernant les mineures. Ce sont aussi les représentants des villes, en particulier avec les démarches santé menées au niveau local dans le cadre des ateliers santé-ville.

Auraient aussi pu être associés le comité départemental d'éducation à la santé, dont le rôle est la diffusion d'information et la promotion de la santé au niveau départemental, les établissements d'information, de consultation et de conseil familial, qui restent encore très mal connus.

Par ailleurs, il semble que la place de certaines institutions ait été plus difficile à définir et à se mettre en place. Ainsi, les organismes dont la mission n'est pas directement la prévention des grossesses non désirées mais qui travaillent auprès d'un public jeune doivent pouvoir être impliqués dans l'élaboration d'actions. Ce sont par exemple la Direction de la Jeunesse et des Sports ou encore la Direction de la Sécurité publique.

Le comité de pilotage a fonctionné de manière moins régulière dès l'année 2002, voire 2001. Ainsi les réunions furent moins fréquentes en 2001 et 2002 et aucune n'a eu lieu en 2003, les compte-rendus de réunion n'ont plus été réalisés à partir de 2002.. Par ailleurs certaines institutions ont cessé de participer aux réunions du comité de pilotage.

les difficultés de fonctionnement du comité de pilotage peuvent avoir de nombreuses explications, parmi lesquelles :

- la diversité des institutions représentées, qui ne travaillent pas habituellement ensemble : représentants de l'Etat, représentant de collectivités territoriales, représentants d'associations, d'établissements hospitaliers, de l'assurance-maladie,
- des niveaux « d'ancienneté professionnelle » dans le département très variables,
- la diversité des personnalités représentées,
- des préoccupations et des volontés d'actions différentes, voire divergentes.

• *Etat des lieux préalable*

Les actions ont été élaborées sans qu'il n'y ait eu de diagnostic préalable.

Les thèmes ont été retenus en fonction des connaissances acquises par les acteurs de terrain sur le département, ou bien en fonction de demandes faites. Ainsi, l'action de prévention des mariages forcés a été initiée suite à de nombreux signalements de mariages forcés.

Or il aurait été souhaitable de pouvoir identifier de manière précise les besoins des jeunes en termes d'éducation à la sexualité, afin d'établir des priorités pour les actions à développer.

• *Coût élevé de certaines actions*

Le théâtre forum est un outil très coûteux puisqu'il nécessite l'intervention d'une troupe de théâtre. Il est nécessaire de prévoir des financements suffisants.

En outre, cette action peut aussi être pérennisée par la création par les jeunes de pièces de théâtre, comme cela a été le cas pour la pièce relative aux mariages forcés créée par des jeunes filles.

• *Calendrier tardif de certaines actions*

Les enquêtes qualitatives et quantitatives avaient pour objectif de mettre en avant les difficultés d'obtention de l'autorisation parentale pour les jeunes filles mineures, afin d'éclairer le débat législatif. Or la loi du 4 juillet 2001 a été votée avant que les rapports de synthèse des enquêtes ne soient finalisés et diffusés.

Les enquêtes n'ont ainsi pas pu être utilisées dans le cadre de la réflexion qui a précédé les modifications législatives, mais ont permis d'apporter des connaissances sur les difficultés d'obtention de l'autorisation parentale, liées notamment à l'absence de reconnaissance de la légitimité des parents, à des relations peu satisfaisantes avec les parents, à l'évocation difficile de la sexualité au sein de la famille, à la protection de soi et de la famille.

L'objet de ce chapitre est de présenter le bilan des actions menées depuis 2000 dans le département et l'évolution de la situation dans le domaine de la prévention des grossesses non désirées.

L'état des lieux final est basé, d'une part, sur une analyse d'indicateurs de contexte général du département et d'indicateurs plus directement liés à la grossesse et à l'IVG, et, d'autre part, sur une analyse des méthodes d'intervention des acteurs locaux impliqués dans le domaine de la contraception et de l'IVG.

Ce chapitre comprend quatre parties :

- 1 - Le projet initial et le comité de pilotage
- 2 - L'action menée dans la Somme
- 3 - L'état des lieux final en termes d'indicateurs
- 4 - L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires

Le projet initial et le comité de pilotage

Le projet initial dans la Somme

À travers les indicateurs soulevés lors de l'état des lieux préalable à l'étude-action, il avait été noté, dans la Somme, la nécessité :

- de réaliser un réseau de surveillance et d'observation : en 1997, on constatait 1,7 % des grossesses dans la Somme mal suivies (grossesses non déclarées), soit le double de la moyenne nationale ;
- d'améliorer l'accompagnement des jeunes adolescentes : les grossesses mal suivies peuvent entraîner des pathologies chez la mère et l'enfant. Dans la Somme, les grossesses d'adolescentes représentaient environ 30 % de la morbidité à la naissance ;
- d'aider et de proposer une prise en charge globale aux femmes en difficulté : des jeunes femmes enceintes et des femmes aux grossesses multiples sont en difficulté dans la Somme, de même que les mères inactives ;
- de renforcer l'information sur la contraception du post-partum : en 2001, 98 % des femmes qui étaient enceintes l'année qui suit un accouchement demandaient une IVG, ce qui représentait 10 % des IVG.

À l'origine, en 2001, il s'agissait donc de réaliser un réseau d'observation, de surveillance, de prévention, d'aide et d'accompagnement des mineures enceintes que l'on a appelé SAFED : Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté (surtout orienté vers les adolescentes).

Le réseau, coordonné à partir du CHU d'Amiens, devait comprendre tous les hôpitaux, les maternités et les centres de prévention et de périnatalité de la Somme ainsi que les cliniques privées.

Les autres parties prenantes étaient l'Éducation nationale avec l'Inspection académique de la Somme, Jeunesse et sports, l'Observatoire régional de santé de Picardie, les associations de femmes et la délégation aux droits des femmes, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Somme, la Caisse primaire d'assurance maladie de la Somme, le Conseil général de la Somme.

Ce service devait avoir comme personnel une sage-femme coordinatrice, une assistante sociale, une psychologue et une secrétaire.

Le centre du réseau devait recevoir les signalements de toutes les adolescentes enceintes et ainsi pouvoir les aiguiller vers le coordinateur gynécologue de la ville correspondante et la sage-femme coordinatrice locale.

L'organisation de la protection maternelle et infantile avec ses médecins, ses puéricultrices et surtout ses sages-femmes formaient l'ossature primaire du réseau.

Les missions du SAFED avaient donc été définies comme suit :

- un axe de prévention ;
- une prise en charge et un accompagnement de la grossesse et de la contraception ;
- une formation initiale et continue ;
- une communication auprès des médias et du public ciblé ;
- un rôle d'observation afin d'améliorer le dispositif existant.

Le comité de pilotage dans la Somme

Constitution du comité de pilotage

La direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Somme a été chargée de mettre en place un comité de pilotage.

La composition du comité de pilotage chargé du suivi des actions est la suivante :

- le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Somme ou son représentant ;
- le médecin inspecteur de santé public de la DDASS de la Somme ;
- le promoteur du projet du SAFED ;
- le président du conseil général de la Somme ou son représentant ;
- le médecin responsable du service de PMI ou son représentant ;
- le médecin ou l'infirmier responsable du service de la promotion de la santé en faveur des élèves de l'inspection académique de la Somme ;
- le directeur général du CHU d'Amiens ou son représentant ;
- le directeur de l'ORS Picardie ou son représentant ;
- la déléguée régionale aux droits des femmes de Picardie ou son représentant ;
- la directrice de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie ou son représentant ;
- le président du comité départemental d'éducation à la santé de la Somme ou son représentant.

En fin d'année 2000, le comité de pilotage a été élargi par un représentant du service insertion du conseil général de la Somme et par un représentant du service social en faveur des élèves de l'inspection académique de la Somme en 2001.

Fonctionnement du comité de pilotage

La première réunion du comité de pilotage a eu lieu le mardi 7 mars 2000 et a été suivie de 3 autres réunions en 2000, 5 en 2001, 5 en 2002 et de 2 en 2003.

Une réunion du comité de pilotage est par ailleurs prévue le mardi 3 février 2004.

Rôle du comité de pilotage

Avant la mise en place définitive du SAFED, une analyse de l'existant a été décidée par le comité de pilotage. Cette étude a permis d'identifier les partenaires locaux, de fixer les priorités

d'actions et les missions du SAFED et de construire les bases d'un fonctionnement en réseau. Un document de synthèse a été diffusé en décembre 2000 (*Étude – action : les grossesses non désirées chez les femmes et les adolescentes en difficulté. Étude préalable. Séverine Lavacquerie ; décembre 2000*).

En 2001, un sous-groupe avait été constitué afin de formaliser le Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté. Il s'était réuni deux fois.

Durant cette première année de fonctionnement du SAFED, le Comité de pilotage a recensé les différentes actions d'information sur la contraception réalisées dans le département, en souhaitant développer les actions de prévention en articulation avec les actions entreprises dans la Somme.

Le comité de pilotage souhaitait également faire se rencontrer les différents acteurs locaux travaillant dans le domaine des grossesses non désirées et de la contraception afin d'avoir des politiques communes de prise en charge.

Enfin, différentes actions étaient régulièrement présentées : l'activité des sages-femmes de PMI, l'apport des Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), mais aussi l'agenda de l'ado et les projets des différents partenaires.

En 2002, le SAFED a présenté au comité de pilotage son premier bilan d'activité : c'était en mars. Par ailleurs, un rappel des objectifs de l'étude-action était présenté en septembre de la même année.

Les réunions du Comité de pilotage ont de même continuées à présenter les actions des partenaires et membres du comité de pilotage : enquête des maternités des établissements publics et privés, actions des sages-femmes de PMI, des CPEF, étude sur la contraception du post-partum présentée par le SAFED, résultats des questionnaires sur le recours à l'infirmière scolaire...

Une réunion de préparation à la réunion à la DGS, le 13 décembre 2003, a été faite afin de présenter les exposés de la DDASS, de l'ORS et du porteur de projet.

En 2003, deux réunions ont eu lieu.

La première (janvier 2003) portait sur trois axes. Le premier fut la présentation aux membres du Comité de pilotage de la journée du 13 décembre à la DGS avec remises des photocopies des actions du Rhône et de la Seine-Saint-Denis et discussion autour de ces projets.

Le deuxième axe faisait le point sur les perspectives de l'étude-action dans la Somme (numéro de téléphone d'information contraception, projet du Conseil Général avec l'Angleterre, désir de relancer l'enquête dans les établissements scolaires, formation des professionnels redemandée, création d'un centre maternel par le Conseil Général, mise en place d'un DU complémentaire de gynéco-obstétrique...).

Enfin, le comité de pilotage a proposé d'intégrer les anciens membres du Comité de pilotage contraception – sexualité qui avait été mis en veille depuis l'étude-action grossesses non désirées. Ce comité de pilotage se renommerait donc comité de pilotage des grossesses non désirées.

La seconde réunion du comité de pilotage (juin 2003) a abordé quatre thèmes qui ont généré la création de quatre groupes de travail :

- Le premier groupe de travail s'est constitué autour des numéros verts d'information contraception et doit faire le point sur les différents numéros existants, leur activité, leur articulation, les évolutions possibles pour améliorer le service rendu...
- Le deuxième groupe doit se renseigner sur le projet de centre maternel et d'accueil familial évoqué dans la Somme.

- Le troisième groupe doit faire le point sur le SAFED et présenter ses projets de communications interne et externe.
- Le dernier groupe de travail doit déterminer les besoins en éducation affective et sexuelle en milieu scolaire, et faire des propositions de formations et d'information auprès des établissements scolaires.

Évaluation du comité de pilotage

Le comité de pilotage de l'étude-action menée dans la Somme a particulièrement bien fonctionné. On comptait en moyenne 10 personnes présentes à chaque réunion.

En 2000, 12 personnes en moyenne sont venues aux quatre réunions ; en 2001, 9 personnes ont assisté régulièrement aux cinq réunions ; en 2002, on comptait en moyenne 11 personnes (cinq réunions) et en 2003, 10 personnes sont venues à chacune des deux réunions.

Les comptes-rendus étaient systématiquement envoyés par la DDASS après chaque réunion et les corrections à apporter étaient retournées à la DDASS. À la réunion suivante, un compte-rendu corrigé était remis à chaque membre du Comité de pilotage.

Le Comité de pilotage présente principalement deux points faibles, évoqués par les partenaires rencontrés :

- d'une part, le comité de pilotage a été, d'après la DDASS, trop tourné sur les IVG et ne s'est pas assez concentré sur la contraception et la prévention ; ce point faible n'est toutefois pas l'avis de tous les membres ;
- d'autre part, il est vrai que le Comité de pilotage a vu la fréquence de ses réunions diminuer : 2 en 2003, contre 5 les années précédentes.

Les points forts du comité de pilotage de l'étude-action sont plus nombreux que les points faibles et méritent d'être soulignés :

- une bonne représentation des partenaires au sein du comité de pilotage ;
- des membres qui se connaissaient bien et qui avaient l'habitude de travailler ensemble (cela facilitait l'échange d'informations et les rencontres extérieures) ;
- un dynamisme important du comité de pilotage insufflé en partie grâce au médecin coordonnateur de la DDASS et au porteur de projet ;
- des points réguliers sur les actions des partenaires, ce qui permettait de rester au plus près du terrain et de mettre en complémentarité le SAFED avec ses partenaires ;
- l'élargissement du comité de pilotage fin 2003 à d'autres acteurs pour devenir le comité de pilotage des grossesses non désirées.

L' action menée dans le département : le SAFED

Dans la Somme, les indicateurs de fécondité et d'IVG chez les mineures notamment, ont mis en évidence la nécessité d'une action à mener sur l'aide aux jeunes femmes enceintes. Ainsi, l'étude-action menée dans la Somme a créé le Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté : le SAFED.

Ce service, élaboré pour l'étude – action, a pour but de réaliser un réseau de surveillance sur le département, un accompagnement et une prise en charge globale des jeunes filles enceintes, mais aussi des femmes enceintes en difficulté.

Les missions et les partenaires du SAFED

• CPEF et SAFED

On peut constater que les missions du SAFED sont assez proches de celles des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) :

Missions CPEF	Missions SAFED
Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité	Prise en charge et accompagnement de la grossesse et de la contraception
Diffusion d'information et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale	Prévention dans le milieu scolaire, en association avec l'Éducation Nationale
Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, conseil conjugal et familial	Suivi social avec l'assistante sociale du CPEF
Entretiens préalables à l'IVG	La sage-femme du SAFED oriente les femmes désirant pratiquer une IVG vers la psychologue du CPEF attaché au Centre gynécologique obstétrique, ainsi que vers l'assistante sociale
Entretiens relatifs à la régularisation des naissances faisant suite à une IVG	Suivi régulier des femmes après accouchement ou après une IVG pour éviter des IVG itératives et instaurer un mode de contraception fiable

• Les sages-femmes de PMI

De même, les sages-femmes de PMI ont des objectifs qui rejoignent parfois ceux du SAFED, comme par exemple :

- L'accompagnement pré et post-natal ;
- Le travail en réseau ;
- Les animations et séances d'information sur différents thèmes (contraception, sexualité, grossesse, allaitement, relation précoce mère-enfant, tabac, alcool et périnatalité).

Mais le Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté garde cependant l'avantage de proposer aux femmes un suivi médico-psycho-social grâce à la proximité du Centre de gynécologie obstétrique (CGO) et du Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF). Ce rapprochement des services permet en outre un gain de temps pour ces femmes : les rendez-vous sont pris rapidement.

Par ailleurs, le SAFED aide les femmes avant et après leur IVG en organisant des entretiens avec psychologues et assistantes sociales. Une information contraception suit également l'IVG pratiquée afin d'éviter une nouvelle fois cette situation d'interruption volontaire de grossesse.

La sage-femme du SAFED continue ses réunions avec les différents acteurs et partenaires tels que l'Éducation Nationale, la PMI etc. ; ainsi que la diffusion de ses plaquettes constituées pour le public et les professionnels.

Deux journées portes ouvertes ont par ailleurs permis de faire connaître un peu plus le SAFED : une était organisée en mars 2002, et l'autre en mars 2003.

Les principaux partenaires du SAFED sont le Centre de planification et d'éducation familiale du CGO, la PMI, les infirmières scolaires, les éducateurs (foyers et associations), le service social du CHU d'Amiens.

De plus, la sage-femme du SAFED a reçu récemment une patiente dirigée vers le SAFED par un médecin traitant, ce qui prouve un début de liens avec ces professionnels de santé. Cette femme était une personne sans papiers et le SAFED a ainsi pu l'aider à l'ouverture de ses droits, via l'assistant social, afin qu'elle puisse se faire suivre ensuite normalement.

Un envoi de nouvelles plaquettes à l'adresse des médecins généralistes est envisagé.

• Bilan d'activité

L'année 2003 a vu l'augmentation de l'activité du SAFED. Même si la majorité des femmes rencontrées par le SAFED restent purement Amiénoises, le nombre de femmes habitant dans le reste du département devient important : 62,7 % des femmes sont d'Amiens, 32,6 % habitent en dehors d'Amiens mais dans le département de la Somme et 4,7 % des femmes vivent hors département.

On constate que le SAFED a reçu une majorité de femmes pour des consultations contraception (contraception d'urgence et classique) : elles étaient 220 entre le 1er janvier 2002 et le 30 septembre 2002.

Parallèlement, 96 femmes en grande difficulté sont venues au SAFED pour chercher une aide (problèmes sociaux, psychologiques...). Parmi ces dernières, 73 % étaient mineures.

Le réseau a montré son fonctionnement à travers la venue de ces femmes :

- 55 % ont été envoyées par le centre de planification et d'éducation familiale avec qui le SAFED travaille ;
- 13 % sont venues d'elles-mêmes (peut-être après avoir reçu des informations concernant le SAFED lors de séances dans les établissements scolaires, etc.) ;
- 10 % ont été envoyées par une infirmière scolaire ;
- 7 % par les sages-femmes de PMI ;
- les dernières sont venues sur conseils de psychologue et infirmière scolaire, d'IME/foyer, ou du CGO.

Par ailleurs, la sage-femme du SAFED a ajouté depuis avril 2003 une activité supplémentaire au SAFED en instaurant une vacation d'échographie pré-IVG parmi ses fonctions (cette vacation se déroule tous les vendredis matins).

En effet, cette échographie est obligatoire pour procéder à une IVG. Le SAFED reçoit beaucoup de femmes et notamment des mineures. Parmi ces dernières, une majorité décide de se tourner vers une IVG : la sage-femme du SAFED les aide alors dans toutes les démarches à accomplir et notamment donc à réaliser cette échographie de datation. Les jeunes filles sont alors prises en charge tout de suite, sans avoir à aller à l'extérieur ni à prendre rendez-vous pour une échographie.

Depuis le décret de 2003, la gratuité et l'anonymat sont garantis aux mineures désirant aller jusqu'à l'IVG.

Cette nouvelle activité du SAFED a déjà vu son nombre de patientes augmenter assez rapidement : les secrétaires du CPEF préfèrent donner des rendez-vous à ces jeunes filles avec la sage-femme du SAFED qui s'occupera d'elles, que de laisser les mineures devoir se démener seules pour avoir des rendez-vous pour des échographies etc..

Parallèlement, la sage-femme continue ses activités d'information de contraception en suite de couche auprès des femmes de la maternité du CGO, ainsi que ses rencontres avec ses différents partenaires.

Activités du SAFED

Prise en charge globale de la parturiente
Accompagnement médico-social
Contraception
Échographie pré-IVG

Activités du CGO

Rééducation périnéale
Préparation à la naissance 2 fois par semaine
Contraception du post partum 2 fois par semaine

• **Le personnel du SAFED**

Le Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté compte toujours une sage-femme à mi-temps et depuis 2004, un assistant social, à mi-temps également, à l'hôpital nord d'Amiens. Il est par ailleurs prévu qu'un demi poste supplémentaire de sage-femme y soit détaché afin qu'une sage-femme à temps complet y travaille.

Il est vrai que nous avons noté depuis le début le manque de personnel face à l'ampleur de la mission souhaitée du SAFED. Le financement de ces postes va donc dans le bon sens.

Cependant, malgré ses projets et ses efforts réalisés depuis sa création en janvier 2001, le point faible du SAFED reste et demeure le manque de personnel attaché à la structure.

Une sage-femme à mi-temps et un assistant social situé en dehors des locaux du SAFED sont bien peu suffisants pour le travail que le SAFED réalise. Ce Service mériterait une équipe complète, comme souhaitée lors de l'élaboration du projet en 2000.

Il est néanmoins très positif de voir que le SAFED profite des personnels du centre de planification installé dans les locaux du CGO. Ce personnel (assistante sociale, conseillère conjugale, psychologue, médecin) permet ainsi au SAFED de remplir ses missions.

• Projets du SAFED

Quatre axes principaux forment les projets du SAFED :

- Privilégier le partenariat avec les différents acteurs ;
- Réorienter les différentes actions à mener en respectant les missions de chaque acteur (PMI, Éducation nationale...);
- Mener à bien des projets d'éducation à la santé avec des formations à l'appui ;
- Développer le réseau (avec des missions extérieures).

Cela se concrétise par ces différents projets...

Malgré des séances d'informations dans les établissements scolaires données, beaucoup de jeunes filles se dirigent encore vers des IVG. La sage-femme du SAFED a donc comme projet de retravailler en partenariat avec l'Inspection Académique et les personnels de PMI afin d'organiser des rencontres entre ces trois structures et de voir exactement qui fait quoi, sur quel domaine, dans quel établissement et ainsi de proposer son aide à ceux qui le désirent.

La sage-femme du SAFED pense ainsi que ce genre de rencontres pour faire le point des actions réalisées et manquantes peut aider à mieux cerner les jeunes et à améliorer les informations faites aux jeunes, sans déborder sur les missions de la PMI ou de l'Éducation Nationale.

Autre projet du SAFED, l'amélioration de l'accompagnement des femmes en difficulté (mineures ou majeures) jusqu'au bout de leur grossesse. L'important est de les rencontrer souvent : cela pourrait peut-être se faire avant, pendant ou après les consultations prénatales obligatoires une fois par mois.

En effet, ces femmes en situation précaire constituent un public difficile à capter et à amener vers des rendez-vous : il faut donc les informer lorsqu'elles sont là.

Pour mettre en œuvre ces projets, et d'autres, la sage-femme du SAFED va suivre une formation à la conduite de projets en éducation pour la santé organisée par la DRASS. Cette formation l'aidera donc à monter ses projets, mais aussi à redynamiser et à améliorer le réseau que le SAFED interpelle.

Ces projets permettront aussi au SAFED d'étendre son action sur l'ensemble du département et de bouger plus souvent vers les zones qui en ont besoin.

L'état des lieux final en termes d'indicateurs

Ce chapitre analyse les indicateurs permettant de caractériser le contexte général du département et la situation en termes de grossesses non désirées :

- les indicateurs de contexte concernent la population (notamment celle des femmes en âge de fécondité), l'offre de soins ambulatoire (médecins généralistes et gynéco-obstétriciens libéraux, médecins et sages-femmes de PMI), l'offre hospitalière, la situation socio-économique (chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et de l'allocation parent isolé) et la mortalité (générale et infantile) ;
- les indicateurs des grossesses, désirées ou non, concernent la fécondité et les interruptions volontaires de grossesse, pour les femmes de tout âge et chez les mineures.

Ces indicateurs ont été analysés dans leur évolution, dans le but de comparer la situation existante avant l'étude-action (en 1996-99) et la situation actuelle, après l'étude-action (en 2003).

Cette approche par indicateurs s'est heurtée à deux limites concernant leur disponibilité.

La première est la disponibilité des indicateurs les plus pertinents. Outre l'absence d'indicateur concernant les pratiques contraceptives (qui aurait été l'indicateur le plus pertinent au regard des objectifs de l'étude-action), d'autres indicateurs n'ont pu être recueillis. C'est le cas, par exemple, des densités en médecins, infirmières et assistantes sociales scolaires dans les établissements secondaires publics, qui ne sont pas présentées ici, les données étant peu comparables entre elles.

La seconde limite concerne la disponibilité des données les plus récentes pour permettre la comparaison "avant-après". Pour la plupart des indicateurs, les dernières données disponibles concernent les années 2000 ou 2001, ce qui correspond en réalité au début de l'étude-action. Les indicateurs concernant les IVG domiciliées illustrent bien ce décalage entre la production des données et leur publication puisque la dernière année disponible est 1997.

• La population

Une population plus jeune que celle de la France métropolitaine

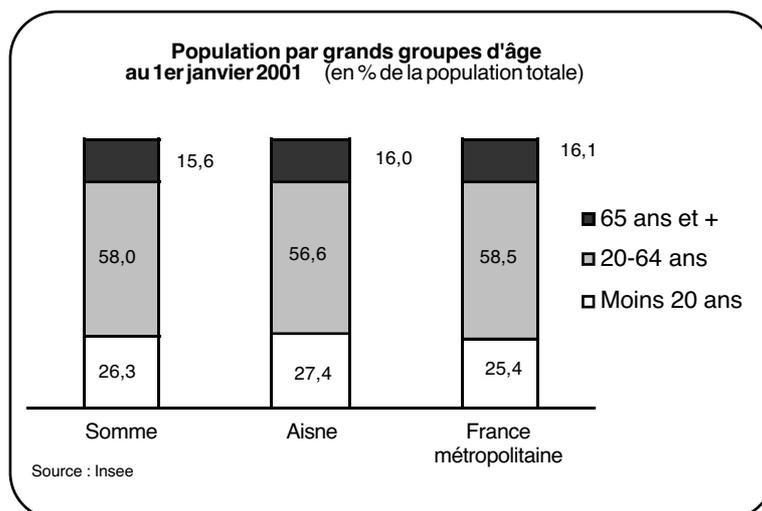
En 1999, la Somme comptait 555 479 habitants, dont 51 % de femmes. En l'espace de neuf ans, la Somme a vu sa population augmenter de 1,4 %, contre une augmentation plus importante en France métropolitaine de 3,4 % entre le recensement de 1990 et celui de 1999. En 2001, selon les estimations de l'INSEE, la Somme est à présent à 557 136 habitants. La Somme apparaît, au 1er janvier 2001, comme un département plus jeune que la France. En effet, on compte 26,3 % de moins de 20 ans en 2001 dans la Somme, contre 25,4 % en France métropolitaine. La tendance s'inverse légèrement ensuite lorsque l'on considère les 20-64 ans (respectivement 58,0 % et 58,5 %) et les 65 ans et plus (15,6 % et 16,1 %), même si les chiffres restent assez proches.

Département témoin : l'Aisne

Contrairement à la Somme et à la France métropolitaine, dans l'Aisne, la population a diminué entre 1990 et 1999 de 0,37 %, soit une perte de 1 978 habitants. En 1999, les axonnais sont donc au nombre de 535 313, dont 51 % de femmes. En 2001, une légère augmentation fait que cette population passe à 536 009 habitants.

L'Aisne est également plus jeune que la France, mais aussi plus jeune que la Somme : 27,4 % de moins de 20 ans dans sa population en 2001, contre 25,4 % et 26,3 %.

À l'inverse, ce département compte moins de 20-64 ans que la France métropolitaine (56,6 %, contre 58,5 %) mais quasiment autant de 65 ans et plus que le niveau national (16,0 %, contre 16,1 %).



Plus de femmes en âge de procréer dans la Somme

En 2001, on compte 51,3 % de femmes parmi la population de la Somme, dont 41,3 % d'entre elles sont en âge de fécondité (15-44 ans). Ce dernier pourcentage est supérieur à la moyenne française (40,4 %) alors que la proportion de femmes dans la population du département est équivalente au niveau national (51,3 % de femmes dans la Somme, contre 51,4 % en France métropolitaine).

Département témoin : l'Aisne

Dans l'Aisne, la proportion de femmes dans la population en 2001 (51,0 %), ainsi que le pourcentage de femmes en âge de procréer (39,0 %) sont moins importants que dans la Somme (respectivement 51,3 % et 41,3 %) et en France métropolitaine (51,4 % et 40,4 %).

Population totale et population féminine au 1er janvier 2001

	Somme	Aisne	France métropolitaine
Population totale	557136	536009	59042661
Femmes	285627	273594	30362320
% femmes	51,3	51,0	51,4
Population femmes 15-44 ans	118323	106876	12272812
% femmes 15-44 ans parmi l'ensemble des femmes	41,3	39,0	40,4

Source : insee

• L'offre de soins

Augmentation des omnipraticiens, mais diminution des gynécologues-obstétriciens

Au 31 décembre 2002, la Somme bénéficiait de 619 omnipraticiens libéraux (médecins généralistes et médecins à exercice particulier), soit une densité moyenne de 111 omnipraticiens pour 100 000 habitants. Cette densité est d'ailleurs supérieure à la moyenne nationale (103 omnipraticiens pour 100 000). On constate par ailleurs que cette densité a augmenté entre 1997 et 2002, passant de 105 à 111 pour 100 000.

Pour les gynéco-obstétriciens libéraux, la tendance est inverse : entre 1997 et 2002, la densité passe de 38,1 pour 100 000 femmes de 15-44 ans à 32,1. Ces taux sont en outre inférieurs aux nationaux (46,6 pour 100 000 en 1997 et 39,0 en 2002).

Département témoin : l'Aisne

L'Aisne, pour sa part, présente des densités nettement inférieures à la France métropolitaine, que ce soit pour les omnipraticiens (87 pour 100 000 en 2002 dans l'Aisne, contre 103 en France) ou pour les gynéco-obstétriciens (20,6 en 2002, contre 39,0 pour 100 000 femmes de 15-44 ans).

Par ailleurs, si la densité des gynéco-obstétriciens reste assez stable entre 1997 et 2003 (20,0 pour 100 000 en 1997 pour 100 000 femmes de 15-44 ans et 20,6 en 2002), celle des omnipraticiens diminue (elle passe de 89 pour 100 000 à 87).

