

Jeunes

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES IST CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES

ADOPTÉ PAR LE CNS LE 19 JANVIER 2017



Conseil national du sida
et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15
T. +33(0)1 40 56 68 50
www.cns.sante.fr

19/01/2017
AVIS
PRISE EN CHARGE
GLOBALE
FR

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 19 janvier 2017, à l'unanimité des membres présents.

MEMBRES DE LA COMMISSION « JEUNES »

- **Patrick YENI**, président de la commission
- **Philippe ARTIÈRES**
- **Jean-Pierre COUTERON**
- **Carine FAVIER**
- **Thierry FOULQUIER-GAZAGNES**
- **Cécile GOUJARD**
- **Nicole HESNAULT-PRUNIAUX**
- **Sandrine MUSSO**
- **Christine ROUZIOUX**
- **Christine SILVAIN**
- **Liliane VANA**
- **Monique WEBER**

MEMBRES DE LA COMMISSION « VACCINATIONS »

- **Patrick YENI**, président de la commission
- **Philippe ARTIÈRES**
- **Carine FAVIER**
- **Hugues FISCHER**
- **Pierre-Yves GEOFFARD**
- **Cécile GOUJARD**
- **Nicole HESNAULT-PRUNIAUX**
- **Pascal MELIN**
- **Sandrine MUSSO**
- **Marie PRÉAU**
- **Christine ROUZIOUX**
- **Christine SILVAIN**
- **Marie SUZAN-MONTI**

RAPPORTEURS

- **Michel CELSE**
- **Laurent GEFFROY**
- **Feriel KRAMDI**

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) est une commission consultative indépendante composée de 26 membres, qui émet des Avis et des recommandations sur les questions posées à la société par ces épidémies. Il est consulté sur les programmes et plans de santé établis par les pouvoirs publics.

Ses travaux sont adressés aux pouvoirs publics et à l'ensemble des acteurs concernés. Le Conseil participe à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.cns.sante.fr

SOMMAIRE

LETTRE DE SAISINE.....	6
PRÉAMBULE.....	8
MÉTHODOLOGIE.....	9
I. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LES IST CHEZ LES JEUNES, HORS VACCINATION.....	10
SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS.....	10
<i>Synthèse des constats du CNS.....</i>	<i>10</i>
<i>Recommandations du CNS.....</i>	<i>14</i>
1. Concernant la stratégie et les coordinations nationales et régionales de la politique de lutte contre les IST chez les jeunes.....	14
2. Concernant les missions et l'organisation des actions locales du système éducatif.....	15
3. Concernant les missions et l'organisation des actions locales des opérateurs de santé.....	16
4. Concernant les actions des autres opérateurs de prévention et d'insertion.....	17
5. Concernant l'adaptation des interventions à l'environnement sociétal et technologique des jeunes et à l'évolution des pratiques sexuelles.....	17
6. Concernant le financement des actions de prévention et de prise en charge des IST chez les jeunes.....	18
7. Concernant l'évaluation des politiques et l'amélioration des instruments.....	19
RAPPORT.....	20
<i>Partie 1 - Besoins et pratiques des jeunes, attentes des professionnels.....</i>	<i>20</i>
A) Les besoins et pratiques des jeunes.....	20
1. Données épidémiologiques.....	20
2. Besoins et pratiques objectivés par les études socio-comportementales.....	20
2.1. Les jeunes et leur rapport à la sexualité.....	20
2.2. Représentations sociétales des jeunes et de leur sexualité.....	22
3. Besoins d'information et d'échange exprimés par les jeunes.....	22
4. Besoins et pratiques des jeunes identifiés par les professionnels.....	23
B) Les attentes des professionnels intervenant auprès des jeunes.....	24
1. Information et formation.....	24
2. Appui institutionnel.....	25
2.1. Dans le cadre du système scolaire.....	25
2.2. Dans le cadre des dispositifs publics d'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge médicale des IST.....	25
<i>Partie 2 - Déclinaison des actions menées auprès des jeunes et des formations réalisées auprès des professionnels.....</i>	<i>26</i>
A) Évolution de la programmation et diversité des structures et dispositifs impliqués dans la déclinaison locale.....	26
B) Cadre et mise en œuvre dans le système éducatif public et privé sous contrat.....	26
1. Mise en œuvre dans l'enseignement public.....	27
1.1. Concernant les actions d'éducation à la sexualité et de prévention des IST dans le cadre scolaire (second degré).....	27
1.2. Concernant les actions de prévention des IST en milieu universitaire.....	28
1.3. Concernant l'accès aux préservatifs dans les établissements scolaires, de l'enseignement supérieur et de formation professionnelle.....	29
2. Mise en œuvre dans l'enseignement privé sous contrat.....	30
2.1. Implication de la contractualisation avec l'Etat pour l'éducation à la sexualité.....	30
2.2. Pilotage et mise en œuvre des actions d'éducation à la sexualité dans les établissements catholiques d'enseignement privés sous contrat.....	30

C) Cadre et mise en œuvre dans le système de santé.....	32
1. Offre de médecine libérale.....	32
2. Offre publique de santé.....	33
2.1. Structures clés pour la prévention, le dépistage et/ou la prise en charge des IST.....	33
2.2. Structures et dispositifs ayant pour mission de faciliter l'insertion des jeunes et leur accès aux droits sociaux, à la prévention et au soin.....	34
2.3. Services spécifiques pour les jeunes sous main de justice.....	36
3. Offre associative de prévention et de dépistage communautaires.....	37
3.1. Diversité des acteurs associatifs et évolution de l'action communautaire.....	38
3.2. Pertinence de l'offre communautaire auprès des jeunes.....	39
4. Offre dématérialisée de prévention et de dépistage.....	39
4.1. L'offre numérique en prévention.....	39
4.2. Le développement d'une offre de dépistage en ligne.....	40
<i>Partie 3 – Mobilisation institutionnelle et cohérence des actions publiques multi-niveaux.....</i>	<i>42</i>
A) Portage, pilotage et suivi.....	42
1. Au niveau national.....	42
2. Au niveau régional.....	42
3. Au niveau infrarégional.....	42
B) Financement.....	42
C) Recueil et suivi.....	43
<i>Partie 4 – La lutte contre les IST chez les jeunes en Angleterre : des enseignements à tirer.....</i>	<i>44</i>
1. La surveillance épidémiologique en Angleterre au regard de celle pratiquée en France.....	44
2. Mobilisation institutionnelle dans la lutte contre les IST.....	44
3. Déclinaison des actions menées auprès des jeunes en Angleterre.....	44
3.1. Rôle de l'école dans l'éducation à la sexualité et dans les actions de prévention et de prise en charge des IST.....	44
3.2. Organisation de la prise en charge des IST dans le système de santé anglais.....	45
3.3. Mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge des IST par les opérateurs de santé : trois exemples.....	45

II. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES VACCINATIONS DES ADOLESCENTS ET DES ADULTES JEUNES CONTRE LES IST..... 47

CONSTATS ET ÉLÉMENTS DE CONTEXTE..... 48

1. Infections à HPV et vaccination anti-HPV.....	48
2. Infections à HBV et vaccination anti-VHB.....	49

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES VACCINATIONS ANTI-HPV ET ANTI-HBV 50

1. Recommandations communes aux deux vaccinations.....	50
2. Recommandation spécifique à la vaccination anti-HPV.....	51
3. Recommandation spécifique à la vaccination anti-VHB.....	51

ANNEXES..... 52

Annexe 1 : Remerciements et liste des personnes auditionnées..... 52

Annexe 2 : Épidémiologie des principales IST chez les adolescents et jeunes adultes en France..... 56

1. Données épidémiologiques concernant les IST (hors VIH et VHB).....	56
1.1. Infections à HPV.....	56
1.2. Chlamydioses.....	56
1.3. Gonococcies.....	56
1.4. Syphilis.....	56
2. Données épidémiologiques concernant le VIH et le VHB.....	56
2.1. VIH.....	56
2.2. VHB.....	57

<i>Annexe 3 : Besoins objectivés par les études socio-comportementales.....</i>	<i>58</i>
1. Les jeunes et leur rapport à la sexualité.....	58
1.1. Connaissance et perception des IST et de l'éducation à la sexualité par les adolescents et les jeunes adultes.....	58
1.2. Prise de risque chez les adolescents et les jeunes adultes.....	60
1.3. Spécificité des sous-groupes d'adolescents et de jeunes adultes.....	62
2. Représentations sociétales des jeunes et de leur sexualité.....	64
2.1. La perception des jeunes par les adultes.....	64
2.2. L'éducation à la sexualité à l'épreuve de la diversité des jeunes et de leurs sexualités.....	65
<i>Annexe 4 : Structures et dispositifs impliqués localement dans la lutte contre les IST chez les jeunes.....</i>	<i>67</i>
<i>Annexe 5 : Prévention, dépistage et prise en charge des IST des adolescents et jeunes adultes en Angleterre.....</i>	<i>69</i>
1. Données épidémiologiques : prévalence et incidence des IST chez les adolescents et jeunes adultes en Angleterre.....	69
1.1. IST (hors VIH) chez les HSH.....	69
1.2. IST (hors VIH) chez les adolescents et les jeunes adultes.....	69
1.3. Répartition géographique de l'épidémie IST (hors VIH).....	69
1.4. Répartition démographique de l'épidémie IST (hors VIH).....	70
1.5. L'épidémie VIH/sida au Royaume-Uni.....	70
2. Mobilisation institutionnelle dans la lutte contre les IST.....	70
2.1. Organisation de la politique de lutte contre les IST au niveau national.....	70
2.2. Organisation de la politique de lutte contre les IST au niveau local.....	71
3. Déclinaison des actions menées auprès des jeunes en Angleterre.....	72
3.1. Rôle de l'école dans l'éducation à la sexualité et dans les actions de prévention et de prise en charge des IST.....	72
3.2. Organisation de la prise en charge des IST dans le système de santé anglais.....	74
3.3. Mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge des IST par les opérateurs de santé : trois exemples.....	75
<i>Annexe 6 : Sigles et acronymes.....</i>	<i>80</i>



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Les Ministres

Paris, le 02 MAI 2016

La ministre de l'Éducation nationale, de
l'Enseignement supérieur et de la Recherche
La ministre des Affaires sociales et de la Santé

à

Monsieur le Professeur Patrick Yeni
Président du Conseil National du Sida et des
Hépatites Virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

Objet : Saisine du Conseil National du Sida – des Hépatites Virales (CNSHV) relative à la définition de nouvelles orientations dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les IST chez les adolescents et les jeunes adultes.

La santé des jeunes est une des priorités de la stratégie nationale de santé, traduite dans la loi de modernisation de notre système de santé qui comprend des mesures fortes pour développer la prévention, en particulier en faveur des jeunes.

L'école a pour mission d'instruire, d'éduquer et de développer chez les élèves des comportements responsables. Dès la rentrée scolaire 2016, le parcours éducatif de santé, outil opérationnel de promotion de la santé à l'école, sera mis en œuvre et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) en seront les structures de pilotage dédiées. L'éducation à la sexualité, inscrite dans le code de l'éducation et réaffirmée par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, contribue dans ses dimensions individuelle et sociale, en lien avec les enseignements, à cette formation des élèves et au développement d'attitudes responsables.

L'estime de soi, le respect de l'autre, l'acceptation des différences, ainsi que la compréhension et le respect de la loi, la responsabilité individuelle et collective constituent des objectifs essentiels de cette démarche éducative. A cet effet, des actions d'information et de prévention sur le VIH-Sida et les infections sexuellement transmissibles sont mises en œuvre dans les collèges, dès la classe de quatrième, et dans les lycées, tout au long de l'année scolaire.

Cependant, les données des différents réseaux de surveillance publiées récemment par l'Institut de veille sanitaire montrent une augmentation préoccupante et continue des infections sexuellement transmissibles (IST), qui touchent toutes les tranches d'âge, mais surtout les jeunes.

.../...

On note en particulier une persistance et une diversification des prises de risque, un faible recours aux préservatifs chez les plus jeunes, ainsi qu'une couverture vaccinale contre l'hépatite B et le HPV insuffisante chez les adolescents.

Deux saisines du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sont en cours concernant, d'une part, l'évaluation du plan VIH et IST 2010 – 2014, d'autre part, des recommandations sur des stratégies de santé sexuelle.

Parallèlement, l'OMS promeut un développement global des stratégies de santé en direction du VIH, des IST et des hépatites pour 2016 – 2021 et la mise en œuvre d'une stratégie de santé sexuelle au niveau européen.

L'augmentation des comportements à risque et des IST chez les jeunes soulève notamment deux séries de questions :

- Comment se déclinent les actions de prévention auprès des jeunes, notamment en milieu scolaire et dans les établissements d'enseignement supérieur ? Dans quelle mesure les actions auprès des jeunes ainsi que les structures dédiées à la prévention ou à la prise en charge sont-elles adaptées aux enjeux actuels de la société française ? Répondent-elles aux besoins et aux attentes identifiés et prennent-elles en compte les évolutions des modes de vie et des moyens de communication ? Quels leviers permettraient alors d'être plus efficaces ?
- Jusqu'à quel point les enjeux sanitaires et sociétaux sont-ils appréhendés de manière identique, cohérente et synergique par les professionnels, notamment ceux des secteurs de la santé et de l'éducation ? Comment renforcer la coopération entre institutions et acteurs en matière de prévention des comportements à risque d'IST chez les jeunes ?

A partir de ces questionnements, nous vous demandons de nous proposer des recommandations sur de nouveaux leviers afin de mieux adapter la prévention et le contrôle des IST des adolescents et jeunes adultes à leurs besoins et pratiques. Ces leviers devront pouvoir être mobilisés, en synergie, par les différents professionnels, institutions, et acteurs concernés. Nous souhaitons, en particulier, que vous étudiez la place du numérique dans la prévention. Vous vous appuyerez sur les enseignements d'éventuelles expériences étrangères réussies, adaptables au contexte français. Vous conduirez vos travaux en lien avec l'INPES puis la future Agence nationale de santé publique.

Nos services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire et pour présenter cette saisine lors de son inscription à l'ordre du jour de la commission de travail du CNSHV concernée si vous le jugez nécessaire.

Vos conclusions devront nous être remises avant la fin du 3ème trimestre 2016 afin de pouvoir participer à l'élaboration de la nouvelle stratégie nationale de lutte contre le VIH et les hépatites. Un état intermédiaire de vos travaux nous sera adressé avant la fin du premier semestre 2016.


Najat VALLAUD-BELKACEM


Marisol TOURAINE

PRÉAMBULE

La ministre en charge de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et la ministre en charge des Affaires sociales et de la Santé ont saisi le Conseil National du Sida et des hépatites virales le 2 mai 2016, sur la définition de nouvelles orientations dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) chez les adolescents et les jeunes adultes.