Médecins libéraux au 31 décembre 1997 et 2002

	Somme	Aisne	France métropolitaine
Omnipraticiens			
Nombre en 2002	619	467	60974
Densité 2002*	111	87	103
Densité 1997*	105	89	104
Gynéco-obstétriciens			
Nombre en 2002	38	22	4783
Densité 2002**	32	21	39
Densité 1997**	38	20	47

Sources : CNAM, INSEE Estimations localisées de population

* Nombre de médecins pour 100 000 habitants

** Nombre de médecins pour 100 000 femmes de 15-44 ans

Fortes densités de médecins et de sages-femmes de PMI

Avec 23,1 équivalents temps plein, la Somme présente une densité moyenne de médecins PMI de 19,5 pour 100 000 femmes de 15-44 ans en 2001. Cette densité a par ailleurs augmenté en 5 ans, puisqu'en 1996, elle était de 17,4 pour 100 000.

Parallèlement, le département compte 7,4 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de fécondité en 2001, marquant une baisse de la densité (8,3 pour 100 000 en 1996).

Ces deux densités restent supérieures au niveau national (respectivement 13,9 et 5,1 pour 100 000 en 2001).

Département témoin : l'Aisne

Si l'Aisne présentait en 1996 une densité de médecins de PMI supérieure à celle de la France métropolitaine (10,6 pour 100 000 femmes de 15-44 ans, contre 8,8), il n'en est plus de même en 2001 : 12,2 médecins dans l'Aisne, contre 13,9 en France.

Cette situation se retrouve également avec les sages-femmes de PMI : l'Aisne passe de 4,4 pour 100 000 en 1996 à 4,1 en 2001 ; contre 4,1 en 1996 et 5,1 en 2001 pour la France.

Médecins et sage-femmes de PMI au 1er janvier 2001 (en équivalents temps plein)			
	Somme	Aisne	France métropolitaine
Médecins			
Nombre en 2001	23,1	13	1706,7
Densité 2001*	19,5	12,2	13,9
Densité 1996*	17,4	10,6	8,8
Sage-femmes			
Nombre en 2001	8,8	4,4	629,5
Densité 2001*	7,4	4,1	5,1
Densité 1996*	8,3	4,4	4,1

Source : Drees, Insee
*Nombre pour 100 000 femmes de 15-44 ans

Hospitalisation complète en soins de courte durée

En 2001, la Somme compte 2 378 lits de soins de courte durée, soit un taux de 4,3 lits pour 1 000 habitants. Ce taux est équivalent à celui de la France (4,1 pour 1 000). Si l'on décompose ce taux, on compte 2,1 lits pour 1 000 habitants en médecine (1 141 lits) dans la Somme, contre 2,0 en France ; 1,7 lits pour 1 000 en chirurgie dans la Somme comme en France métropolitaine, et 0,5 lits pour 1 000 en gynécologie obstétrique dans la Somme contre 0,4 au niveau national.

Département témoin : l'Aisne

Le taux global de lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée dans l'Aisne se place sous le niveau de la Somme et de la France métropolitaine avec 3,9 lits pour 1 000 habitants au 1er janvier 2001 (contre 4,3 dans le département pilote et 4,1 au niveau national).

La différence de taux la plus importante se trouve être en chirurgie où l'Aisne compte 1,3 lits pour 1 000, contre 1,7 dans la Somme et la France métropolitaine. Les taux de médecine et de gynécologie obstétrique sont quant à eux égaux aux taux de la Somme et supérieurs de 0,1 point à ceux de la France.

**Lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée
au 1er janvier 2001**

		Somme	Aisne	France métropolitaine
	Nb lits	Taux*	Taux*	Taux*
Médecine	1141	2,1	2,1	2,0
Chirurgie	936	1,7	1,3	1,7
Gynéco-obstétrique	301	2,5**	2,6**	2,0**
Total	2378	4,3***	3,9***	4,1***

Source : Drees (SAE), Statiss

* Taux = nombre de lits pour 1000 habitants

** Taux gynéco-obstétrique = nombre de lits pour 1000 femmes de 15-44 ans

*** Ensemble des lits pour 1000 habitants

• La situation socio-économique

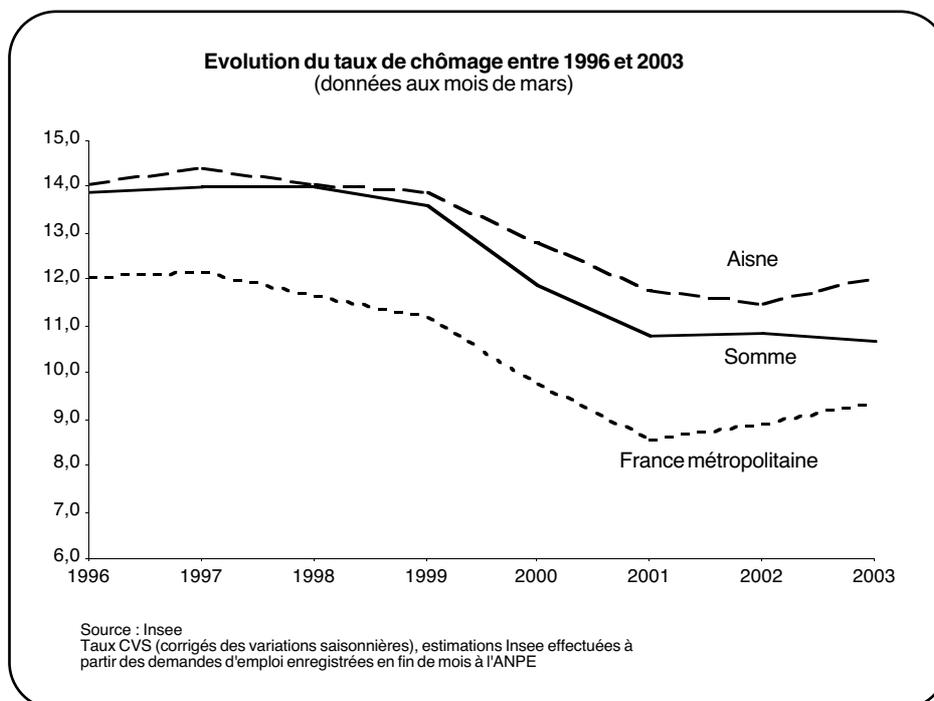
Un taux de chômage plus élevé qu'en France

La Somme observe trois phases dans ses taux de chômage : la première consiste en une période de légère stagnation entre 1996 et 1999 avec un taux tournant autour de 14 %, puis une diminution du chômage s'observe jusqu'en 2001 (le taux passe alors de 13,6 % en 1996 à 10,8 % en 2001). Depuis, les taux restent stables dans la Somme.

En France, le chômage est moins important que dans la Somme, que ce soit en 1996 (12,1 % en France contre 13,9 % dans la Somme) ou après la baisse ayant eu lieu à partir de 1997 en France et à partir de 1999 dans la Somme (9,4 % en France contre 10,7 % dans la Somme en 2001). Cependant, l'augmentation du chômage au niveau national depuis 2001 et la stagnation du taux dans la Somme depuis la même année participent au rapprochement de ces taux (de 2,2 points de différence en 2001, on passe à 1,3 point au premier trimestre 2003).

Département témoin : l'Aisne

Dans l'Aisne, la situation est légèrement différente. En effet, si ce département suit la progression de la Somme au début de la période observée (stagnation de 1996 à 1999, puis baisse à partir de 1999), il se distingue du département pilote par deux points : son taux est toujours supérieur à celui de la Somme et le département accuse une augmentation de son taux de chômage à partir de 2002 (+0,6 point entre 2002 et 2003). Ses taux, déjà supérieurs à ceux de la Somme, sont par conséquent également supérieurs à ceux de la France métropolitaine (12,1 % dans l'Aisne au premier trimestre 2003 contre 9,4 % en France).



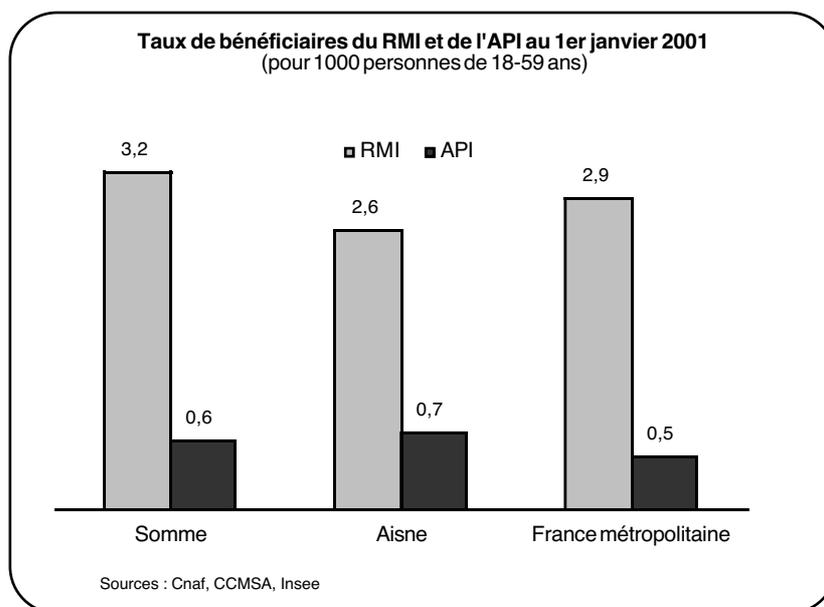
Un taux de bénéficiaires du RMI plus élevé qu'en France

Entre 1998 et 2001, les taux de bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion et de l'Allocation parent isolé restent très stables.

La Somme, avec 1 063 bénéficiaires du RMI affiche un taux de 3,2 RMIstes pour 1 000 personnes de 18-59 ans en 2001, contre 2,9 pour 1 000 en France métropolitaine. De même, son taux d'allocataires API est légèrement supérieur au national (respectivement 0,6 pour 1 000 contre 0,5 en 2001).

Département témoin : l'Aisne

Si l'Aisne, compte moins de RMIstes parmi ses 18-59 ans que la Somme ou la France métropolitaine (respectivement 2,6 allocataires du RMI pour 1 000, contre 3,2 et 2,9 en 2001), le département témoin dépasse cependant les deux autres entités géographiques au niveau des allocataires de l'API (0,7 pour 1 000, contre 0,6 et 0,5).

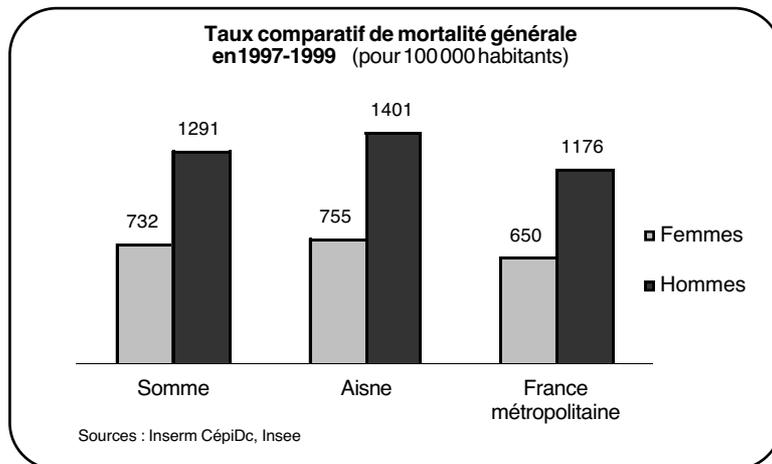


• La mortalité générale et la mortalité infantile

Des mortalités plus importantes dans la Somme et l'Aisne

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la mortalité générale est significativement supérieure au niveau national en 1998 : 732 décès pour 100 000 habitants chez les femmes de la Somme, contre 650 en France métropolitaine ; et 1 291 décès pour 100 000 habitants chez les hommes, contre 1 176.

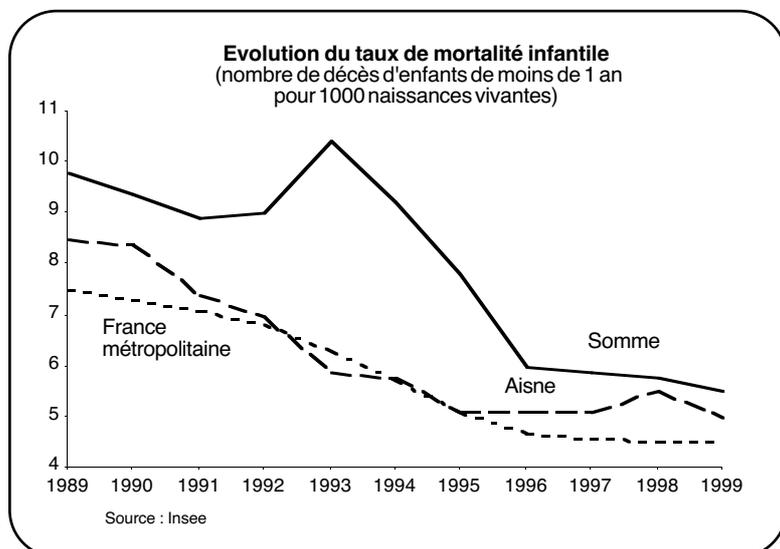
De même, la mortalité infantile de la Somme reste supérieure à celle de la France métropolitaine de 1989 à 1999. Si le taux de mortalité infantile du département pilote diminue de façon considérable entre 1989 et 1999 (de 9,8 pour 1 000 naissances vivantes à 5,5 pour 1 000), c'est après avoir augmenté entre 1991 et 1993 (8,9 pour 1 000 et 10,4) puis chuté à partir de 1993. Cette diminution reste néanmoins plus importante que celle française puisque l'écart entre le département et le niveau national se rétrécit entre 1989 et 1999 : la Somme était de 2,3 points supérieure à la France en 1989, contre 1,0 point en 1999.



Département témoin : l'Aisne

Pour l'Aisne, on retrouve les mêmes constatations concernant la mortalité générale que pour la Somme : sa mortalité est supérieure de façon significative à celle de la France métropolitaine (755 pour 100 000 chez les femmes contre 650, et 1 401 chez les hommes contre 1 176). Par ailleurs, sa mortalité générale est également plus importante que celle de la Somme.

À l'inverse, ses taux de mortalité infantile sont très nettement inférieurs à ceux de la Somme et restent souvent proches de la moyenne nationale. Ainsi, ses taux diminuent de la même manière que la France métropolitaine : de 8,5 pour 1 000 naissances vivantes en 1989, la mortalité générale de l'Aisne passe à 5,0 pour 1 000 en 1999 (contre 7,5 et 4,5 pour 1 000 en France métropolitaine).



• La fécondité

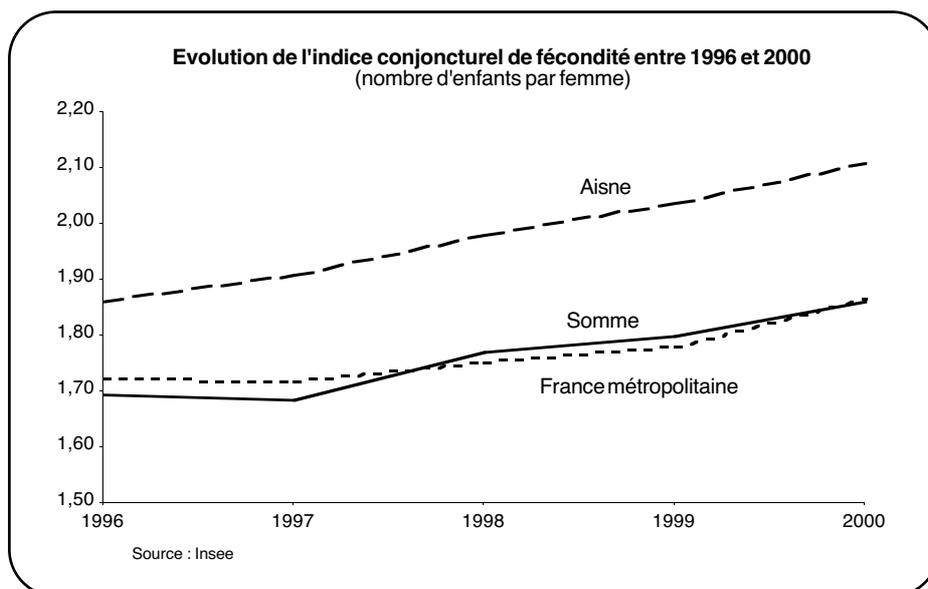
Un indice conjoncturel de fécondité en augmentation

En 2000, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) de la Somme est de 1,86 enfants par femme, ce qui s'apparente au niveau national (1,87 enfants par femme en France métropolitaine). La Somme a par ailleurs suivi l'augmentation de l'ICF constatée au niveau français depuis 1996 : l'ICF de la Somme passe en effet de 1,69 enfants par femme à 1,86 entre 1996 et 2000 (respectivement 1,73 et 1,87 pour la France métropolitaine).

Département témoin : Aisne

L'Aisne connaît un ICF nettement plus important que le département de la Somme : 2,11 enfants par femme dans l'Aisne en 2000, contre 1,86 dans la Somme.

De même, l'augmentation entre 1996 et 2000 de l'ICF axonnais est bien plus importante que celle de la Somme sur la même période : de 1,86 enfants par femme en 1996, l'Aisne atteint 2,11 enfants par femme en 2000 (contre respectivement 1,69 et 1,86 dans la Somme).



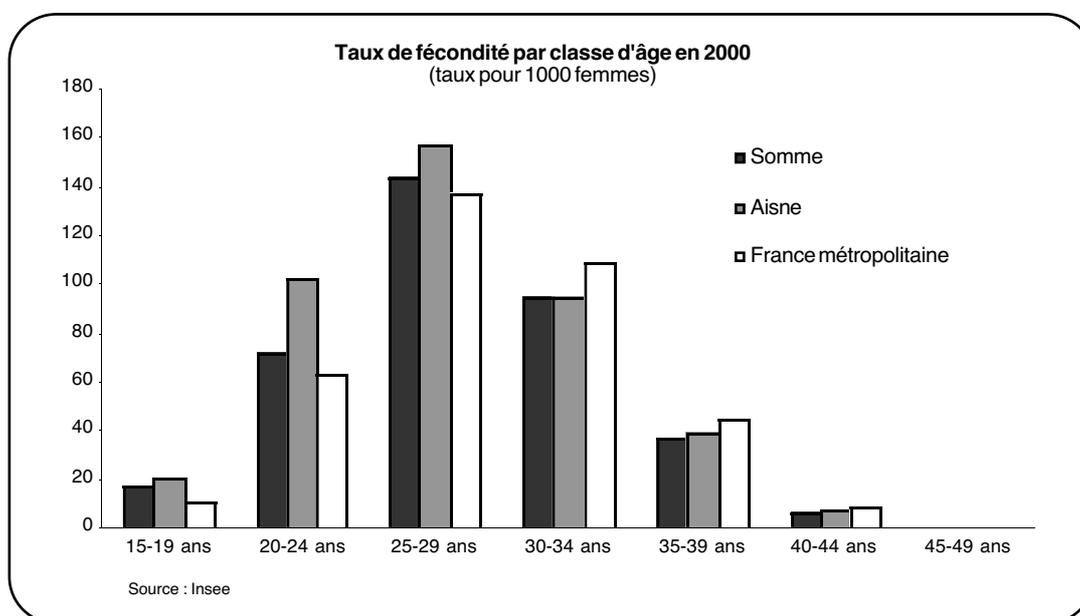
L'indice conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge, de 15 à 49 ans. Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes de ce même âge.

Une fécondité plus précoce qu'au niveau national

La comparaison des taux de fécondité en 2000 entre la Somme et la France métropolitaine fait ressortir une fécondité plus précoce dans le département qu'au niveau national. En effet, la Somme présente des taux de fécondité à 15-19 ans, 20-24 ans et 25-29 ans plus forts que la France métropolitaine (respectivement 17,5 pour 1 000 contre 11,0 ; 72,5 pour 1 000 contre 63,1 et 143,9 pour 1 000 contre 137,0). La situation s'inverse ensuite au-delà de 30 ans.

Département témoin : Aisne

Le département témoin présente ici les mêmes caractéristiques que la Somme : ses taux de fécondité pour les 15-19 ans, 20-24 et 25-29 ans sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine. Ces taux sont également plus importants que dans le département pilote. À partir de 30-34 ans, les taux de fécondité observés dans l'Aisne sont, tout comme la Somme, inférieurs au niveau national.



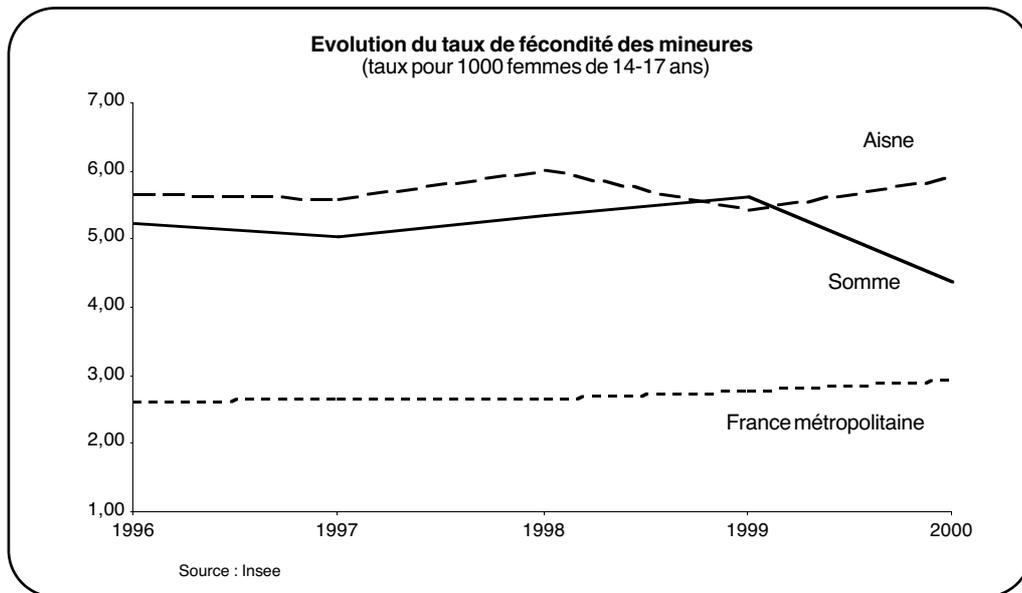
Une fécondité des mineures élevée mais en baisse en 2000

Si la France métropolitaine voit son taux de fécondité des moins de 18 ans augmenter régulièrement depuis 1996 (de 2,6 pour 1 000 en 1996, son taux passe à 3,0 en 2000), la Somme affiche quant à elle une baisse assez importante du taux de fécondité des mineures entre 1999 et 2000 : le taux passe en effet de 5,6 pour 1 000 à 4,4.

Malgré cette diminution, le taux de fécondité des moins de 18 ans reste néanmoins supérieur au niveau national (4,4 pour 1 000 en 2000 dans la Somme contre 3,0 en France métropolitaine).

Département témoin : Aisne

L'Aisne reste au-dessus de la Somme, et donc de la France métropolitaine, sur l'ensemble de la période (hormis en 1999 où son taux est légèrement inférieur à celui de la Somme : 5,4 pour 1 000 contre 5,6). Une baisse avait été constatée entre 1998 et 1999 (de 6,0 pour 1 000 le taux passait à 5,4) mais elle fut suivie par une nouvelle augmentation pour atteindre 5,9 pour 1 000 en 2000

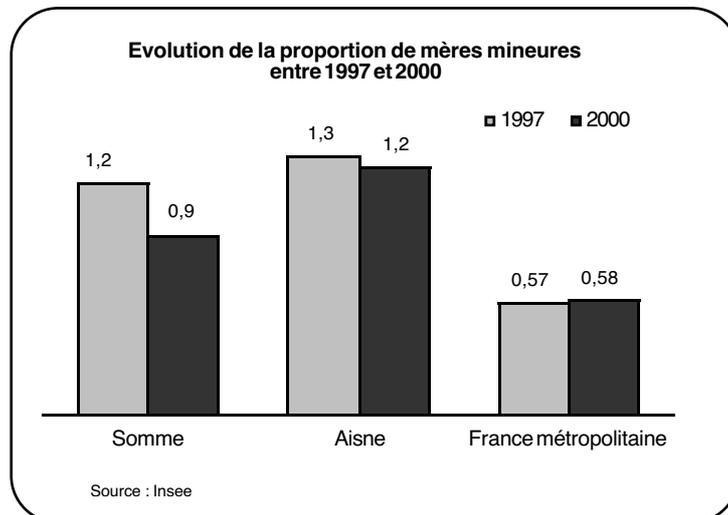


Toujours beaucoup de mères mineures, malgré une diminution

La Somme présente un pourcentage de mères âgées de moins de 18 ans supérieur à la France métropolitaine (0,9 % contre 0,6 % en 2000). Cependant, ce pourcentage a diminué entre 1997 et 2000, passant de 1,2 % en 1997 à 0,9 % en 2000. En outre, si en 1997, la Somme se plaçait parmi les cinq premiers départements ayant les plus forts pourcentages de mères mineures, en 2000, la Somme est descendue à la treizième place.

Département témoin : Aisne

L'Aisne affiche un pourcentage de mères de moins de 18 ans plus important que la Somme et la France métropolitaine (1,3 % des naissances, contre respectivement 0,9 % et 0,6 % en 2000). Le pourcentage de mères de moins de 18 ans a toutefois diminué dans l'Aisne : en 1997, le taux était de 1,3 % alors qu'en 2000, ce taux passe à 1,2 %. Malgré cette très légère baisse, l'Aisne garde son deuxième rang au classement des départements à forte proportion de mères mineures en 2000 (derrière le Pas-de-Calais).



• Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Un taux d'IVG domiciliées qui reste élevé

En 1996, comme en 1997, le recours à l'Interruption volontaire de grossesse est plus élevé dans la Somme qu'en France métropolitaine : le taux d'IVG pour 100 conceptions est en effet de 18,9 % en 1997 dans la Somme, contre 17,8 % en France. La Somme se rapproche du taux national en 1997 puisqu'en 1996, ce taux était de 20,5 %.

En revanche, l'incidence des IVG a augmenté entre 1996 et 1997 dans la Somme, passant de 11,2 pour 1 000 femmes de 15-49 ans, à 12,5 pour 1 000 (contre 10,7 pour 1 000 en France métropolitaine pour les deux dates).

Département témoin : Aisne

Dans l'Aisne, le recours à l'IVG est à l'inverse plus faible que le niveau national : 12,8 IVG domiciliées pour 100 conceptions en 1997, contre 17,8 en France métropolitaine.

De même, l'incidence des IVG est moins importante dans l'Aisne (8,3 pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 1997) qu'en France métropolitaine (10,7 pour 1 000). Cette incidence a par ailleurs augmenté entre 1996 et 1997 dans l'Aisne (de 7,6 pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 1996, l'incidence passe à 8,3 pour 1 000 en 1997).

Faible recours à l'IVG chez les mineures

En 1997, le taux d'IVG chez les moins de 18 ans pour 100 conceptions est de 56,3 % dans la Somme, contre 58,2 % en 1996 : une légère baisse est donc visible. Par ailleurs, la France métropolitaine, sur ces mêmes années affiche un taux de 61,2 % en 1997 et 61,7 % en 1996 (baisse également, mais moindre que la Somme) ; ce qui la situe au-dessus du niveau de la Somme.

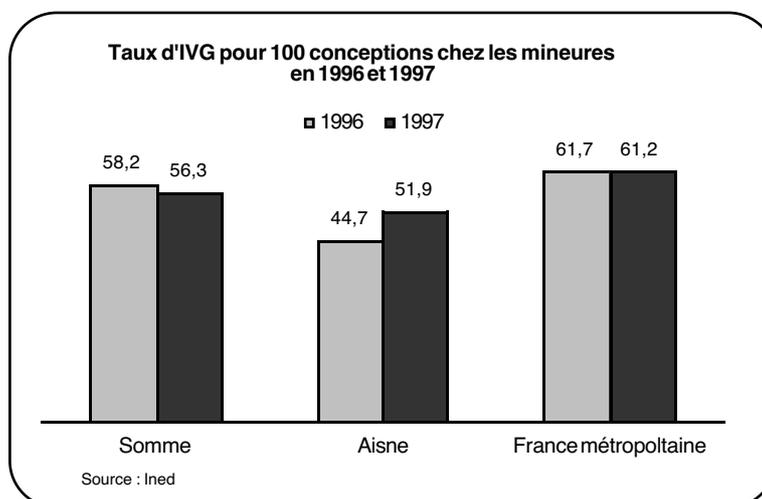
À l'inverse, les IVG de mineures représentent 6,5 % des IVG totales dans la Somme en 1997, contre 4,2 % en France métropolitaine.

Le taux d'incidence des IVG pour 1 000 femmes de moins de 18 ans est également supérieur dans la Somme (8,6 pour 1 000 en 1997 dans le département, contre 5,6 pour 1 000 en France), et ce, malgré une baisse entre 1996 et 1997 (9,7 pour 1 000 en 1996 et 8,6 en 1997 dans la Somme).

Département témoin : Aisne

Le taux d'IVG chez les moins de 18 ans pour 100 conceptions est inférieur dans l'Aisne à la Somme et à la France métropolitaine (respectivement 51,9 % contre 56,3 % et 61,2 % en 1997). Cependant, l'Aisne se situe entre la Somme (8,6 pour 1 000 femmes de moins de 18 ans) et la France (5,6 pour 1 000) pour l'incidence des IVG dans la population féminine de moins de 18 ans avec un taux de 8,0 pour 1 000 en 1997 (ce taux a d'ailleurs augmenté depuis 1996, passant de 6,2 pour 1 000 en 1996 à 8,0 pour 1 000 en 1997).