Cette saisine s'inscrit dans un contexte d'augmentation de l'incidence des infections sexuellement transmissibles (dont le VIH) chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, y compris chez les adolescents (envisagés ici de 15 à 19 ans) ; celles-ci entraînent des conséquences importantes en termes de santé individuelle, physique et psychique, et de santé publique.

Cette saisine s'inscrit, d'autre part, dans un contexte évolutif à plusieurs niveaux.

Le cadre de l'action publique en matière de santé sexuelle et d'éducation a été récemment précisé afin de garantir une prise de conscience élargie de ces problématiques par tous les acteurs concernés. La loi de modernisation de notre système de santé a réaffirmé l'enjeu majeur que constitue la santé sexuelle, notamment celle des jeunes. Elle peut être considérée comme les prémices de la stratégie nationale de santé sexuelle en cours d'élaboration, dans laquelle doit s'inscrire la lutte contre les IST. Cette préoccupation majeure se retrouve également du côté de l'Éducation nationale qui a réactivé, parfois même développé, des outils déjà existants. C'est ainsi qu'ont été renforcés, entre autres, les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), le Parcours éducatif de santé (PES), le Socle commun de connaissances, de compétences et de culture (SCCC) autour des problématiques de santé sexuelle et d'éducation.

Par ailleurs, l'évolution des stratégies et des outils de lutte contre les infections sexuellement transmissibles requiert leur prise en compte dans l'élaboration des futures politiques publiques de promotion de la santé sexuelle. En effet, on assiste à un changement de paradigme en matière de prévention, où le dépistage est désormais conçu comme un outil de prévention à part entière dans la stratégie de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Dans le domaine du VIH, le concept de prévention diversifiée reconnaît le rôle du traitement comme outil de prévention [notamment « *TasP* » (*Treatment as Prevention*), pour les personnes séropositives, et « *PrEP* » (*Prophylaxie pré-exposition*) pour les personnes séronégatives] à côté de celui du préservatif. Le progrès des techniques de dépistage et de diagnostic mises à disposition, en particulier les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), les autotests et les détections de gonocoques et de chlamydia par amplification génomique (PCR) ouvrent de nouvelles perspectives pour la surveillance, la détection et le contrôle de l'épidémie et des transmissions secondaires.

Concernant l'évolution des comportements sexuels des jeunes, au-delà d'une relative stabilité en population générale (notamment l'âge médian du premier rapport), on observe des évolutions des comportements et des pratiques à risque dans certaines sous-populations de jeunes (usagers de produits psychoactifs, HSH, publics en situation de précarité, etc.) qui posent des défis considérables aux politiques publiques telles qu'elles sont actuellement conçues, nécessitant *de facto* un réajustement au vu de ces nouveaux paramètres.

En outre, l'évolution des modes de vie des jeunes, particulièrement des adolescents, marquée par le rôle majeur joué aujourd'hui par le numérique dans la communication, les loisirs et l'accès à l'information, n'est pas sans conséquence sur la prévention des infections sexuellement transmissibles et sur ses modalités.

Enfin, cette saisine s'inscrit dans un contexte de diversité de la jeunesse, qui est manifeste au regard de nombreux critères, tant sociaux, économiques, territoriaux, culturels et culturels que sexuels. Elle s'inscrit également dans un contexte de fragilisation de la jeunesse, objectivée par différents indicateurs de précarité, et renforcée par un climat social marqué par la suspicion de certains adultes à l'égard d'une partie de la jeunesse, et par les blocages rencontrés par celle-ci pour exercer pleinement son autonomie. En outre, l'exposition croissante à des sollicitations addictogènes (marketing, réseaux sociaux, écrans, etc.) est source de vulnérabilité et mérite une attention particulière des pouvoirs publics dans les programmes de prévention à destination du public jeune.

Dans ce contexte évolutif à de nombreux niveaux, le CNS a procédé à une analyse portant sur les besoins et pratiques des jeunes et les attentes des professionnels, sur les actions menées auprès des jeunes et les formations réalisées auprès des professionnels, sur la mobilisation institutionnelle et la cohérence des actions publiques, et sur une évaluation de la stratégie et des actions menées en Angleterre. Sur la base des constats en résultant, le CNS propose une série de recommandations pour optimiser la lutte contre les IST chez les jeunes, en l'adaptant à leur diversité et aux évolutions de leurs modes de vie et de leurs comportements sexuels.

MÉTHODOLOGIE

Une commission composée de 15 membres du Conseil a été constituée pour produire un avis suivi de recommandations sur l'objet de la saisine. L'analyse documentaire réalisée a considéré diverses sources : documents scientifiques présentant des données produites pour le CNS (par Santé publique France et la CNAMTS) et des données de seconde main, documents officiels législatifs et réglementaires, divers documents à destination des jeunes ainsi que divers supports et instruments numériques utilisés par les jeunes, enfin documents officiels ou non officiels relatifs à la lutte contre les IST en Angleterre. D'autre part, des entretiens individuels et collectifs ont été menés, sous forme d'auditions, avec les pilotes et experts de l'action publique au plan national d'une part, et dans deux régions ciblées (anciennes régions Nord-Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon) d'autre part, ainsi qu'avec les représentants des jeunes et des professionnels (notamment les syndicats, mutuelles, sociétés savantes) et avec les professionnels de terrain. Près de soixante auditions ont été réalisées dans le cadre national et des missions conduites en région.

La réflexion du CNS a pris en compte et s'est inscrite en complémentarité, et souvent en convergence avec les avis du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes relatif à l'éducation à la sexualité (juin 2016) et du Haut Conseil de la santé publique relatif à la santé sexuelle et reproductive (mars 2016).

Parce que la vaccination est un outil essentiel de prévention des infections sexuellement transmissibles, l'élaboration de recommandations concernant les vaccinations contre le VHB et le HPV a été incluse dans la mission. Le Conseil a souhaité que ces recommandations puissent être portées à la connaissance du Comité d'orientation de la future politique vaccinale qui a rendu publiques ses conclusions le 30 novembre 2016. Le CNS a donc été auditionné par ce Comité le 8 septembre, et l'avis et les recommandations correspondants sont présentés en deuxième partie de ce document.

Les jeunes (adolescents et jeunes adultes) ont été définis, dans cette mission, par la tranche d'âge 15-29 ans ; les questions relatives aux adolescents de moins de 15 ans n'ont pas été analysées spécifiquement, car les données disponibles sont très peu nombreuses. En outre, le Conseil a limité son analyse à la situation observée en France métropolitaine. En effet, la situation des outre-mers comporte des spécificités justifiant une mission locale qui n'était pas compatible avec les délais impartis. De même, la lutte contre les IST chez les jeunes en situation de handicap n'est pas abordée dans ce document, compte tenu de la spécificité des enjeux et des dispositifs de prise en charge, justifiant une étude séparée.

Une liste des sigles et acronymes cités dans le document est disponible en Annexe 6, p.80.

I. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LES IST CHEZ LES JEUNES, HORS VACCINATION

SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

SYNTHÈSE DES CONSTATS DU CNS

La fréquence des infections sexuellement transmissibles (IST) en général, et de l'infection par le VIH en particulier, est élevée et continue à augmenter chez les jeunes. En outre, les études épidémiologiques et socio-comportementales mettent en évidence des différences importantes d'exposition des jeunes au risque d'IST en fonction de leurs pratiques sexuelles et de leur statut social : ainsi, l'épidémie VIH n'est pas contrôlée chez les jeunes HSH, et les jeunes économiquement défavorisés ont moins souvent recours que les autres au dépistage et à la prise en charge des IST ainsi qu'à certaines vaccinations.

D'autre part, le développement de nouveaux outils numériques relationnels, documentaires et de prévention créent, en particulier chez les jeunes, de nouvelles pratiques d'interaction instantanée, des possibilités d'accès à l'information démultipliées et des opportunités d'intervention dématérialisée en prévention. Dans le cadre de la lutte contre les IST, le CNS a évalué l'impact de ces transformations et leurs limites afin d'envisager les adaptations souhaitables des stratégies et outils d'information, de prévention et de dépistage en direction des jeunes ainsi que d'information et de formation des professionnels impliqués.

De nombreux acteurs participent à la lutte contre les IST chez les jeunes. Acteurs du système éducatif et du système de santé, opérateurs publics, privés et associatifs : tous ont un rôle à jouer pour améliorer l'efficacité du dispositif. L'impulsion des actions revient à la mobilisation institutionnelle, certes au niveau national, mais aussi au niveau des relais régionaux et dans les territoires.

Actions menées dans le cadre de la lutte contre les IST chez les jeunes

Concernant le système éducatif, la mission a principalement évalué la situation de l'enseignement public.

A l'échelon local, le contraste entre les ambitions des objectifs inscrits dans la réglementation et portés par la DGESCO, et leur concrétisation dans les établissements apparaît important. Ainsi, et en l'absence de données récentes disponibles de l'Éducation nationale, le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) rapporte¹ que seuls 10 à 21% des élèves du second degré reçoivent le nombre de séances d'éducation à la sexualité prévues par la loi ; les interventions uniques de deux heures, telles qu'elles sont souvent appliquées une ou deux fois au cours de la scolarité, sont insuffisantes pour permettre un abord raisonné et contextualisé de la prévention des IST (R. 9). Les comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC), dont l'intérêt est largement souligné, sont un dispositif de gouvernance qui reste peu investi dans l'éducation à la sexualité (R. 13).

Au niveau universitaire, alors que certaines observations suggèrent un renoncement aux soins de plus de 10% des étudiants pour des raisons financières, les services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (S(I)UMPPS) n'ont souvent pas les moyens d'assurer des interventions collectives portant sur la prévention des IST ni des accompagnements individuels vers les soins (R. 16 et 31).

L'analyse des conditions d'accès aux préservatifs, outil essentiel de la prévention des IST dans le système éducatif, montre que :

- Il n'existe pas de positionnement institutionnel sur la question de la mise à disposition des préservatifs dans les collèges, alors que 18% des élèves de 3^{ème} déclarent avoir des relations sexuelles, avec un usage du préservatif en recul (R. 14.2) ;
- L'accès au préservatif par distributeurs dans les lycées soulève la question de leur lieu d'implantation pour un accès confidentiel, et de leur caractère opérationnel (R. 14.1) ;

L'enseignement privé sous contrat concerne environ deux millions d'élèves, et les dispositions relatives à l'éducation à la sexualité prévue par l'article L312-16 du code de l'éducation s'appliquent aux établissements privés sous contrat. La mission a tenté d'évaluer l'éducation à la sexualité dans l'enseignement catholique qui assure la scolarisation de 97% des élèves de l'enseignement privé sous contrat. Les principes d'organisation et les modalités concrètes de réalisation des actions promues par le Secrétariat général de l'enseignement catholique (SGEC) apparaissent similaires à ceux qui prévalent dans l'enseignement public. Les freins rapportés y sont en partie du même type mais sont toutefois renforcés par

¹ Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, publié le 13 juin 2016

des réticences affirmées vis-à-vis des contenus d'éducation à la sexualité produits par Santé Publique France. Cependant, ni la DGESCO ni le SGEC ni les directions diocésaines n'ont pu fournir à la mission des indications sur l'organisation et la réalisation de l'éducation à la sexualité dans ce cadre.

Concernant le système de santé, des données de sources diverses, incluant le nombre de remboursements par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de tests diagnostiques de certaines IST, montrent le rôle quantitativement important joué par la médecine libérale dans la lutte contre les IST chez les jeunes au niveau de la prise en charge et de la prévention, y compris les vaccinations. Malgré cette importance, les médecins généralistes bénéficient peu d'une coordination territoriale et d'une incitation susceptibles de faciliter et de valoriser leur rôle dans la lutte contre les IST chez les jeunes et, plus largement, dans l'éducation à la sexualité (R. 17).

Dans le domaine de l'offre publique de santé, les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) nouvellement créés jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les IST. Leur fonctionnement se heurte cependant à des difficultés de plusieurs ordres, liées à des contraintes financières qui entravent leurs capacités à assurer l'ensemble des missions qui leur sont dévolues (R. 32.1), à l'obligation faite aux mineurs qui désirent bénéficier d'une pratique confidentielle de tests de dépistage d'être accompagnés d'un adulte de référence (R. 18.1 et 18.2), et parfois à leur implantation qui prend insuffisamment en compte les besoins territoriaux. Les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), qui constituent le deuxième opérateur public essentiel de la lutte contre les IST chez les jeunes, bénéficient de crédits départementaux mais souffrent d'une hétérogénéité importante d'implication et de financement des départements sur le territoire (R. 18.3 et 32.1). On observe en outre un désengagement financier de certains conseils départementaux dans le domaine de la lutte contre les IST (R. 18.4). Les diverses structures de prise en charge des addictions (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et Consultations jeunes consommateurs (CJC) en particulier) ont un rôle important à jouer dans la lutte contre les IST car les addictions en majorent le risque. Si les questions de santé sexuelle sont souvent abordées dans ces structures (alors qu'elles ne relèvent pas explicitement de leurs missions), on observe un niveau inégal de formation des intervenants dans ce domaine et l'absence d'encouragement à mettre en place des partenariats entre ces structures et les CeGIDD et les CPEF (R. 21.1). On note également une implication inégale de ces acteurs sur les prises de risque sexuel en milieu festif et/ou sous produits psychoactifs (« chemsex ») (R. 25).

D'autres structures et dispositifs publics, bien que non spécifiquement positionnées dans le champ de la santé sexuelle, sont susceptibles de jouer un rôle dans la lutte contre les IST chez certains jeunes car elles ont pour mission de faciliter leur accès aux droits sociaux, à la prévention et au soin, ou à l'insertion sociale et économique. C'est le cas des Espaces santé jeunes, les Maisons des adolescents, les Points d'accueil écoute jeunes et le réseau des structures labellisées Information Jeunesse. Ces structures reposent sur des équipes pluridisciplinaires, et certaines sont structurées en réseau. Elles n'ont pu faire l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre de la mission mais sont susceptibles de représenter, pour certains jeunes, un point d'entrée pour l'accès à la prévention des IST (R. 21.2).

Les Missions locales accueillent chaque année plus d'un million de jeunes de 16 à 25 ans en difficulté d'insertion professionnelle et sociale, chez qui diverses données mettent en évidence la vulnérabilité en matière de risques liés à la sexualité. L'attention aux problématiques de santé est une des missions assignées aux Missions locales, mais on observe que la mobilisation sur les thématiques de santé est disparate, et que la dimension de la santé sexuelle demeure globalement trop peu abordée. L'actuelle convention pluriannuelle d'objectifs passée entre l'État et les Missions locales ne favorise pas la valorisation de leurs actions en santé. Le dispositif de Garantie Jeunes constitue une opportunité de mettre en œuvre un suivi renforcé y compris concernant la dimension de la santé sexuelle au bénéfice des jeunes les plus précaires, mais des interrogations subsistent sur la possibilité de développer de telles actions dans le cadre budgétaire fixé (R. 21.3).

La direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) a sous sa responsabilité environ 150.000 jeunes sous main de justice. Le plan « PJJ promotrice de santé », destiné à l'ensemble des professionnels de la PJJ, a pour objectif d'« améliorer la santé globale des jeunes [...] dans une approche de promotion de la santé ». Bien que non prioritaire dans l'action des éducateurs judiciaires et sociaux, la promotion de la santé est souvent évoquée à l'occasion des entretiens initiaux avec le mineur. L'importance quantitative de l'action des éducateurs en matière de prévention des IST n'est pas mesurable, cette thématique semble cependant moins abordée avec les mineurs incarcérés. Malgré le rôle de la PJJ dans la promotion et l'éducation à la santé des mineurs sous main de justice, cette activité ne semble pas faire l'objet d'une reconnaissance, d'un financement et de partenariats suffisants par les ARS (R. 21.4).

A côté des offres privées et publiques de santé s'est développée une offre communautaire de prévention et de dépistage. Cette offre joue un rôle essentiel pour atteindre efficacement certains publics minoritaires particulièrement exposés. Elle est parfois mise en péril par la fragilité des financements (R. 32).

Enfin, dans le cadre de l'offre de soin, la mission a souhaité évaluer l'importance de l'offre dématérialisée de prévention et de dépistage des IST.

En matière de prévention, l'offre numérique institutionnelle principale émane de Santé publique France qui, au-delà des supports d'information traditionnels, aborde largement la question des IST sur son site internet onsexprime.fr consacré à la sexualité des jeunes (R. 26.1). Ce site dispose d'une large audience et fait l'objet d'un entretien et d'une amélioration continus de sa notoriété, toutefois limités par des contraintes budgétaires. Santé publique France développe également des campagnes d'affichage ciblé sur les sites, réseaux sociaux et applications les plus populaires auprès des jeunes. D'autres acteurs investissent dans le développement d'applications thématiques pour smartphones dont les coûts d'investissement et les difficultés à toucher une audience large représentent des obstacles importants. Enfin, certains acteurs associatifs investissent dans des stratégies de « community management » en intervenant directement sur les grands réseaux sociaux, et sur des sites ou applications de rencontre (R. 26.2). Une évaluation de ces différentes stratégies n'est pas aujourd'hui disponible.

En matière de dépistage, l'offre dématérialisée peut être de deux types : autotest et auto-prélèvement. L'autotest VIH semble rencontrer un réel succès, notamment en tant qu'offre complémentaire aux techniques traditionnelles (R. 27.2). Dans le domaine des IST, l'auto-prélèvement a été expérimenté par Santé publique France pour le dépistage de Chlamydia, et a été considéré comme efficace pour amener la population concernée au dépistage, notamment les jeunes. Elle n'est pourtant pas accessible en routine, alors qu'elle l'est dans certains pays (R. 27.1), y compris pour d'autres IST.

Sur le plan de la formation des intervenants de la lutte contre les IST chez les jeunes, aussi bien dans le domaine éducatif que de la santé, les professionnels s'estiment peu préparés à cette mission à laquelle ils sont, parfois, eux-mêmes réticents. Le déficit d'information et de formation aux contenus et à la pédagogie de l'éducation à la sexualité sont souvent rapportés (R. 11, 17.1, 23 et 24). De nombreux intervenants s'estiment en difficulté face à l'évolution très rapide de technologies de communication qu'ils ne maîtrisent pas et de pratiques des jeunes qu'ils ignorent ou ne comprennent pas (R. 22).

Mobilisation institutionnelle et cohérence des actions publiques

Au niveau national, la lutte contre les IST chez les jeunes et la politique d'éducation à la sexualité ne bénéficiaient guère d'un portage interministériel actif jusqu'à présent (R. 1). La signature récente d'une convention cadre de partenariat en santé publique, par le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère des affaires sociales et de la santé crée une opportunité de renforcer les interactions entre éducation et santé dans le champ de la lutte contre les IST chez les jeunes (R. 2). Au niveau de l'Éducation nationale, l'absence au sein du Comité national de pilotage sur l'éducation à la sexualité, de représentants de partenaires extérieurs affaiblit la capacité à exercer un pilotage tenant pleinement compte des réalités de terrain (R. 3).

Au niveau régional, la priorité insuffisante conférée par certaines ARS au pilotage (R. 4) et à la coordination (R. 5) de la lutte contre les IST chez les jeunes a été relevée. De même, et bien que figurant parmi les missions imparties à l'Éducation nationale, l'éducation à la sexualité n'est pas portée de façon prioritaire au sein des rectorats, en ce qui concerne son pilotage (R. 6), la politique de formation (R. 7) et le recours à des intervenants extérieurs (R. 8). Enfin, la coordination entre les ARS et les rectorats reste insuffisante (R. 5.3 et 6.5). Ces relais régionaux insuffisants expliquent en partie le contraste entre l'ambition des objectifs nationaux et les réalisations locales.

L'absence de financement spécifique concernant l'éducation à la sexualité en milieu scolaire conduit, en particulier, à une offre insuffisante de formation, et à une forte limitation du recours à des organismes extérieurs pour intervenir auprès des élèves et contribuer à la réalisation des trois séances annuelles d'éducation à la sexualité prévues par la loi (R. 30 et 31). D'autre part, des contraintes financières entravent l'offre de soins dans le domaine de la lutte contre les IST chez les jeunes à différents niveaux : opérateurs publics (en particulier CeGIDD et CPEF), médecins généralistes et interventions associatives (R. 17.3, 17.4, 28 et 32). Enfin, Santé publique France exerce un rôle essentiel dans la production de connaissances épidémiologiques et comportementales, la communication et le développement de stratégies et de partenariats, mais ces activités sont parfois contraintes par des financements limités (R. 29).

L'examen des politiques publiques de lutte contre les IST en Angleterre montre des différences notables en matière d'offre gratuite de prévention et de dépistage en direction des jeunes. L'amélioration des dispositifs en vigueur en France pourrait s'inspirer de ces expériences (R. 17.2, 19 et 20).

En ce qui concerne les outils de recueil et de suivi des données quantitatives importantes pour l'évaluation de la lutte contre les IST, on note qu'en l'absence de déclaration obligatoire, la surveillance épidémiologique des IST hors VIH repose sur des données transmises par des réseaux sentinelles volontaires de cliniciens et de laboratoires. L'exhaustivité insuffisante limite le champ et la robustesse de certaines analyses (R. 33). De même l'absence de système d'information permettant le recueil et l'analyse de données relatives à

l'éducation à la sexualité a été constatée, aussi bien dans l'enseignement public que dans l'enseignement privé sous contrat (R. 34). Plus généralement, on ne dispose pas d'une évaluation globale de l'éducation à la sexualité conduite dans le système éducatif français (R. 35), ni d'enquête périodique sur la sexualité des jeunes (R. 36) dont la connaissance de l'évolution éventuelle paraît essentielle à l'adaptation des réponses dans le cadre de la lutte contre les IST.

RECOMMANDATIONS DU CNS

1. Concernant la stratégie et les coordinations nationales et régionales de la politique de lutte contre les IST chez les jeunes

▪ Au niveau national

Recommandation 1

Définir la lutte contre les IST chez les jeunes comme une priorité de santé publique. En assurer un portage interministériel en l'intégrant dans la stratégie nationale de santé sexuelle.

Recommandation 2

S'appuyer sur la convention cadre de partenariat en santé publique, signée le 29/11/2016 par le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère des affaires sociales et de la santé, afin de renforcer les interactions entre éducation et santé dans le champ de la lutte contre les IST chez les jeunes. Inscire ce domaine spécifiquement comme objectif et objet d'actions communes à développer par le comité de pilotage de la convention.

Recommandation 3

Mettre en œuvre la recommandation n°5 du rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) relatif à l'éducation à la sexualité, visant à renforcer les échanges du Comité national de pilotage sur l'éducation à la sexualité avec les partenaires extérieurs à l'Éducation nationale.

▪ Au niveau des Agences régionales de santé (ARS)

Recommandation 4

Renforcer les stratégies de prévention des IST ciblées sur les jeunes et les insérer dans une approche positive de la santé sexuelle, et affirmer le rôle de pilote des ARS dans la lutte contre les IST chez les jeunes au niveau régional (inscription prioritaire dans les cadres d'orientations stratégiques (COS) et les schémas régionaux de santé (SRS) des Projets régionaux de santé (PRS)).

Recommandation 5

Améliorer l'activité de coordination des ARS dans la lutte contre les IST chez les jeunes :

- 5.1.*** Assurer un accès de proximité aux mineurs et aux jeunes adultes, en particulier précaires, dans le domaine des IST et de la santé sexuelle en coordonnant l'action et le financement des opérateurs de santé et médico-sociaux, publics et privés.
- 5.2.*** Favoriser le recours aux contrats territoriaux et aux contrats locaux de santé, outils pertinents de coordination territoriale pour organiser la lutte contre les IST chez les jeunes.
- 5.3.*** Généraliser et mettre en œuvre les conventions ARS/rectorats.
- 5.4.*** Renforcer l'action en santé sexuelle en faveur des mineurs sous main de justice en développant et généralisant le conventionnement entre les ARS et les Directions régionales ou territoriales de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).
- 5.5.*** S'appuyer sur les commissions de coordination des politiques publiques de santé.

▪ Au niveau des rectorats

Recommandation 6

Renforcer le pilotage académique :

- 6.1.*** Inscire systématiquement l'éducation à la sexualité dans le projet académique et favoriser son inscription dans le projet d'établissement de chaque établissement public local d'enseignement (EPL).
- 6.2.*** Mettre à profit la rénovation du dispositif des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) – avec l'installation effective des comités départementaux et des comités académiques d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC et CAESC) et une mise en place du parcours éducatif de santé (PES) –, pour impulser une dynamique d'actions d'éducation à la sexualité fondée sur les besoins et les ressources mobilisables. Favoriser l'intégration des partenaires extérieurs aux différents échelons de ce dispositif.

- 6.3.** Encourager la représentation de l'enseignement privé sous contrat au sein des CDEC et CAESC.
- 6.4.** Renforcer le soutien (financement et organisation des projets et des formations) aux équipes pluri-catégorielles et aux médecins et infirmiers/ères conseillers auprès des recteurs et des inspecteurs d'académie – directeurs académiques des services de l'Éducation nationale (IA-DASEN).
- 6.5.** Généraliser et mettre en œuvre les conventions ARS/rectorat.

Recommandation 7

Dans le cadre du plan académique de formation (PAF), développer systématiquement des formations en nombre suffisant en direction des différentes catégories de personnels concernées (formations catégorielles et/ou pluri-catégorielles).

Recommandation 8

Encourager et faciliter les demandes d'agrèments et le recours aux partenaires institutionnels et associatifs extérieurs, dont l'apport est qualitativement et quantitativement indispensable dans une logique de complémentarité avec les ressources internes (actions auprès des élèves et formation des personnels). Engager un partenariat avec l'ARS pour identifier les intervenants appropriés.

2. Concernant les missions et l'organisation des actions locales du système éducatif

- A l'école, concernant les interventions d'éducation à la sexualité :

Recommandation 9

Respecter le format des interventions d'éducation à la sexualité inscrit dans la loi, d'au moins trois séances de deux heures par an.

Recommandation 10

Intégrer les sources d'information des jeunes, en particulier numériques, y compris la pornographie en tant que source d'information.

Recommandation 11

Sensibiliser davantage les personnels de l'Éducation nationale aux enjeux de la santé sexuelle dans le cadre de leur formation initiale au sein des Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) et d'une formation continue proposée au niveau académique. Mettre à leur disposition et valoriser une version actualisée du guide méthodologique pour les interventions d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées.

Recommandation 12

Associer largement des intervenants extérieurs dont l'action doit s'inscrire dans la durée (travail en amont et en aval avec les personnels de l'Éducation nationale).

Recommandation 13

Favoriser l'élaboration concertée d'actions d'éducation à la sexualité à l'école en fonction des besoins locaux en s'appuyant plus largement sur les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté.

Recommandation 14

En ce qui concerne les préservatifs, dont la promotion reste essentielle pour la prévention des IST chez les jeunes, y compris dans les établissements privés :

- 14.1.** Assurer leur mise à disposition dans les lycées (distributeurs, infirmerie) permettant un accès simple et confidentiel.
- 14.2.** Conduire une réflexion concernant le principe de leur mise à disposition dans les collèges.

Recommandation 15

En ce qui concerne le dépistage des IST, et notamment du VIH, du VHB et du VHC, déterminer les conditions à remplir concernant la formation, les besoins territoriaux et l'accès des mineurs pour permettre aux infirmières scolaires de proposer et réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) au cas par cas.

▪ A l'université

Recommandation 16

Conforter la mission d'éducation à la santé des services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (S(I)UMPPS) :

- 16.1*** Leur donner les moyens d'organiser des interventions collectives sur la santé sexuelle et la prévention des IST dans le contexte de la vie étudiante, en lien avec les acteurs locaux de santé comme prévu dans la convention cadre du 29/11/2016.
- 16.2*** Proposer un accompagnement individualisé vers le soin selon les besoins.

3. Concernant les missions et l'organisation des actions locales des opérateurs de santé

Recommandation 17

Conforter et organiser la participation des médecins généralistes à la lutte contre les IST chez les jeunes :

- 17.1*** Promouvoir la formation initiale et l'actualisation des connaissances des médecins généralistes sur la sexualité et la santé sexuelle des jeunes, et les progrès en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des IST. L'actualisation des connaissances devrait bénéficier d'un programme spécifique, financé par une enveloppe dédiée dans celle consacrée au développement professionnel continu (DPC).
- 17.2*** Offrir aux mineurs un accès gratuit et confidentiel au dépistage et au traitement des IST en consultation de médecine générale.
- 17.3*** Incorporer la prévention des IST chez les jeunes dans le cadre conventionnel :
 - intégrer la prévention des IST chez les adolescents, incluant les vaccinations, dans les nouveaux programmes de prévention (article 22) ;
 - définir des indicateurs permettant d'adapter la prévention des IST et les vaccinations de l'adolescent (HPV, rattrapage VHB) aux rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) (article 27).
- 17.4*** Promouvoir, au niveau des ARS, la prise en charge de la santé sexuelle et la prévention des IST dans la constitution, le fonctionnement et le financement des réseaux de soins primaires, notamment dans le cadre des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), et des contrats territoriaux de santé.
- 17.5*** Dans ce contexte, financer l'accès aux TROD pour les médecins généralistes qui le souhaitent.
- 17.6*** Assurer, au niveau des ARS, l'information locale sur les missions, organisations et personnes-ressources des principaux opérateurs publics de santé agissant dans la lutte contre les IST et implantés sur le territoire.

Recommandation 18

Favoriser l'accès de tous les jeunes aux opérateurs publics de santé impliqués dans la lutte contre les IST :

- 18.1*** Lever l'obligation d'accompagnement par un adulte du mineur souhaitant garder le secret sur son état de santé dans le cadre des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des structures associatives et des dispositifs de prévention réalisant des dépistages par TROD.
- 18.2*** Dans l'attente ou à défaut, donner instruction aux CeGIDD et opérateurs associatifs de TROD de proposer au mineur consultant seul un accompagnement par un adulte compétent localement disponible.
- 18.3*** Conforter les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) dans leurs missions de santé sexuelle dont le dépistage et le traitement des IST, en raison de leur rôle dans l'accueil des jeunes mineur.e.es et précaires.
- 18.4*** Maintenir les centres de santé municipaux et départementaux qui contribuent à une offre de proximité diversifiée.

Recommandation 19

Élargir l'offre de dépistage gratuit de l'infection à chlamydia, selon la recommandation de dépistage de 2003, en étendant sa réalisation à l'ensemble des professionnels de santé, notamment aux médecins généralistes.

Recommandation 20

Expérimenter, en s'inspirant des dispositifs promus en Angleterre, la faisabilité d'une offre élargie d'accès gratuit aux préservatifs pour les jeunes couplée au counseling, sur le principe d'une carte créditée d'un certain nombre de préservatifs gratuits, qui doit :

- être disponible et rechargeable auprès d'un réseau local de professionnels de santé et de structures publiques ou associatives de prévention impliquées dans la lutte contre les IST, qui délivrent de l'information et du counseling à l'occasion du contact créé par la demande de carte ou de recharge ;
- permettre d'obtenir gratuitement des préservatifs sur présentation de la carte, dans un réseau varié de distributeurs participants (pharmacies, structures accueillant des jeunes, associations diverses, etc.).

4. Concernant les actions des autres opérateurs de prévention et d'insertion

Recommandation 21

Sensibiliser les structures sociales, médico-sociales et médico-psychologiques, spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des jeunes en situation précaire, au dépistage de problèmes liés à la santé sexuelle et à des partenariats avec les centres médicaux appropriés.

- 21.1.** Sensibiliser les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et particulièrement les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) à la santé sexuelle et aux IST, et promouvoir auprès des ARS leur fonctionnement en lien avec les opérateurs locaux de santé et de prévention des risques sexuels.
- 21.2.** Sensibiliser davantage les structures et dispositifs accueillant les jeunes en difficulté sociale, psychologique, ou économique (Espaces Santé Jeunes, Maisons des Adolescents, Points Accueil Ecoute Jeunes, Centres Médico-Psychologiques) à la santé sexuelle et aux IST, et promouvoir auprès des ARS leur fonctionnement en lien avec les opérateurs locaux de santé et de prévention des risques sexuels.
- 21.3.** Renforcer l'action en santé sexuelle des Missions locales, en particulier dans le cadre de la Garantie Jeunes. Valoriser et financer cette activité en l'intégrant dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs (CPO) entre l'Etat et les Missions locales.
- 21.4.** Systématiser le repérage de problèmes liés à la santé sexuelle à l'occasion de l'entretien initial des mineurs sous main de justice par les éducateurs de la PJJ. Renforcer les partenariats permettant l'orientation des mineurs vers des structures de prise en charge adaptées.

5. Concernant l'adaptation des interventions à l'environnement sociétal et technologique des jeunes et à l'évolution des pratiques sexuelles

Recommandation 22

Former les intervenants institutionnels (en particulier du système éducatif) et associatifs concernés par la prévention des IST aux outils et contenus numériques :

- en tant que source d'information des jeunes ;
- en tant qu'espaces d'intervention en santé sexuelle adaptés aux modes de communication actuels des jeunes (approches interactives, outils de marketing social).

Recommandation 23

Inclure dans la formation initiale et continue des professionnels agissant auprès des jeunes l'effet d'impact négatif sur la santé sexuelle des discriminations liées à la diversité des sexualités, des orientations sexuelles et des identités de genre.

Recommandation 24

Renforcer les connaissances de l'ensemble des intervenants de la lutte contre les IST chez les jeunes (systèmes éducatif et de santé, acteurs médico-sociaux et acteurs associatifs) sur les déterminants actuels de vulnérabilité et de risques accrus aux IST liés à la diversité des sexualités, des orientations sexuelles et des identités de genre.

Recommandation 25

Sensibiliser et former les intervenants dans le domaine de la prévention des IST aux prises de risque liées aux pratiques sexuelles sous produits psychoactifs (« chemsex »).

Recommandation 26

Favoriser le développement des offres dématérialisées de prévention des IST :

26.1. Soutenir et financer les actions visant à entretenir et améliorer la notoriété de sites consacrés à la sexualité des jeunes, y compris auprès de publics vulnérables, et disposant d'une audience large (onsexprime.fr, Santé publique France).

26.2. Favoriser le développement de stratégies associatives et institutionnelles de « community management » (animations de communauté web), procurant une information interactive de prévention sur les sites consacrés à la sexualité, les réseaux sociaux, les applications de rencontre et les sites d'auto-support des usagers de drogues.

Recommandation 27

Développer les offres dématérialisées de dépistage des IST :

27.1. Mettre en œuvre le dépistage des IST par auto-prélèvement, en commençant par chlamydia, sur le modèle de l'expérimentation « chlamyweb » évaluée positivement par Santé publique France.

27.2. Contrôler le prix des autotests VIH accessibles légalement sur les sites internet des pharmacies.

6. Concernant le financement des actions de prévention et de prise en charge des IST chez les jeunes

Recommandation 28

L'Etat et l'Assurance maladie devront préciser les modalités de financement des actions décidées dans le cadre de l'éducation à la sexualité et de la lutte contre les IST chez les jeunes, et les garantir sur plusieurs années, notamment dans le budget de l'État ainsi que dans la Convention d'Objectifs et de Gestion conclue entre l'État et la CNAMTS.

Recommandation 29

Assurer à Santé publique France le financement nécessaire au développement de son expertise en santé sexuelle, au croisement de la production des connaissances épidémiologiques et comportementales, des stratégies et partenariats de communication et de formation, et des activités de recherche.

Recommandation 30

Au niveau de l'Éducation nationale, assurer, à hauteur des besoins, aussi bien au niveau national qu'au niveau de chaque établissement, le financement de la formation spécifique des personnels et contribuer à celui des actions réalisées en milieu scolaire par des intervenants extérieurs.

Recommandation 31

Au niveau des universités, assurer, à hauteur des besoins, le financement des S(I)UMPPS tant pour les actions collectives que pour les prises en charge individuelles.

Recommandation 32

Au niveau des ARS, garantir le financement des opérateurs publics et associatifs, y compris communautaires, concourant à la lutte contre les IST et, compte tenu de la multiplicité des financements, assurer la responsabilité d'une coordination financière des opérateurs publics.

32.1. Assurer aux CeGIDD le financement de l'ensemble des actions de prévention des IST prévues dans leurs missions, et garantir aux CPEF le financement de leurs activités de dépistage et de traitement des IST, incluant leurs actions de partenariats en direction des autres acteurs moins spécialisés (cf.31-2).

32.2 Soutenir et renforcer la contribution à la prévention des IST exercée par les opérateurs intervenant auprès de publics jeunes spécifiques en collaboration avec les CeGIDD et les CPEF : usagers de drogue (CJC, CSAPA, CAARUD), jeunes sous main de justice.

32.3 Mettre en place les conditions d'un financement simplifié et revalorisé des interventions d'éducation à la sexualité réalisées par les opérateurs extérieurs à l'Éducation nationale (associatifs ou publics) dans un cadre contractualisé avec les rectorats.

Les recommandations concernant le financement de l'activité des médecins généralistes dans le champ de la lutte contre les IST chez les jeunes figurent en 17.3 (financement par l'Assurance maladie) et 17.4 (financement de l'Etat). La recommandation concernant le financement et la valorisation de l'action en santé des Missions locales figure en 21.3.

7. Concernant l'évaluation des politiques et l'amélioration des instruments

Recommandation 33

Renforcer les réseaux de surveillance des IST sous contrôle de Santé Publique France afin d'inclure un plus grand nombre de cas diagnostiqués, les élargir à la surveillance des infections HPV, et faciliter le croisement de données épidémiologiques et médico-administratives (CNAMTS).

Recommandation 34

Mettre en place, au niveau académique, un système d'information permettant le recueil et l'analyse des données relatives aux actions d'éducation à la sexualité, réalisées aussi bien dans les établissements publics que dans les établissements d'enseignement privés sous contrat.

Recommandation 35

Évaluer les actions d'éducation à la sexualité conduites au sein du système éducatif français au regard de leur programmation, de leur effectivité, de leur pertinence et des dépenses consenties. Cette évaluation pourrait faire l'objet d'une mission confiée aux corps d'inspection compétents.

Recommandation 36

Réaliser périodiquement une enquête sur la sexualité des jeunes et promouvoir, en particulier auprès de l'ANRS, de l'INSERM et du CNRS, des projets de recherche en sciences sociales sur les pratiques et les prises de risque des jeunes dans le domaine de la sexualité, y compris chez les moins de 15 ans.

RAPPORT

Partie 1 - Besoins et pratiques des jeunes, attentes des professionnels

A) Les besoins et pratiques des jeunes

1. Données épidémiologiques

Certains des éléments utilisés dans cette analyse épidémiologique sont d'origine bibliographique ; les autres ont été spécifiquement fournis pour cette mission par Santé Publique France : données concernant, chez les jeunes, le nombre des découvertes de séropositivité et d'incidence VIH et celui des découvertes de l'antigène HBs (hépatites B), et données concernant la surveillance des IST (gonococcies, chlamydioses et syphilis) issues des réseaux de laboratoires Rénago et Rénachla et du réseau de cliniciens Résist, jusqu'en 2014. Enfin, des données de couverture vaccinale ont également été fournies.

Ces données ont été fournies par tranches d'âge, permettant d'évaluer spécifiquement une population jeune âgée de 15 à 24 ou 29 ans ainsi qu'une population d'adolescents (15 à 19 ans).

De façon convergente, les données disponibles montrent la prédominance des IST chez les jeunes et l'augmentation récente et préoccupante de leur fréquence dans cette population. Ainsi, les jeunes âgés de 15 à 24 ans rendent compte d'environ 40% des IST (VIH, syphilis, gonocoque, et chlamydia) rapportées en 2013-2014 en France. Les jeunes HSH sont particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH, ainsi qu'au risque de syphilis et de gonococcies ; les infections à chlamydia sont plus fréquentes chez les jeunes femmes.

On observe, depuis quelques années, en France comme dans d'autres pays d'Europe et aux Etats-Unis, une augmentation de l'incidence des IST (dont le VIH) chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, y compris chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans. L'augmentation de fréquence des chlamydioses, gonococcies et syphilis se confirme dans certaines données récemment rapportées pour 2015.

Une présentation détaillée des données épidémiologiques concernant les principales IST figure en annexe 2 de ce document.

2. Besoins et pratiques objectivés par les études socio-comportementales

L'approche socio-comportementale permet d'identifier les facteurs de vulnérabilités - qu'ils soient sociaux, économiques, culturels, territoriaux ou sanitaires - et les prises de risque accrues auxquels sont confrontés certaines jeunes. L'étude approfondie des comportements des jeunes et de leur perception de la sexualité a pour objectifs, d'une part, de comprendre leur sexualité et leurs pratiques sexuelles et, éventuellement, addictives afin d'identifier les risques augmentés auxquels ces jeunes peuvent être soumis ; d'autre part, d'isoler des problématiques propres à certaines communautés d'identité, de pratiques et/ou de risques. Pour compléter les problématiques soulevées dans cette synthèse, l'annexe 3 présente une étude approfondie des différentes enquêtes socio-comportementales auxquelles on se réfère dans cette partie.

2.1. Les jeunes et leur rapport à la sexualité

Connaissance et perception des IST et de l'éducation à la sexualité par les adolescents et les jeunes adultes

D'après l'enquête nationale réalisée périodiquement par l'INPES², le sentiment d'information des adolescents et jeunes adultes concernant le VIH/sida et la contraception est très élevé. Concernant les IST et les vaccinations, le déficit d'information semble être beaucoup plus répandu. Ces données confirment les observations réalisées sur des campagnes d'information concernant la prévention du VIH/Sida et des moyens de contraception qui ont souvent éclipsé la prévention sur les IST hors VIH et l'information sur les vaccinations afférentes. L'âge, la précarité et la crainte des problèmes de santé sont autant de facteurs qui amplifient le sentiment de mal-information des 15-30 ans.

La connaissance des divers lieux et structures d'informations et/ou de prise en charge dédiées à la sexualité est croissante avec l'âge à partir de la date d'entrée dans la vie sexuelle³. Il existe néanmoins une relative méconnaissance des structures dédiées à la santé sexuelle : les jeunes identifient, en tête, les cabinets médicaux, le Planning familial et les associations de lutte contre le sida ou les associations LGBT, loin

² Beck, F., Guignard, R. et Richard, J.-B. « Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé » dans Beck F., Richard J.-B., dir. *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p

³ Constance Cheynel. *De l'utilité sociale au militantisme féministe : quelles images du Planning Familial chez les jeunes ? Une enquête par questionnaires auprès des 15-30 ans*. Février 2016

devant les CeGIDD et les structures hospitalières⁴. Par ailleurs, les jeunes préfèrent requérir de l'information auprès de leur cercle habituel de socialisation (professionnel de santé ou entourage) davantage que de s'adresser à des structures ou professionnels spécialisés en santé sexuelle qui leur sont inconnus⁵.

Les données concernant l'utilisation et la perception de l'efficacité du préservatif renforcent l'observation selon laquelle le VIH n'est plus au centre des comportements de prévention⁶. Si le préservatif reste perçu comme une norme préventive par les jeunes, notamment lors des premiers rapports, son intérêt et son efficacité semblent de moins en moins compris et son utilisation semble déconnectée par rapport à une réflexion globale de prévention.

L'une des principales sources d'information des jeunes sur les questions de sexualité est l'entourage, principalement les amis, justifiant ainsi le recours à l'éducation à la sexualité par les pairs. Le Haut Conseil à l'Égalité (HCE), s'il salue les projets d'éducation par les pairs et les méthodes innovantes utilisées, appelle néanmoins à la prudence et rappelle que cette responsabilisation n'est pas sans conséquences pour le jeune identifié comme « pair/référent ».