De même, la proportion d'IVG chez les mineures parmi l'ensemble des IVG a augmenté de façon considérable dans l'Aisne entre 1996 et 1997 : de 6,6 % de l'ensemble des IVG à 9,6 %. Ce qui place l'Aisne largement au-dessus des niveaux de la Somme (6,5 % en 1997) et de la France métropolitaine (4,2 %).



L'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires

La situation de la Somme est différente de celle des deux autres départements qui font l'objet de ce rapport : l'étude-action ne comportait qu'une seule action (le SAFED), alors qu'elle en comprenait plusieurs dans chacun des deux autres départements.

C'est pourquoi ce chapitre sur l'état des lieux final en termes d'interventions des partenaires est un peu différent et s'attache à présenter le point de vue et l'investissement de ceux-ci dans le projet.

Ainsi, les propos recueillis et retranscrits ici montrent le positionnement des différentes personnes rencontrées vis-à-vis du SAFED et du comité de pilotage. Ils relatent également les actions de chaque partenaire et institution dans le domaine de la contraception et des grossesses non désirées.

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

1. Le SAFED

Le médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la DDASS rencontrée n'est arrivée qu'à la fin de l'étude-action et a repris le dossier en septembre 2002. Par conséquent, il lui est difficile d'évaluer l'évolution du SAFED. Cependant, quelques points concernant le SAFED sont à faire ressortir.

D'après ce qui avait été défini au commencement de l'étude-action, trois axes principaux devaient être engagés :

1. la prise en charge des femmes enceintes en difficulté ;
2. la mise en œuvre d'un réseau ;
3. la prévention des IVG itératives.

Lorsque le MISP regarde le SAFED, elle se rend compte que c'est surtout le premier axe qui a été développé. Cet axe est par ailleurs le plus contesté par d'autres partenaires qui voient dans le SAFED plus un concurrent qu'un partenaire. Le rôle complémentaire (prise en charge globale par l'intervention d'une assistante sociale, d'une psychologue, spécifique des femmes enceintes en difficulté, ...) n'a pas été perçu par les centres de planification familiale. Les services hospitaliers du département ont peu été investis.

Le MISP de la DDASS aurait plutôt vu le SAFED dans un rôle plus de bilan de départ de la personne : faire le point sur les difficultés qu'elle rencontre d'ordre psychologique, social ou médical, puis l'orienter vers les partenaires qui peuvent l'aider (CPEF entre autres) et organiser

une prise en charge adaptée à ces problèmes. Le SAFED ferait ensuite un point régulièrement sur l'évolution de la personne. Or, le SAFED a davantage fait des prises en charge réelles qu'un bilan global ; ce qui pourrait dire que les partenaires ne pouvaient pas faire ce travail... D'où peut-être quelques problèmes de concurrence.

Le MISP de la DDASS souhaiterait réorienter le SAFED comme un centre de référence : il connaîtrait les partenaires et renverrait les personnes vers les structures adaptées locales (CPEF, psychologues libéraux...).

Concernant le bilan d'activité du SAFED, le MISP de la DDASS le trouve un peu trop statique dans la présentation de ses chiffres et aimerait que les items comme le nombre de personnes vues, l'âge des personnes, leur région de provenance etc., soient mis en relation avec la saisine des personnes (qui les a envoyées au SAFED).

Ainsi, la trajectoire des personnes en difficulté serait plus visible. En fonction de cela, un véritable suivi des personnes, de leurs attentes et des attentes de partenaires pourrait être réalisé. L'action du SAFED pourrait alors être recadrée en fonction des besoins de chacun.

Par ailleurs, dans le bilan d'activité, aucun indicateur ne montre le devenir des personnes au bout d'un an : ont-elles été revues ? Ont-elles été envoyées vers d'autres structures ? Sont-elles sorties du dispositif ? Ceci devrait être établi, toujours en relation avec la saisine.

Pour l'axe 2 du SAFED, le réseau, il semble évident pour le MISP qu'une fois que le SAFED sera bien identifié, il pourra réellement développer ce réseau. Or, pour le moment, ce n'est pas encore le cas. Il faut lui laisser le temps de s'affirmer un peu plus.

Enfin, le dernier axe qui consistait à éviter les IVG itératives est encore à développer .

2. Le Comité de pilotage (COPIL)

Sur la composition du comité de pilotage, la DDASS semble satisfaite de la représentation des partenaires, même si certains membres représentés au commencement ne sont plus venus par la suite.

Le MISP de la DDASS marque cependant un bémol sur le fond du COPIL : selon elle, le Comité de pilotage était trop tourné vers l'IVG et ne parlait que très peu de contraception et de prévention. Il ne parlait pas des mineures qui avaient eu des enfants : comment cela s'était-il passé pour elles ? Sont-elles aidées ?

L'impression que donnait ce COPIL, aux yeux du MISP, était de décrire l'IVG comme LA réponse. Or, pour elle, ceci n'est qu'une des réponses possibles.

Par ailleurs, pour diminuer le nombre d'IVG, il faut aussi réfléchir sur les autres propositions à faire aux femmes en difficulté : en amont, il s'agit de prévention ; en aval, de prendre en charge les femmes qui ne pratiquent pas d'IVG et de les aider concrètement (mères seules avec des jeunes enfants, ...).

Malheureusement, aucune étude n'a été faite sur ce deuxième point. On ne sait pas si ces femmes qui décident de ne pas subir d'IVG sont aidées : que leur propose-t-on si elles gardent leur enfant ? Le COPIL n'en a pas parlé, il n'a abordé que l'IVG et la prise en charge des femmes décidant de subir une IVG.

Il aurait été intéressant, d'après le MISP, d'ouvrir le débat, de ne pas rester focaliser sur les IVG.

3. Le MISP de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Maintenant, d'autres actions dans le domaine de la contraception, de la sexualité sont menées dans le cadre du comité de pilotage de l'étude-action. En effet, celui-ci s'est élargi lors de sa dernière réunion et a ouvert le débat sur toutes les femmes enceintes en difficulté.

Ainsi, plusieurs groupes de travail sont en action :

- le numéro vert : ce groupe consiste à faire le point sur tous les numéros d'information (violences, SIDA, MST, contraception...) et à essayer d'articuler ces numéros afin de les coordonner. Il est important que chacun de ces numéros ait connaissance de l'existence des autres et des contenus de chacun afin de réorienter la personne si elle doit faire face à divers problèmes ;
- la maison d'accueil pour les femmes seules avec un jeune enfant et qui ont des difficultés ;
- l'Inspection académique et la PMI doivent faire le point sur leurs actions et les CPEF...

Le comité de pilotage va donc essayer de mettre en forme ces différents groupes de travail et tenter de développer d'autres axes.

Protection maternelle et infantile (PMI)

1. Le SAFED

Le médecin responsable de protection maternelle de la PMI de la Somme rencontre, dans le cadre de ses activités et à travers le Comité de pilotage, les centres de planification ainsi que le SAFED.

Par conséquent, la PMI connaît l'action et l'existence du SAFED. Cependant, d'après le médecin rencontré, si la PMI ne faisait pas partie du COPIL, il n'aurait pas entendu parler de cette structure : le SAFED reste trop discret et mal connu.

D'un point de vue départemental, il semble toujours difficile que le SAFED soit utilisé par des femmes habitant loin d'Amiens, dans des communes rurales. D'autant plus que la mise en réseau est encore modeste.

La PMI connaît le SAFED et y oriente les femmes qui en ont besoin et informe les partenaires, pour qu'ils puissent adresser des femmes, comme récemment pour une clinique d'Amiens.

Il demeure néanmoins indispensable de développer la communication et le réseau autour du SAFED pour que celui-ci soit plus connu des professionnels et des usagers.

2. Le Comité de pilotage (COPIL)

Le nouveau médecin de la DDASS qui avait repris l'étude-action en 2002 est une personne fédératrice, ce qui est important dans un comité de pilotage d'après la PMI.

Par ailleurs, ce comité de pilotage prend une tournure plus ouverte sur les grossesses et la contraception en général, d'un point de vue préventif également : il ne se cantonne plus au seul SAFED mais élargit son action.

La PMI juge que les membres du comité de pilotage ont été bien ciblés et un tour complet des différents partenaires a été fait de façon satisfaisante.

Cependant, les réunions qui étaient très régulières pendant un certain temps se sont un peu distendues et la prochaine réunion, qui aura lieu en février, fera suite à une période de huit mois où aucun COPIL ne se sera déroulé.

Il semble à la PMI que les partenaires s'essouffent un peu et soient moins motivés.

3. Les actions de la PMI

Les directions du Conseil Général et en particulier le service de Protection maternelle et infantile de la Somme sont en pleine restructuration ces derniers temps, ce qui implique des bouleversements, tant au niveau des territoires qu'au niveau des responsabilités.

La PMI a par ailleurs un projet européen Interreg III qui a été retenu et qui mettra en place une étude-action concernant l'éducation à la santé auprès des jeunes. Le CODES de la Somme, ainsi que l'Inspection académique y sont associés. D'autres partenaires vont également être contactés courant janvier.

Ce projet, dénommé « Prévention des grossesses adolescentes : parlez moi d'amour » s'attachera à voir les représentations de la sexualité qu'ont les jeunes, et à faire passer un message de prévention, en collaboration avec l'Angleterre (le Kent et l'East Sussex)

Des groupes de jeunes à travers tout le département seront créés et participeront à des ateliers.

4. Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)

Les CPEF sont également en pleine restructuration. La PMI a en effet mis en place un programme d'actions des CPEF : selon l'activité du Centre de planification l'année précédente, la PMI revoit son fonctionnement et l'oriente vers la prévention, ou agrandit ses heures d'ouverture par exemple .

Ainsi, deux nouveaux CPEF verront le jour cette année dans la Somme : à Longueau et Beaucamp le Vieux.

Au total, 19 centres de planification seront répartis sur le département.

Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), situé rue Louis Thuillier à Amiens

1. Point de vue général

D'après le CPEF rencontré, il est difficile d'innover en matière de prévention contraception, IVG... car cela demande des financements supplémentaires et les financeurs ne veulent pas toujours augmenter les subventions.

Le CPEF part du principe que pour avoir une prévention efficace, il faut aller vers les gens, se faire connaître et inciter ainsi les personnes à contacter les centres de planifications lorsqu'ils

ont des problèmes ; malheureusement, les fonds ne suivent pas toujours pour des créations de postes supplémentaires.

Il semblerait que la prévention ne soit pas toujours prioritaire.

Par exemple, cela fait la troisième année qu'une manifestation d'exhibition de skate-board sur les plages est organisée comme support d'un stage de prévention. Cette action, mise en place par une association Abbevilloise a beaucoup de difficultés pour obtenir une subvention alors qu'elle touche un maximum de jeunes.

Le CPEF ne demande pas de subventions, les salaires sont payés par le Conseil général. Avec le même personnel, les actions ne peuvent être que constantes.

2. Le SAFED

Le Centre de planification accueille les femmes, mineures ou majeures, et leur fait passer dans un premier temps un test de grossesse. À la suite de celui-ci, l'annonce de la grossesse se fait par l'infirmière. Si la personne est mineure, elle sera dirigée le plus souvent vers la conseillère conjugale ou la psychologue du CPEF. Ainsi, un entretien avec la jeune fille a lieu et fait le point sur ce qu'elle envisage de faire par rapport à cette grossesse, et surtout la rassure. Dans un premier temps, il faut qu'elle réalise.

Une échographie est par la suite réalisée avec une sage-femme (qui peut se trouver être la sage-femme du SAFED).

Deux possibilités s'offrent alors à la jeune femme :

- soit elle veut procéder à une IVG : c'est le CPEF qui la prend en charge ;
- soit la jeune femme mineure ou majeure décide clairement de garder l'enfant mais exprime également des difficultés : on interpelle le SAFED pour le suivi de la grossesse.

Le SAFED aide alors les personnes à prendre des rendez-vous, à faire les examens médicaux nécessaires, à (re)prendre une contraception après la grossesse etc.. Elle oriente ces personnes en difficulté avant, pendant et après la grossesse : c'est un accompagnement privilégié.

Pour les accouchements sous X, le SAFED est également sollicité.

Quand une femme en difficulté va accoucher, le SAFED est appelé : ce qui donne surtout à cette femme un interlocuteur privilégié à qui parler, vers qui se tourner pour les problèmes administratifs, sociaux...

La liaison CPEF / SAFED est constante, même si elle n'est pas formalisée

Inversement, si la sage-femme du SAFED rencontre une personne en difficulté ayant besoin d'une prise en charge psychologique ou autre, elle fait appel aux services du CPEF. En effet, pour le moment, la sage-femme du SAFED est toujours seule et à mi-temps : elle a donc besoin de l'aide du CPEF implanté également au CGO.

Le SAFED intervient de même à l'intérieur de la maternité dans laquelle il est implanté en se rendant auprès des personnes dites « à risque », c'est-à-dire les multipares, les personnes ayant besoin d'aide sociale... La sage-femme organise alors des interventions auprès de ces femmes sur la contraception notamment, soit individuellement, soit collectivement.

Le SAFED a depuis peu de temps une assistante sociale, également à mi-temps, mais celle-ci se trouve dans un autre hôpital d'Amiens et lorsque la demande est urgente, cela complique les choses.

Le CPEF voit le SAFED comme un plus : l'important est de « capter » ces femmes en difficulté, quel que soit l'acteur impliqué, et de les aider du mieux possible en les faisant ensuite intégrer un réseau plus habituel.

Pour cela, il faut aller sur place, se faire connaître : le SAFED a donc besoin de développer son réseau. Le mieux serait que le Service ait des points relais disséminés dans tout le département, mais cela est difficile pour la sage-femme du SAFED, seule et à mi-temps...

3. Les actions du Centre de planification et d'éducation familiale

Le CPEF, mis à part les missions précédemment citées d'aide et de suivi des personnes se présentant au Centre de planification, organise également des animations externes sur des sujets comme la contraception, la sexualité...

Le CPEF se déplace à la fois dans les établissements scolaires, essentiellement des 4ème, des 3ème et des secondes basées sur Amiens, mais aussi dans des communes avoisinantes par manque d'équipes. Des animations sont aussi effectuées dans le cadre de structures de réinsertion sociale telles que les épiceries sociales, les foyers etc..

Ces messages de prévention représentent environ 40 % de l'activité du CPEF.

Grâce à ces animations, l'équipe du CPEF rencontre les personnes en difficulté et instaure ainsi un climat de confiance : ces personnes viendront plus facilement ensuite au Centre de planification si elles ont des problèmes.

Le CPEF travaille en réseau depuis longtemps, notamment grâce à la commission « sexualité-contraception » qui avait été mise en place par la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité en 1992.

Le SAFED a pu bénéficier de ce réseau déjà bien établi. Bien sûr, la sage-femme du SAFED n'a pas forcément les mêmes interlocuteurs que le Centre de planification parmi les partenaires. Il s'agit donc d'un travail en complémentarité.

Parallèlement, le CPEF donne également la pilule du lendemain aux jeunes filles.

Education nationale

1. Le SAFED

Pour la Mission de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Inspection Académique de la Somme, le SAFED est un service utile avec lequel les établissements scolaires sont en relation dès lors qu'une élève scolarisée dans un établissement scolaire du grand Amiens est enceinte. L'infirmière, le médecin ou l'assistante sociale prend contact avec le SAFED qui organise les rendez-vous nécessaires : la sage-femme accompagne donc la jeune fille dans ses démarches.

C'est lors d'une réunion de service des infirmiers et médecins scolaires que la sage-femme était venue se présenter et faire connaître le SAFED. Depuis, les infirmiers appellent les CPEF mais aussi le SAFED. Ce Service permet en effet au personnel scolaire de se décharger de certaines démarches que le SAFED a l'habitude de remplir.

Le SAFED prend en charge non seulement le suivi de la grossesse mais aussi le contexte familial de la jeune fille et son environnement. Ce panel d'information satisfait pleinement l'Inspection Académique car ces jeunes filles sont souvent en précarité et nécessitent une prise en charge globale.

Ainsi, la jeune fille bénéficie de l'infirmier et de l'assistant social scolaires mais aussi du SAFED et de ses partenaires. Jusqu'à présent, aucune remontée négative concernant le SAFED n'est parvenue à l'Inspection Académique.

Le seul bémol que la Mission de promotion de la santé en faveur des élèves l'Inspection Académique apporte sur le SAFED est que ce Service n'est pas assez étendu sur l'ensemble du département. Ce Service mériterait d'être accessible aussi et surtout en zones rurales ; car en grande ville comme Amiens, une solution est toujours possible, contrairement au rural.

2. Le Comité de pilotage

Ce Comité de pilotage est une structure intéressante et permet la réflexion à l'échelon départemental.

La mission de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Inspection Académique y voit un lien essentiel entre les acteurs de terrain et pense qu'elle peut y apporter beaucoup grâce aux statistiques recueillies chaque année par les professionnels des services santé, social qui font remonter régulièrement des données.

Grâce à ces données, les problèmes pourront être localisés et des partenariats avec les acteurs pourront permettre d'apporter des réponses adaptées en terme d'information et d'éducation à la santé.

Le COPIL pourrait ainsi servir de « centralisateur » de données venant du CGO, des cliniques et maternités, des sages-femmes de PMI, de l'Éducation Nationale... pour ensuite dresser des pistes d'interventions.

3. Les actions de l'Inspection Académique de la Somme

• *Les bilans infirmiers*

Les infirmiers voient les élèves de 6ème de façon systématique afin de leur faire passer un bilan infirmier (vue, audition, poids, taille). Parallèlement, une information sur la puberté est donnée. Le nombre d'heures d'éducation à la sexualité obligatoire a été définie dans les circulaires du 19 et 24 novembre 1998.

En 3ème, les élèves sont revus par l'infirmier et le médecin scolaires. Cette visite n'est pas systématique à l'ensemble des élèves de 3ème, faute de personnel, mais concerne en priorité des élèves en situation difficile, ceux qui demandent à être vus et ceux qui se dirigent vers des sections technologiques et professionnelles.

• *La pilule du lendemain*

Dans tous les établissements du second degré une information est faite sur la pilule du lendemain ; de même que sont présentés les CPEF et les textes de loi.

Quand une jeune fille se présente à l'infirmerie de l'établissement pour une éventuelle grossesse, elle répond à un questionnaire, passe un entretien avec l'infirmier de l'établissement et celui-ci la dirige ou non vers le CPEF le plus proche si besoin.

Si l'élève est au collège, elle sera accompagnée au CPEF par une personne du collège ; si elle est au lycée, elle ira seule pendant ses heures libres.

Puis, l'élève revient à l'infirmerie où on lui demande si le Norlevo a bien été pris. L'infirmier revoit ensuite l'élève à la date de ses règles et si un problème de retard de règles se présente (une semaine ou plus), on lui propose un test de grossesse.

Chaque lycée de la Somme possède un ou deux tests de grossesse pour répondre rapidement à la jeune fille.

A l'échelle du département, chaque établissement est rattaché à un CPEF (la liste est diffusée aux établissements) et peut donc diriger les élèves en difficulté.

En 2002-2003, l'Inspection Académique de la Somme dénombreait :

	<i>Nombre de grossesses signalées</i>	<i>Nombre de pilules du lendemain délivrées</i>	<i>Nombre d'IVG signalées</i>
Collèges	8	9	3
Lycées	12	25	11
Total	20	34	14

La Mission de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Inspection Académique de la Somme n'est pas encore en mesure de dire si une évolution peut être notée car l'année 2002-2003 était la première année où des statistiques ont été réalisées dans ce domaine.

Cette année 2003-2004 continuant les statistiques, une première visualisation de la géographie des grossesses adolescentes, pilule du lendemain et IVG (connues par l'Éducation Nationale) sera réalisée à la fin de l'année scolaire. Grâce à ce travail, l'Inspection Académique pourra mieux cibler les endroits où des actions de prévention sont à renforcer.

- **Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)**

Cette instance, interne à l'établissement et réunissant tous les membres de la communauté scolaire (personnel de l'établissement, associations, parents et élèves), monte des projets d'éducation à la santé propres aux spécificités de l'établissement et à ses problématiques. Le CESC établit donc un état des lieux avant de définir ses priorités.

Même si l'établissement garde une autonomie quant à ses projets d'éducation à la santé, la sexualité reste toutefois inévitable dans tous les établissements : la loi l'oblige.

Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité

1. Vue d'ensemble

Pour la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité, l'étude a bien montré que le sujet des grossesses non désirées était préoccupant et devait être pris en compte à travers une étude-action. Le SAFED est présent maintenant, et c'est un plus.

Une évaluation régulière du SAFED permettrait, selon la Délégation, de suivre l'évolution des activités afin d'améliorer la structure, faciliter l'accès au plus grand nombre de femmes à la prévention et aux soins, connaître les raisons de rupture dans le suivi gynécologique de la grossesse, déterminer les outils, stratégies et ressources qu'il faudrait engager...

2. Le SAFED

Pour la Délégation, le SAFED est une structure qui travaille en réseau. Ce réseau est à valoriser, surtout les liens qui peuvent se tisser entre le SAFED et les autres hôpitaux, centres de planification, associations et autres organismes de prévention et d'accueil. Est-ce que ce réseau marche effectivement ? Est-ce que, par exemple, si une femme en difficulté arrive au SAFED, la sage-femme va la renvoyer vers des associations, tel le CIDF... ?

Selon la Délégation, « Le SAFED est un service qui doit exister mais il ne doit pas être un centre de planification bis ». Il est important de préciser que le SAFED n'est pas destiné uniquement aux jeunes mineures : il est ouvert à toutes les femmes enceintes en difficulté, qu'elles soient mineures ou non. La sage-femme peut orienter vers d'autres structures toute personne en difficulté.

La Délégation estime que le SAFED est bien situé : proche des professionnels du CGO, mais aussi du Centre de planification, son action s'en trouve renforcée. Mais est-ce que les autres professionnels et CPEF vont envoyer des femmes vers le SAFED ? Cette question, relative au réseau, nécessite que le rôle du SAFED soit bien spécifié.

Le grand public n'est pas encore assez informé sur le SAFED. Une communication sur ses activités auprès des professionnels et du public est nécessaire, afin d'améliorer la diffusion de l'information sur les services qu'il offre en prénatal et postnatal.

3. Le Comité de pilotage (COPIL)

Le COPIL a été créé pour organiser la mise en œuvre de l'étude-action portant sur la réduction des grossesses non désirées chez les femmes et les adolescentes en difficulté, développer les initiatives contribuant à mettre en place un réseau d'aide, d'accompagnement de ces femmes et adolescentes et veiller à son suivi, son évaluation et sa communication. C'est la DDASS qui réunit le COPIL.

Au dernier COPIL des groupes de travail ont été formés, dont un sur le numéro contraception. La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité en fait partie, avec le Conseil général et le SAFED.

Le Centre d'Information des Droits des Femmes (CIDF) de la Somme a par ailleurs un numéro régional, financé par la DRASS, pour améliorer l'information faite envers les femmes concernant les IVG et la contraception. Ce service n'a ni compétence médicale, ni psychologique : il s'occupe principalement de conseiller et d'orienter les personnes vers les structures proches de leur domicile adaptées à leur problème (centres de planification, hôpitaux, missions locales...).

Le COPIL travaille pour le moment sur la suite à donner au SAFED.

4. L'action de la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité

Suite à un constat de méconnaissance ou de mauvaise utilisation de la contraception suivie, donc de grossesses non désirées, la DRDFE, le centre pratiquant des IVG, le CIDF et la mission locale d'Amiens ont voulu créer des outils mieux adaptés pour informer les jeunes et les femmes en particulier sur la sexualité et la contraception.

Une commission « sexualité-contraception » de la Somme, qui regroupe un très large partenariat (EN, IA, PMI, Université, CRES, DDASS, CHU, Centre IVG, Centre de planification, CIDF, associations ...), a été créée en 1992. Ce réseau de partenaires de différentes institutions permet une meilleure évaluation des populations "à risque" et de leurs besoins spécifiques. Cette commission avait écrit à chaque collègue du département pour connaître leurs besoins en information contraception. Trois outils d'information (une bande dessinée sur le SIDA, une brochure et des fiches thématiques sur la sexualité et la contraception) ont été réalisés par la suite.

Ce partenariat est axé sur un programme de prévention qui comprend une politique d'information et d'animation concernant la sexualité, la contraception, la prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles et du Sida.

La commission avait proposé d'établir pour notre département un projet d'accompagnement et de valorisation des campagnes nationales sur la contraception (1994, 1999-2000, 2002) avec pour objectifs de :

- sensibiliser le plus tôt possible les jeunes ;
- former les animateurs à engager un dialogue attentif avec les jeunes sur ce thème, et en particulier, de gérer de la façon la plus claire possible ses propres représentations de la sexualité ;
- travailler en réseau, (milieu rural et urbain) ;

- recommencer l'information régulièrement ;
- privilégier l'information individuelle surtout chez les jeunes ;
- mobiliser les femmes sur le thème de la contraception.

En 2002, la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité avait réuni la commission « sexualité-contraception », la sage-femme a présenté le SAFED.

En 2004, la Délégation a pour projet d'organiser une journée départementale sur la santé des femmes, avec pour objectifs, de créer un intérêt pour la santé des femmes, d'interpeller les décideurs, d'intéresser les femmes à la santé, de faire passer et connaître les chiffres et les réalités, de signaler ce qui est déjà fait et de créer une dynamique sur la santé des femmes.

Une partie de cette journée pourrait être consacrée à la présentation du travail du SAFED. Maintenant que tout est bien installé, il est important d'informer le public, lui montrer ce qui se fait, les actions menées, l'offre de soins, de rappeler aux jeunes que les CPEF sont gratuits et d'autres informations contraception.

La Délégation a mis sur le site Internet de la Préfecture des informations concernant le SAFED. Des informations supplémentaires peuvent être ajoutées.
(<http://www.picardie.pref.gouv.fr/arbo/Rubrique.2002-12-10.0242/femmes-contraception>)

La Délégation estime qu'une campagne ne changera pas les choses : il faut en parler régulièrement. La sensibilisation commence dès le collège. La contraception, la sexualité sont encore des sujets tabous en France et les parents n'en parlent pas avec leurs enfants, c'est pourquoi il est utile d'informer les plus jeunes sur les risques et sur les conduites à tenir. Améliorer la communication parents-adolescents sur la sexualité est un facteur important à considérer lorsqu'on parle de prévention des grossesses à l'adolescence.

Une autre action aussi pour sensibiliser les chefs d'établissements scolaires ainsi que les enseignants, serait de se servir des journées que l'Inspection académique organise avec ces chefs d'établissements (notamment les journées consacrées à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes) pour :

- favoriser un renforcement de l'éducation sexuelle au sein des collèges et lycées, afin qu'elle soit plus axée sur la sensibilisation à la « sexualité responsable » ;
- soutenir la présence des intervenants masculins notamment, en matière d'éducation à la sexualité afin de mieux rejoindre et sensibiliser les jeunes garçons ;
- informer sur ce que font le SAFED, les centres de planifications, les hôpitaux, les associations...etc.

La Délégation pense qu'elle pourrait réfléchir sur ces propositions avec les services de l'Education Nationale.

Le nombre et la diversité des acteurs participant à l'information sur la contraception, facilite l'organisation et la circulation de ces informations de façon formalisée, voire contractuelle au sein d'un réseau.

La Délégation estime qu'il serait utile de consolider le fonctionnement de ce réseau, en faisant appel à de nouveaux acteurs capables d'assurer une meilleure communication entre professionnels et jeunes et réaliser ainsi un véritable maillage entre prestataires de services et adolescents là où ils se trouvent (maisons des jeunes, établissements scolaires, centre de loisirs, centres sportifs, centres socio-culturels, etc...).

Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports (DRDJS)

1. Point de vue général

Le médecin conseil du Directeur régional de la DRDJS ne pense pas avoir suffisamment de recul par rapport aux campagnes de contraception pour pouvoir en tirer des conséquences ou des observations.

En règle générale, l'étude-action est restée dans le concret, ce qui est un plus. Contrairement à d'autres groupes de travail de programmes de santé publique auxquels la DRDJS a également participé et qu'elle avait jugés trop abstraits et théoriques.

Le SAFED a su rester rationnel et concret. Il est sur le terrain, et c'est ce qui compte.

2. Le SAFED

Le médecin conseil du Directeur régional de la DRDJS de Picardie a une opinion plutôt positive de l'étude-action SAFED, dans la mesure où cela correspond réellement à un besoin.

Bien sûr, la limite constatée est que ce Service reste restreint géographiquement : il est adapté pour les personnes habitant Amiens, mais reste trop éloigné pour les personnes en difficulté résidant dans des communes rurales. En effet, ces dernières étant « en difficulté » n'ont bien souvent pas les moyens de locomotion nécessaires pour venir au SAFED.

Néanmoins, ce Service reste essentiel même s'il aurait besoin de plus de moyens pour se développer et s'étendre.

Il reste également la question, d'après le médecin conseil, de savoir si les médecins de ville et autres partenaires relayent bien l'information sur l'existence de ce SAFED et sur ses missions...

Par ailleurs, si les partenaires directs, ceux ayant participé au Comité de pilotage, ont sans doute une bonne idée de l'action du SAFED, il n'en est pas forcément de même pour le public. Bien sûr, des plaquettes sont distribuées, mais l'information passe-t-elle bien ?

Le SAFED doit également, explique le médecin conseil du Directeur régional de la DRDJS de Picardie, s'intégrer totalement aux réseaux existants et non pas être en dehors de ces structures : il doit travailler avec la DDASS, la DRASS, la PMI etc.

3. Le Comité de pilotage (COPIL)

La DRDJS est venue au Comité de pilotage suite à une invitation faite par la DDASS. Le fait de traiter de sujets très différents de ceux de la contraception dans ses activités quotidiennes a permis à la DRDJS d'apporter un point de vue extérieur et une expérience propre sur un public différent.

Le COPIL était constitué d'une équipe soudée et qui avait apparemment déjà l'habitude de travailler ensemble. Par conséquent, le discours ne restait pas stérile et débouchait sur des actions concrètes. L'équipe fonctionnait donc bien et de manière opérationnelle.

4. Les actions de la DRDJS

Le problème des grossesses non désirées reste un sujet à la marge des actions de la DRDJS. Jeunesse et sports ne rencontre pas de femmes enceintes parmi son public. Il arrive que quelques fois des femmes aient un problème de contraception, mais cela s'arrête là. La DRDJS s'oriente plus vers le public de sportifs ou vers les centres de vacances d'été.

Jeunesse et sports relaye des messages d'information jeunesse grâce notamment au CRIJ, aux associations de jeunesse en liens avec la DRDJS, mais aussi à travers des formations que la DRDJS organise pour les animateurs sportifs et de centres de vacances (BAFA...).

Pendant ces formations, la santé est naturellement abordée, mais cela reste théorique. On y parle entre autres de conduites à risque (rapports non protégés et les conséquences : grossesses non désirées, SIDA...). À la suite de cette information, les personnes qui le souhaitent peuvent prendre des plaquettes et demander la liste des partenaires à avertir s'ils sont face à de tels problèmes.

De la même façon, la DRDJS a relayé la campagne d'information du CIDF sur la contraception. Des plaquettes et des affiches ont été disposées dans l'accueil de la DRDJS, les centres médicaux sportifs et centres d'hébergement des sportifs (CRJS).

Il est vrai néanmoins que la sexualité-contraception n'est pas le thème prioritaire de la DRDJS, ses thèmes de prédilection sont plutôt tournés vers la lutte contre le dopage, la santé du sportif, la promotion de la santé à travers l'activité physique...

La grande différence entre les deux structures – SAFED et DRDJS – est que le premier aide des personnes ayant des difficultés, et que la seconde agit en amont de ces problèmes en étant dans l'éducatif, et la promotion de la santé.

Caisse primaire d'assurance maladie de la Somme, centre d'examen de santé

Pour la CPAM, le SAFED semble être une très bonne initiative car il faut, il est vrai, aider ces jeunes femmes qui se retrouvent face à des grossesses non désirées.

Cependant, le service d'examen de santé de la CPAM de la Somme a très peu de liens avec le Service d'Aide aux Femmes Enceintes en Difficulté. La sage-femme du SAFED était venue quelques jours avant l'inauguration de la structure donner ses plaquettes et ses affiches, mais aucune autre interaction n'a réellement existée entre le SAFED et la CPAM.

Bien sûr, les plaquettes sont à la disposition des patientes qui pourraient être concernées mais le problème est que le centre d'examen de santé voit en fait très peu de femmes enceintes, surtout lorsqu'elles sont en difficulté.

Deux phénomènes peuvent expliquer ceci :

- d'une part, les femmes enceintes en difficulté ont souvent autre chose à penser qu'à leur bilan de santé proposé par la CPAM ;
- d'autre part, le centre d'examen de santé essaie certes de capter les personnes en difficulté à travers les Sas RMI ou autres structures d'aide sociale, mais ces femmes enceintes ne vont que très rarement faire des stages d'insertion.

Ainsi, la CPAM et plus précisément le centre d'examen de santé ne rencontre pas la population concernée par l'étude-action SAFED et ne peut donc pas les y diriger.

En outre, la CPAM n'a pas été conviée au Comité de pilotage de l'étude-action. Pour autant, ceci n'est pas négatif : en effet, étant peu concernée par la problématique de la contraception (l'espace santé envoie généralement les personnes désireuses d'information vers le centre de planification de Camille Desmoulins) et ayant une population qui ne correspond pas à cette action, leur place n'était pas à ce COPIL.

Pour qu'un Comité de pilotage soit efficace, il est préférable d'avoir six ou sept personnes très impliquées qu'une quinzaine peu impliquée...

Conclusion

Évolution des indicateurs

La Somme, département plus jeune que la moyenne nationale (26,3 % de moins de 20 ans en 2001 contre 25,4 % en France métropolitaine et 15,6 % de plus de 65 ans contre 16,1 % au niveau national) cumule les situations défavorables.

Parmi sa population, on compte en effet plus de chômage (10,8 % en 2001 contre 8,7 % en France métropolitaine), plus de bénéficiaires du RMI (3,2 % en 2001 contre 2,9 %) et plus de bénéficiaires de l'Allocation parent isolé (0,6 % en 2001 contre 0,5 %).

Les mortalités, générale comme infantile, sont par ailleurs également plus importantes dans la Somme qu'au niveau national.

Parallèlement, l'indice conjoncturel de fécondité ne fait qu'augmenter depuis 1996, passant de 1,69 enfant par femme en 1996 à 1,86 en 2000. Cette fécondité, plus précoce qu'en France métropolitaine, compte 0,9 % de mères mineures parmi l'ensemble des naissances contre 0,6 % en France métropolitaine en 2000.

S'il est vrai que le taux d'IVG chez les mineures pour 100 conceptions est plus faible que la moyenne nationale (56,3 % dans la Somme en 1997, contre 61,2 en France métropolitaine), la proportion de mineures parmi l'ensemble des femmes pratiquant une IVG est elle plus forte dans la Somme (respectivement 6,5 % contre 4,2 % en 1997).

Cette situation, mêlant problèmes socio-économiques et grossesses adolescentes, a mené à l'élaboration d'une structure permettant d'aider ces jeunes filles en difficulté, tant sur le plan de leurs problèmes de grossesse et d'IVG, que sur le plan social.

Cependant, ces indicateurs ayant eux aussi leurs limites, les entretiens avec les partenaires ont permis d'éclairer et de mettre en évidence de façon plus qualitative les impacts de l'étude-action, présentés ci-après.

Aspects favorables de l'étude-action

• **Prise en charge pluridisciplinaire**

Le Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté (SAFED) crée des liens entre le médical (échographie, prise de sang...) et le psycho-social (mise en relation des femmes avec l'assistante sociale et la psychologue du centre de planification du CGO), grâce à ses partenaires.

Le SAFED propose donc un accompagnement individualisé et complet de la femme, en complément et en lien avec les dispositifs existants (PMI, services sociaux, maternités...). Ce travail en réseau est particulièrement important pour le développement de l'action du SAFED.

Par ailleurs, la proximité des services entre le SAFED, le Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et le Centre de gynécologie obstétrique (CGO) permet une prise en charge médico-psycho-sociale rapide des femmes en difficulté.

• **Qualification du personnel**

La qualification du personnel en place, une sage-femme, incite par ailleurs les infirmières et les assistantes sociales et psychologues du centre de planification à avoir recours au SAFED pour le suivi de la grossesse. De plus, un cadre infirmier est là pour apporter son aide à la sage-femme si besoin.

• **Le réseau**

La mise en place d'un réseau entre les différents professionnels qui interviennent dans ce domaine est encore jeune, mais constituera un réel atout lorsqu'il sera plus développé. Ce réseau mettra en relation les partenaires, mais aussi les actions d'information, de prévention et d'aide aux femmes enceintes nécessitant un accompagnement particulier.

S'il est vrai que d'autres structures fournissent ce type d'aide (sages-femmes de PMI, Centres de planification et d'éducation familiale, Éducation Nationale), le SAFED permet la mise en réseau de ces différents partenaires et donc une meilleure connaissance des partenaires et de leurs missions.

Cependant, malgré cette mise en réseau, il existe un risque que les missions de la structure soient mal comprises ou interprétées comme redondantes par rapport à d'autres organismes qui informent et aident ces femmes.

C'est pourquoi la bonne marche du réseau est importante. Les réseaux, on le sait, favorisent la connaissance des acteurs entre eux et permettent une organisation ainsi qu'une information bénéfiques pour les usagers de ces services.

Le SAFED, depuis sa création, organise des réunions et des rencontres avec des sages-femmes de PMI, des représentants de cliniques et maternités, la délégation du droit des femmes, etc. ; ce qui favorise le développement de ce réseau.

Malgré cela, à l'heure actuelle, l'action est encore trop jeune pour que l'on puisse évaluer réellement son réseau : la mise en place d'un réseau, et surtout le changement des habitudes des participants devant aller vers une collaboration avec un nouveau service, demandent du temps.

• Pertinence de l'action

Comme l'a montré l'état des lieux statistiques établi dans la Somme, les grossesses adolescentes sont particulièrement importantes et nécessitaient la création d'une structure permettant d'accompagner ces jeunes femmes enceintes.

Dans d'autres départements moins touchés par ce phénomène, des actions de prévention seraient plus adéquates. Mais ici, la mesure se devait d'ouvrir un Service qui effectuerait l'accompagnement et des actions d'information.

Le rôle du contexte a donc été primordial dans la constitution du SAFED.

• Exemple d'un SAFED plus ancien

Dans l'encadré, est présenté un autre SAFED, situé à Rennes, plus ancien que celui de la Somme, puisqu'il a dix ans. L'expérience de ce SAFED et ses résultats montrent combien un Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté peut être intéressant dans un département comme celui de la Somme.

Le Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté (SAFED) de Rennes

Bref historique

- En 1975, est ouvert le premier centre de planification d'Ille-et-Vilaine, avec, tout de suite, une confrontation à des situations difficiles pour les femmes enceintes. Le service de PMI décide alors de renforcer l'équipe mise en place (recrutement d'une psychologue) et de signer des conventions entre le département et les établissements de foyers maternels afin d'accueillir ces femmes.
- En 1988, devant le nombre croissant de femmes enceintes en difficulté, le Conseil Général officialise la structure en y affectant un poste d'assistante sociale à 80 %, un poste de psychologue à 70 %, la sage-femme continuant de répartir son temps entre le SAFED et le suivi à domicile des femmes enceintes sur deux circonscriptions.
- Enfin, c'est en 1992 qu'une convention fut signée entre le département et le CHR afin de préciser les conditions de collaboration des deux services.

Ainsi, le SAFED de Rennes compte un personnel nombreux et efficace : deux assistantes sociales, une psychologue, une sage-femme et une secrétaire ; ceci permet l'accueil dans de bonnes conditions des femmes en difficulté. Le service est sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur départemental PMI chargé des actions de santé.

Les assistantes sociales font le point avec la femme enceinte sur sa situation personnelle, familiale et administrative. Elles mesurent ainsi le niveau de dénuement de la personne et l'aideront à trouver un logement, faire les achats indispensables et gérer les prises de rendez-vous.

La psychologue aide à clarifier le désir de ces

femmes face à leur grossesse et évalue leurs capacités à prendre en charge l'enfant à venir.

La sage-femme va s'occuper du suivi médical de la grossesse et va préparer la femme à l'accouchement, et à connaître son corps.

Le SAFED définit sa mission de la façon suivante : «L'objectif du SAFED est d'offrir aux femmes en difficulté pendant leur grossesse, un accueil et un accompagnement bienveillant mais réaliste afin de leur permettre le moment venu de faire ou d'accepter le meilleur choix pour leur enfant (garde, consentement à l'adoption, placement judiciaire). C'est dans cette perspective que l'équipe participe également aux commissions de prévention des CDAS (Comité départemental des actions sociales), apportant ainsi sa contribution à l'évaluation de chaque situation suivie ». Le SAFED de Rennes accorde une place importante également au consentement à l'adoption.

Le SAFED est par ailleurs inscrit dans un réseau départemental tissé entre les institutions (CAF, CPAM, MSA...), travailleurs sociaux, médecins, personnels soignants des maternités, centres maternels, centres de planification, foyer d'accueil, instances judiciaires, le centre départemental de l'enfance...

Le nombre de femmes reçues n'a cessé d'augmenter : 39 femmes accueillies en 1979, 150 en 1989, puis 243 en 1992, et 328 en 2002..

Le SAFED de Rennes a mis un certain nombre d'années pour s'épanouir et prendre une place de plus en plus importante dans le département (augmentation de la fréquentation des femmes) : il a désormais plus de 10 ans et son réseau s'est développé naturellement.

Difficultés et obstacles rencontrés par l'étude-action

• Pas de contact avec le SAFED existant à Rennes

Une étude pour analyser les personnes rencontrées au SAFED de Rennes pendant trois ans a été réalisée et s'est découpée en quatre parties, grâce à l'interrogation des comptes rendus de l'assistante sociale, des registres des naissances et archives des différentes maternités, des recherches dans la classothèque de l'Aide sociale à l'enfance, et à des recherches auprès des foyers maternels et des circonscriptions. Ces quatre parties étaient : les caractéristiques de la population des mères, les caractéristiques du milieu parental, le compagnon ou mari et l'avenir de l'enfant.

Le SAFED de la Somme n'a pas pris contact avec ce Service de Rennes dès le départ afin de prendre en compte leur expérience, leurs difficultés de mise en place, et de dialoguer avec eux de la faisabilité du projet dans la Somme, en sachant que seule une sage-femme à mi-temps était détachée au SAFED, et que l'ambition était la mise en place d'un réseau départemental. Par ailleurs, la lecture du rapport, établi sur les années 1987 à 1989 à Rennes, aurait permis de mettre en place une grille d'éléments à remplir pour pouvoir faire, par la suite, une évaluation du service à Amiens. La prise en compte de l'expérience du SAFED de Rennes aurait ainsi pu être utile à plus d'un titre.

• Manque d'effectif

Le SAFED de la Somme est quant à lui plus récent (à peine 3 ans) et demande encore beaucoup d'efforts et de travail, mais aussi plus de personnel pour arriver à l'activité du service de Rennes. Une seule sage-femme à mi-temps, n'est pas suffisante. On peut se réjouir du demi-poste d'assistant social créé, même s'il n'est pas dans les mêmes locaux que le SAFED, et d'un deuxième mi-temps de sage-femme qui va venir s'ajouter à celui existant. Cependant, l'ambition initiale était d'avoir également une secrétaire, une assistante sociale à temps complet, et une psychologue. L'absence de ce personnel qualifié a nécessité que le SAFED utilise le personnel du Centre de planification et d'éducation familiale se trouvant à côté de lui.

Même si le SAFED réussit ainsi à accomplir ses missions, il aurait été souhaitable qu'il soit plus indépendant de ce point de vue, ne serait-ce que pour pouvoir rencontrer les partenaires sur tout le département : le manque de personnel a pour conséquence que la sage-femme n'a pas le temps de se déplacer dans le département de la Somme.

• Une dimension départementale difficile à mettre en œuvre

La principale limite de l'action SAFED réside dans sa volonté de développement départemental. En effet, les personnes résidant loin d'Amiens ne seront peut-être pas dirigées par leur médecin ou sage-femme, ou par d'autres personnes, vers Amiens pour consulter le SAFED. Par ailleurs, les femmes ne voudront peut-être pas faire le déplacement, surtout si elles ont des difficultés financières ou de transport. En effet, même si elles venaient au SAFED à Amiens, pourraient-elles revenir pour un autre rendez-vous ?

La solution qui s'offre au SAFED serait de créer des relais dans les grands hôpitaux, maternités et centres de planification et d'éducation familiale du département. Ces relais permettraient une mise en réseau plus concrète et plus efficace : un service plus proche des femmes est un service plus facilement accessible et donc plus fort. Ceci est malheureusement encore loin d'être concret à l'heure actuelle.

Recommandations

L'expérience des trois départements pilotes de l'étude-action sur la prévention des grossesses non désirées a permis de montrer la faisabilité de ces programmes.

La diversité des approches choisies par les trois départements indique qu'il y a de multiples façons d'aborder un tel programme. On ne peut donc recommander une approche unique. A partir des points forts et des difficultés rencontrées dans ces trois départements, nous présentons dans ce chapitre quelques points importants pour organiser un tel programme dans un département.

Les « recommandations » proposées ici sont illustrées brièvement par des exemples vécus lors des expériences pilotes. Elles portent successivement sur l'analyse de la situation, l'organisation du programme et des exemples d'actions. Certains points méthodologiques peuvent paraître évidents. Si nous les soulignons, c'est que l'expérience des départements pilotes a montré qu'ils ne vont pas toujours de soi.

1 - Identifier les priorités et les stratégies

Faire un état des lieux de la situation avant de se lancer dans des actions permet de voir quels sont les problèmes et les besoins dans le département. Cela permet ensuite de cibler une ou quelques priorités, une stratégie pour les aborder, puis de définir des objectifs à atteindre, et les actions les plus pertinentes à réaliser.

Réaliser un état des lieux et mener des actions coordonnées suppose un travail collectif. La première étape est donc de constituer un **comité de pilotage**.

Les partenaires concernés par la prévention des grossesses non désirées sont :

- la DDASS, de par sa mission de promotion de la santé, sa responsabilité dans l'organisation des services de soins dont les établissements pratiquant des IVG, son financement des établissements de conseil familial et conjugal,

- le Conseil Général, de par sa mission sur la contraception, sa tutelle des CPEF et d'organisation de la PMI,
- les services de santé de l'Education nationale et de l'Agriculture et la Forêt, en raison de leur mission d'éducation à la santé et de réponse aux problèmes de santé des élèves,
- la Délégation Départementale aux Droits des Femmes,
- les CPEF associatifs, qui peuvent avoir un point de vue différent de celui du Conseil Général,
- les associations de conseil familial et conjugal,
- d'autres acteurs selon le contexte du département : Assurance maladie (CPAM), Mutuelles (notamment étudiantes), ADES/CODES (Association ou Comité départemental d'éducation pour la santé), Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports...

Cette identification des partenaires potentiels fait déjà partie de l'analyse du problème. En effet, l'état des lieux s'appuie à la fois sur une approche quantitative, par l'élaboration d'indicateurs à partir des statistiques disponibles, et sur une approche qualitative, à partir de la perception des acteurs de terrain de la problématique considérée et des données dont ils disposent.

Les indicateurs disponibles au niveau du département ne permettent pas de définir précisément les problèmes à l'échelle de celui-ci. Ils permettent cependant une approche objective de l'importance du problème des grossesses (désirées ou non) et des IVG, notamment chez les jeunes. Les indicateurs utilisables et les sources sont indiqués dans le paragraphe 3 du chapitre de chaque département.

Le Rhône se caractérise par une faible fécondité chez les mineures et les femmes jusqu'à 25 ans (par rapport à la moyenne française) et par un fort recours à l'IVG, à tout âge comme chez les mineures, ce qui est interprété comme une bonne maîtrise de la fécondité.

La Seine-Saint-Denis se caractérise par une forte fécondité à tous les âges, un recours à l'IVG plus élevé qu'en France pour l'ensemble des femmes mais plus faible chez les mineures et chez les jeunes femmes de moins de vingt ans.

La Somme se caractérise par une fécondité plus précoce qu'en France métropolitaine et par une proportion de mineures parmi les femmes pratiquant une IVG plus importante qu'au niveau national.

L'approche plus qualitative, basée sur la connaissance des **acteurs de terrain** des organismes du comité de pilotage, permet de compléter l'état des lieux.

- Les acteurs de terrain ont leur **perception du problème et de son contexte** : quels sont les groupes les plus concernés, les situations souvent rapportées, etc. ? Une approche globale qui consiste à prendre en compte le problème, ses déterminants et son contexte est à privilégier, car les actions auront à agir sur les déterminants pour être efficaces. Ainsi, travailler uniquement sur l'information pour répondre à la non utilisation de la contraception serait trop restrictif. Il est important d'élargir la vision du problème pour prendre en compte par exemple le contexte des relations garçons-filles, parfois marquées par le sexisme et la violence, qui explique aussi la difficulté de mettre en pratique des comportements préventifs.
- Les organismes peuvent également disposer de données plus objectives issues de leur **activité**. Par exemple, le nombre d'examen à la demande dans les lycées généraux, professionnels ou agricoles concernant les problèmes de contraception d'urgence ou d'IVG, les statistiques des CPEF sur les motifs de consultation, etc.
- Ils apportent aussi dans l'état des lieux **l'offre de services** existante en terme d'éducation pour la santé, de lieux d'écoute, de consultation, et leurs interrogations quant à celle-ci. Aucun département ne part de rien pour réaliser des actions de prévention des grossesses non désirées, et celles-ci doivent s'appuyer sur les dispositifs existants.

En Seine-Saint-Denis, la problématique des mariages forcés a été mise en avant du fait de l'importance de la population d'origine étrangère.

Dans le Rhône, il est apparu que les CPEF étaient déjà à saturation et qu'ils ne pouvaient accueillir plus de personnes, sauf à augmenter leurs moyens ; la priorité a donc été donnée à l'accueil des plus jeunes et des personnes en situation précaire dans les CPEF.

Si nécessaire, une **étude spécifique** peut être menée sur un point particulier afin d'avoir une meilleure connaissance du problème.

En Seine-Saint-Denis, une étude qualitative et une étude quantitative ont été réalisées dans le but d'apporter des éléments de compréhension sur les difficultés et les obstacles rencontrés par les jeunes filles mineures pour obtenir l'autorisation parentale pour pratiquer une IVG.

Le choix des priorités et de la stratégie permet de se fixer une approche a priori pertinente tout en étant réaliste, car les ressources sont limitées, en personnel comme en budget. Ces choix résument l'analyse faite par les membres du comité de pilotage et leur approche du problème.

Dans le Rhône, la priorité a été donnée à la prévention primaire, par la création d'outils d'information et d'animation permettant de rencontrer les jeunes et d'ouvrir le dialogue avec eux, car peu d'outils existaient et aucun n'était adapté. La formation des professionnels en charge de l'éducation à la sexualité et à la contraception allait dans le même sens.

En Seine-Saint-Denis, la priorité a été donnée à la prévention primaire en développant des actions relatives à l'information, la formation, l'accès à la contraception. Les enquêtes relatives aux difficultés de l'obtention de l'autorisation parentale concernent indirectement la prévention secondaire, l'objectif final étant d'améliorer l'accès à l'IVG pour les jeunes femmes ne voulant pas poursuivre leur grossesse.

Dans la Somme, la priorité a été donnée à la prévention secondaire par la création d'un service d'accueil des femmes enceintes en difficulté, et notamment les plus jeunes, et à la prévention tertiaire (prévention de futures grossesses non désirées chez ces femmes).

Cette phase préalable peut durer plusieurs mois, mais ce n'est pas du temps perdu. Elle est nécessaire, car la prise en compte de l'état des lieux initial conditionne la cohérence et la pertinence des actions.

Dans le Rhône, c'est une fois les actions réalisées qu'est apparu le manque d'approche des jeunes en difficulté, pourtant très concernés par l'appropriation des méthodes contraceptives.

En Seine-Saint-Denis, les actions ont été lancées rapidement, sans s'appuyer sur l'état des lieux ; il en a résulté des actions nombreuses et parfois disparates.

Dans la Somme, une seule action a été menée, ce qui ne permet de répondre qu'à un aspect de la problématique.

2 - Organiser un programme d'action

• *Le fonctionnement du Comité de pilotage*

Les représentants des organismes qui participent au Comité de pilotage devraient être les personnes impliquées sur le sujet et ayant le pouvoir de se positionner au nom de leur structure. Néanmoins, la participation des personnels de terrain facilite l'adéquation des actions avec la réalité.

Dans le Rhône, les services de santé scolaires étaient représentés uniquement par des professionnels de terrain. Cela leur a permis de valoriser leur expérience dans les établissements scolaires. Cependant, l'absence des conseillers techniques départementaux dans le comité de pilotage a limité leur implication dans le programme et donc la diffusion des informations et des outils dans le département.

Le choix du coordonnateur du Comité de pilotage mérite de faire l'objet d'une discussion lors de la mise en place du comité. Le coordonnateur a besoin à la fois d'une légitimité et de la capacité de manager le projet : il a pour rôle d'organiser les travaux du comité, suivant les règles de la méthodologie de projet, de veiller à la diffusion des compte-rendus des réunions, de déterminer la mission des groupes de travail et d'examiner les résultats fournis.

Dans les trois départements, le Comité était "pilote" par la DDASS. La question du choix du coordonnateur ne s'est pas posée au début du projet car le projet avait son origine à la DGS. Cependant, la rotation rapide des personnes en charge de la contraception et de l'IVG à la DDASS a pu entraîner des difficultés pour assurer la continuité de la coordination de l'étude-action.

Quelques points sont particulièrement importants pour le bon fonctionnement du comité de pilotage :

- Le Comité de pilotage ne devrait pas comporter plus d'une douzaine de personnes pour bien fonctionner, mais il est possible d'élargir ces réunions de temps à autre à d'autres partenaires qui pourront évoquer leurs propres missions et actions. Ces réunions élargies permettent de faire se rencontrer les partenaires et acteurs locaux et de mieux faire circuler l'information.

Dans le Rhône, une réunion de comité de pilotage a été consacrée à la présentation du Photolangage "Adolescences, amour et sexualité" aux membres du Comité, ainsi qu'à d'autres personnes invitées pour l'occasion, susceptibles d'être intéressées par cet outil (personnels de l'Inspection académique, de la DDASS, du Conseil général...).

- L'assiduité des membres du Comité de pilotage est la condition d'un travail d'équipe. Elle suppose leur disponibilité pour s'investir dans ce travail, ce qui peut être problématique, notamment pour le personnel des associations qui ne dispose pas de financement pour ce travail de coordination.

Dans les trois départements pilotes, l'implication des membres a été forte durant les trois années de l'étude-action.

- La rédaction de compte-rendus de réunions permet de garder en mémoire les objectifs et les décisions, de suivre l'avancée de l'action et s'assurer de la cohérence du programme. Les

comptes-rendus sont des outils de communication qui permettent de faire circuler les informations importantes, y compris pour les absents.

Dans le Rhône, une réunion du comité de pilotage n'a pas fait l'objet d'un compte-rendu. L'information sur la diffusion d'un outil entre les différents organismes n'a pas circulé, d'où des incompréhensions et du temps passé à rétablir ce qui avait été décidé.

En Seine-Saint-Denis, plusieurs réunions du comité de pilotage n'ont pas fait l'objet de compte-rendu, ce qui a rendu l'avancement du programme moins lisible pour l'ensemble des acteurs.

• ***Le financement des actions***

L'obtention de financements est un point crucial pour la réalisation d'actions mais aussi pour la motivation du comité de pilotage. Les organismes en charge de l'éducation à la contraception et à la sexualité ont en général des budgets de fonctionnement très faibles. Il est difficile pour les professionnels de se mobiliser et de travailler en commun sur un projet sans disposer de ressources supplémentaires.

Dans les trois départements pilotes, la dynamique du comité de pilotage s'est essoufflée dès la fin du financement de l'étude-action par la DGS.

Les principaux financeurs potentiels d'actions de prévention des grossesses non désirées sont l'Etat (DDASS, DRASS), l'Assurance Maladie (FNPEIS) et les collectivités territoriales (Région, Conseil Général, Municipalités, par exemple dans les Contrats de Ville).

• ***La rédaction des dossiers de projet***

Il est souhaitable que les membres du Comité de pilotage rédigent de façon précise l'action telle qu'ils désirent la mener (le « dossier de projet »). Le passage à l'écrit permet d'explicitier la logique de l'action, les résultats attendus, les modalités pratiques, le calendrier, le partage des rôles et les ressources à mobiliser. Un projet clairement présenté a plus de chances d'être financé, puis de recueillir l'adhésion des acteurs. Le dossier de projet permet aussi d'assurer la cohérence des actions entre elles et de prévoir l'évaluation dès le commencement de l'action. Enfin, l'écrit permet la transmission du projet et la réappropriation de la démarche quand un poste est occupé successivement par différentes personnes.

Dans les trois départements pilotes, l'évaluation des actions a été rendue difficile de par l'absence de dossier de projet suffisamment précis pour chaque action.

• ***L'évaluation des actions***

L'évaluation peut concerner deux niveaux :

- La mise en œuvre des actions (évaluation du processus et de l'implantation) : il s'agit d'analyser par exemple la manière dont un outil de prévention a été élaboré, la satisfaction des acteurs concernant cette démarche, la diffusion d'outils ou d'informations, quel(s) public(s) ont été touché(s), etc.

L'évaluation de la mise en œuvre devrait constituer le sujet principal des réunions du comité de pilotage pour identifier les points forts et les points faibles des actions et permettre des

réajustements si nécessaire. Elle est d'autant plus intéressante qu'elle s'appuie à la fois sur des indicateurs objectifs et sur la perception des acteurs.

- **Le résultat et l'impact des actions** : cette évaluation recherche si les objectifs définis au préalable ont été atteints ou non, et pourquoi, et si d'autres effets ont été produits : changements d'attitude, de comportements, nouvelle perception des problèmes, etc.

Ce niveau d'évaluation est en général plus complexe et suppose souvent la réalisation d'enquêtes. Même s'il est souvent difficile de se projeter dans l'avenir pour imaginer les conséquences des actions, il est important de penser cette évaluation dès le départ, car c'est la comparaison entre l'état des lieux initial et l'état des lieux final qui permet de mesurer les changements.

Un appui externe peut aider le comité de pilotage à prévoir le plan d'évaluation et à réaliser les enquêtes d'évaluation.

Dans les trois départements, la mise en place d'une démarche d'évaluation a été peu portée par les comités de pilotage, alors même qu'il s'agissait d'expériences pilotes. Cependant, l'évaluation a été plus présente dans les groupes de travail chargés des actions.

3 - Quelques actions de prévention des grossesses non désirées

Un grand nombre d'actions peut répondre à l'objectif général de prévention des grossesses non désirées. Les ressources étant limitées, un choix devra être fait entre toutes les actions envisagées pour ne retenir que les plus pertinentes.

Voici cinq exemples d'actions issues de l'expérience des trois départements pilotes : le service d'aide aux femmes enceintes en difficulté, l'élaboration et la diffusion de matériel d'information, le photolangage, le théâtre forum et la formation conjointe CPEF – Education nationale. Elles sont à discuter avant d'être mises en œuvre dans un département, en fonction du contexte local et de la mobilisation des acteurs présents.