Prise de risque chez les adolescents et les jeunes adultes

Concernant les prises de risques sexuels, les données recueillies par Sida Info Service⁷ indiquent une méconnaissance du dispositif de traitement post-exposition (TPE), qui se double également d'une mauvaise assimilation par le public jeune des messages préventifs en matière de TPE, de son utilisation et de son efficacité.

Concernant l'usage de produits psychoactifs parmi les 15-30 ans en France, en 2010, 44% consomment fréquemment du tabac, 34% consomment de l'alcool de façon hebdomadaire, 10% occasionnellement ou plus de la chicha (ou narguilé), 44% ont déjà expérimenté et 11% consomment régulièrement du cannabis, 9% ont déjà expérimenté des poppers, 5% des champignons hallucinogènes, 5% de la cocaïne et 4% de l'ecstasy⁸. S'agissant des collégiens, l'enquête HBSC 2014 a montré que l'alcool, le tabac et le cannabis sont les substances psychoactives les plus expérimentées⁹.

Enfin, à défaut d'une enquête nationale qui identifie les déterminants sociodémographiques de vulnérabilité des jeunes, nous rapportons en annexe 3 une étude sur « La santé des 15-25 en région Languedoc-Roussillon » réalisée par le Conseil régional de l'ancienne région Languedoc-Roussillon en 2012 pour identifier les enjeux saillants liés au sexe, au statut et au niveau de qualification des jeunes. Les garçons sont plus fréquemment consommateurs excessifs de tabac, d'alcool et de cannabis tandis que les filles ont une perception moins favorable de leur niveau de santé. Si on lie la question du consentement (présentée dans l'enquête HBSC 2014) à celle de lutte contre les IST (utilisation du préservatif au premier rapport par sexe dans l'enquête réalisée en Languedoc-Roussillon) où les jeunes filles sont systématiquement en position défavorable face à leurs partenaires, on peut s'interroger sur la capacité des jeunes filles à affirmer leurs choix en matière de sexualité et de ses modes de réalisation. Le niveau de qualification et le statut d'activité ont une influence considérable sur les comportements préventifs des jeunes en matière de sexualité et de pratiques addictives : ainsi, les taux d'utilisation du préservatif sont les plus bas parmi les jeunes sans qualification ou avec un bas niveau de qualification, ainsi que chez les jeunes suivis par les missions locales. Les jeunes sans qualification sont également des consommateurs excessifs de tabac, au même titre que les apprentis.

Spécificité des sous-groupes d'adolescents et de jeunes adultes

Dresser un portrait des jeunes dans leur diversité est une démarche essentielle afin d'élaborer des actions en leur faveur qui leur soient adaptées. C'est également l'occasion de repérer les problèmes auxquels sont confrontés les plus fragiles d'entre eux pour réaliser un suivi approprié. En annexe 3, le choix réalisé d'étudier les collégiens, les étudiants, les jeunes en voie d'insertion et les jeunes HSH relève d'un souci méthodologique de disponibilité de données issues d'enquêtes nationales. Du fait d'un manque de données qualitatives et quantitatives actualisées, le sous-groupe « jeunes migrants » ne peut être à ce jour valablement étudié, même s'il est probable que leur exposition aux IST soit élevée, pour des raisons

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ Beltzer & al. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010*. 2011, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

⁷ SIS Association. *Santé sexuelle des jeunes et e-prévention. Des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse : pour une approche préventive globale*. 2013

⁸ INPES, *Atlas des usages de produits psychoactifs*, 2010

⁹ Spilka S., Ngantcha M., Mutatayi C., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Expérimentations de produits psychoactifs*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 10 p.

épidémiologiques, de statut social précaire et de pratiques sexuelles à risque. Depuis 2010, le pourcentage de collégiens ayant déjà eu un rapport sexuel est en légère diminution tandis que celui concernant les rapports précoces est stable¹⁰. Si le recours au préservatif parmi cette tranche d'âge est particulièrement élevé, il est moins systématique chez les collégiens ayant eu des rapports précoces¹¹. S'agissant des étudiants, la consommation de produits psychoactifs, notamment en milieu festif, est fortement corrélée aux prises de risques sexuels, avec un recours au préservatif et au dépistage d'autant plus faibles¹². Concernant les jeunes en voie d'insertion, leur vulnérabilité sociale plus importante se double d'une vulnérabilité sanitaire, accentuée par l'âge et le non-recours aux soins. On retrouve parmi les jeunes en voie d'insertion des risques relatifs à la consommation de tabac et d'alcool deux fois plus élevés que chez les étudiants, tout comme les risques relatifs significativement plus élevés de non-recours à un médecin généraliste, à un dentiste et d'absence de suivi gynécologique¹³. Enfin, l'édition 2016 du Net Gay Baromètre remet en question l'homogénéité du public « jeunes HSH » et met en évidence des sous-groupes différents, ayant des cultures de sexe et des prises de risque variées¹⁴. Ainsi, cette édition renseigne, entre autres, sur le sentiment de discrimination auquel les jeunes HSH sont confrontés en milieu scolaire, sur l'hétérogénéité des lieux de convivialité (physiques ou virtuels) fréquentés et sur les comportements et pratiques à risque, communs à l'ensemble des jeunes HSH mais particulièrement prépondérants chez les jeunes HSH multipartenaires.

2.2. Représentations sociétales des jeunes et de leur sexualité

La perception des jeunes par les adultes

Les représentations de la jeunesse souffrent d'une tension entre deux discours issus de la « panique morale des adultes »¹⁵ : l'un qui affirme que la jeunesse est en danger, l'autre qui souligne que la jeunesse est dangereuse. Ces discours sont notamment la résultante d'un constat : l'autonomisation de la sexualité des jeunes avec l'émergence d'une « jeunesse sexuelle » qui légitime une sexualité prémaritale. Cependant, les diverses enquêtes sur la sexualité des jeunes ne soutiennent pas l'hypothèse d'une jeunesse dangereuse et/ou en danger : l'âge au premier rapport est relativement stable, les rapports sexuels précoces sont rares, tout comme les grossesses précoces, et les rapports sexuels sont fréquemment protégés¹⁶.

Dans le discours des professionnels intervenant auprès des jeunes dans le cadre de la promotion de la santé sexuelle, on retrouve très souvent l'idée que la sexualité et les relations affectives des jeunes leur sont spécifiques. Le rôle dominant de la pornographie comme vecteur principal d'initiation précoce à la sexualité et d'information des jeunes sur les questions de sexualités est parfois invoqué ; cette affirmation n'est cependant confirmée par aucune enquête statistique sur la sexualité des jeunes, notamment celle concernant l'entrée plus précoce dans la sexualité.

L'éducation à la sexualité à l'épreuve de la diversité des jeunes et de leurs sexualités

L'éducation à la sexualité se donne pour mission de contribuer à la construction de la personne et à l'éducation du citoyen en permettant aux élèves d'adopter des attitudes de responsabilité individuelle vis-à-vis de leur santé et de responsabilité sociale dans leur vie future d'adulte. Cependant, la difficulté à aborder à l'école la diversité des sexualités fait obstacle à l'apprentissage de la prévention et du dépistage des IST chez les jeunes, notamment chez les personnes homosexuelles. Par ailleurs, la séparation fréquente des thématiques abordées selon le genre, même lors d'interventions d'éducation à la sexualité mixtes (par exemple, problématiques concernant les jeunes filles telles que la contraception et la pilule // problématiques concernant les jeunes garçons telles que le préservatif) ne permet pas une approche partagée de la prévention des IST.

3. Besoins d'information et d'échange exprimés par les jeunes

Les échanges avec divers professionnels exerçant auprès des jeunes ainsi que l'observation directe de séances d'éducation à la sexualité, conduites par des intervenants extérieurs dans le cadre scolaire ou de la

¹⁰ Ehlinger V., Maillochon F., Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 5 p.

¹¹ Ehlinger V., Maillochon F., Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 5 p.

¹² EmeVIA. *Santé des étudiants en 2015*.

¹³ Jean-Jacques Moulin et al. « Jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile ». *Santé de l'Homme* n° 399 - janvier-février 2009

¹⁴ Léobon Alain. *4ème édition du Net Gay Baromètre français. Rapport de recherche relatif à l'édition française du Net Gay Baromètre 2013-2014 - Portrait des Jeunes HSH séronégatifs ou séro-interrogatifs*.

¹⁵ Bozon Michel, « Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable », *Agora débats/jeunesses*, 1/2012 (N° 60)

¹⁶ Ehlinger V., Maillochon F., Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 5 p.

formation professionnelle, permettent de constater que les jeunes expriment de nombreuses préoccupations en lien avec la vie sexuelle, affective et reproductive, mais rarement à propos des risques d'IST.

Les questionnements exprimés par les adolescents autour de la sexualité concernent avant tout leur capacité individuelle à s'engager dans des relations affectives et/ou sexuelles, interrogée à l'aune de différentes représentations sociales normatives : "normalité" de leur propre corps et de leur désir, capacité à susciter le désir et à répondre aux attentes supposées de l'autre, conformité aux normes de genre et à différents codes de comportement, compétences en matière de pratiques sexuelles.

Dans le cadre des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, les jeunes apprécient les approches conçues à partir de leurs préoccupations et de la manière dont ils les expriment eux-mêmes, à l'instar des techniques d'animation de type "brainstorming" ou bien de recueil anonyme de questions écrites fréquemment utilisés pour lancer la discussion collective.

Ce cadre permet l'expression de questions autour des risques liés à la sexualité, mais ces préoccupations n'émergent pas toujours ou de façon secondaire. Elles sont davantage exprimées par les filles et concernent au moins autant le risque de grossesse que les risques d'IST. Les préoccupations concernant les IST demeurent focalisées sur « le sida », qui demeure le principal risque identifié, à valeur emblématique, et tend à minorer celui des autres IST. Les représentations de celles-ci restent vagues, à commencer par la difficulté à les nommer. Quand elles s'expriment, les demandes d'information en matière d'IST se concentrent ainsi essentiellement sur le VIH, le préservatif masculin et éventuellement les structures de dépistage.

Dès lors que ces enjeux de santé en lien avec la sexualité sont abordés, les jeunes expriment des préoccupations concernant la confidentialité et la qualité de leur prise en charge par les professionnels de santé auxquels ils seraient susceptibles de recourir. Le principe du secret professionnel et son champ d'application ne sont pas toujours clairement connus ou compris. Une partie des jeunes doute de son respect et s'interroge sur le degré de confiance qu'ils peuvent placer dans des professionnels tels que l'infirmier/ière scolaire ou le médecin de famille, dont la proximité avec leurs pairs ou bien leurs parents peut susciter des inquiétudes. Des craintes s'expriment autour du risque de ne pas être compris ou d'être jugés négativement par certains professionnels, témoignant d'une attente forte de la part des jeunes de pouvoir trouver dans les professionnels des interlocuteurs à la fois compétents et à leur écoute, adoptant une posture de bienveillance et non-jugement.

Cette attente est particulièrement soulignée par les jeunes organisés au sein d'associations LGBT+ (personnes lesbiennes, gaies, bi, trans et/ou se revendiquant d'autres identités ou orientations sexuelles ou de genre), qui demandent plus globalement une meilleure prise en compte de la diversité des orientations sexuelles et identités de genre dans l'information délivrée sur la sexualité.

4. Besoins et pratiques des jeunes identifiés par les professionnels

Les professionnels en charge de l'éducation à la sexualité contribuent également à identifier des besoins des jeunes en lien avec les IST. Certaines de leurs appréciations peuvent cependant refléter, dans certains cas, davantage leurs propres préoccupations que les besoins des jeunes eux-mêmes.

Par-delà la diversité des métiers et des approches, leur analyse converge sur plusieurs points qui font écho aux demandes exprimées par les jeunes eux-mêmes. Ainsi, les professionnels repèrent le besoin des jeunes d'aborder la question des normes liées à la sexualité pour se situer. Certains soulignent leur besoin d'une reconnaissance de la légitimité de leur sexualité par les adultes. Ils s'accordent également sur le souhait des jeunes de recevoir une information positive sur la santé sexuelle plutôt qu'une information centrée sur les risques liés à la sexualité.

Une préoccupation forte des professionnels concerne les circuits d'information utilisés par les jeunes, en particulier en lien avec le développement des usages du numérique, échappant largement au contrôle des adultes. Ceux-ci sont à la fois utilisés comme moyen d'accès à des sources d'information de nature et de qualité très diverses, dont la « pornographie » fait partie intégrante, et comme moyen démultipliant les possibilités et la rapidité des échanges entre pairs. Certains professionnels expriment de fortes inquiétudes, voire des jugements d'ordre moral, vis-à-vis de ces évolutions, qui constituent incontestablement un facteur déstabilisant pour leur pratique professionnelle.

De nombreux professionnels, en particulier les plus au fait des technologies numériques et des usages qu'en ont les jeunes, mettent néanmoins en garde contre une perception de ces évolutions tendant à en exagérer l'impact. Ils soulignent l'existence de fortes inégalités sociales entre les jeunes dans leurs usages du numérique, sur les plans de l'accès, de l'intensité d'utilisation, du degré de maîtrise des différents outils et technologies, du choix des activités pratiquées, des types de contenus consultés. D'autre part, et plus spécifiquement, il apparaît que la principale source d'information des jeunes sur la sexualité demeure l'échange avec les pairs, quand bien même celui-ci s'effectue en partie via des technologies de communication numérique. Le recours à internet est fréquemment une démarche seconde, destinée à confronter et vérifier l'information préalablement obtenue auprès des pairs. Le recours aux professionnels

pour obtenir de l'information tend également à s'inscrire dans une démarche où prime le désir de s'assurer de la fiabilité de l'information reçue. La plupart des jeunes n'envisage pas de se tourner vers leurs parents pour s'informer, soit qu'ils perçoivent le sujet comme un tabou au sein de la famille, soit qu'ils souhaitent soustraire au regard parental cette dimension éminemment intime de leur vie.

Au-delà de ces appréciations nuancées, les professionnels estiment de façon convergente que l'évolution induite par les usages du numérique crée un besoin pour les jeunes de trouver des interlocuteurs et des espaces leur permettant de confronter les informations et images véhiculées par la communication numérique, dans un cadre d'échanges libres et sans jugements. Ils soulignent la nécessité pour les jeunes de renforcer leurs compétences pour être en mesure d'appréhender de manière critique les flux d'informations auxquels ils sont soumis, et d'en apprécier la pertinence ou la fiabilité. Cette approche est jugée essentielle, en complément des modes traditionnels de transmission du savoir, pour améliorer les connaissances des jeunes, afin notamment de dissiper les fausses croyances, et de renforcer leurs capacités de décision.