3.1 - Le Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté (SAFED)

(action réalisée dans la Somme)

Le SAFED est un service qui prend en charge les jeunes filles et les femmes enceintes en difficulté, en combinant le suivi médical de la grossesse (examens biologiques, échographie, etc.) et l'aide psychosociale, grâce à une sage-femme, une psychologue et une assistante sociale. Il a une vocation départementale, via son réseau de partenaires.

La pertinence de cette action doit être analysée en fonction de certains indicateurs, comme nous l'avons vu précédemment. Ainsi, de fréquentes grossesses adolescentes et un recours

important des mineures à l'IVG peut orienter vers cette action à destination des adolescentes. La mise en place d'un service structuré comme le SAFED, qui nécessite du personnel qualifié, suppose que la situation départementale demande une prise en charge de ces jeunes filles du fait de leur nombre important et d'une insuffisance des autres structures à mettre en commun les services. En effet, le SAFED doit répondre à un besoin qui va au-delà des activités des structures déjà existantes, en proposant notamment une mise en réseau des différents partenaires. Sa mise en place ne peut se faire que grâce à des personnes particulièrement motivées.

Quelques points clés pour la mise en œuvre de l'action

1. Le local pour héberger le SAFED doit avoir un accès facile et de préférence en ville afin que les femmes puissent venir en transport en commun, mais aussi pour qu'elles trouvent à proximité différents services pour les aider à suivre leur grossesse et répondre à leurs questions (gynécologue, PMI, CPEF...).
2. Le personnel doit être suffisamment nombreux et qualifié. Une secrétaire pour prendre les appels et organiser les rendez-vous, une sage-femme pour suivre la grossesse, une psychologue et une assistante sociale pour répondre aux besoins spécifiques de la mère sont indispensables. Les frais de personnel constituent l'essentiel des coûts du SAFED. Si ce personnel n'est pas disponible dans l'enceinte même du Service, il est possible de se rapprocher de structures déjà existantes ayant ce personnel qualifié (un CPEF, pour le SAFED de la Somme). Une convention ou une entente préalable est alors nécessaire.
3. Le réseau est important, pour le fonctionnement du SAFED mais aussi pour le personnel. Ainsi, il convient d'identifier dès le début les partenaires et d'organiser régulièrement des réunions entre eux et le SAFED pour noter les besoins de chacun et voir où et comment le SAFED peut intervenir en complémentarité. L'important est de ne pas se substituer aux partenaires, ce qui serait mal vécu, mais au contraire de travailler en collaboration avec eux. Pour avoir une dimension départementale, le SAFED doit avoir des contacts ou des relais dans les hôpitaux, maternités, cliniques, CPEF... du département. Sans ces relais, le rayon d'action du SAFED resterait limité à sa ville de localisation.
4. La communication est primordiale pour le développement du SAFED. L'information sur l'existence du SAFED et sur ses missions est nécessaire (et doit être répétée) auprès de l'Éducation nationale, des médecins généralistes et spécialistes, travailleurs sociaux.... Pour ce faire, il est possible, comme l'a fait le SAFED de la Somme, de créer des plaquettes d'information à destination des professionnels de santé et du public visé.

L'évaluation du SAFED suppose la mise en place d'un système d'information pour le suivi de l'activité, dès le début de l'action. Le système d'information doit permettre la mesure de l'activité (nombre de personnes suivies) mais aussi une exploitation plus qualitative (âge, commune du domicile, situation de précarité, partenaire qui a envoyé la personne vers le SAFED, suite envisagée de la grossesse, etc.).

Cet aspect manquait au SAFED de la Somme, alors que le SAFED d'Ille-et-Vilaine dispose d'une grille d'évaluation complète.

3.2 - Elaboration et diffusion de matériel d'information

(actions menées dans les trois départements)

Pertinence de cette action

L'information est une composante de toute action de prévention, même si elle est rarement suffisante pour permettre des changements de comportement. Pour être pertinente, une action de communication doit d'abord s'appuyer sur une identification des besoins et des thèmes sur lesquels il est souhaitable de communiquer, puis une définition des objectifs et des résultats attendus. Il est important de s'assurer que ce type d'action, tant sur le fond (le contenu) que sur la forme (le support) est celle qui permet de répondre au mieux aux objectifs fixés.

Dans le Rhône, c'est le double constat de manque de connaissances des jeunes sur la contraception (et notamment la contraception d'urgence) et de l'absence de document d'information clair et attractif en direction des jeunes qui a conduit à l'élaboration de la plaquette « Sexualité... parlons-en ! ».

En Seine-Saint-Denis, le constat a été fait que les jeunes fréquentaient peu les centres de planification. Le choix de diffuser du matériel d'information sur les centres de planification part de l'hypothèse d'un manque de visibilité des centres, qui ne sont pas identifiables par un logo ou un signe commun du fait de gestionnaires différents.

Dans la Somme, la création du SAFED a nécessité la rédaction de plaquettes pour le faire connaître auprès des professionnels et des femmes concernées.

Points clés pour la mise en œuvre de l'action

1. Elaboration du matériel d'information. L'adaptation du matériel d'information au public visé oriente tout le travail d'élaboration.

- Le matériel d'information créé doit être visible, compréhensible, proche du public visé : le public cible comprend-il aisément les messages écrits ? Des représentations figuratives (dessins, photos, bandes dessinées) sont-elles préférables ? Le message peut être mieux intégré s'il utilise le registre de la sensibilité, de l'émotion. Certains types de supports peuvent être mieux adaptés à un type de public ou à un type d'information. L'information peut être diffusée sur supports papier, documents sonores, documents audio-visuels (CD-Rom, DVD...).

Dans le Rhône, la plaquette d'informations créée contient beaucoup de textes ce qui est une limite pour les jeunes qui ne sont pas à l'aise avec l'écrit. Toutefois, les témoignages nombreux permettent aux jeunes de s'identifier à certaines personnes qui s'expriment, et de relativiser leur situation par rapport à d'autres.

- L'implication de personnes du groupe ciblé est une garantie de bonne adaptation du matériel d'information à ce public. Cette implication peut prendre plusieurs formes, le minimum étant le recueil de leur avis sur le matériel (test de l'outil), et l'idéal étant la participation au projet dès son élaboration (méthode participative).

Dans le Rhône, la plaquette d'information destinée aux jeunes de 15 à 25 ans a été créée grâce au travail en parallèle d'un groupe de professionnels et d'un groupe de jeunes. Ces derniers ont exprimé leurs besoins et leurs attentes face aux problèmes de "sexualité et contraception" et ont fait part de leurs remarques, sur le choix des thèmes, sur l'organisation du document et sur la maquette. Cela a permis au projet de prendre une orientation qui n'était pas forcément celle prévue au départ par le comité de pilotage.

- Le matériel élaboré doit être facilement reconnaissable et identifiable, particulièrement si plusieurs documents sont élaborés. La reconnaissance des organismes fait partie de la

démarche préventive, dans la mesure où les jeunes ont besoin de savoir où ils peuvent trouver des informations et une aide en cas de besoin.

En Seine-Saint-Denis, l'ensemble du matériel d'information sur les centres de planification familiale, sur la pilule contraceptive et la contraception et sur les agressions sexuelles répondent à une unité de couleur (blanc et bleu pâle) et à des représentations picturales communes.

2. La diffusion du matériel d'information conditionne la façon dont l'information sera reçue par le groupe concerné.

- Diffusion libre ou « accompagnée » ? La diffusion du matériel d'information peut être couplée avec une action : heures d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires, actions de prévention, journée d'information, visite d'un centre de planification familiale, etc. De plus, elle peut être introduite par une « personne-relais » (personne identifiée comme personne ressource par les pairs). La diffusion peut également se faire par une mise à disposition en "libre-service" du matériel (dans ce cas, un suivi qualitatif et quantitatif de la diffusion sera difficilement réalisable).

Dans le Rhône, les principes de la diffusion ont été précisés : diffusion "accompagnée", lors de réunions, d'entretiens individuels, d'actions auprès de groupes ; mais aussi en libre disposition sur des présentoirs, dans les structures ou lors de manifestations. Il a été convenu de privilégier les lieux et les populations qui n'avaient pas un accès facile à ces informations, en préférant la modalité "distribution accompagnée".

- Choisir les lieux de diffusion suppose de recenser les lieux fréquentés par les jeunes. Même si l'institution scolaire y occupe une place importante (y compris l'enseignement agricole et l'enseignement supérieur), il est important de cibler d'autres lieux plus orientés vers l'insertion professionnelle, la santé ou le social : Missions Locales, Points d'Accueil d'Information et d'Orientation, Bureaux Information Jeunesse, Foyers de Jeunes Travailleurs, Aide Sociale à l'Enfance, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Dispensaires d'Hygiène Sociale, Centres sociaux, Maisons pour Tous, Centres de Planification et d'Education Familiale, associations de femmes, foyers maternels, Centres de Protection Maternelle et Infantile, Associations Départementales d'Education pour la Santé, Caisses Primaires d'Assurance Maladie, etc. Utiliser les partenariats permet de diffuser aisément le matériel d'information. Les radios écoutées par les jeunes, les radios locales, la télévision (en choisissant des plages horaires correspondant aux horaires des jeunes) peuvent être sollicitées.

3. Prévoir un budget suffisant pour répéter l'action. Une action d'information ne peut porter ses fruits que si elle est réalisée régulièrement. C'est pourquoi un budget de réalisation, de diffusion et d'actualisation du matériel est à planifier.

Evaluation de l'action

Elle s'intéresse au minimum à la diffusion de l'outil : nombre d'exemplaires selon les lieux de diffusion, et si possible le nombre d'exemplaires réellement diffusés et le type de personnes qui les ont reçus.

Il est difficile de réaliser une évaluation de l'impact (les changements induits grâce à l'information), du fait de l'existence d'autres sources d'information que l'outil diffusé. Toutefois, il est possible de réaliser une enquête dans la population concernée pour mesurer sa

connaissance de l'outil d'information, son appréciation (ce qui plait et déplaît), sa compréhension des informations apportées, les connaissances supplémentaires. Si les moyens manquent pour faire une telle étude, une approche plus qualitative peut être faite auprès de quelques dizaines de personnes.

Dans le Rhône, la plaquette d'information a été évaluée après sa diffusion auprès de quelques dizaines de jeunes d'un lycée général et un d'un lycée professionnel.

3.3 - Le Photolangage® "Adolescence, amour et sexualité"

(action réalisée dans le Rhône)

Le Photolangage est un outil de communication et de réflexion pour des groupes de jeunes ou d'adultes basé sur la photographie. Un cadre précis organise le déroulement des échanges : l'animateur pose une question spécifique aux membres du groupe qui vont alors choisir une ou deux photographies parmi une cinquantaine pour y répondre, et essayer d'exprimer les raisons de ce choix. Le Photolangage "Adolescence, amour et sexualité" a été réalisé dans le Rhône pour ouvrir un espace de parole sur les relations amoureuses et la sexualité. Il est disponible en librairie ou chez l'éditeur (Chronique Sociale, Lyon).

La pertinence de cette action doit être analysée en fonction des besoins exprimés par les acteurs et le public auquel elle est destinée. Le Photolangage permet de faire un travail en profondeur sur les représentations des participants. Il n'est pas un outil de transmission d'informations. Il est donc pertinent pour aborder de façon globale l'amour et la sexualité.

Points clés pour la mise en œuvre de l'action

1. La formation des utilisateurs du Photolangage est nécessaire pour qu'ils maîtrisent le cadre du déroulement des échanges. Elle se compose de 2 jours consécutifs (formation initiale) et d'un troisième à distance (analyse de la pratique). La mise en place du Photolangage suppose donc du temps et un financement. Les séances de formation s'adressent à des professionnels ayant une bonne connaissance du sujet (la sexualité, la contraception), des compétences pour animer un groupe, ainsi qu'une certaine aisance avec la photographie. Il est important que les utilisateurs disposent du Photolangage dès la fin de leur formation et puissent se lancer sans trop attendre dans les animations.

2. Les limites d'utilisation du Photolangage

- Cet outil permet de communiquer et de réfléchir sur les représentations, ce qui implique que chaque participant soit prêt à échanger et à écouter sans jugement l'expression des autres.
- Il convient également de disposer d'un temps d'intervention suffisant puisque l'utilisation du Photolangage nécessite une heure et demie à deux heures.
- Le Photolangage n'étant pas un outil de transmission d'informations, il convient de prévoir un temps supplémentaire, si nécessaire, pour faire passer des informations sur la contraception.

3.4 - Le théâtre forum "X=Y ?" : la prévention des comportements sexistes (action menée en Seine-Saint-Denis)

Le théâtre forum « X=Y ? » a été mis en place en Seine-Saint-Denis et produit par le Mouvement Français pour le planning familial. La méthode du théâtre forum, introduite en France et systématisée par Augusto Boal sous la dénomination de théâtre de l'opprimé, est un outil basé sur l'approche communautaire : identification des problèmes d'une population par elle-même, appel au sens de responsabilité des spectateurs et expérimentation de leurs compétences ; « le spectateur ne délègue aucun pouvoir pour qu'on agisse ou pense à sa place. Il se libère, agit et pense par lui-même. Le théâtre est action. »

La pertinence de cette action

Le choix du théâtre forum peut être fait s'il est constaté un manque d'efficacité des campagnes d'information, un rejet des jeunes vis-à-vis des programmes d'éducation à la santé de type informatif. Le théâtre forum est en effet un outil attractif d'éducation pour la santé qui suscite émotion et plaisir. Il représente ainsi un mode positif d'éducation pour la santé. Il aide à la prise de conscience puisqu'il est nécessaire, pour pouvoir jouer une situation, de la comprendre, d'analyser les multiples paramètres et surtout d'adopter un point de vue.

Le théâtre forum "X=Y ?" a pour objectif de travailler sur les relations entre garçons et filles afin de prévenir les comportements sexistes. Les saynètes présentent des situations de pression familiale, de pression sociale, des rapports entre filles et garçons. En terme de prévention des grossesses non désirées, il intervient en amont des actions d'information, dont il est complémentaire.

Le théâtre forum permet de faire émerger des dimensions psychologiques, sociales concernant l'identité masculine et féminine, les rôles sexués, l'estime de soi, la perception de son propre corps, etc. Lorsque le jeune participe au théâtre forum, il fait aussi intervenir sa propre histoire familiale et personnelle, la communication au sein de la famille, en particulier en ce qui concerne le vécu et la gestion de la sexualité.

Les éléments clés pour la mise en place de cette action

1. Inscrire le théâtre forum dans un projet global

Une action de prévention faisant intervenir le théâtre forum nécessite une importante préparation et une organisation rigoureuses. Le théâtre ne doit en effet pas se substituer à la démarche de santé communautaire. Il est un outil et non pas un objectif en soi.

Avant toute action auprès des jeunes, un travail entre adultes est nécessaire : organisation de l'action, définition de son contenu, définition des rôles de chacun, coordination, place du théâtre forum dans l'action, travail des adultes sur leurs propres représentations.

Une sensibilisation préalable des jeunes est nécessaire. Enfin, à l'issue de la représentation, une discussion doit avoir lieu pour que les idées exprimées, les représentations, les demandes

d'information puissent être partagées et intégrées.

En Seine-Saint-Denis, avant l'intervention de représentations du théâtre forum X=Y ?, une action de sensibilisation a été menée auprès des assistantes sociales et des infirmières scolaires sur les violences sexistes chez les jeunes. Les brochures « violences sexuelles : osons en parler » ont été utilisées pour la réalisation de ce travail.

2. Développer un partenariat entre les institutions intervenant dans le domaine de la contraception, la fécondité et la prévention des grossesses non désirées (Service planification familiale du Conseil général, délégations aux droits des femmes, mouvement français pour le planning familial), les compagnies formées au théâtre de l'opprimé, et enfin le personnel de l'institution dans laquelle aura lieu l'action (par exemple, les professionnels de l'Education nationale s'il s'agit d'un établissement scolaire).

En Seine-Saint-Denis, à l'issue de représentations du théâtre forum, les intervenants se trouvaient régulièrement confrontés à des confidences de jeunes sur des situations de violences subies. Le travail réalisé entre partenaires de l'action a permis d'accueillir ces confidences et de pouvoir apporter les réponses les plus adaptées à la situation de violence.

3. Préparer le théâtre avec des professionnels formés à la technique du théâtre de l'opprimé. Il est nécessaire de faire appel à des comédiens ou, le cas échéant, à d'autres personnes formées à la technique du théâtre de l'opprimé. La nécessité de faire intervenir des professionnels du théâtre pour chaque représentation entraîne un coût important. Il est donc nécessaire de disposer d'un budget suffisant pour réaliser cette action.

En Seine-Saint-Denis, une représentation du théâtre forum X=Y ? organisée par la compagnie de théâtre Zanzibar/enjeux et le Mouvement français pour le planning familial coûtait 3050 € HT.

L'évaluation

l'évaluation de cette action consiste essentiellement en une évaluation de processus, qui décrit le projet global dans lequel s'inscrit le théâtre forum, les conditions de mise en place de l'action, puis analyse les moyens engagés, les partenariats développés, le public concerné, les séances d'éducation à la santé proposées, l'intervention du théâtre forum, la participation des jeunes (en nombre et en qualité), leur perception de l'action et les effets observés, par eux-même ou par les adultes.

Une évaluation de l'impact d'une action qui fait intervenir des démarches créatives comme celle-ci serait très lourde et coûteuse à mettre en place, et supposerait de disposer d'indicateurs pour mesurer le développement de compétences psychosociales. Elle relève donc plus de la recherche que d'une démarche de professionnels de la prévention.

3.5 - La formation conjointe des professionnels de l'Education nationale et des CPEF

"Education à la sexualité : comment en parler avec des groupes d'adolescents de collèges et de lycées ?" (action réalisée dans le Rhône)

La pertinence de cette action. Cette formation de 5 jours réalisée dans le Rhône répond aux besoins exprimés par les intervenants en éducation à la sexualité de l'Education nationale et des CPEF d'améliorer leurs capacités de communication sur ce thème et leurs capacités d'animation d'un groupe. De plus, une formation conjointe permet aux personnes amenées à travailler ensemble de mieux se connaître et d'acquérir une « culture d'intervention » commune.

Points clés pour la mise en oeuvre de l'action

1. L'élaboration de la formation

Elle doit être réalisée par un groupe de travail composé de personnes de diverses institutions concernées par la formation et le thème de l'éducation à la sexualité : Education nationale, Conseil général, CPEF associatifs, organismes intervenants en tant que formateurs... Le contenu de la formation doit prendre en compte les besoins et attentes communs aux personnels des CPEF et de l'Education nationale. Les objectifs de la formation et son contenu doivent être clairement définis et validés par le groupe de travail.

Dans le Rhône, les objectifs de la formation ont été définis par le groupe de travail. Par contre, le groupe n'a pas pu prendre connaissance et valider le contenu de la formation établi par les animateurs des organismes formateurs avant le début des sessions. Certaines critiques négatives formulées par les stagiaires lors de l'évaluation auraient pu être évitées si une concertation préalable avait eu lieu.

2. L'organisation de la formation

- Le choix des formateurs devra tenir compte des objectifs de la formation et du public auquel elle s'adresse.
- Les animateurs peuvent alterner les échanges entre les participants, les mises en situation et les apports de connaissance.
- Une dernière rencontre réalisée quelques semaines après la formation permet de travailler sur les expériences éducatives qui ont été mises en place après la formation.
- Les budgets internes mobilisables pour la formation sont souvent réduits à l'Education nationale. La formation doit être prévue très en avance pour y être intégrée. Les coûts de déplacement des stagiaires doivent également être prévus.

3. Les participants

Il est intéressant de constituer des groupes de participants limités en nombre (une vingtaine dans le Rhône), rassemblant les professionnels exerçant dans la même zone géographique, pour qu'ils se connaissent mieux entre eux et apprennent à travailler ensemble.

L'évaluation de la formation doit être prévue dès le début de l'action avec un questionnaire prétest permettant d'analyser les attentes. L'évaluation des résultats se déroule en fin de formation avec le questionnaire post-test qui concerne l'atteinte des objectifs, la réponse à leurs attentes, et leur satisfaction concernant le contenu de la formation.

Une évaluation de l'impact de la formation peut aussi être mise en place quelques mois après la formation pour évaluer les conséquences sur la pratique.

Annexes**Annexes générales**

Analyse du problème

Enquêtes sur les pratiques contraceptives des femmes

Rappel des missions des partenaires

Annexes Rhône**Annexes Seine-Saint-Denis****Annexes Somme**

Annexes générales

Analyse du problème

Pourquoi y a-t-il des grossesses non désirées chez l'adolescente et chez la jeune adulte (moins de 25 ans), alors que les méthodes de contraception efficaces sont maintenant très répandues ? Ce chapitre tente de répondre à cette question à partir de l'analyse de la bibliographie sur ce sujet (Cf. bibliographie en annexe).

Une grossesse précoce n'est pas nécessairement une grossesse non désirée. En effet :

- la grossesse peut faire l'objet d'un projet réfléchi dans un couple stable. Cette situation est de moins en moins fréquente avec l'allongement de la scolarité obligatoire, de la durée des études en général, ainsi qu'avec l'âge de plus en plus tardif de l'autonomie financière, de la formation des couples et de la première maternité.
- la grossesse peut être recherchée de façon explicite par une jeune fille pour obtenir un statut social et familial, ou «grossesse-insertion». Compte tenu du jeune âge de la mère, il s'agit alors d'une grossesse non désirée par la société. Il y a eu en effet déplacement de l'interdit traditionnel de la sexualité avant le mariage (donc chez les adolescents) vers un interdit de la maternité à l'adolescence.

Ces deux situations ne rentrent pas dans le cadre des grossesses non désirées et sont donc exclues de cette analyse. Néanmoins, l'interdit social de la maternité précoce peut être interrogé.

Il y a deux causes directes aux grossesses non désirées : le rapport sexuel sans contraception ou l'échec de la contraception.

Un rapport sexuel sans contraception peut arriver dans trois types de circonstances :

- Le rapport est souhaité et il est accepté sans contraception. Plusieurs cas sont possibles : rapport imprévu (pas de contraceptifs disponibles sur le moment), refus du partenaire d'utiliser une méthode qui implique sa participation active (préservatif, retrait), altération de la conscience (alcool, drogues).
- La contraception a été interrompue depuis quelques temps. Par exemple, le couple utilisait régulièrement les préservatifs, mais arrête au bout d'un certain temps, par confiance mutuelle vis-à-vis des MST et du sida, sans prendre tout de suite le relais par une contraception orale. Ou encore, la contraception a été arrêtée lors de la rupture avec le partenaire précédent.
- Le rapport est «forcé» : il n'est pas souhaité mais la jeune fille pense ne pas pouvoir le refuser (par exemple pour faire plaisir, ou par peur d'être abandonnée par le garçon qu'elle aime), ou il lui est imposé de force (viol, inceste).

Les échecs de la contraception mettent en évidence les difficultés de la maîtrise des moyens contraceptifs : fuite ou déchirure de préservatif (notamment s'il est mal conservé ou mal utilisé), oubli de pilule, retrait trop tardif... Ces échecs sont plus fréquents avec les méthodes comme le retrait ou le calcul des périodes de fécondité qui sont moins fiables que les méthodes mécaniques ou pharmacologiques.

Comment expliquer ces prises de risque ?

- L'ignorance est une raison souvent avancée. Certains jeunes manquent en effet de connaissances de base sur le fonctionnement du corps et du sexe masculin et féminin, sur le mécanisme de la fécondation, sur les méthodes contraceptives efficaces et sur les conditions de cette efficacité. Des croyances, telles que l'impossibilité de grossesse lors du premier rapport, ou en l'absence de rupture de l'hymen existent

encore. De même, les méthodes comme le retrait ou le calcul des périodes de fécondité sont investies d'une efficacité qu'elles n'ont pas.

- Les difficultés d'accès aux contraceptifs sont également des raisons souvent avancées. Il faut passer par le monde des adultes pour les acquérir, sauf pour les préservatifs qui sont disponibles en distributeurs. Il faut prendre rendez-vous, se dénuder pour se faire examiner (avec parfois même un examen gynécologique), aller en pharmacie, payer la consultation et les produits, remplir des feuilles de sécurité sociale... Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), où la consultation et les produits sont gratuits pour les mineures, ne sont pas toujours connus. Tout cela constitue une contrainte forte, alors que les rapports sexuels sont souvent épisodiques et peu prévus en l'absence de partenaire stable.

- ***Les déterminants psychologiques et sociaux expliquent en grande partie ces prises de risque.***

- *Les déterminants psychologiques sont à différents niveaux :*

- * Le risque est minimisé. Il est connu mais perçu comme théorique plus que réel : «c'est pour les autres, pas pour moi». De plus, l'adolescent(e) vit au présent et a du mal à se projeter dans l'avenir et à prendre en compte les conséquences de ses actes. Enfin, le plaisir immédiat du rapport sexuel donne à cet acte une tonalité positive et il est difficilement associé à un événement négatif et plus lointain. La sexualité est vécue comme un domaine où la spontanéité et la liberté sont particulièrement importantes. Prévoir des contraceptifs à l'avance ou prendre une contraception orale chaque jour, c'est «programmer» la sexualité. Cette façon adulte de gérer le risque de grossesse (et de MST pour le préservatif) peut être perçue comme une atteinte à cette liberté. La prise de risque peut aussi être délibérée, comme marque de courage ou comme acte d'opposition au monde adulte que représente la contraception.

- * Les représentations négatives de la contraception font barrière à son utilisation. Elles ont en commun l'aspect «artificiel» de la contraception, qui s'oppose à l'aspect «naturel» de la sexualité. La contraception orale peut être perçue comme une «drogue», avec des effets secondaires disproportionnés (prise de poids, développement de la pilosité, cancer...). Le préservatif peut être perçu comme une barrière inacceptable entre les partenaires. Le stérilet peut déranger quand il a une image de corps étranger, d'instrument, voire «d'insecte» métallique introduit dans l'intimité du corps.

- * Le désir de grossesse plus ou moins inconscient pousse au passage à l'acte avec un déni du risque de grossesse. La grossesse peut en effet être une source de «bénéfices» : ce peut être un projet personnel pour sortir d'une situation d'échecs familiaux ou relationnels («l'enfant béquille»), une manière de se positionner comme une adulte et non plus comme une enfant, un moyen de se rassurer quant à sa fertilité ou bien un acte de rébellion contre l'interdit social de la grossesse précoce.

- *Du côté des déterminants sociaux, plusieurs niveaux existent aussi*

- * Le manque de communication entre les partenaires ou dans la famille peut également expliquer ces passages à l'acte : il est difficile de parler de sexualité (et donc de contraception) de façon générale, et plus encore avec celui/celle avec qui on la pratique. Si la famille dans laquelle vit l'adolescente n'accepte pas qu'elle ait une vie sexuelle, elle sera obligée de la cacher, et détenir des contraceptifs peut la trahir et la mettre en danger.

- * La société interdit la grossesse adolescente et cette «stérilité sociale» de l'adolescent peut amener celui-ci à sous-estimer le risque de grossesse.

- * La domination masculine est explicite dans le viol ou l'inceste. Mais il y a aussi dans les rapports «forcés» l'idée d'un chantage affectif («si tu refuses, je t'abandonne») ou plus banalement le fait qu'il est difficile de dire non à son compagnon.

La «**pilule du lendemain**» est le recours en urgence après un rapport sexuel non protégé. Elle était, avant la campagne nationale de 1999, peu connue et ne disposait pas d'une formulation adéquate. Elle a également des limites et des échecs. Sa non prise peut également s'expliquer par les mêmes déterminants que le non recours à la contraception.

Quelles sont les conséquences de ces rapports non protégés ? Un début de grossesse chez l'adolescente ou la jeune adulte (le risque de maladies sexuellement transmissibles n'est pas analysé ici). Cette grossesse non prévue peut aboutir à une **IVG** (dans environ 60 % des cas chez l'adolescente) dont les principaux risques ne sont pas médicaux, mais de l'ordre du «traumatisme» psychologique et familial.

Le déni de la grossesse (qui fait suite au déni de risque de grossesse) ou la crainte de la révélation de la grossesse à l'entourage peuvent conduire à un dépassement du délai légal de l'IVG (10 semaines de grossesse ou 12 semaines d'aménorrhée).

Les risques médicaux d'une **grossesse à l'adolescence** sont, au delà de 15 ans (âge minimum légal du mariage en France), les mêmes que ceux d'une grossesse chez la jeune adulte, c'est-à-dire faibles. Le risque principal pour la mère est celui de l'exclusion. En transgressant un interdit social, elle est souvent traitée comme une femme de mœurs dissolues. Il y a souvent en plus une crise familiale et le déni de la responsabilité de la part du partenaire. La grossesse et la maternité risquent d'interrompre la scolarité de la mère, ce qui compromet sa formation et limite ses choix professionnels. Enfin, du fait de son statut de mère, donc d'adulte, l'adolescente ne peut vivre elle-même son adolescence.

Le suivi tardif de la grossesse, voire l'absence de suivi, entraînent pour l'enfant un risque accru de prématurité, de petit poids de naissance et de mort périnatale. Le risque accru de négligence vis-à-vis de l'enfant est controversé et semble plus lié à la vulnérabilité de la mère qu'à son âge.

La prévention des grossesses non désirées : les étapes et les acteurs

A partir de l'analyse du problème présentée ci-dessus, il est possible d'identifier 4 étapes nécessaires pour éviter les grossesses non désirées :

- disposer des savoirs nécessaires pour gérer sa vie amoureuse et sexuelle,
- avoir accès aux contraceptifs,
- choisir d'avoir ou non des rapports sexuels et si oui utiliser la contraception de façon adéquate,
- recourir à l'IVG si nécessaire.