B) Les attentes des professionnels intervenant auprès des jeunes

Les professionnels intervenant auprès des jeunes reflètent une grande diversité de statuts et de métiers et exercent dans des cadres très différents, dans le système éducatif et de formation professionnelle public et privé, dans les établissements d'enseignement supérieur, dans les établissements et services relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse, dans diverses structures du système de santé et du secteur médico-social, et dans une grande diversité d'associations. En conséquence, ces professionnels expriment des préoccupations et des attentes variées, pour partie convergentes et pour partie différenciées.

1. Information et formation

Une partie des professionnels de santé, selon la nature de leur activité principale, expriment le besoin d'une mise à jour de leurs connaissances sur les IST, l'évolution des stratégies et des moyens de prévention ou encore la vaccination. Certains sont également en demande de formations complémentaires pour acquérir des compétences et des savoir-faire pour renforcer leurs capacités à aborder les questions de santé sexuelle avec les jeunes.

Dans le secteur de l'éducation scolaire, une partie des personnels de l'Éducation nationale, infirmiers/ières scolaires, enseignants ou personnels de vie scolaire, ne s'estime pas suffisamment informée et formée sur les contenus et la pédagogie de l'éducation à la sexualité. Sur le plan de l'information, il est frappant de constater qu'en dépit de son intérêt pédagogique fondamental, le « guide d'intervention dans les collèges et les lycées » concernant l'éducation à la sexualité date pour l'essentiel de 2004 et n'a fait l'objet que d'une mise à jour marginale ; il ne peut donc pas prendre en compte les nombreuses évolutions sociétales et des connaissances. Une actualisation serait toutefois en cours.

La demande d'une meilleure information et formation doit cependant être nuancée. Elle émane en effet plutôt d'agents déjà sensibilisés à ces enjeux, déjà investis et personnellement convaincus que l'éducation à la sexualité entre légitimement dans leur mission éducative. Il n'est pas certain que cette conviction soit partagée par la majorité des personnels, notamment enseignants. Beaucoup n'expriment en effet pas de demande particulière dans ce domaine dans la mesure où ils ne se sentent professionnellement ni compétents, ni concernés.

Un point commun à de très nombreux professionnels tant éducatifs que de santé intervenant auprès des jeunes est la forte demande d'une mise à jour de leurs connaissances sur les usages du numérique par les jeunes et de son utilisation dans leurs interventions. De nombreux intervenants s'estiment en difficulté face à l'évolution très rapide de technologies de communication qu'ils ne maîtrisent pas et de pratiques des jeunes qu'ils ignorent ou ne comprennent pas. Ces difficultés s'expriment diversement. Elles peuvent être source de découragement et de démobilitation, s'exprimant souvent sous forme de plainte « générationnelle ». Plus rarement, elles nourrissent des attitudes de refus radical et assumé de s'intéresser à ces évolutions, au risque pour ces professionnels de s'enfermer dans une posture de défiance à l'égard d'une jeunesse qu'ils ne comprennent plus et dont ils jugent sévèrement les nouveaux comportements. La plupart des professionnels, néanmoins, demeurent dans une dynamique positive et souhaitent être mieux outillés, mais soulignent leur grande difficulté à trouver les moyens de se former.

De nombreux professionnels font par ailleurs état de difficultés croissantes, notamment dans le cadre scolaire, à échanger sur les questions relatives au corps et à la sexualité avec des jeunes contestant le principe même d'aborder ces questions, au nom de convictions religieuses ou de systèmes de valeurs culturelles identitaires qui s'y rattachent.

L'ensemble des intervenants, enfin, constate et regrette que les différents acteurs participant à l'action en prévention travaillent souvent de manière isolée et juxtaposée au sein d'un même territoire. Ils expriment en conséquence le besoin, *a minima*, d'un meilleur partage d'informations sur les actions entreprises par les différents acteurs et, au-delà, d'un renforcement des fonctionnements en réseau et des partenariats.

2. Appui institutionnel

2.1. Dans le cadre du système scolaire

L'Éducation nationale représente un environnement fortement hiérarchisé à tous les échelons territoriaux de son organisation. Un appui clair de l'institution est par conséquent une condition indispensable pour que les professionnels s'investissent et que leurs projets d'action aboutissent. Or, s'agissant d'actions dans le domaine de l'éducation à la sexualité, à côté de certains retours d'expériences réussies, de nombreux professionnels de l'Éducation nationale constatent et déplorent un soutien et un engagement insuffisant et inégal de leur hiérarchie administrative (Recteurs d'académie, Inspecteurs d'académie-Directeurs des services académiques de l'Éducation nationale, chefs d'établissement) et/ou pédagogique (Inspecteurs généraux de l'Éducation nationale, Inspecteurs académiques-Inspecteurs pédagogiques régionaux). Il en résulte d'importantes disparités de réalisation sur le terrain, perceptibles aux différents échelons : entre académies, entre départements au sein d'une même académie, entre établissements sur un même territoire.

Des professionnels de l'Éducation nationale constatent par ailleurs que l'empilement de dispositions qui concernent directement ou indirectement l'éducation à la sexualité ne permet pas de dégager une vision claire et partagée des objectifs, des contenus, des moyens à mobiliser et du rôle des différents personnels. Ils souhaitent en conséquence une mise en cohérence globale des objectifs et des missions et une amélioration de la lisibilité du dispositif. La refonte en cours du site Eduscol contribue à cette amélioration.

Plus globalement, les professionnels de l'Éducation nationale et les professionnels des structures publiques ou associatives partenaires de l'Éducation nationale convergent pour déplorer une insuffisante volonté politique ainsi qu'un financement insuffisant, aléatoire et non coordonné des actions qui concourent à l'éducation à la sexualité et à la prévention des IST. Ces faiblesses du dispositif affectent en particulier, sur un plan quantitatif comme qualitatif :

- les interventions en milieu scolaire réalisées par des intervenants extérieurs partenaires de l'Éducation nationale,
- la formation des intervenants extérieurs,
- la formation des personnels de l'Éducation nationale, réalisée tant en interne qu'avec le concours de partenaires extérieurs.

2.2. Dans le cadre des dispositifs publics d'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge médicale des IST

Des professionnels exerçant dans des structures opératrices du dépistage (dont les tests rapides à orientation diagnostique (TROD)) et de la prise en charge, en particulier les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD) et des associations habilitées, expriment une demande pressante de mise en cohérence de la réglementation concernant la prise en charge des mineurs, afin de lever les obstacles à leur accès à certaines de ces structures ou certains services qu'elles proposent. (voir partie 2, C) 2.3).

Partie 2 – Déclinaison des actions menées auprès des jeunes et des formations réalisées auprès des professionnels

A) Évolution de la programmation et diversité des structures et dispositifs impliqués dans la déclinaison locale

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 dispose que la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le gouvernement, qui détermine de manière pluriannuelle les domaines d'action prioritaire et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. L'élaboration en cours d'une stratégie nationale de santé sexuelle s'inscrit dans ce nouveau cadre, qui modifie en profondeur la manière de concevoir et de mettre en œuvre l'action publique en matière de lutte contre les IST.

Les stratégies d'intervention précédemment fondées sur plusieurs plans ou programmes de santé structurés par risques ou pathologies et/ou par populations spécifiques évoluent ainsi vers une stratégie de programmation globale, fondée sur une approche transversale intégrant l'ensemble des enjeux de promotion de la santé sexuelle et reproductive.

Le nouveau cadre vise également à mieux prendre en compte l'organisation régionalisée de l'action publique en matière de santé et à faciliter la déclinaison opérationnelle des objectifs définis par la stratégie nationale dans les Projets régionaux de santé (PRS), dont la structuration a été remaniée.

La déclinaison des actions de promotion de la santé sexuelle et plus particulièrement de lutte contre les IST exige, au plus près du terrain, de tenir compte de la forte diversité des publics jeunes et des problématiques qu'ils rencontrent. Celle-ci justifie d'offrir une diversité de dispositifs, de services et d'actions susceptibles de répondre de manière adaptée à des contextes et des besoins différenciés. Elle suppose également d'impliquer et de coordonner une grande variété d'opérateurs. Le tableau proposé en [annexe 4](#) décrit de façon simplifiée les principaux services de prévention, de dépistage et de prise en charge de populations jeunes dont l'offre concourt à la lutte contre les IST.

B) Cadre et mise en œuvre dans le système éducatif public et privé sous contrat

L'éducation à la sexualité est prévue à l'article L312-16 du code de l'éducation, introduit par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Ses objectifs et sa mise en œuvre, incluant la lutte contre les IST, sont précisés dans la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003. Celle-ci fixe notamment l'organisation d'au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité à chaque niveau d'enseignement dans le premier et le second degré.

L'éducation à la sexualité est intégrée dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et se développe notamment dans le domaine 3 (formation de la personne et du citoyen).¹⁷

La circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 précise les modalités de mise en place du parcours éducatif de santé qui vise à structurer la présentation des dispositifs concernant à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires.

Les programmes d'actions communs conclus annuellement entre la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) et Santé publique France au titre de l'accord cadre les liant pour la période 2015-2019¹⁸ précisent les contributions de l'agence dans différents domaines : production et mise à disposition de ressources et d'outils pédagogiques pour les personnels éducatifs, soutien au réseau UNIRÈS¹⁹, diffusion aux établissements de documents à destination des élèves (brochure Questions d'ados, affiches, etc.), participation à différents comités de pilotage, pilotage ou réalisation de travaux de recherche et d'évaluation.

Enfin, la convention cadre de partenariat en santé publique signée le 29 novembre 2016 par le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère des affaires sociales et de la santé, a pour objet de renforcer les interactions entre la santé et l'éducation, y compris dans le champ de l'éducation à la sexualité.

¹⁷ Décret n° 2015-372 du 31 mars 2015 relatif au socle commun de connaissances, de compétences et de culture.

¹⁸ Programme d'action commun entre la direction générale de l'enseignement scolaire et Santé publique France, http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/75/4/PAC_ANSP_DGESCO_2016_signe_DG_et_ANSP_657754.pdf

¹⁹ Réseau des universités pour l'éducation à la santé, <http://unires-edusante.fr>

1. Mise en œuvre dans l'enseignement public

1.1. Concernant les actions d'éducation à la sexualité et de prévention des IST dans le cadre scolaire (second degré)

Des efforts en termes de renforcement du pilotage, de formation des personnels de l'Éducation nationale et d'appui à la mise en œuvre des actions de l'éducation à la sexualité ont été consentis ces dernières années au plan national sous l'impulsion de DGESCO, à la faveur notamment de la création d'un groupe de travail sur l'éducation à la sexualité en 2012 puis d'un comité national de pilotage sur l'éducation à la sexualité en 2013, peu ouvert aux structures extérieures partenaires de l'éducation à la sexualité. Des séminaires sont désormais organisés annuellement dans le cadre du Plan national de formation.

Ces efforts apparaissent en revanche très inégaux au plan académique. Il est constaté une absence fréquente de stratégie ainsi qu'un soutien insuffisant aux équipes pluri-professionnelles académiques et aux actions des médecins et infirmiers-ères conseillers-ères technique auprès des recteurs d'académie et des inspecteurs d'académie – directeurs académiques des services de l'Éducation nationale (IA-DASEN). Dans certaines académies, les Plans académiques de formation sont dépourvus de volets consacrés à la formation en éducation à la sexualité, ce qui reflète une absence de soutien au développement d'une formation adéquate en éducation à la sexualité pour les personnels de l'Éducation nationale. Les personnels rencontrés ont fait part d'un défaut de soutien institutionnel qui a conduit au découragement, au sentiment d'isolement et finalement à la démobilisation de personnels, pourtant très engagés initialement.

Les observations de terrain montrent ainsi un contraste important entre les ambitions des objectifs inscrits dans la réglementation et leur concrétisation au plus près des élèves, à l'échelon des établissements. Sur le plan quantitatif, à tous les échelons, il est constaté une absence de données institutionnelles pertinentes de mise en œuvre de la loi de 2001 et de la circulaire de 2003. Les indicateurs retenus dans les résultats publiés de l'enquête 2008-2009 de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) ne permettent pas cette évaluation ; les données plus récentes recueillies par la DEPP en 2012 demeurent confinées (« non communicables »). L'unique élément d'évaluation quantitative demeure le baromètre du HCE²⁰, selon lequel 10 à 21% des élèves du 2nd degré reçoivent le nombre de séances prévues par la loi.

L'ensemble des professionnels de l'Éducation nationale et des professionnels extérieurs à l'Éducation nationale impliqués dans les actions d'éducation à la sexualité et de prévention des IST souligne l'intérêt du dispositif des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans son principe. Ceux-ci constituent en particulier un lieu devant permettre d'associer à la démarche de projet des représentants des élèves et des parents d'élèves, ainsi que des intervenants extérieurs, en particulier associatifs et pouvant inclure des associations familiales. Il est cependant constaté et regretté que, depuis sa création en 2005, ce dispositif n'ait été que très peu investi au niveau local, faute de moyens et de dynamique de pilotage aux différents échelons. L'actualisation de la circulaire relative au fonctionnement des CESC, la création des comités académiques d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CAESC) et des comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) ainsi que la mise en place du Parcours éducatif de santé (PES) à partir de la rentrée scolaire 2014 témoignent d'une volonté de redynamiser le dispositif. Il est cependant trop tôt pour en mesurer les effets : la mise en place des CDESC n'est pas effective dans tous les départements et celle du PES ne fait que débiter.

D'autres freins sont observés concernant l'acceptabilité des actions d'éducation à la sexualité et de prévention des IST. Trop souvent, la mise en place d'actions est insuffisamment accompagnée d'une démarche d'information en direction des parents d'élèves et des élèves, permettant d'expliquer en amont les objectifs et les modalités de l'action. En l'absence d'une telle pédagogie, la crainte de réactions négatives de la part d'élèves ou de parents nourrit une certaine frilosité de discours et d'action de l'institution scolaire et/ou de ses personnels à différents niveaux. L'anticipation de difficultés peut contribuer à des stratégies d'évitement ou d'abstention de l'institution, au détriment d'une démarche de diagnostic des difficultés et de réflexion sur l'adaptation de la réponse éducative. En outre, une partie des personnels de l'Éducation nationale, notamment les personnels enseignants, expriment eux-mêmes des réticences, d'intensité et de motivation variables : convictions d'ordre personnel, convictions professionnelles relatives à la conception du métier/de leurs missions, difficultés à déborder des approches et du cadre des enseignements disciplinaires, doutes sur leur légitimité et leur compétence, manque de formation.