Ces 4 grandes étapes sont autant de portes d'entrée pour la prévention des grossesses non désirées.

1. Disposer des savoirs nécessaires sur la relation amoureuse, la sexualité, la contraception, l'IVG, les maladies sexuellement transmissibles. Ces savoirs sont de trois ordres :

- **Connaissances** : de soi, de l'autre, aux niveaux psychologiques, biologiques (la puberté, l'anatomie et la physiologie des organes sexuels masculins et féminins) ; connaissances des méthodes contraceptives (leurs modes d'action, leur intérêt et leurs limites, comment choisir), les risques de la relation sexuelle (les MST dont le sida, la grossesse et l'IVG), les lieux d'information, de prescription de contraceptifs, de recours.
- **Savoir-faire** : ce sont des savoirs «techniques» : comment se passe une relation sexuelle, comment bien utiliser un contraceptif, que ce soit le préservatif, la pilule ou un autre moyen.
- **Savoir-être** : ce sont des savoirs relationnels : la relation sexuelle fait partie de la relation amoureuse, qu'il est important de savoir «gérer». Ce qui signifie être capable de parler de contraception et, si besoin est, savoir dire non. Savoir également réagir à des propositions déplacées, ou encore en cas de menace de violence ou d'agression.

2. Avoir accès aux contraceptifs suppose d'abord d'avoir accès aux prescripteurs (pour les contraceptifs sur ordonnance), puis de les acquérir, gratuitement ou en les achetant. Cette accessibilité aux contraceptifs recouvre trois dimensions :

- *L'accessibilité géographique* des lieux de prescription et de dispensation : si l'offre médicale et pharmaceutique est bien répartie sur le territoire, l'offre plus spécifique des CPEF est plus disparate, les zones rurales étant notamment peu couvertes.

Les jours et heures d'ouverture des centres peuvent limiter leur accessibilité, s'ils ne sont pas adaptés au mode de vie des jeunes. Ainsi, l'ouverture le lundi est particulièrement importante pour la contraception d'urgence, l'ouverture le mercredi est importante pour les lycéens.

- *L'accessibilité financière* peut être problématique pour les adolescents et les personnes vivant en situation précaire. Le paiement concerne la consultation, les éventuels examens de laboratoire et les contraceptifs eux-mêmes. La gratuité de tous ces éléments est assurée pour les mineures dans les CPEF. Pour les majeures, les options diffèrent selon les centres, mais le principe est celui des actes payants, comme dans le circuit habituel médecin – pharmacien. Même si le tiers-payant est possible, les remboursements de la sécurité sociale ne concernent pas tous les contraceptifs : les préservatifs, les pilules de troisième génération, les spermicides, ne sont pas remboursés. Le taux de remboursement des stérilets est faible.

- *L'accessibilité socio-culturelle* des services de prescription et de dispensation des contraceptifs est variable. L'accès à un distributeur automatique de préservatifs ne pose pas beaucoup de problèmes (à moins d'être situé dans un lieu peu discret). Par contre, les autres moyens, qui supposent la rencontre avec un professionnel de santé, peuvent en poser : obligation pour un(e) adolescent(e) de rencontrer un adulte, nécessité d'exposer son intimité (surtout s'il y a un examen gynécologique, et face à un homme), nécessité de prendre un rendez-vous, de faire éventuellement des examens complémentaires, etc.

3. Choisir d'avoir ou non des rapports sexuels et, si oui, utiliser la contraception de façon adéquate. C'est à cette étape que sont mobilisés les savoirs, savoir-faire et savoir-être acquis précédemment, et que sont utilisés les contraceptifs. Trois étapes peuvent être distinguées :

- Choisir d'avoir ou de ne pas avoir un rapport sexuel suppose de pouvoir en parler et éventuellement de négocier avec son partenaire. Cela signifie non seulement d'avoir les capacités pour le faire mais aussi d'être dans un contexte qui le permet. Ce qui est d'autant plus difficile dans des circonstances extrêmes telles qu'une agression ou un inceste, ou encore dans des cas particuliers comme les mariages précoces arrangés entre familles.

- L'étape suivante est la décision d'utiliser une contraception, décision qui peut ne concerner que la femme (contraception orale par exemple) ou les deux partenaires (préservatif par exemple). Dans ce cas il faut également pouvoir en parler et si nécessaire le négocier avec son partenaire.

- La dernière étape est celle de l'utilisation adéquate du contraceptif, ce qui selon la méthode a lieu pendant le rapport (utilisation du préservatif par exemple) ou en dehors (observance de la prise de pilule par exemple). L'utilisation adéquate conditionne fortement l'efficacité réelle de la méthode choisie.

En cas de mauvaise utilisation du contraceptif, ou en cas de rapport non protégé, il reste le recours à la contraception d'urgence, qui lui aussi soulève la question des savoirs (savoir qu'elle existe, quand et comment on la prend, où on la trouve), de son accessibilité (fortement améliorée depuis qu'elle existe avec une formulation adéquate et qu'elle est disponible en pharmacie sans ordonnance) et de sa bonne utilisation (délai après le rapport, que faire en cas de vomissements...).

4. Recours à l'IVG si besoin. L'IVG est le dernier recours possible en cas de grossesse non désirée. Trois étapes peuvent être distinguées :

- Le diagnostic de la grossesse doit être suffisamment précoce pour que l'IVG reste un choix possible (avant l'expiration du délai légal de 10 semaines de grossesse). Pour que le diagnostic de grossesse soit posé, il faut que la jeune fille ne soit pas dans le déni, qu'elle reconnaisse éventuellement les signes de début de grossesse, qu'elle puisse confier ses doutes à quelqu'un et qu'un test de grossesse soit réalisé.

- Le recours à l'IVG dépend de la façon dont cette grossesse et l'IVG sont perçues par la jeune fille elle-même, par son partenaire et par sa famille (représentations criminelles de l'avortement, convictions religieuses...). L'adolescente peut être amenée à négocier avec ceux-ci en fonction de leurs souhaits ou pressions.
- Enfin, se pose la question de l'accessibilité de l'IVG : accessibilité géographique, financière (particulièrement si le délai légal est dépassé et qu'il faille aller à l'étranger), socioculturelle (représentations du monde médical par exemple) ou encore accessibilité liée à la disponibilité du service (file d'attente, interruption durant l'été).

Pour chacune de ces quatre grandes étapes, peut être établie une liste d'**acteurs potentiellement ou réellement impliqués dans cette prévention**, les premiers acteurs concernés étant les jeunes, garçons et filles.

1. *A l'étape des savoirs*, l'entourage des jeunes joue un rôle très important : les parents et/ou d'autres adultes de la famille (oncle, tante) peuvent jouer ce rôle d'information. Malgré leur bonne volonté (qui parfois peut aller jusqu'à l'ingérence), les parents ne sont pas toujours les mieux placés pour parler d'amour et de sexualité. Les frères et sœurs, ainsi que les copains et copines, jouent un rôle particulièrement important.

Les médias (télévision, radio, journaux et magazines, internet) constituent une autre source d'information facilement accessible aux jeunes.

Plusieurs lieux d'écoute téléphonique peuvent aborder la contraception : numéro «indigo» sur la contraception, numéros «verts» comme le fil santé jeune, sida info service, drogues info service...

Les professionnels impliqués dans l'information des jeunes sont également très nombreux. Les CPEF sont les seuls lieux spécialisés d'information sur la contraception. Mais ces questions peuvent aussi être abordées dans d'autres lieux : les collèges et les lycées (par les enseignants et le personnel de santé scolaire), les universités (médecine universitaire), les associations d'information et de conseil familial, les centres d'information pour les jeunes, les Points écoute jeunes, les Missions locales pour les jeunes en insertion, les centres d'hébergement et de réhabilitation sociale pour les jeunes en situation précaire, les centres communaux d'action sociale. Les services de santé (médecin généraliste, gynécologue, médecin du travail, centres de PMI, établissements pratiquant des IVG) sont également des lieux d'information individuelle sur la contraception.

2. *L'étape de l'accès aux contraceptifs* concerne essentiellement les professionnels de santé. Les médecins généralistes, gynécologues et les pharmaciens sont les premiers interlocuteurs. Les CPEF, les services de santé scolaire (jusqu'à l'abrogation en juin 2000 de la circulaire autorisant la dispensation du Norlévo dans les collèges et lycées) sont aussi concernés.

Les organismes de protection sociale (Assurance maladie, mutuelles, notamment étudiantes) sont également impliqués dans la prise en charge des frais.

3. *L'étape du «passage à l'acte»* et de l'utilisation ou non des contraceptifs, se joue entre les deux partenaires. C'est à ce moment que sont mobilisés les savoirs et que sont utilisés les produits, selon les critères de qualité ou non. Le recours à la contraception d'urgence en cas de problème ou d'absence de contraception mobilise à nouveau les professionnels de santé et éventuellement l'entourage des jeunes, particulièrement s'ils sont mineurs.

4. La dernière étape possible, *le recours à l'IVG*, concerne à la fois l'entourage et les professionnels du champ sanitaire et social concernés.

L'orientation vers les établissements pratiquant des IVG peut être faite par les CPEF, les médecins de ville, les services de santé scolaire et universitaire, les services d'urgence hospitaliers.

Les entretiens pré-IVG (légalement obligatoires) et les entretiens post-IVG peuvent être réalisés par les CPEF, les établissements d'information et de conseil conjugal et familial, les établissements pratiquant des IVG du secteur public, les assistantes sociales de secteur.

Les organismes de protection sociale (Assurance maladie, mutuelles, notamment étudiantes) sont également impliqués dans la prise en charge des frais.

Enquêtes sur les pratiques contraceptives des femmes

L'étude-action lancée par la DGS visant une prévention des grossesses non désirées, les pratiques contraceptives sont les variables les plus intéressantes à suivre. Or il a été constaté dans l'état des lieux initial qu'il n'existe aucun système d'information permettant de rendre compte de l'évolution de l'utilisation des moyens contraceptifs. Seules des études peuvent permettre d'appréhender les tendances évolutives.

Quatre études concernant les pratiques contraceptives des femmes ont été réalisées durant ces trois années :

- **L'enquête COCON** (Cohorte CONtraception) a été lancée par l'INSERM, en association avec l'INED en 2000. C'est une enquête de cohorte sur les pratiques contraceptives en France des femmes de 18 à 44 ans. Elle concerne 2863 femmes, échantillon représentatif de la population, qui seront interrogées une fois par an pendant cinq ans. Les premiers résultats mettent en évidence deux points principaux :
 - o Une utilisation croissante de la pilule à tous les âges de la vie (60% des femmes l'utilisent en 2000 contre 40% en 1978) et une diminution d'utilisation des dispositifs intra-utérins, notamment entre 25 et 34 ans.
 - o Deux tiers des grossesses non prévues (65%) surviennent chez des femmes qui prennent une contraception. Il n'existe pas de femmes à risque mais plutôt des situations à risque, où la femme se retrouve en état de vulnérabilité par rapport à la gestion de la méthode contraceptive. Le médecin doit donc s'adapter et revoir ses prescriptions en fonction de situations particulières et des conditions de vie des femmes : âge, vie de couple, situation professionnelle, etc.
- **L'enquête GINE** (Grossesses Interrompues, Non prévues, Evitées), réalisée par l'INSERM en 2000, vise à mieux comprendre dans quel contexte surviennent les grossesses non prévues, comment se prend la décision de l'interruption ou de la poursuite de la grossesse, et quelles sont les conditions d'accès au système de soins pour une IVG. Des entretiens de type semi-directif ont été réalisés auprès de 73 femmes ayant été confrontées au cours des trois dernières années à une grossesse qu'elles qualifient de "non prévue". Cette enquête qualitative ne donne pas de chiffres mais éclaire les circonstances des grossesses non prévues :
 - o Les grossesses non prévues traduisent les difficultés que rencontrent les femmes à adopter sur le long terme une pratique qui s'inscrit dans la "maîtrise parfaite" de leur fécondité, difficultés liées au caractère contradictoire des injonctions normatives auxquelles elles sont soumises.
 - o Elles correspondent à des situations très hétérogènes. Certaines grossesses paraissent dues à l'inadéquation de la méthode contraceptive utilisée à la vie sexuelle et aux conditions de vie des femmes. Pour d'autres, il s'agit d'un véritable déficit d'information, notamment chez les très jeunes femmes et certaines femmes d'origine maghrébine. Pour des femmes plus ou moins ambivalentes face au désir de grossesse, l'échec de la contraception peut permettre de forcer l'éventuelle incertitude de la relation, qu'il s'agisse de l'avenir même du couple ou du souhait d'un enfant supplémentaire. Enfin, certaines femmes ne parviennent pas à s'inscrire dans une démarche contraceptive : elles se trouvent dans une situation tellement difficile du point de vue social et personnel que la question de la contraception, qui présuppose une capacité sociale à maîtriser sa vie, ne se pose pas.
 - o Certaines grossesses apparaissent comme des événements qualifiés d'imprévus, mais sont finalement bien acceptées et aboutissent à la naissance d'un enfant. Pour d'autres, le recours à l'IVG correspond à une décision souvent difficile à prendre mais qu'elles ne regrettent pas pour autant. Cette décision ne se réduit pas à l'absence de désir d'enfant ou à la résolution d'une situation d'ambivalence entre la maternité rêvée et la maternité réalisable. Elle est le plus souvent liée à une situation affective qui ne se prête pas à un projet parental, compte tenu de son avenir incertain. Si les femmes ont pu le plus souvent accéder au système de soins dans de bonnes conditions pour leur IVG, d'autres ont suivi des chemine-ments complexes et rencontré des obstacles matériels et psychologiques.
- L'enquête Coraliance (contraceptif oral et observance) a été entreprise en février 2001, à l'instigation du laboratoire Wyeth. L'objectif était d'évaluer chez les utilisatrices de pilule contraceptive le nombre d'oublis au cours des six mois précédents, les comportements des femmes lors d'un oubli, et l'influence

éventuelle d'une prise de pilule en continu (sans intervalle entre deux plaquettes) sur la fréquence des oublis. Cette enquête a fait participer 617 gynécologues et 3 316 de leurs patientes utilisatrices, âgées en moyenne de 30 ans, majoritairement citadines et en couple. Les conclusions :

- o Presque toutes les femmes (92%) ont déclaré avoir oublié de prendre leur pilule entre 1 et 5 fois dans les six derniers mois, 42% de ces oublis se sont produits lors de la première semaine pour les utilisatrices de pilules avec intervalle libre, dont 18% le jour de la reprise.
- o En cas d'oubli, un tiers des utilisatrices disent "ne rien faire de particulier", 39% lisent la notice qui accompagne la contraception, 28% demandent l'avis d'un tiers, et 14% arrêtent la pilule suite à l'oubli.
- o Une information sur le risque est absolument nécessaire, notamment concernant l'oubli en début de plaquette, d'où le rôle essentiel de la consultation contraceptive et la nécessité du dialogue entre le médecin et sa patiente.

• L'enquête AADOC (Attitudes et comportements des ADOlescentes face à la Contraception), lancée par le laboratoire Organon, a pour but de mieux connaître le profil des adolescentes à risque en matière d'IVG. Cette enquête nationale, transversale, reposait sur deux questionnaires : le premier, rempli par 402 gynécologues a permis de recueillir leur perception de la sexualité et de la contraception des adolescentes, et le second, rempli par 841 patientes de moins de 20 ans, de décrire la réalité des adolescentes. Les résultats :

- o Dans 76% des cas, c'est dans une relation suivie et réfléchie que les jeunes filles décident de prendre la pilule. Le préservatif est choisi par 77% des adolescentes (et est associé à la pilule dans 23% des cas), la pilule est utilisée seule par 13% des adolescentes et 10% ne recourent à aucune méthode contraceptive.
- o Parmi les jeunes filles répondantes, 6% ont déclaré avoir déjà eu recours à l'IVG, le pourcentage étant supérieur parmi celles sous contraception (6,9% contre 4,6%). Ces grossesses non désirées surviennent en moyenne deux ans après le premier rapport. Sans qu'il soit permis d'établir un profil à risque de l'adolescente menacée d'IVG, les grossesses non désirées et interrompues sont plus fréquentes en zone urbaine et en milieu défavorisé, dans les familles recomposées, chez les filles élevées par une mère seule et dans les familles où l'on communique peu. L'absence de projet de vie, une mauvaise assiduité scolaire, une hygiène de vie médiocre (tabagisme, alimentation anarchique...) et des troubles psychologiques majorent le risque d'IVG.

Rappel des missions des partenaires

Centres de planification et d'éducation familiale

Les centres de planification et d'éducation familiale relèvent de collectivités publiques ou d'organismes privés ne poursuivant pas un but lucratif (décret n°92-784 du 6 août 1992).

Ils exercent les activités suivantes (art.1^{er}) :

- consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ;
- diffusion d'information et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisés dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés ;
- préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial ;
- entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesses prévus par l'article L.162-4 du code de la santé publique ;
- entretiens relatifs à la régularisation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.

Les centres peuvent inclure dans leurs activités, à l'occasion des consultations relatives à la maîtrise de la fécondité le dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine et le dépistage et le traitement de la chlamydie, de la gonococcie et des vaginites aiguës.

Pour les mineurs qui en font la demande et pour les personnes qui ne bénéficient à aucun titre de prestations d'assurance maladie, les frais sont pris en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie. L'identité des intéressés ne peut en aucun cas être enregistrée ni communiquée à quiconque, et aucune demande de paiement ne pourra leur être présentée.

Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial

Il s'agit d'associations qui travaillent dans le domaine de la vie de couple, de la famille, de la parentalité, de la sexualité, de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse. Elles sont subventionnées par l'Etat pour leurs missions de service public, par l'intermédiaire des DDASS. Le décret n°93-454 du 23 mars 1993 définit les modalités de versement de l'aide financière de l'Etat, qui intervient après signature d'une convention. Cette convention doit prévoir la mise en œuvre d'au moins trois des missions suivantes :

1. Accueil, information et orientation de la population sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des MST dont l'infection par le VIH.
2. Préparation des jeunes à leur vie de couple et à la fonction parentale notamment à travers une information individuelle et collective en milieu scolaire.
3. Entretiens préalables à l'IVG et accompagnement des femmes ayant subi une IVG (mission obligatoire).
4. Accueil et conseil aux personnes se trouvant dans les situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences.

Etablissements pratiquant des IVG

Ces établissements ont été créés après l'adoption de la loi légalisant l'interruption volontaire de grossesse, dite « loi Veil » du 25 novembre 1974 (loi définitivement adoptée le 30 novembre 1979). Ils pratiquent les IVG chez les femmes enceintes en situation de détresse, au plus tard dans la 14^e semaine d'aménorrhée (12^e semaine de grossesse) depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Un entretien préalable à l'IVG est systématiquement proposé à l'ensemble des femmes mais depuis juillet 2001 il n'a plus de caractère obligatoire pour les femmes majeures. Par ailleurs, pour les femmes mineures n'ayant pu obtenir le consentement parental, la loi prévoit que la mineure se fasse "accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix", qui peut être un membre de la famille, un proche ou une personne qualifiée, membre d'une association par exemple.

Ces établissements pratiquent aussi les interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG).

Ils peuvent être dans l'hôpital public ou dans les cliniques privées à but lucratif ou non. S'ils sont dans un hôpital public, ils doivent organiser conjointement un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Education nationale

La circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 de l'Education nationale fait le point sur les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, les missions des médecins et des infirmier(ère)s de l'Education nationale.

La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective.

Elle s'intègre dans le processus éducatif concernant l'ensemble des élèves et vise à :

- favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel,
- détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité,
- agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves,
- accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins,
- développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque,
- contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.

Elle développe d'autre part des objectifs spécifiques en faveur d'élèves ou de groupes d'élèves :

- porter une attention particulière aux élèves en difficulté,
- suivre les élèves des zones rurales et des zones d'éducation prioritaire,
- suivre les élèves scolarisés dans les établissements d'enseignement professionnel,
- contribuer à la protection de l'enfance en danger,
- favoriser l'intégration des enfants et adolescents atteints d'un handicap,
- aider à l'intégration et à la scolarisation des élèves atteints de maladies chroniques.

Enfin, elle contribue, en liaison avec la direction générale de la santé, à une mission d'observation et de veille épidémiologique.

Les médecins et les infirmières scolaires ont pour mission, en relation avec le service social, de promouvoir la santé de tous les élèves des écoles et établissements d'enseignement secondaire.

Éducation à la santé à l'école et au collège

Les axes de la politique de l'éducation nationale en matière de prévention et d'éducation à la santé ont été définis dans les circulaires n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 et n° 98-237 du 24 novembre 1998.

Cette politique a pour but de proposer aux élèves, dans un contexte plus large que la famille, les moyens de s'approprier les données essentielles leur permettant d'effectuer des choix pour eux-mêmes et pour les autres, et de développer leur esprit critique et leur esprit de responsabilité.

Les actions d'éducation à la santé visent à rendre l'élève responsable, autonome et acteur de prévention.

La généralisation de l'éducation à la santé suppose une forte liaison avec les **actions menées** par le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, dont les missions ont été définies par la circulaire n°98-108 du 1^{er} juillet 1998. Ces comités, généralisés au cours de l'année 2000, prévoient notamment d'organiser la prévention de la violence (y compris sexuelle) dans le cadre du projet d'établissement et de rendre l'élève responsable, autonome et acteur de prévention.

Le chef d'établissement, responsable de l'application de la politique de santé dans son établissement ainsi que de sa mise en œuvre, définit les besoins des élèves et de l'équipe éducative en concertation avec l'infirmier(ère) de l'établissement et le médecin de l'éducation nationale.

Les rencontres éducatives sur la santé, élaborées avec toute la communauté éducative, sont prévues dans le projet d'établissement. Tous les élèves doivent avoir participé à ces rencontres, pour un horaire moyen indicatif de 30 à 40 heures au total pour les quatre années de collège (circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998).

Chaque académie doit se doter d'un projet d'éducation à la sexualité dans le projet académique de santé des élèves (circulaires n°2001-12 du 12 janvier 2001 et 2002-098 du 25 avril 2002).

La circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées précise qu'une "information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène".

Au collège et au lycée, ces séances d'éducation à la sexualité sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires associant autant que possible enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet. Des partenaires extérieurs ayant reçu l'agrément, national ou académique, peuvent être sollicités pour intervenir (décret n°92-1200 du 6 novembre 1992, modifié le 20 mai 1999).

Les séances se déroulent en présence et sous la responsabilité pédagogique du maître ou d'un membre de cette équipe afin d'assurer la continuité de la relation éducative, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des actions.

Depuis fin mars 2001, les infirmières des établissements scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence aux élèves "dans les situations d'urgence et de détresse caractérisée" (loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence - décret d'application du 27 mars 2001).

Délégation aux droits des femmes

La mission du service est de favoriser l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Les objectifs sont :

- d'assurer l'égalité des chances dans la vie professionnelle ;
- de promouvoir et défendre les droits des femmes (droit à la santé et à la maîtrise de la fécondité, droit civil, droit à l'intégrité physique, droit à la protection sociale) ;
- de favoriser l'insertion dans la cité ;
- de promouvoir la parité en développant une politique de mise en œuvre de la parité dans tous les domaines de la vie politique, économique et sociale ;
- d'agir sur la scène européenne et internationale.

Le service des Droits des Femmes du ministère de l'Emploi et de la Solidarité comprend :

- un service central ayant pour missions la conception et l'animation de la politique gouvernementale en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes, l'animation et la coordination du réseau des déléguées régionales et des chargées de mission départementale aux droits des femmes, l'organisation du comité interministériel chargé des droits des femmes en vue d'établir un bilan des actions entreprises et d'engager une démarche de partenariat avec l'ensemble des ministres en matière d'égalité des chances entre les hommes et les femmes
- un réseau local, composé des déléguées régionales et des chargées de mission départementales aux droits des femmes placées sous l'autorité du préfet de région et du préfet de département et chargées de l'application des mesures gouvernementales prises en faveur des femmes et définies au niveau national.

Les déléguées régionales et chargées de missions départementales font partie du service public de l'emploi, participent aux commissions régionales et départementales de l'emploi et de la formation professionnelle, sont les interlocutrices au niveau régional et départemental des partenaires institutionnels et associatifs pour toutes les questions relatives à l'égalité entre les hommes et les femmes, animent les commissions départementales de lutte contre les violences faites aux femmes.

Missions locales

Depuis 1982, sous l'impulsion de l'Etat et des collectivités territoriales, les missions locales et les Permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) assurent l'accueil et l'accompagnement des jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire, qui souhaitent conseils, appui, accompagnement pour faciliter leur entrée dans la vie professionnelle. Elles s'adressent en priorité aux jeunes qui ont quitté l'école sans qualification et qui rencontrent d'importantes difficultés.

A travers leurs fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et de suivi, et grâce à l'écoute des attentes et des préoccupations exprimées par les jeunes, elles organisent leur action pour offrir à chaque jeune un appui personnalisé et global. En lien avec les partenaires locaux, les missions locales et PAIO apportent des réponses adaptées à l'ensemble des difficultés qu'ils rencontrent, aussi bien dans le domaine de l'emploi que dans ceux de la formation, de la santé, du logement, des droits, des ressources ou des loisirs. Elles remplissent une mission de service public.

Mouvement français pour le planning familial

Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF), association de loi 1901, agit auprès des pouvoirs publics pour faire reconnaître les droits des femmes à la maîtrise de leur fécondité (contraception, avortement) et lutte pour l'élimination de la violence sexiste. Il lutte pour que les droits fondamentaux à la contraception et à l'avortement ne soient pas entamés par des pouvoirs masculins et sexistes, accueille les femmes victimes de violence, lutte contre les mutilations sexuelles en solidarité avec les femmes africaines, développe des activités internationales pour favoriser une plus grande autonomie des femmes et la reconnaissance de leurs droits, notamment en Afrique, en Roumanie et en Pologne.

Le MFPF, agréé organisme de formation, réalise des actions de formation auprès des divers professionnels du monde de l'éducation, du monde social, médical et de la police, pour faire face aux violences contre les femmes (inceste, viol, agressions sexuelles, mariages forcés, violences dans le couple, harcèlement sexuel) et aussi pour former des personnes aptes à exercer des activités d'information, de consultation et de conseil en matière de sexualité. Le Planning travaille en partenariat avec les autres organisations féministes agissant contre les violences et élargit son champ d'action là où les résistances sont les plus dommageables : la justice, le milieu médical et la police.

En ce qui concerne l'intervention auprès des jeunes, le MFPF participe, dans les écoles primaires, à la campagne de prévention des agressions sexuelles contre les enfants. Dans les centres médicaux gérés par le MFPF, outre des consultations médicales gratuites sur la contraception, des réunions de groupe à destination des adolescent(e)s ont lieu le mercredi après-midi pour que ceux-ci puissent exprimer leur opinion, déceler et rectifier les informations erronées.

Annexes Rhône

Liste des personnes contactées dans le Rhône

- Mme Muriel BERAUD, Coordinatrice des Missions locales du Rhône
- Dr Marie-José COMMUNAL, Médecin inspecteur de santé publique, DRASS Rhône-Alpes
- Mme DUCARD-CHRETIEN, Infirmière conseiller technique, Inspection académique du Rhône, Service infirmier en faveur des élèves
- Mr Alain DOUILLER, Directeur de l'ADES du Rhône
- Mme Claude FLAVEN, Chargée de mission à la délégation régionale Rhône-Alpes aux droits des femmes
- Dr Marie FLEURY, Médecin scolaire Education nationale
- Dr Iris OLLIER, Médecin conseiller technique responsable départemental, Inspection académique du Rhône, Service médical
- Dr Brigitte RABA-JUENET, Conseil général du Rhône, Service santé prévention, Bureau pour l'action en faveur des femmes
- Dr Claire SELLIER, Médecin inspecteur de santé publique, DDASS du Rhône

Evaluation de la plaquette "Sexualité, parlons-en"

Un questionnaire anonyme (cf. questionnaire) a été diffusé en octobre 2003 auprès de deux groupes de jeunes :

- par un médecin scolaire auprès de jeunes scolarisés en lycée professionnel principalement (54 répondants)
- par le personnel des CPEF du Rhône auprès de leurs consultants (114 répondants)

RESULTATS

Parmi les 54 lycéens (en lycée professionnel à 89%), près de deux tiers sont des garçons (61%). Les répondants ont tous entre 15 et 18 ans.

Parmi les 114 consultants des CPEF, 91% sont des filles, et l'âge des répondants s'étend de 15 à 29 ans : 36% ont moins de 18 ans, 28% ont 18 ou 19 ans et 36% ont 20 ans et plus.

Deux tiers des répondants sont scolarisés, principalement en lycée (lycée 41%, lycée professionnel 29%), et 25% sont étudiants.

Environ deux tiers des répondants ont eu **connaissance** de la plaquette "sexualité, parlons-en" auparavant (71% pour les lycéens et 63% pour les consultants en CPEF, différence non significative), ce qui représente un bon taux de notoriété.

D'une manière générale, la plaquette a plu à plus de 90% d'entre eux (94% pour les lycéens et 98% les consultants en CPEF).

Les répondants sont plus de 90% à avoir apprécié les **témoignages** des jeunes, et les **informations pratiques et la présentation**.

Les adresses des lieux pour en parler ont été davantage appréciées par les consultants des CPEF que par les lycéens : 91% versus 79%. On peut se demander si cet intérêt plus marqué vient du fait qu'il s'agisse de filles ou qu'elles soient plus âgées.

Parmi les éléments qui ont le plus plu aux répondants, les témoignages des jeunes arrivent en tête (cf. "réponses aux questions ouvertes"). Les informations "simples, claires et précises" données dans la plaquette sont également très appréciées, de même que le large éventail des sujets relatifs à la sexualité qui y sont traités.