Les interventions d'éducation à la sexualité rencontrent plusieurs obstacles. La formation insuffisante des équipes pluri-catégorielles de l'Éducation nationale limite les interventions internes et le recours aux intervenants extérieurs, pour pallier l'insuffisance de formation, est insuffisamment coordonné avec les

²⁰ Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes : rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Juin 2013

personnels de l'Éducation nationale : un travail préparatoire en amont et un travail de restitution de l'intervention sont rarement réalisés.

La dispensation des interventions d'éducation à la sexualité n'est, à ce jour, pas optimale. On peut craindre l'effectivité limitée des interventions uniques de 2h réalisées à différents stades de la scolarité (souvent en 4^{ème} puis en seconde), telles qu'elles sont souvent appliquées aujourd'hui ; il serait plus intéressant de développer des interventions distribuées dans le temps (3 fois 2h/an ou autres formats pertinents), permettant ainsi un travail construit et progressif sur les comportements, indispensable pour créer un cadre favorable à l'abord de la prévention des IST. Il existe également une articulation très variable entre actions de prévention collective et actions de prévention individuelle exercées par le personnel de santé de l'Éducation nationale.

1.2. Concernant les actions de prévention des IST en milieu universitaire

La prévention et la prise en charge des IST en direction des jeunes dans l'enseignement supérieur n'est pas détachable d'un contexte globalement peu favorable, marqué à la fois par des constats préoccupants concernant différents indicateurs d'état de santé et de comportement de santé des étudiants, dont la santé sexuelle,²¹ ainsi que par des difficultés notoires d'accès au système de soins²²

L'organisation du système de protection maladie des étudiants est intrinsèquement complexe. Les dysfonctionnements de certains organismes mutualistes gestionnaires des prestations de la sécurité sociale étudiante entraînent des délais considérables de remboursement. L'absence fréquente d'une couverture complémentaire ou son insuffisance est source de restes à charge importants. Cet ensemble de facteurs, dans un contexte marqué par la précarité économique et sociale de nombreux étudiants, pèse fortement sur leur capacité à recourir au système de soin et se traduit par une proportion élevée d'étudiants déclarant un renoncement aux soins pour raisons financières.²³

La loi impose aux universités d'organiser une protection médicale au bénéfice de leurs étudiants et, à cet effet, de se doter, le cas échéant en se regroupant, de Services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (S(I)UMPPS). Ces services ne sont toutefois présents qu'au sein des universités et ne concernent donc pas l'ensemble des établissements d'enseignement supérieur. D'autres acteurs de la vie étudiante ont également vocation à contribuer à la promotion de la santé sur les campus, notamment les mutuelles de santé, mais aussi diverses organisations étudiantes telles que les syndicats et les associations universitaires locales de type bureau des étudiants.

Le rôle des S(I)UMPPS

La mission n'a pas été en mesure d'investiguer en détail l'activité des S(I)UMPPS en matière de lutte contre les IST et sa demande d'audition de la DGESIP est demeurée sans réponse. Les informations parcellaires recueillies suggèrent cependant que les interventions collectives sont insuffisantes dans les établissements d'enseignement supérieur et que les moyens des S(I)UMPPS sont souvent trop limités pour assurer un accompagnement individualisé.

Les missions obligatoires des S(I)UMPS prévoient, au plan individuel, l'organisation d'au moins un examen préventif intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale, à réaliser au cours des trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur ; au plan collectif, la mission des S(I)UMPPS est d'impulser et de coordonner des programmes de prévention et d'éducation à la santé, en jouant notamment un rôle de relais avec les opérateurs concourant à l'offre de soin de premier recours partenaires. Dans le respect de ces obligations, les universités ou groupement d'université sont pleinement décisionnels concernant l'élaboration d'une politique de santé d'établissement et la dotation des S(I)UMPPS en moyens de fonctionnement.

Au-delà des missions obligatoires de médecine préventive, la loi ouvre la possibilité aux universités qui en feraient le choix de constituer leur S(I)UMPPS en centre de santé, permettant d'offrir un accès facilité et gratuit à des consultations de médecine générale ou spécialisée, de proposer des dépistages, de réaliser des vaccinations. Certains S(I)UMPPS, notamment ceux dont dépend un large nombre d'étudiants, ont opéré ce choix.

Faute de moyens et d'un soutien suffisant des établissements universitaires, les S(I)UMPPS ne sont généralement pas en mesure de mettre en œuvre une démarche véritablement active « d'aller vers »

²¹ Enquête santé emeVia 2015.

²² Sénat, Groupe de travail sur la sécurité sociale et la santé des étudiants, Rapport d'information n° 221 (2012-2013), décembre 2012 ; Cour des comptes, La sécurité sociale des étudiants, *in* Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013

²³ Selon une enquête sur les conditions de vie des étudiants réalisée en 2013 par l'Observatoire de la vie étudiante, 27,2% des étudiants ont renoncé à consulter un médecin, dont près de la moitié pour des raisons financières.

l'ensemble de la communauté étudiante et demeurent mal identifiés par une partie des étudiants qui méconnaissent leurs missions et les services, au demeurant limités, qu'ils proposent. L'insuffisante coordination entre cette offre de santé universitaire et les services sociaux proposés dans le cadre des Centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) contribue à cette désaffection. La coordination d'actions avec les autres acteurs mutualistes et/ou associatifs apparaît très inégale.

Le rôle des autres acteurs

Les mutuelles comme les organisations étudiantes s'avèrent inégalement investies selon les établissements dans des actions collectives de promotion de la santé dans le domaine de la santé sexuelle et de la prévention des IST. Relevant essentiellement d'une prévention réalisée par des pairs, les actions entreprises, en dépit d'une bonne volonté et d'un engagement certains des personnes qui les portent, se limitent encore trop souvent à la diffusion de messages de prévention très génériques, dont la portée effective peut être mise en doute.

Certaines organisations conduisent néanmoins une réflexion, le cas échéant en partenariat avec des acteurs institutionnels ou associatifs spécialisés, pour mieux prendre en compte la diversité des publics, des sexualités, des contextes sociaux d'exposition aux risques, et adapter en conséquence leurs modes d'intervention, notamment en contexte festif. Ces approches plus ajustées aux réalités des situations à risque demeurent cependant peu fréquentes.

1.3. Concernant l'accès aux préservatifs dans les établissements scolaires, de l'enseignement supérieur et de formation professionnelle

Les collèges

La mise à disposition de préservatifs dans les collèges est en pratique laissée à l'appréciation de personnels infirmiers de l'Éducation nationale. Elle apparaît beaucoup plus aléatoire, et en tout cas limitée à une distribution sur demande de l'élève. L'absence de positionnement de l'institution et l'absence de discussions sur cette question aux différents échelons est préoccupante au regard de la proportion non négligeable d'élèves qui entrent dans la sexualité au cours de leur scolarité au collège (Données HBSC 2014 : 18,2% des élèves de troisième déclarent avoir des relations sexuelles et, parmi eux, l'usage du préservatif est en recul puisque la proportion de collégiens sexuellement actifs déclarant utiliser un préservatif est passée de 85,4% en 2010 à 78,5% en 2014²⁴).

Les lycées

Accès par distributeurs. La réglementation prévoit depuis 2006 l'équipement en distributeurs de préservatifs masculins dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels. Les observations recueillies signalent cependant que l'implantation de ces distributeurs dans des lieux parfois peu pertinents peut constituer un frein majeur à leur utilisation par les élèves. D'autre part, ces équipements ne sont pas toujours opérationnels en raison de difficultés d'approvisionnement et de maintenance. Le coût du préservatif est variable, ce qui peut également représenter un obstacle.

Accès en infirmerie. Par contraste avec la réglementation relative aux distributeurs dans les lycées, la mise à disposition de préservatifs dans les infirmeries des établissements scolaires ne fait pas l'objet de dispositions réglementaires précises. Diverses circulaires se bornent à indiquer que celle-ci « doit être poursuivie ». En pratique, la disponibilité de préservatifs masculins et éventuellement féminins gratuits auprès des infirmeries scolaires est largement assurée dans les lycées d'enseignement général, technologique et professionnel. Cependant, les modalités de mise à disposition apparaissent très variables (en libre disposition à l'entrée de l'infirmerie / dans le bureau de l'infirmière / proposé à l'initiative de l'infirmière / uniquement sur demande de l'élève à l'infirmière). S'il peut être légitime de tenir compte des situations d'établissement, les choix opérés ont un fort impact sur l'accessibilité effective pour les élèves et n'apparaissent pas toujours étayés. Par ailleurs, des difficultés pour les infirmeries scolaires à se procurer des préservatifs sont signalées par certains personnels de santé de l'Éducation nationale.

Les universités

La situation dans les établissements universitaires n'a pu être évaluée en l'absence de réponse de la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) aux demandes d'information du CNS. Des informations recueillies en 2013 dans le cadre d'une autre mission faisaient néanmoins état d'une offre lacunaire en matière d'opportunités pour les étudiants de se procurer des préservatifs sur les sites universitaires.

²⁴ Ehlinger V., Maillochon F., Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité.* Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 5 p.

2. Mise en œuvre dans l'enseignement privé sous contrat

La scolarisation dans un établissement d'enseignement privé concernait en 2012 un peu plus de deux millions d'élèves, représentant globalement 13% des effectifs du premier degré et 21% de ceux du second degré. La part de l'enseignement privé varie cependant fortement selon les territoires. Sur l'ensemble des élèves scolarisés dans l'enseignement privé, 98% fréquentent un établissement sous contrat avec l'Etat.

Les établissements d'enseignement catholique scolarisent plus de 97% des effectifs de l'enseignement privé, au sein d'un réseau de plus de 7 500 établissements sous contrat, dont 2 700 collèges et lycées.

Selon différentes sources, l'enseignement privé juif scolariserait pour sa part de l'ordre de 30 000 élèves, soit un peu plus de 1% des effectifs de l'enseignement privé, dans environ 300 établissements du premier et du second degré, dont 130 sous contrat avec l'Etat. L'évaluation des actions entreprises au sein de ces établissements dans le cadre de l'éducation à la sexualité est rendue difficile par l'absence d'une autorité pédagogique unique commune aux établissements d'enseignement juif sur le plan national ou régional. Des responsables de réseaux d'établissements ont été sollicités mais n'ont pas donné suite.

L'enseignement privé affilié aux autres confessions concerne un nombre très limité d'établissements et d'élèves. Bien qu'en développement dans la période récente, l'enseignement privé musulman demeure en effet très marginal. Il ne compte actuellement qu'une école primaire et deux collèges et lycées sous contrat, auxquels s'ajouteraient environ 35 établissements exerçant hors contrat, essentiellement du premier degré, pour un effectif total inférieur à 5 000 élèves. La part de l'enseignement privé protestant est également très marginale, accueillant dans le second degré moins de 3000 élèves dans trois établissements sous contrat. Enfin, divers établissements d'enseignement privé non-confessionnel, sous contrat ou non, concerneraient un effectif total de l'ordre de 30 000 élèves. Leur caractère très hétérogène ne permet cependant pas une approche d'ensemble.

Compte tenu de sa part prépondérante, et de l'absence d'information concernant les autres enseignements privés sous contrat, la mission a limité ses investigations à l'enseignement catholique.

2.1. Implication de la contractualisation avec l'Etat pour l'éducation à la sexualité

La majorité des établissements privés, et en particulier la quasi-totalité des établissements du réseau de l'enseignement catholique, a opéré le choix de contracter avec l'Etat. Cette contractualisation permet aux établissements de bénéficier d'un financement public conséquent, mais implique également des obligations très proches de celles en vigueur dans l'enseignement public. Celles-ci comprennent notamment l'obligation d'accueillir tous les enfants sans distinction d'origine, d'opinion ou de croyances, et de dispenser un enseignement garantissant le respect total de la liberté de conscience. Les établissements privés sous contrat sont également tenus de dispenser leur enseignement conformément aux règles et programmes en vigueur dans l'enseignement public.

À cet égard, les dispositions relatives à l'éducation à la sexualité s'appliquent aux établissements privés sous contrat dans les mêmes conditions que dans l'enseignement public. Néanmoins, la mise en œuvre des actions d'éducation à la sexualité relève de la vie scolaire de l'établissement, domaine dans lequel les établissements privés disposent de la liberté de développer leur caractère propre en termes de promotion de valeurs morales et d'affirmation d'une identité culturelle, professionnelle et/ou spirituelle spécifique.

2.2. Pilotage et mise en œuvre des actions d'éducation à la sexualité dans les établissements catholiques d'enseignement privés sous contrat

L'enseignement catholique sous contrat est représenté dans son ensemble, et notamment auprès des pouvoirs publics, par le Secrétariat général de l'enseignement catholique (SGEC), organe de la Conférence des évêques de France. Au plan territorial, le réseau est organisé à l'échelon des diocèses, dotés chacun d'une direction diocésaine de l'enseignement placée sous l'autorité de l'évêque, qui en nomme le directeur. Le SGEC a essentiellement des fonctions d'animation, de coordination et d'appui au sein du réseau. Il n'exerce pas de tutelle hiérarchique sur les directions diocésaines ni sur les établissements, qui en tout état de cause sont autonomes. Environ un tiers des établissements dépend de congrégations ; la nomination des chefs d'établissements dépend dans ce cas directement de celles-ci. Elle relève de la direction diocésaine pour les autres établissements.

Compte tenu de cette gouvernance, les orientations portées par le SGEC en matière d'éducation à la sexualité ont valeur de recommandations aux directions diocésaines, aux congrégations et aux établissements, mais ne constituent pas des directives et ne peuvent leur être imposées.

Ces orientations représentent néanmoins la position de la Conférence des évêques de France, développée dans un texte de référence adopté en 2010²⁵. Ce document précise les objectifs et la place de l'éducation à la vie affective et sexuelle au sein du projet éducatif global de l'enseignement catholique, en référence à ses fondements philosophiques et spirituels. Il fixe en second lieu les principes d'organisation et les modalités de mise en œuvre opérationnelle au sein des établissements des actions, selon la terminologie retenue, d'« éducation affective, relationnelle et sexuelle » (EARS).

Les principes d'organisation et les modalités concrètes de réalisation des actions promues par le SGEC apparaissent largement similaires à ceux qui prévalent dans l'enseignement public : volonté de s'appuyer sur le dispositif des CESC pour impulser des dynamiques de projet au sein des établissements, combinaison de ressources internes et d'intervention de partenaires extérieurs, techniques d'animation des séances privilégiant la parole et le questionnement des jeunes.