La rubrique la plus appréciée est celle relative aux moyens de contraception, viennent ensuite les chapitres sur le sida et les MST, les premières fois et les lieux et professionnels pour en parler.

Le principal élément qui a déplu aux répondants est la présentation de la plaquette ("trop monotone, terne, chargée"...).

Plus de la moitié des répondants déclarent que la plaquette **leur a appris quelque chose** (57% des lycéens et 67% des consultants de CPEF - différence non significative).

CONCLUSION

L'enquête montre que la plaquette connaît une bonne notoriété auprès des jeunes. Ils apprécient son contenu, en particulier les témoignages, et également le large éventail des sujets qu'elle aborde. Le design de la plaquette semble le moins apprécié. Pour une majorité d'entre eux, cette plaquette a été source d'informations nouvelles.

REPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES

Qu'est-ce qui vous a le plus plu ?

- Les témoignages (43) (Ils sont réalistes, permettent de mieux comprendre les explications, nous touchent plus directement, donnent une diversité des points de vue...)
- Cette plaquette est complète, elle parle de tous les "cas" (20) (Ca parle de tout! ; elle donne des renseignements sur toutes les étapes possibles de la vie d'une fille ou d'un garçon ; tout est abordé, même des thèmes qui étaient jadis considérés comme tabous)
- Les informations sont claires, simples, précises, de qualité (20)
- La présentation, la construction de la plaquette avec les informations et les témoignages (19)
- La partie "Les moyens de contraception" (19)
- La partie "Sida-MST" (10)
- La partie "Les premières fois" (8)
- La partie "Des lieux et des professionnels pour en parler" (8)
- La partie "Désir et plaisir" (6)
- La plaquette donne des informations utiles (6)
- La partie "Les grossesses non désirées" (5)
- La partie "Violences et contraintes sexuelles" (5)
- La partie "Anatomie" (4)
- La partie "En parler, dialoguer" (3)
- La partie "Attirance entre personnes du même sexe" (2)

Qu'est-ce qui vous a le moins plu?

- La présentation (8) (Livre monotone, pas assez vivant, couleurs peu agréables, pochette terne présentation trop chargée...)
- La partie "Attirance entre personnes du même sexe" (6)
- La partie "Violences et contraintes sexuelles" (6) (Car ce n'est pas toujours facile à entendre)
- La partie "Les moyens de contraception" (6) (Je les connais tous, certains sont mal expliqués, ça n'apporte rien de plus que les autres prospectus)
- Ne rentre pas assez dans les détails, les explications manquent de précision (4)
- Information trop théorique, mots un peu difficiles (3)
- Trop de pages (long) (3)
- Trop de témoignages (3)
- La partie "Désir et plaisir" (3) (C'est personnel pour chaque couple)
- La partie "Anatomie" (2) (Car je sais ce qu'est mon sexe)
- La partie "En parler, dialoguer" (1)
- La partie "Les premières fois" (1) (La manière dont les personnes en parlent)
- La partie "Les grossesses non désirées" (1)
- Trop de lecture et pas assez d'images explicatives (2)
- Manque de témoignages dans la partie "MST Sida"
- Manque de témoignages de personnes plus âgées pour comparer les informations
- Témoignages trop centrés sur les mœurs françaises ou occidentales, pas assez diversifiés du point de vue culturel
- Suggestion pour les violences sexuelles, il serait bien de donner un numéro vert de téléphone en cas d'urgence

QUESTIONNAIRE d'ÉVALUATION - Plaquette "Sexualité, parlons-en"

1. Avez-vous eu connaissance de cette plaquette auparavant ? 1- oui 2- non
2. La plaquette vous a-t-elle plu ? 1- oui 2- plutôt oui 3- plutôt non 2- non

3. Qu'est-ce qui vous a le plus plu ?

.....
.....
.....

4. Qu'est-ce qui vous a le moins plu ?

.....
.....
.....

Plus particulièrement, les éléments suivants vous ont-ils plu ?

5. La présentation : 1- oui 2- plutôt oui 3- plutôt non 2- non
6. Les témoignages des jeunes : 1- oui 2- plutôt oui 3- plutôt non 2- non
7. Les informations pratiques : 1- oui 2- plutôt oui 3- plutôt non 2- non
8. Les adresses des lieux pour en parler : 1- oui 2- plutôt oui 3- plutôt non 2- non

9. La plaquette vous a-t-elle appris quelque chose ? 1- oui 2- non

10. Vous êtes : 1- un garçon 2- une fille

11. Votre âge : ans

12. Etes-vous scolarisé ? 1- oui 2- non

13. Si oui : 1- en collège 2- en lycée 3- en lycée professionnel

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.

Evaluation de la formation commune CPEF – Education Nationale

Un questionnaire anonyme (cf. questionnaire) a été diffusé en octobre 2003 auprès des 103 professionnels de l'Education Nationale et des CPEF ayant participé à la formation en 2001, afin de faire une évaluation "à distance" de cette formation.

Au total, ce sont 44 questionnaires qui ont été retournés (soit un taux de retour de 42%).

RESULTATS

Parmi les 44 questionnaires retournés, 33 concernent des professionnels des CPEF (et PMI) (sur les 49 participants à la formation) et 11 le personnel de l'Education nationale (sur les 54 participants).

Les répondants sont composés d'assistantes sociales (25%), de médecins (23%), de sage-femmes (21%), de conseillères conjugales et familiales (18%) et d'infirmières (11%).

Plus de 90% des répondants déclarent que **la formation a répondu à leur attentes** et besoins réels en matière d'éducation à la sexualité (28% tout à fait, 63% plutôt).

Le principal **point positif** de la formation mis en avant par les stagiaires concerne la présence des professionnels des CPEF et de l'Education nationale dans une même formation, ce qui a permis des échanges enrichissants, une meilleure connaissance et un rapprochement des professionnels entre eux (cf. "réponses aux questions ouvertes").

Les outils ainsi que les techniques d'animation présentés lors de la formation apparaissent également comme l'un des points forts de cette formation, de même que le rappel des différentes étapes de questionnement des adolescents par rapport à la sexualité, et la réflexion sur la notion d'éducation à la sexualité et sur ses propres représentations et pratiques.

Les **points négatifs** de cette formation concernent le manque de travail sur les outils d'animation, la qualité plus ou moins satisfaisante de certaines interventions (en particulier "le point de vue fermé de certains intervenants Education nationale"), l'absence de certains acteurs locaux et l'insuffisance de réflexion sur certains thèmes.

D'une manière générale, **la formation a plu aux participants** : ils sont plus de 90% à lui avoir attribué une note supérieure à 3 sur 6.

Pour 93% des répondants, la formation leur a permis de **mieux connaître les autres intervenants**, et pour 88%, elle a amélioré la **collaboration** entre les intervenants des diverses institutions dans le domaine de l'éducation à la sexualité.

Près de trois quart des répondants déclarent que la formation a amélioré leur capacité à **animer un groupe** (74%) et leurs capacités de **communication** en matière d'éducation à la sexualité (72%).

Ces éléments se retrouvent parmi les **changements constatés** par les participants dans leurs pratiques ou leurs manières d'intervenir suite à la formation : un meilleur partenariat entre les équipes CPEF et Education nationale ; l'amélioration de leur capacité d'organisation, d'intervention et d'animation ; une approche différente, plus d'écoute, d'échanges et moins de rigidité dans les interventions ; ainsi qu'une meilleure connaissance et utilisation des outils d'animation.

Diverses propositions ont été formulées par les participants pour améliorer cette formation, en particulier la possibilité d'une suite, d'autres rencontres entre les professionnels CPEF et Education nationale afin d'échanger sur les pratiques et entretenir les partenariats locaux.

Il est également suggéré d'approfondir l'étude d'outils d'animations et les connaissances sur l'adolescence et l'éducation à la sexualité, de manière plus concrète et en échangeant sur les pratiques de chacun.

CONCLUSION

L'enquête montre que la formation a plu et a répondu aux attentes des participants en matière d'éducation à la sexualité.

La formation a permis un rapprochement et une meilleure connaissance entre les équipes des CPEF et de l'Education nationale qui interviennent en éducation à la sexualité, elle a également permis aux intervenants d'améliorer leurs capacités d'animation d'un groupe ainsi que leurs capacités de communication en matière d'éducation à la sexualité (notamment pour les professionnels de l'Education nationale).

D'autres rencontres sont souhaitées suite à cette formation afin d'échanger sur les pratiques de chacun et d'entretenir les partenariats locaux.

REPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES

Avec le recul de ces derniers mois, quels sont selon vous les points positifs de cette formation ?

La formation en équipes CPEF-EN (27) : favorise la connaissance de nombreuses personnes et le partenariat, le rapprochement des équipes EN et CPEF pour une meilleure animation des séances ; échanges enrichissants entre les personnels EN et CPEF ; élaboration d'une réflexion commune et d'interventions communes, avec un langage commun.

Les outils d'animation présentés (10).

Les techniques d'animation présentées (7) : apprentissage de différentes méthodes qui permettent d'avoir une meilleure approche des élèves ; la gestion des questions : pouvoir reformuler et retourner les questions au groupe afin que les élèves trouvent leurs propres réponses ; l'intérêt des outils d'animation ; l'importance d'imposer la préparation et l'évaluation des séances d'animation.

Le rappel des différentes étapes de questionnement des adolescents par rapport à la sexualité (selon le sexe et l'âge) qui permet la compréhension du fonctionnement des adolescents (6).

La réflexion sur l'éducation à la sexualité (6) : l'approche globale et pluridisciplinaire de la sexualité ; c'est bien de prendre le temps de réfléchir à cette notion "d'éducation à la sexualité" ; l'éducation à la sexualité abordée sereinement, clairement, bon espace de parole ; rappel sur les objectifs et le cadre des interventions scolaires en éducation à la sexualité.

La réflexion sur ses propres représentations et pratiques (5) : intérêt des échanges, des apports théoriques pour faire évoluer nos représentations (4) ; permettre d'évaluer ses capacités à aborder le sujet avec les adolescents.

Le côté théorique et pratique de la formation (3) : formation à la fois théorique et concrète ("exercices" pratiques) ; formation bien conçue, équilibrée entre théorie et pratique ; importance de la mise en situation pratique.

La qualité de certaines interventions (3)

Qualité des intervenants (Mr Babin, Mr Pelège et Mr Grondin) (2) ; présence de Mr Babin : interventions claires et approfondies.

L'organisation de la formation (2)

Ouverture aux personnels sociaux de la prévention sexualité-contraception ; formation en deux séquences permettant une application et une réflexion personnelle avant la deuxième partie.

La formation permet une remobilisation sur le sujet

Avec le recul de ces derniers mois, quels sont selon vous les points négatifs de cette formation ?

Un travail insuffisant sur les outils (7) : manque l'étude d'outils faciles d'utilisation (vidéo, films, jeux..), concrets et innovants (4) ; manque de travail sur les outils d'animation ; approfondir davantage les outils par des mises en situation ; manque d'échanges sur nos expériences d'utilisation de ces outils.

Le manque de qualité de certaines interventions (6) : qualité plus ou moins satisfaisante des interventions ; quelques apports théoriques un peu "limités" (exemple : rigidité et points de vue fermés de l'intervenante Education nationale) ; manque d'ouverture des intervenants Education nationale avec un discours "maison" ; Mme Morand n'avait pas sa place dans cette formation car rôle hiérarchique auprès des infirmières scolaires présentes ; présence trop envahissante des intervenants de l'Education nationale ; faire intervenir davantage les sociologues.

L'absence de certains acteurs locaux (4) : il aurait été intéressant que les équipes CPEF et EN d'un même lieu s'y retrouvent (2) ; peu de professionnels de l'Education nationale de notre secteur ; de plus en plus d'enseignants vont "faire" de l'éducation à la sexualité, et nous n'avons pas pu nous rencontrer : seuls étaient présents des membres de l'équipe médico-sociale.

La réflexion insuffisante sur certains thèmes (4) : trop d'information et pas assez de réflexion (2) ; on n'approfondit pas assez la question de l'adolescent, ce qui me semble nécessaire avant d'aller le rencontrer ; la formation était trop centrée sur les outils pédagogiques et n'abordait pas suffisamment les problèmes de fond liés à ces interventions, l'adolescence, la sexualité, la place de l'intervenant.

Le manque de concret, de lien avec des situations concrètes (3).

Les attentes et compétences différentes des participants (3) : manque d'informations en éducation à la sexualité des CPE et des assistantes sociales ; les attentes et réalités différentes des participants ; pour l'ensemble du groupe, un niveau de connaissances théoriques sur la sexualité et l'éducation sexuelle, et une pratique de l'éducation sexuelle très hétérogène des différents participants d'où pas les mêmes besoins, et du temps perdu pour le personnel des CPEF

L'organisation pratique (3) : parfois un peu de longueur dans les travaux de groupe, perte de temps parfois ; groupe un peu important.

Le manque d'informations concernant l'aspect médical sur ce thème (2), manque d'apports théoriques sur la contraception et les MST.

L'inutilité de la formation (2) : pas d'utilité ; je n'ai pas appris grand chose.

L'absence de suivi : on aimerait pouvoir la poursuivre et avoir une analyse de la pratique pendant plusieurs années. On a le sentiment de rester un peu sur sa faim, et d'être "largué" dans la nature! A nous débrouiller sans aide.

La proposition de travail sur la fiche "retrouvez les étapes de votre éducation sexuelle" : questions intimes, n'avait pas sa place ici.

Quels changements avez-vous constatés dans vos pratiques, vos manières d'intervenir suite à la formation ?

Un meilleur partenariat entre les équipes CPEF et EN (16) : une plus grande confiance (réciproque) s'est établie entre les équipes EN et CPEF pour animer les séquences ; meilleure connaissance et collaboration entre les partenaires ; contact plus facile entre les équipes ; parler le même langage avec d'autres partenaires ; intervention en binôme EN-CPEF depuis la formation ; les équipes scolaires adressent plus facilement les jeunes dans les CPEF ; respect des limites de nos cadres d'intervention ; plus de compréhension des difficultés que rencontrent les personnels de l'éducation nationale pour initier et développer une dynamique dans leur établissement dans le domaine de l'éducation sexuelle ; rapprochement de l'EN et des CPEF pour travailler sur d'autres thèmes en lien avec nos missions.

Une approche différente, plus d'écoute, d'échanges et moins de rigidité dans l'intervention (14) : mon regard, mon approche ont évolué suite à ma réflexion sur la façon d'appréhender les jeunes et sur leur mécanisme de pensée et d'attitude face à la sexualité ; interventions moins normatives avec un travail plus important sur les représentations (2) ; une autre approche et écoute pour faire réfléchir les jeunes sur leur langage ou comportement ; une meilleure écoute sur les jeunes et les questions qu'ils se posent (3) ; plus d'écoute, d'échanges et moins d'informatif (3) ; rendre les élèves "acteurs", ne plus faire que de l'informatif, ce n'est pas pertinent chez les adolescents ; un regard différent sur les élèves dits "agitateurs" ; souci de décoder les questions sous-jacentes ; mieux décoder leurs demandes et les aider à formuler leurs interrogations ; moins de rigidité, j'ai appris à "suivre" le groupe, et tant pis si ce qui était prévu n'est pas fait, j'ai appris à comprendre et à apprécier certaines interventions d'élèves non scolaires mais qui apportent beaucoup lors des interventions.

L'amélioration de la capacité d'organisation, d'intervention, d'animation des professionnels (10) : meilleure définition de nos objectifs ; plus rigoureuse par rapport à la préparation des organisations avec les partenaires ; rappel du cadre et des objectifs ; préparation et évaluation systématiques des séances ; plus d'exigence et de rigueur dans notre travail ; meilleure gestion des groupes ; diversification des interventions en fonction des niveaux de classes ; importance du cadre des interventions qui sécurise et "contient" tout le monde ; se fixer des priorités même si on ne traite pas tout, s'adapter à chaque groupe ; j'ai appris à poser le cadre, ce qui permet une plus grande "latitude" dans la parole.

Une meilleure connaissance et utilisation des outils d'animation (6) : Une capacité d'innovation, l'utilisation de nouveaux outils (2) ; meilleure adaptation de l'outil en fonction des groupes (2) ; des interventions mieux cadrées car nous nous dotons d'outils pour travailler ; une meilleure connaissance des outils, mais sont-ils vraiment nécessaires ?

Une plus grande aisance pour intervenir (5) : j'ai acquis plus d'assurance dans ce domaine, plus d'aisance à intervenir devant un groupe (4) ; une plus grande facilité pour aborder certains sujets délicats comme la pornographie.

L'intervention du personnel social : avant, les assistantes sociales n'intervenaient pas car cette prévention était réservée aux personnels médicaux. Ces interventions ont aujourd'hui une dimension sociale, et le cadre de la loi est rappelé.

Le refus de certaines interventions faute de temps, de compétences.

Aucun.

Que proposeriez-vous pour améliorer la formation ?

Une suite pour échanger sur les pratiques, entretenir les partenariats (13) :

Rencontres répétées dans le temps des professionnels CPEF et EN en petits groupes pour échanger sur les pratiques (5) ; formation à suivre ultérieurement en équipe sur le terrain (bilans, suivis et soutien seraient nécessaires) (2) ; continuer des rencontres par secteurs géographiques pour favoriser le partenariat local CPEF-EN (3) ; une journée tous les deux ans pour poursuivre notre recherche d'outils et partager avec nos collègues ; réactualisation tous les deux ans en éducation à la sexualité avec CPEF et EN ; des rencontres régulières (une fois par an) entre partenaires locaux EN et CPEF sur des thèmes en lien avec ces animations (bilans, objectifs en lien avec les réalités locales...) ; une journée par an (minimum) pour pouvoir échanger sur le vécu, s'obliger à réfléchir, rencontrer d'autres partenaires, re-dynamiser. On devient vite "fainéant intellectuellement" ! et on se laisse parfois trop déborder par ses émotions.

Approfondir l'étude d'outils d'animation (9) : travailler davantage sur de nouveaux outils (images, pub, scenettes..) (6) ; intégrer l'étude d'outils (photolangage, vidéo, films, jeux...) (2) ; toujours plus d'apports sur les outils selon les âges du public à toucher.

Davantage d'apports théoriques concernant l'adolescence, l'éducation à la sexualité (7) : un approfondissement théorique sur l'adolescence, la sexualité, la place de l'intervenant, pour aborder les problèmes de fond liés à ces interventions (2) ; des connaissances, des apports sur les "jeunes adolescents" d'aujourd'hui (leur fonctionnement, leurs "rites" pour mieux nous adapter) ; un travail sur adolescent et culture/immigration ; une formation plus spécifique concernant l'éducation à la sexualité et la contraception auprès des adolescents, apport médical à approfondir ; plus d'échanges sur le climat émotionnel et les conditions d'un bon échange relationnel ; travailler davantage sur le groupe.

Davantage de concret, échanger sur les pratiques de chacun (5) : plus de concret, un apport de situation qui pourrait étayer l'aspect théorique ; aller en profondeur et aborder diverses situation ; un moment lors de la formation pour échanger sur les pratiques de chaque participant ; partager des expériences réussies.

Modifier le choix des animateurs (4) : que la formation soit animée par des professionnels de terrain des CPEF ; moins de présence des formateurs de l'Education nationale ; Education nationale "co-pilote" de la formation et non pas seul pilote , importance de l'organisme tiers (Ecole des parents) ; éviter les formateurs "moralisateurs" croyant détenir la vérité. Nous ne sommes pas des enfants !

Pallier les différences de "niveau" entre les stagiaires avec des remises à niveau ou en constituant des groupes (3) : une remise à niveau sur le plan médical concernant la sexualité ; ne pas mélanger des stagiaires totalement débutants, sans aucune expérience du terrain et les anciens ; faire des groupes avec un programme différent selon l'expérience dans ce domaine : initiation ou expérience confirmée.

Faire participer les enseignants à l'éducation à la sexualité (2) : rencontre avec des enseignants désireux de participer à l'éducation à la sexualité ; développer la question de la présence ou non des professeurs lors des interventions.

QUESTIONNAIRE : Evaluation de la formation commune CPEF – Education Nationale

"Education à la sexualité : comment en parler avec des groupes d'adolescents de collèges et lycées?"

1. Personnel de : 1- CPEF 2- Education Nationale
2. Profession : 1- médecin 4- infirmière ou infirmière puéricultrice
2- assistante sociale 5- conseillère conjugale et familiale
3- sage-femme 6- autre : _____
3. La formation a-t-elle répondu à vos attentes et besoins réels en matière d'éducation à la sexualité ?
1- oui, tout à fait 2- oui, plutôt 3- non, plutôt pas 4- non, pas du tout
4. Avec le recul de ces derniers mois, quels sont selon vous les points positifs de cette formation?

5. Avec le recul de ces derniers mois, quels sont selon vous les point négatifs de cette formation?

6. Quelle note attribueriez-vous à la formation entre 1 et 6 ? _____ sur 6
7. Diriez-vous aujourd'hui que la formation a amélioré vos capacités de communication en matière d'éducation à la sexualité ?
1- oui, tout à fait 2- oui, plutôt 3- non, plutôt pas 4- non, pas du tout
8. Diriez-vous aujourd'hui que la formation a amélioré vos capacités à animer un groupe ?
1- oui, tout à fait 2- oui, plutôt 3- non, plutôt pas 4- non, pas du tout
9. Diriez-vous aujourd'hui que la formation vous a permis de mieux connaître les autres intervenants ?
1- oui, tout à fait 2- oui, plutôt 3- non, plutôt pas 4- non, pas du tout
10. Diriez-vous aujourd'hui que la formation a amélioré la collaboration entre les intervenants des diverses institutions dans le domaine de l'éducation à la sexualité ?
1- oui, tout à fait 2- oui, plutôt 3- non, plutôt pas 4- non, pas du tout
11. Quels changements avez-vous constaté dans vos pratiques, vos manières d'intervenir suite à la formation ?

12. Que proposeriez-vous pour améliorer cette formation ?

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire. Si vous avez des remarques, vous pouvez les indiquer au verso.

Adresses des centres de planification et d'éducation familiale dans le Rhône

CENTRES DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE DU SERVICE SANTE ET PRE-VENTION (CONSEIL GENERAL DU RHONE)

Maison du Département du Rhône – 4 rue Paul Pic – 69500 BRON 04.72.15.69.09.
1 bis place Carnot – 69700 GIVORS 04.72.24.19.18.
Maison du Département – 2 rue Marie-Thérèse Prost – 69250 NEUVILLE-SUR-SAONE 04.78.91.78.64.
22 avenue Général Leclerc – 69140 RILLIEUX-LA-PAPE 04.72.01.82.39.
202 rue Barthélemy Buyer – 69009 LYON 04.72.57.41.09.
198 Grande rue – 69600 OULLINS 04.78.86.04.63.
Maison du Département du Rhône – 6 rue du Pigeonnier – 69170 TARARE 04.74.05.36.20.
4 chemin Paul Valéry – 69120 VAULX-EN-VELIN 04.78.80.17.87.
6 avenue Division Leclerc – BP 419 – 69634 VENISSIEUX cedex 04.72.89.42.96.
29 rue Burdeau – 69400 VILLEFRANCHE-SUR-SAONE 04.74.65.54.84.

CENTRES DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE PRIVES ET CONVENTIONNES

Association décinoise de planning familial – 32 rue de la République – 69150 DECINES 04.78.49.57.86.
Mouvement français pour le planning familial – 2 rue Lakanal – 69100 VILLEURBANNE
04.78.89.50.61.
Association Vie et famille – Le Cerisioz Tour 6 – 32 ter bd des Roses – 69800 ST PRIEST
04.78.20.68.85.
Centre social – 29 avenue du 11 Novembre – 69160 TASSIN-LA-DEMI-LUNE 04.78.34.98.75.

CENTRES DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE HOSPITALIERS

Hôpital Edouard Herriot – Pavillon K – 5 place d'Arsonval – 69003 LYON 04.72.11.77.50.
Hôpital de la Croix-Rousse – 93 grande rue de la Croix-Rousse – 69004 LYON 04.72.07.16.47.
Hôtel Dieu – Espace prévention santé – 71 quai Jules Courmont – 69002 LYON 04.72.41.32.88.
Hôpital Lyon Sud – Service gynécologie – Chemin du Grand Revoyet – 69310
PIERRE-BENITE 04.78.86.56.20.
Hôpital St Joseph - St Luc – 20 quai Claude Bernard – 69007 LYON 04.78.61.81.38.
Hôpital de Givors – Centre hospitalier de Montgelas – 9 rue professeur Fleming –
69700 GIVORS 04.78.07.30.40.

Annexes Seine-Saint-Denis

Liste des personnes contactées en Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise et Ile-de-France

Seine-Saint-Denis

Mme Balias, Espace vie adolescence
Mme Boblet, Mouvement français pour le planning familial
Mme Carn, Service social en faveur des élèves
Dr I. Faibis, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) 93
Mme Godart, Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM)
Mme Leclerc, Délégation départementale aux droits des femmes
Dr Le roy-Hiest, Service de promotion de la santé en faveur des élèves
Mme Loche-Ranguin, CPAM
Mr Maccès, APEC93
Mme F. Milair, DDASS 93
Mme H. Pham Van, Direction départementale de la jeunesse et des sports
Dr E. Piet, Conseil général de la Seine-Saint-Denis
Mr JC Ringard, Inspection académique de Seine-Saint-Denis
Mme Roche, Service de promotion de la santé en faveur des élèves
Mme Ruy, Service de promotion de la santé en faveur des élèves

Val-d'Oise

Dr Clavaud, Service de promotion de la santé en faveur des élèves
Dr J. Devors, DDASS 95

Ile-de-France

Dr C. Barbier, DRASSIF
Mr L. Fauvet, DRASSIF
Mr P. Lasalle, CRAMIF

JOURNEE TYPE DE FORMATION DEPARTEMENTALE

Intitulé : Formation continue des professionnels socio-éducatifs et médico-sociaux pour la prévention des mariages forcés et/ou précoces d'adolescentes (mineures et jeunes majeures).

MATIN

9h • **Accueil** - Présentation du stage et des intervenants (e)s

• **Objectifs**

Prendre en compte les situations de mariage forcé dans le cadre de la protection de l'enfance et des droits fondamentaux des femmes à la santé, à la reproduction et à la sexualité.

Pour cela : mieux connaître ces situations, leurs origines, les possibilités légales, les recours face aux familles.

Modératrice: Chargée de mission départementale aux Droits des femmes et à l'égalité

9h15 I- Les mariages forcés et/ou précoces

Essai de définition des mariages forcés et/ou précoces, ainsi que leurs complications médicales physiques et mentales.

Prise en compte de ces situations dans les diverses conventions internationales, notamment la Convention Internationale pour les Droits de l'Enfant et la Convention Internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'encontre des femmes. Par le Docteur Marie-Hélène FRANJOU, Pédiatre, Présidente du GAMS (ou sa représentante).

10h II - Apport et intervention des associations partenaires

Témoignage de femmes : projection d'une vidéo présentant le témoignage d'une jeune femme sénégalaise vivant à Paris.

- Quelles sont les raisons invoquées pour les mariages forcés
- Quels moyens de contrainte sont utilisés ?
- En quoi consistent les pressions familiales ?
- Comment sont organisés les mariages ?
- Quelles sont les différentes attitudes des jeunes filles face au mariage forcé ?
- Quelles sont leurs méthodes et stratégies de résistance ?

Les trois associations ASFAD (Association de Soutien aux Femmes Algériennes Démocrates) ELELE . (association turque) et le GAMS (Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles), avec des représentantes des communautés maghrébines, turques et d'Afrique noire.

11 h 30 Echanges et débats avec la salle

12h 30 Déjeuner

APRÈS-MIDI

13 h 30 III - Le recours aux institutions

1. Rôle du juge des enfants.

Aide apportée par le juge des enfants lorsque la victime est mineure.

Cette intervention est organisée autour d'une série de questions concrètes qui s'inscrivent dans une problématique générale difficile.

Comment, lors de l'audition, le juge peut-il entendre et permettre l'expression d'adolescentes élevées dans un contexte traditionnel grégaire où l'obéissance absolue aux parents et à la famille est imposée

Les associations présentes exposent plusieurs situations de mariage forcé avéré ou en préparation (dans le département concerné et hors du territoire français) concernant des mineures et des jeunes majeures.(5 exemples au maximum)

Par le Procureur de la République (ou son représentant) du département concerné.

2. Rôle de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.)

Aide apportée par l'A.S.E aux mineures et aux jeunes majeures.

Par le Directeur de l'A. S. E (ou son représentant) du département concerné.

15 h 30 IV - Le recours aux associations

1. Actions de prévention dans les lycées et collèges

Information des adolescents sur la réalité de cette pratique ; rappel des droits de l'enfant et des droits fondamentaux des femmes à la santé, à la reproduction et à la sexualité
Quelques conseils pour se protéger efficacement (photocopies des papiers d'identité, n° d'urgence,...)

2. Groupe de réflexion avec les jeunes dans les Centres d'accueil et d'écoute pour les adolescents, avec possibilité d'une permanence régulière animée par une femme des communautés concernées

3. Accueil, aide et conseils aux victimes de mariages forcés et/ou précoces.

4. Signalement au Procureur de la République en complément à celui des services de promotion de la Santé en Faveur des Elèves

5 - Selon les cas, possibilité de s'appuyer sur les relais locaux des associations basées dans les pays d'origine et d'effectuer une médiation avec les parents et la famille Par les intervenants du GAMS et les associations partenaires, élargies aux associations ayant une action reconnue sur le département concernée.

16 h Echanges et débat avec la salle

**16 h 30 Conclusions par la Modératrice et si possible,
la Déléguée régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité (ou sa représentante)**

Dossier remis aux stagiaires

Dépliant « Femmes d'ici, ou d'ailleurs, face à la violence, toutes, nous avons des droits »

Dépliant « Agir face aux mutilations sexuelles »

Dépliants de présentation des trois associations

Documents de la Délégation régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France.

Présentation du THEATRE FORUM X=Y ?

Historique du projet

Le Mouvement français pour le planning familial est très impliqué dans l'accueil des femmes victimes de violences et dans la prévention de ces violences . Il intervient depuis de nombreuses années dans les écoles auprès des jeunes sur l'éducation sexuelle.

Les relations garçons / filles sont souvent évoquées lors de ces interventions.

Devant l'absence d'outils pédagogiques permettant d'aborder la question des comportements et des violences, nous avons réalisé un théâtre forum en collaboration avec le théâtre de l'Opprimé sur les relations garçons-filles et les rôles de chacun, destiné à un public d'adolescents de 14-16 ans.

Afin d'élaborer le modèle de ce théâtre forum, une animation-enquête a été réalisée avec 15 élèves de 3ème du Collège Prévert de Noisy-le-Sec.

Les comédiens professionnels ont ensuite réalisé un travail théâtral à partir des situations vécues évoquées.

Le théâtre forum

La séance de Théâtre forum permet de faire se rencontrer les « acteurs potentiels » notamment des jeunes de 14-16 ans, leur entourage, les associations, les travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, animateurs et leur permettre de discuter ensemble dans un débat théâtral : le forum des pistes possibles, notamment afin d'accéder au statut de sujet en devenant concrètement acteur de sa vie, et afin d'arriver à mobiliser des adultes capables d'aider.

La séance se déroule en 2 temps

Dans un premier temps l'animateur-joker organise le débat théâtral, donne les règles. Les comédiens jouent une première fois les 4 scènes ; l'animateur questionne la salle : « Etant donné la situation, le problème posé comment faire pour... ? »

La deuxième partie commence alors.

Cette fois, le déroulement et l'issue du spectacle sont sous la responsabilité de tous, chacun peut alors venir sur scène, remplacer le personnel auquel il s'identifie, pour tenter une proposition ; le spectateur improvise. Les acteurs restés en scène improvisent également.

Un vrai débat s'est établi, les discussions vont continuer...

Objectif

Le MFPPF propose avec cet outil de permettre un échange entre les jeunes et les adultes qui les entourent sur les stéréotypes et les rôles de chacun, dans le but de la prévention des comportements sexistes, préalable nécessaire à la prévention des violences sexistes.

X=Y ?

Ce spectacle forum a été créé dans le but d'un repérage des comportements sexistes afin de prévenir des agressions sexuelles en direction des jeunes de collège (3ème) et de lycée (seconde).

1ère scène

Le corps est enjeu

Les filles sont aux prises avec l'image de leur corps.

Les garçons se bagarrent dans des corps à corps.

Est-il possible de faire du sport ensemble ?

Les filles ayant une vraie place dans 'équipe, le corps étant respecté.

Le professeur d'éducation sportive est-il un témoin aveugle
A-t-il à prendre position, à donner des limites, à définir les interdits ?

2ème scène

Il pense qu'elle est avec lui pour son scooter, son argent, sa force, mais pas pour lui... Il ne veut pas être un « macho » comme lui conseille son copain.

Elle arrive à ses fins...

Comment faire pour ne pas être pris dans les « preuves d'amour » ou « l'épreuve d'amour » ?

3ème scène

Elle est amoureuse, mais ce soir elle a décidé de faire la fête dans lui, avec ses copains-copines. Il n'est pas d'accord, il a prévu de faire autre chose pour eux deux.

Comment faire pour garder des relations amicales et une relation amoureuse ?

4ème scène

Tout va changer dans cette famille, les tâches ménagères vont être prises en charge en alternance par le garçon et par la fille.

Le tour du garçon arrive, accompagné par son père, il va être happé par le foot à la télé. La mère rentre fatiguée, sur le conseil des « hommes » elle va encore mettre sa fille à contribution.

Comment faire pour ne pas céder aux pressions familiales afin qu'il y ait une réelle répartition des tâches ?

Conditions financières et techniques

Durée de la séance : 1h30 à 2h, interventions du public comprises.

6 comédiens.

Eclairage plein feux, plateau : 8 m sur 6 m

Répétitions sur place avant le spectacle : 3 h

Balance technique : 1 h

Montage des accessoires : 1 h

Destiné aux jeunes, le spectacle n'est pas interdit aux adultes, mais ils doivent rester minoritaires.

Maximum 250 personnes.

Cachet : 20 000 F HT (TVA 5,5 %)

Tarif dégressif selon le nombre de spectacles

Frais de déplacement, hébergement et repas non compris à la charge de l'organisateur.

Renseignements

Sophie Boulay : 06 14 21 09 03

Muriel Naëssens : 06 80 13 71 14

Spectacle produit par le Mouvement Français pour le planning familial (93).

Annexes Somme

Liste des personnes contactées dans la Somme

- Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité : Mme Appa ;
- CPAM, centre d'examen de santé : Mme Isorez ;
- PMI : Mme Huette ;
- CPEF rue Louis Thuillier : Mme Peters ;
- DRDJS, jeunesse et sports : Mme Menuet ;
- DDASS de la Somme : Mme Cachera ;
- Inspection académique : Mme Routhier et Mme Maincent ;
- SAFED : Mme Lalou.

Liste des Centres de planification et d'éducation familiale de la Somme

Centre hospitalier général
43 rue de l'Isle
80 100 Abbeville
Tel. : 03.22.25.52.00

Centre médico-social PMI
26 rue des Arrachis
80 250 Ailly-sur-Noye
Tel. : 03.22.41.03.42

Centre médico-social PMI
9 rue Carnot
80 300 Albert
Tel. : 03.22.74.37.36

Centre de gynécologie obstétrique – CHU
124 rue Camille Desmoulins
80 000 Amiens
Tel. : 03.22.53.36.00

Centre de planification et d'éducation familiale –
CHU
106 rue Louis Thuillier
80 000 Amiens
Tel. : 03.22.53.36.20

Université de Picardie « Jules Verne » -
Médecine préventive
Rue du Campus
Campus d'Amiens
80 000 Amiens
Tel. : 03.22.82.72.33

Centre médico-social PMI
Rue Léo Lagrange
80 000 Amiens
Tel. : 03.22.43.36.01

Centre médico-social PMI
6 rue du Quai
80 800 Corbie
Tel. : 03.22.96.00.00

Centre hospitalier
Rue de Routequeue
80 600 Doullens
Tel. : 03.22.32.33.33

Centre médico-social PMI Ambroise Croizat
Rue de la Catiche
80 420 Flixecourt
Tel. : 03.22.51.62.35 ou au CCAS :
03.22.51.14.24

Centre médico-social PMI
23 rue Pasteur
80 130 Friville Escarbotin
Tel. : 03.22.30.05.26

Centre social CAF – Service PMI
12 rue Louis Braille
80 400 Ham
Tel. : 03.23.81.45.70

Centre médico-social PMI
Chemin du Tour de Ville
80 500 Montdidier
Tel. : 03.22.78.08.38

Centre médico-social PMI
11 rue Victor Gaillard
80 110 Moreuil
Tel. : 03.22.09.70.97

Centre médico-social PMI
23 rue Saint-Nicolas
80 190 Nesle
Tel. : 03.22.88.30.30

Centre hospitalier
Place du Jeu de Paume
80 200 Péronne
Tel. : 03.22.83.61.13

Centre médico-social PMI
Rue Pasteur
80 700 Roye
Tel. : 03.22.87.14.99

Centre médico-social PMI
19 rue du Bouloi
80 120 Rue
Tel. : 03.22.25.07.34

Bibliographie

ADDA (J.), DREYFUS (H.), WOLF (C.)

Education sexuelle et adolescence. De la réflexion à l'attitude pédagogique
Grenoble : CRDP de l'Académie de Grenoble, 1998 ; 143p.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Service des recommandations et références professionnelles

Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines

Paris : ANAES, mars 2001 ; 90p. (+ plaquette de « Recommandations pour la pratique clinique »)

ALLA (F.)

La santé des jeunes dans l'enseignement agricole. Enquête participative par la méthode de Friedman
Nancy : Université Nancy I, thèse de médecine, 1999 ; 131p.

ARENES (J.) / éd. , JANVRIN (M. P.) / éd. , BAUDIER (F.) / éd. KOUCHNER (B.) / préf.

Comité Français d'Education pour la Santé. (C.F.E.S.)

Baromètre santé 97-98 jeunes

Vanves : Editions CFES, 1998 ; 328p., tabl., graph., phot., ann.

ARWIDSON (P.), BURY (J.), CHOQUET (M.), et al.

Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes

Paris : INSERM, Expertise Collective, 2001 ; 247p.

AUBENY (E.), BUHLER (M.), COLAU (J.C.), VICAUT (E.), ZADIKIAN (M.), CHILDS (M.)

Oral contraception : patterns of non-compliance. The Coraliance Study

The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2002, 7, 155-161

BACCAÏNI (B.)

Les contrastes géographiques des comportements de contraception

Population, 1995, 2, 291-330.

BAJOS (Nathalie) / coor. , BACHELOT (Annie), DONATI (Pascale), DURAND (Sandrine), TURKI (Rim), VATIN (Florence), FERRAND (Michèle), CEBE (Dominique), PHILIPPE (Claudine), HASSOUN (Danielle)

Accès à la contraception et à l'IVG en France. Premiers résultats de l'enquête GINE. 3 octobre 2000

Le Kremlin-Bicêtre : INSERM U 292, 2000 ; 14p.

BAJOS (Nathalie), FERRAND (Michèle), BOVE (C.), HASSOUN (D.), BACHELOT (A.), DONATI (P.), CEBE (D.), VATIN (F.), PHILIPPE (C.), DURAND (S.), TURKI (R.), NEUWIRTH (Lucien) / préf.

De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues

Paris : INSERM, 2002 ; 348p.

BAJOS (N.), MOREAU (C.), FERRAND (M.), BOUYER (J.)

Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2003, 51, 631-647

BARLET (P.)

Mineures : moins de grossesses, plus d'avortements
Profession Sage-Femme, 2001/02, 72, 12-

BARROUX (C.), SADOUX (L.), LAGRANGE(H.), LHOMOND (B.), LEMIRE (L.), NAHOUM-GRAPPE (V.)
Dossier éducation sexuelle. Tenir compte de l'affectif
L'école des parents, mars 2000, n° 3, 29-45.

BEAULIEU (E.E.) / dir., HERITIER (F.) / dir., LERIDON (H.) / dir.

Contraception : contrainte ou liberté ? Textes réunis à l'issue d'un colloque au Collège de France les 9 et 10 octobre 1998

Paris : O. Jacob, 1999 ; 305p.

BENGHOZI (P.) / dir.

L'adolescence Identité chrysalide

Paris : L'Harmattan, 1999 ; 256p.

BERTIN (X.), GRAS (M.), SERRE (V.), CHARFE (Y.), LE TALEC (J.Y.)

Dossier jeunes . Le sexe bavard

O & T Observations & Témoignages, déc. 1998, n° 14, 6-18.

BLAYO (C.)

Le point sur l'avortement en France

INED, Population & Sociétés, juin 1997, n° 325, 1-4.

BLAYO (C.)

L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976

Population, 1995, 3, 779-810.

BOUCHARD (D.)

Grossesse et maternité chez les adolescentes : être mère et enfant à la fois

Lyon: Ecole Rockefeller, mémoire Assistant de Service Social, 1998.

CASSARD-TILLARD (B.)

Maternités chez les moins de 20 ans

Lille : ORS Nord Pas-de-Calais, 1997 ; 106p., fig.

CHOQUET (M.), LEDOUX (S.)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.), Ministère de l'Education Nationale

Adolescents : Enquête nationale

Paris : Editions INSERM, 1994 ; 346p., tabl., fig., graph.

CHOQUET (M.), IKSIL (B.)

Jeunes en insertion. Enquête CFI-PAQUE (dispositif 16-25 ans)

Villejuif : Inserm U 169, 1994 ; 221p., fig., tabl.

CLAIS (A.)

La délivrance de la contraception d'urgence au sein des établissements scolaires : un enjeu de santé publique, des textes au terrain avec une étude en Seine-Saint-Denis

Paris : Université Paris V René Descartes, Faculté de médecine Necker Enfants malades, mémoire de DU Santé Développement de l'enfant, nov. 2002

Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale

Comment réduire le nombre d'IVG

Gyn. Obs., 15/03/1997, n° 366, 13-14.

CREPIN (C.)

La fécondité des adolescentes. Etat des lieux et des réflexions

Informations Sociales, 2003/4, 107, 52-57

DANZON (F.), DRESSEN (C.) / éd. , GRIZEAU (D.), MIZRAHI (Andrée), MIZRAHI (Arié), VEIL (S.) / post face

Féminin santé

Vanves : Editions CFES, 1998/04 ; 434p.

DEFRANCE (J.)

10% des IVG sont liées à un oubli de pilule

Le Quotidien du Médecin, 22/11/1999, n° 6593, p 44

DELAGNES (M.)

Problématique de la contraception chez l'adolescent comme accès au statut d'adulte : incarnation d'un difficulté de dialogue entre deux générations

Lyon : Ecole Rockefeller, mémoire Assistant de Service Social, 1993 ; 59p., ann.

DENNI (B.), ZORMAN (M.)

Comportements sexuels et attitudes des jeunes face au sida. Enquête auprès des lycéens de la région Rhône-Alpes

Santé publique, 1993, n° 6, 39-51.

DESMARTIN (V.), BOULAHTOUF (H.)

Etude sur la contraception et la prévention des MST à l'adolescence. Une étude par entretiens auprès des 15-20 ans à Béziers

Montpellier : Observatoire Régional de la Santé Languedoc-Roussillon, 1998/11 ; 88p.

Direction Générale de la Santé, Groupe Technique National de Définition des Objectifs

Reproduction, contraception, IVG.- Elaboration de la loi relative à la politique de santé publique

Paris : DGS/GTND, mise à jour 27/03/2003 ; p 567-575

(<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/67contraception.pdf>)

DRASS Ile-de-France, Service Etudes et statistiques, Inspection régionale de santé, Commission régionale de la naissance

L'interruption volontaire de grossesse en Ile-de-France. Analyse et propositions. Rapport d'étape

Paris : Drass Ile-de-France, sept. 2001 . 62P.

DRASS Rhône-Alpes, Commission Régionale de la Naissance

Prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse. Enquête qualitative régionale

Les Dossiers de la DRASS, sept. 2003, n° 2003-28-D ; 27p., ann.

DRESSEN (C.), CHAN CHEE (C.), LAGRANGE (H.), LHOMOND (B.), ATHEA (N.), TESSIER (S.), THOMASI (N.), JOSSE (D.), RUDELIC-FERNANDEZ (D.), CADEAC D'ARBAUD (C.), TOURNE (M.)

Les jeunes et la sexualité – dossier

La Santé de l'Homme, mai/juin 1996, n° 323 ; 24p.

DUCAMP (A.), EMBERSIN (C.), FONTAINE (Denis), GRUAZ (D.), FONTAINE (Danièle)

Prévention des grossesses non désirées dans trois départements. Bilan des actions au 31 décembre 2002

Paris : FNORS, 2003 ; 59p.

EMBERSIN (C.), FONTAINE (Denis), LAMBOURG (M.), FONTAINE (Danièle)

Prévention des grossesses non désirées dans trois départements. Etat des lieux

Paris : FNORS, 2002 ; 61p.

EMBERSIN (C.), FONTAINE (Denis), GRUAZ (D.), PODIGUE (M.), FONTAINE (Danièle)

Prévention des grossesses non désirées dans trois départements. Bilan des actions au 31 décembre 2001

Paris : FNORS, 2001 ; 125p.

FAIBIS (I.)

Etude sur les difficultés d'obtention de l'autorisation parentale pour une IVG en cas de grossesse non-désirée chez les jeunes filles mineures. Enquêtes qualitative et quantitative

Saint-Denis : DDASS Seine-Saint-Denis, Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, 2002 ; 23p.

GAILLARD MONTARNAL (R.)

Féconde IVG

Lyon : Ecole de la Croix Rouge, mémoire d'Assistant de Service Social, 1996 ; 72p., ann.

GAREL (M.), CROST (M.), KAMINSKI (M.)

Caractéristiques psychologiques des femmes qui ont des IVG itératives. Enquête dans trois centres français

Contracep. Fertil. Sex., janv. 1996, n° 1, 72-76.

GINIES (M.)

Une mineure en demande d'IVG : l'autorisation parentale et ses bouleversements sur le système familial.

Paroles de professionnels

Lyon : Ecole de Service Social du Sud-Est, mémoire Assistant de Service Social, 1997 ; 55p., ann.

GLOWCZEWSKI (B.)

Adolescence et sexualité. L'entre-deux

Paris : PUF, Les Champs de la santé, 1995 ; 211p.

GROSJEAN (B.)

Promotion de la santé et théâtre : un art savant du dosage

La Santé de l'Homme, nov.-déc. 1999, n° 344, 23-27

Groupe ACSF

Comportements sexuels et sida en France. Données de l'enquête Analyse des comportements sexuels en France

Paris : INSERM, Collection Questions en santé publique, 1998 ; 380p.

GUIGNE (C), PALAYER (I.)

Inspection Académique. Service de Promotion de la Santé, Mutualité de Haute-Savoie

Evaluation sur 4 ans du programme "Atout-vie". Collège d'Evire Annecy-le-Vieux 74

Annecy : Mutualité de Haute-Savoie, 1996/12 ; 39p., ann., tabl.

GUILLOU (F.), KAIL (B.)

Recherche-action Phase qualitative de l'enquête « Difficultés d'obtention de l'autorisation parentale pour l'IVG chez des jeunes filles mineures enceintes ne souhaitant pas garder la grossesse en Seine-Saint-Denis »

Paris : Avisen, 2002 ; 37p

HARTEMANN-PETRE (M.), BEGOU (C.) ZMIROU (D.) / dir.

Etat des lieux de l'interruption volontaire de grossesse dans la région Rhône-Alpes

Grenoble 1 : mémoire DESS Epidémiologie appliquée, 1996 ; 70p., tabl., ann., graph.

HARTEMANN-PETRE (M.)

Enquête sur la sexualité de jeunes femmes d'origine maghrébine nées en France

Lyon : Université Lyon I, mémoire DIU sexologie médicale, 1995.

HELFTER (C.)

Le planning familial à l'écoute des adolescentes

Actualités Sociales Hebdomadaires, 1999/10/29, 2139, 21-22

JEANDET-MENGUAL (E.) / rapporteur, membre de l'IGAS

Rapport d'activité du Groupe national d'appui à la mise en oeuvre de la loi du 4 juillet

2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Paris : Ministère chargé de la santé, déc. 2002, rapport 2002 145 ; 53p.

(http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/ind_rapport.htm)

KAFE (H.), BROUARD (N.)

Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ?

Population et Sociétés, Octobre 2000, n°361, p. 1-3.

KAMINSKI (M.), CROST (M.), GAREL (M.)

Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG

Contracep. Fertil. Sex., 1997, n° 2, 152-158.

KAMINSKI (M.), CROST (M.)

Les interruptions volontaires de grossesse : des caractéristiques stables
Solidarité-Santé, avril-juin 1997, n° 2, 85-92.

Laboratoires Wyeth-Léderlé

Premiers résultats de l'Observatoire régional des patientes utilisant un contraceptif oral
Info Coraliance, 2002, n° 3, 1-4

Laboratoires Wyeth-Léderlé

Contraception orale : données récentes et nouvelles approches. « Opération Aphrodite ou 100 jours pour parler de la contraception dans les cabinets de gynécologues »
Conférence de presse Wyeth, 22/10/2002 ; 16p.

LAGRANGE (H.), LHOMOND (B.)

Enquête sur les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans
ANRS Information, janv. 1996, n° 17, 14-27.

LAMBOURG PODIGUE (M.), FONTAINE (Danièle), EMBERSIN (C.), FONTAINE (Denis)

Prévention des grossesses non désirées dans la Somme. Comparaison avec l'Aisne. Etat des lieux
Amiens : ORS Picardie, 2001 ; 50p.

LECOMTE (C.)

Information contraceptive chez les adolescents (Enquête en milieu scolaire)
Tours : Ecole de sages-femmes, mémoire, 1999 ; 76p., ann., fig.

LE CORRE-GHEERBRANT (M.)

Les centres de planification familiale. Objectif : prévention pour les jeunes
Informations Rapides, mai 1992, n° 21, 1-4.

LE CORRE (M.), THOMSON (E.)

Les IVG en 1998
DREES, Etudes et résultats, N° 69, juin 2000, 4 p.

LEDESERT (B.) / éd. , DESMARTIN (V.), BOULAHTOUF (H.)

Etude sur les connaissances, les comportements et les relais d'information sur la contraception et la prévention des MST. Enquête auprès d'une population de jeunes filles de 16 à 20 ans de l'Aude
Montpellier : Observatoire Régional de la Santé Languedoc-Roussillon, 1996/05 ; 142p., ann.

LEMORT (M.F.), LEMORT (J.P.), LOPES (P.)

La contraception au cours du premier rapport sexuel : enquête réalisée auprès de 467 jeunes filles de 13 à 21 ans dans l'agglomération nantaise
Contracept. Fertil. Sex., 1999, vol. 27, n° 3, 197-202.

LERIDON (H.)

Trente ans de contraception en France
Echanges Santé Social, mars 1999, n° 93, 46-51.

LERIDON (H.), OUSTRY (P.), BAJOS (N.), et l'équipe Cocon

La médicalisation croissante de la contraception en France
Population & Sociétés, juil.-août 2002, 381, 1-4

LE VAN (C.), FARGES (J.P.), BRIAND (N.), ORY (C.), TECHER (L.), LAHEURTE (P.)

Maternités adolescentes et maternités socialement précoces
Vie Sociale, 1998, 6/1998, 1-95.

LE VAN (C.), LE GALL (D.) / préf.

Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues
Paris : L'Harmattan, 1998 ; 204p.

MAÏLAT (M.)

A propos de l'accompagnement du désir d'enfant et des maternités précoces. Représentations et pratiques professionnelles
Informations Sociales, 2003/4, 107, 58-65

MARIE (A.) - IVG de l'adolescente : l'oubli de pilule souvent en cause
Le Quotidien du Médecin, 20-11-2002

MAZEAU (G.) SALTEL (P.) / dir.

Sexualité et adolescence. La contraception orale et ses résistances
Lyon : Université Claude Bernard Lyon I, mémoire DIU sexologie, 1998/06 ; 26p.

MICHAUD (P.A.), ALVIN (P.), DESCHAMPS (J.P.), FRAPPIER (J.Y.), MARCELLI (D.), TURSZ (A.)
La santé des adolescents. Approches, soins, prévention
Lausanne : Editions Payot, Paris : Doin éditeurs, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 1997 ; 636p.

Ministère de l'Education Nationale

Bilan public de la mise en application durant 6 mois de la possibilité d'administrer une contraception d'urgence dans les établissements scolaires.

Dossier de presse, 29 sept. 2000, 9p.

(<ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/discours/2000/annexe1.rtf>)

Ministère de l'Education Nationale. Direction de l'enseignement scolaire (DESCO B4)

Bilan : la contraception d'urgence dans les établissements publics locaux d'enseignement. Septembre 2001- Juin 2002

Rapport, 31/07/2002, 7p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes et à la Formation Professionnelle

Campagne d'information sur la contraception

Dossier de presse ; 11 janvier 2000 ; 20p., ann.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Campagne d'information 2002 sur la contraception : « La contraception. Ne laissez pas l'imprévu décider à votre place »

Dossier de presse, 9 janv.2002, 8p.

(http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_020109.htm)

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Interruption volontaire de grossesse. Guide destiné aux femmes mineures non émancipées
Guide, 2002, 24p.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/mineure.pdf>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Interruption volontaire de grossesse. Guide destiné aux femmes majeures
Guide, 2002, 23p.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/majeure.pdf>

MORBOIS (C.), CASALIS (M.F.)

Prévention de la pratique des mariages forcés, première initiative de formation des personnels du service social en faveur des élèves de Seine-Saint-Denis

Paris : Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité, oct. 2000

MORBOIS (C.), CASALIS (M.F.)

Prévenir la pratique des mariages forcés. Aspects culturels. Recours législatifs

Paris : Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité, sept. 2002 ; 64p.

MORGNY (C.), LEMERY (B.)

Les jeunes et le risque : être entendus pour mieux se voir. Enquête en Côte d'Or

Dijon : ORS Bourgogne, 1997/12 ; 55p.

Mouvement Français pour le Planning Familial
Adolescentes enceintes – dossier de presse
Paris : MFPF, mars 1999 ; 150p.

NAUDIN (O.), BARROUX (C.), BENSOUSSAN (P.), RAY (M.C.)
Ces adolescentes au ventre rond – Dossier
L'école des parents, 1992, 4/92, 26-55.

NEGRIER (P.), HENIAU-MARQUET (D.), FROMONT (G.), BERNHARD (M.C.)
Contraception - M.S.T. - SIDA - Enquête dans les lycées d'Enseignement Professionnel de Corrèze et Haute-Vienne
Limoges : Observatoire Régional de la Santé du Limousin, 1990 ; 47p., ann., tabl., graph.

NEYRAND (G.), LE GALL (D.), LE VAN (C.), LESOURD (S.), MOREAU (F.), GUETTIER (B.),
PAYEN (F.), KAMMERER (P.)
Amour et sexualité à l'adolescence
Dialogue, 4ème trim. 1999, n° 146, 3-86.

NISAND (I.)
L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes
Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999/02 ; 55p.

NISAND (I.)
Faut-il assouplir encore les règles de l'interruption volontaire de grossesse en France ?
Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2001/06, 29, 6, 409-412

Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France
Guide des lieux d'information sur la contraception et des sites pratiquant les IVG
Paris : ORS Ile-de-France, 2002 ; 122p.

ODDENS (B.), GUIIS (F.)
L'observance et l'oubli de pilule en France en 1995
Contracep. Fertil. Sex., 1996, n° 4, 290-296.

PAWLAK (C.)
Limites de la prévention à l'adolescence : l'exemple de la contraception
Gynéco et Psychosomatique, 1998/09, n° 23, 12-17.

PHILIPPE (E.)
Contraception et sexualité chez les adolescentes. Quelle information ?
Lyon : Ecole de Service Social du Sud-Est, mémoire Assistant de Service Social, 1996 ; 50p., ann.

PICOD (C.)
Sexualité : leur en parler, c'est prévenir
Toulouse : èrès, Pratiques du champ social, 1994 ; 145p.

PORTIER (M.), CHARBONNEL (M.)
Conseil Général du Rhône. Service Protection Maternelle et Infantile, Rectorat de l'Académie de Lyon,
Inspection Académique du Rhône
718 élèves de 4ème des collèges du Rhône nous parlent de leur santé
Lyon : Conseil Général du Rhône, 1995 ; 40p., graph., tabl., ill., rés.

Programme Régional d'Observation des Mst et du Sida Rhône Alpes. (P.R.O.M.S.T.)
La vie des Lycéens - Enquête dans l'Académie de Grenoble
Grenoble : AGIRES, 1992/04 ; 20+12+10p., ann., tabl., graph.

Sida Info Service, Sofres
Les 15-24 ans face au sida
Paris : Sida Info Service, nov. 1999 ; 26p.

Sofres

La perception des problèmes de santé par les 16-18 ans
Montrouge : Sofres, 1997/10 ; 108p., tabl.

STAGNARA (D.)

Aimer à l'adolescence. Ce que pensent et vivent les 13-18 ans
Paris : Dunod, 1998 ; 156p.

STAGNARA (D.), STAGNARA (P.)

L'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire
Paris : Dunod, 1995 ; 207p.

TESSIER (S.)

L'évaluation des pratiques créatives ou la nécessité du leurre
La Santé de l'Homme, nov.-déc. 1999, n° 344, 37-38

TREMBLAY (R.) / dir., BESLOT (J.), DAL MORO (M.), GUINARD (M.), LAGACHERIE (O.),
TROMBERT (H.)

Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels. Tome 1 : L'adolescence
Toulouse : érès, 1998 ; 162p.

UZAN (M.)

Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes
Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998/11 ; 64p., ann.

UZAN (M.)

Particularités de la grossesse et des interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes
Les Dossiers de l'Obstétrique, 1999/07, 274, 16-20

VILAIN (A.), MOUQUET (M.C.)

Les interruptions volontaires de grossesse en 2001
DREES, Etudes et résultats, N° 279, déc. 2003, 1-7

WARSAWSKI (J.), BAJOS (N.)

Activité sexuelle, contraception, maladies sexuellement transmissibles.- Baromètre santé 2000 :
Résultats. Volume 2
Vanves : CFES, 2001 ; p 209-232

Textes législatifs :

- Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence
J.O. du 14/12/2000, p 19830
- Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000
relative à la contraception d'urgence
J.O. du 28/03/2001, p 4825-4826
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
J.O. du 7/07/2001, p 10823-10827
- Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en oeuvre des dispositions
de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
B.O. du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 2001-43, p 2858
- Instruction DHOS 01 n° 2001-585 du 3 décembre 2001 relative à la mise en oeuvre de la loi n° 2001-
588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
B.O. du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 2001-50, p 3307
- Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour
but la contraception d'urgence
J.O. du 10/02/2002, p 590

- Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur
J.O. du 5/05/2002, p 8658-8660
- Circulaire DHOS/DGS n° 2002-350 du 14 juin 2002 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesses (IVG) dans les établissements de santé publics et privés en période estivale
B.O. du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 2002-350, p 2359
- Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées
B.O. du Ministère de l'Education Nationale, n° 9 du 27/02/2003, 6p.
- Circulaire DGS/SD 6D/DHOS n° 2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
B.O. du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° 2003-36, p 2772