La mise œuvre des actions d'EARS dans le réseau des établissements d'enseignement catholique ne fait pas l'objet d'un système organisé de remontées des données auprès du SGEC, de sorte qu'il n'est pas possible de disposer d'une évaluation quantitative ni qualitative de la réalisation des actions, ce qui est à déplorer. Le SGEC estime cependant que celle-ci est très inégale au sein du réseau, selon les établissements, dont la culture, le rapport à la dimension confessionnelle et les publics accueillis varient considérablement. Les sollicitations de la mission auprès de deux directions diocésaines, afin d'investiguer à un échelon local, sont restées sans réponse en dépit de relances.

Les freins au développement de l'EARS identifiés par le SGEC apparaissent, pour une large part, similaires à ceux rencontrés dans l'enseignement public. Cela concerne notamment le manque de formation des personnels, d'autant que les établissements privés ne disposent généralement pas de personnels de santé, à la différence du secteur public, dans lequel ceux-ci assument une part primordiale des actions d'éducation à la sexualité. Cela concerne également des difficultés à mobiliser les CESC, et plus généralement à vaincre les réticences que suscite l'abord de la sexualité dans le cadre éducatif. Le SGEC déclare que celles-ci émanent au moins autant, sinon davantage, des personnels des établissements que des parents d'élèves. Dans leur majorité, sous réserve d'être correctement informés, les parents d'élèves se montreraient favorables aux actions d'EARS, et dans certains cas explicitement demandeurs. Une minorité de familles, au nom de convictions morales et religieuses strictes, quelle que soit d'ailleurs la confession concernée, s'opposerait au principe même d'aborder l'EARS dans le cadre scolaire.

Pour renforcer l'EARS et structurer davantage sa mise en œuvre au sein du réseau, le SGEC indique inciter les directions diocésaines à se doter d'un référent EARS, dont le rôle est d'animer le réseau des établissements du diocèse, de les sensibiliser aux enjeux de l'EARS, d'apporter un appui méthodologique et logistique aux équipes éducatives, notamment en termes de formation, de montage d'action et de recherche de partenaires extérieurs, et, enfin, de favoriser les échanges et la mutualisation des expériences et des outils. Plus des deux tiers des directions diocésaines se seraient aujourd'hui dotées d'un référent.

Le SGEC exprime également la volonté de promouvoir :

- Le renforcement de l'implication des parents, notamment par l'organisation de réunions en amont des interventions d'EARS, pour en présenter les objectifs et les modalités, mais également en aval des interventions, afin de restituer les questionnements exprimés (de façon anonyme) par les élèves et les réponses qui leur ont été apportées.
- Le développement de l'EARS dans une logique de parcours sur l'ensemble de la scolarité, à travers un programme d'offre de formation progressive des personnels, engagé depuis un an en direction des enseignants de grande section de maternelle, et prévu pour être déployé niveau par niveau au fil des années jusqu'à la classe de terminale.

La mission ne dispose cependant d'aucun élément d'appréciation de l'impact réel de ces efforts sur le terrain.

Marquant des limites par rapport l'esprit des politiques publiques en matière d'éducation à la sexualité et de lutte contre les IST, la mission note, et déplore, l'absence générale de dispositif organisé d'accès au préservatif au sein des établissements, de même que le fait que la distribution de préservatifs dans le cadre des actions d'EARS demeure, sauf exception, jugée inopportune. La mission relève également que le SGEC exprime des réserves importantes sur les matériels d'information édités par Santé publique France (brochures, site onsexprime.fr), et que ceux-ci ne sont en conséquence généralement ni distribués ni promus dans les établissements.

²⁵ Secrétariat général de l'enseignement catholique, *L'éducation affective, relationnelle et sexuelle dans les établissements catholiques d'enseignement*, texte promulgué par la Commission permanente le 16 avril 2010, in : Enseignement catholique Actualités, hors-série, mai 2010.

C) Cadre et mise en œuvre dans le système de santé

Dans le contexte global, évoqué précédemment, de redéfinition des politiques de lutte contre les IST au sein d'une stratégie nationale de santé sexuelle, plusieurs évolutions sont intervenues au cours des dernières années concernant tant la réglementation que l'organisation de l'offre de prévention et de soins.

Un ensemble de décisions des autorités compétentes et des adaptations successives du cadre réglementaire ont permis la diversification des outils et dispositifs de prévention, de dépistage et de prise en charge VIH (TROD, autotests, « Treatment as Prevention » (TasP), prophylaxie pré-exposition (PrEP), traitement post-exposition (TPE)) et du VHC (nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD), TROD). Des innovations sont attendues concernant le dépistage des autres IST (TROD).

La création des CeGIDD représente une étape clé dans la modernisation de l'offre publique de prévention, de dépistage et de prise en charge des IST et son adaptation aux stratégies et outils innovants.

La création de l'Agence nationale de santé publique, Santé publique France, procède également de la volonté de réunir, au profit d'une réponse globale et intégrée de santé publique, les capacités d'expertise et d'intervention en matière de surveillance épidémiologique et de conception et de mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé et de prévention des risques.

Diverses autres dispositions de la loi de modernisation du système de santé, ainsi que la signature d'une nouvelle convention médicale avec l'assurance maladie, posent un cadre de réorganisation de l'offre de soins primaires, susceptible d'être mis à profit pour améliorer le dépistage et la prise en charge des IST.

1. Offre de médecine libérale

L'activité des médecins généralistes dans la prévention et la prise en charge des IST, y compris chez les jeunes, est difficile à quantifier ; un faisceau de données, certaines indirectes, suggère néanmoins l'importance de cette activité à côté de celle déployée par les opérateurs publics.

Un grand nombre d'exams de dépistage ou de diagnostic des IST chez les jeunes (15-29 ans) sont remboursés par l'Assurance maladie²⁶ (donc réalisés dans le cadre de la médecine libérale) en France métropolitaine :

- 1 291 000 sérologies VIH en 2015, dont 170 000 chez les adolescents (15 à 19 ans) ; les ¾ des sérologies VIH sont réalisées par les laboratoires de ville.
- 933 000 recherches d'antigène HBs en 2014, dont 127 000 chez les adolescents ; parallèlement, les CDAG ont réalisé environ 100 000 recherches d'antigène HBs.
- 783 000 sérologies de la syphilis dont 76.000 chez les adolescents et 483 000 recherches de chlamydia, dont 60 000 chez les adolescents.

Certains de ces examens sont pratiqués de façon systématique dans les bilans de grossesse, mais ils représentent probablement une minorité ; ainsi, on relevait 349 000 accouchements chez les femmes âgées de 15 à 29 ans en 2013, dont 14 100 chez des adolescentes.

44% des gonococcies rapportées chez les jeunes en 2014 par le réseau de surveillance RENAGO de Santé Publique France (un réseau majoritairement orienté vers la médecine de ville), ont été diagnostiquées en médecine de ville.

Enfin, les médecins généralistes déclarent jouer un rôle essentiel dans la vaccination des adolescents, effectuée avant tout dans des circonstances d'opportunité (par exemple les certificats d'aptitude au sport). L'extension à l'enfant du principe de déclaration d'un médecin traitant peut contribuer à renforcer le suivi vaccinal du grand enfant et de l'adolescent.

En contraste avec l'importance de cette activité, les médecins généralistes estiment ne bénéficier ni d'une coordination territoriale, ni d'une incitation susceptibles de faciliter et de promouvoir leur mission de lutte contre les IST chez les jeunes et, plus généralement, d'éducation à la sexualité.

- Au niveau de la coordination territoriale, le fonctionnement des médecins généralistes en réseau semble, jusqu'à présent, peu fréquent dans le domaine de la lutte contre les IST chez les jeunes, en l'absence de portage institutionnel par les ARS. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est susceptible de faciliter cette organisation. En effet, la loi permet aux ARS d'accompagner, voire d'inciter, la constitution d'équipes de soins primaires et leur regroupement au sein de communautés professionnelles de santé, sur la base d'un projet de santé pouvant donner lieu à un contrat territorial de santé et à un financement par des crédits du fonds d'intervention régional.

²⁶ Données fournies par Claude Gissot, directeur de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAMTS, le 5 octobre 2016.

- Au niveau de la valorisation de l'activité de prévention, la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 n'intègre pas la prévention des IST chez les jeunes comme un enjeu de santé publique valorisable par les médecins généralistes. Si l'engagement dans les programmes de prévention est clairement exprimé, les programmes en cours mentionnés dans la convention et concernant la prévention des pathologies infectieuses se limitent aux vaccinations antigrippale et Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) (article 21). Parmi les nouveaux programmes décrits à l'article 22, l'accès à la contraception des mineures d'au moins 15 ans est mentionné, mais sans que cette mesure soit intégrée dans une approche globale de santé sexuelle, étendue aux garçons et également déclinée en direction de la prévention des IST (y compris les vaccinations [HPV et rattrapage VHB] et les éventuels dépistages d'IST chez les mineurs ayant une activité sexuelle [notamment VIH, et chlamydia chez les jeunes filles]). Il n'existe donc pas aujourd'hui d'indicateurs conventionnels concernant la santé sexuelle et la prévention des IST chez les jeunes, permettant de valoriser cette activité sous la forme de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

2. Offre publique de santé

2.1. Structures clés pour la prévention, le dépistage et/ou la prise en charge des IST

Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)

Les missions confiées aux CeGIDD combinent celles des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) dont ils sont issus. Toutefois, les CeGIDD se sont vus confier des missions complémentaires (article 47 de la LFSS 2015), concernant un élargissement de la mission de vaccinations, l'éducation à la sexualité, la prévention des grossesses non désirées, l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse, ainsi que la détection, la prévention et l'orientation dans le domaine des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et dans celui des troubles et dysfonctions sexuels. Or, les CeGIDD ne disposent en général pas de moyens complémentaires spécifiques à ces nouvelles missions, ce qui les met en difficulté pour jouer le rôle central attendu dans la santé sexuelle. Ceci conduit certains établissements à renoncer à la mise en œuvre de leurs nouvelles missions, alors que d'autres sont confrontés à des dysfonctionnements tels que l'allongement de l'attente et des délais de prise en charge, ou le renoncement à plusieurs missions autrefois exercées auprès des jeunes dans le cadre des CDAG-CIDDIST.

Les stratégies d'implantation des CeGIDD adoptées par les ARS apparaissent par ailleurs très variables selon les régions, et pas systématiquement appuyées sur un diagnostic des besoins territoriaux.

Enfin, la restriction à l'accès à la prévention et au dépistage du VIH des personnes mineures s'opposant au recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale crée un frein au dépistage : en effet, la dérogation au consentement par le médecin impose que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix (arrêté du 1er juillet 2015). Cette restriction complexifie l'accès au dépistage des mineurs, soit qu'elle conduise certains mineurs à renoncer à la consultation, soit que certains CeGIDD refusent d'accueillir les mineurs non accompagnés. Elle apparaît en outre peu cohérente dans la mesure où cet accompagnement n'est pas requis dans le cadre des activités de prévention et de dépistage des IST offertes aux mineurs de façon anonyme et gratuite dans les CPEF.

Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)

Les CPEF jouent un rôle très important dans l'accueil des jeunes. Toutefois leur gestion dans le cadre de la Protection maternelle et infantile (PMI), ne permet pas d'identifier leurs missions en santé sexuelle de façon autonome.

Au-delà de ce constat global, de fortes disparités sont constatées sur le territoire, entre départements d'une même région et souvent au sein même d'un département.

D'une part, l'attention et le soutien portés aux missions en santé sexuelle des CPEF diffèrent considérablement selon les conseils départementaux. Un désengagement financier de certains conseils départementaux est d'ailleurs observé, remettant en cause le rôle des CPEF dans le dépistage et le traitement des IST auprès des jeunes, en particulier les infections à chlamydia chez les filles.

D'autre part, l'organisation de l'offre s'avère très différente selon les départements. Certains disposent de leurs propres CPEF, intégrés à des services départementaux de santé ; d'autres délèguent ces missions à différents opérateurs associatifs implantés sur leur territoire, certains locaux, d'autres affiliés à des réseaux fédérés au plan national ; certains départements, enfin, s'appuient sur un système mixte. Si certains CPEF jouent un rôle pilote en assurant une offre globale de services (VIH, IST, contraception, violences), ces différents opérateurs apparaissent à la fois inégalement impliqués dans les missions de santé sexuelle et inégalement soutenus pour les assurer.

Structures de prise en charge des addictions

Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques liés à l'Usage de Drogue (CAARUD) et Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Les CAARUD reçoivent des usagers qui ne sont pas engagés dans l'arrêt de leur consommation. Ils les aident à diminuer les risques de contamination (hépatites, VIH) et d'infection (abcès, plaies). Les équipes sont composées d'infirmiers et d'éducateurs qui dispensent des « petits soins » (désinfection des plaies par exemple) et distribuent du matériel de réduction des risques (seringues stériles, filtres, préservatifs, paille de sniff, etc.). Ils proposent un accès à des douches, à des lave-linge, à des services sociaux. Des consultations médicales ou sociales sont mises en place dans certains CAARUD.

Les équipes des CSAPA, présentes dans tous les départements, permettent d'accueillir et d'évaluer les différentes problématiques des addictions. Elles proposent, de façon confidentielle et gratuite, un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution (pour les personnes dépendantes aux opiacés). Grâce à la pluridisciplinarité des personnels, la personne bénéficie d'une prise en charge globale, à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale.

Les publics cibles des CAARUD et des CSAPA sont le plus souvent des adultes, souvent en situation de grande précarité. Si les questions de santé sexuelle ne relèvent pas explicitement des missions de ces centres, elles sont abordées tant lors des entretiens médicaux que dans le cadre des différentes actions de réduction des risques que les CSAPA ont aussi mission d'assurer. Cependant, les équipes des CSAPA et des CAARUD sont inégalement formées aux questions de santé sexuelle. Il n'y a en outre pas d'encouragement général à développer des liens avec les structures type CeGIDD ou CPEF.

Consultations Jeunes Consommateurs

Elles ont spécifiquement pour cible le public « jeune », y compris mineur. Les intervenants exerçant dans le cadre de ces structures, dont le statut et les moyens restent très fragiles, ne sont pas systématiquement sensibilisés aux enjeux de l'éducation à la sexualité, de la prévention des IST et des prises de risques sexuels sous produits psychoactifs. Ils sont aussi rarement en lien avec les professionnels spécialisés sur ces questions dans leur territoire d'action, sauf quand les permanences se tiennent dans des maisons des adolescents ou autres plates-formes territoriales.

Les intervenants des CJC et ceux de la réduction des risques en milieu festif sont confrontés régulièrement aux questions de risque sexuel, avec des formations plus ou moins adaptées pour aborder les prises de risque sous produits, ou les pratiques sexuelles contre avantages (« michetonnage »).

De façon générale, les acteurs de la réduction des risques montrent une implication inégale sur les prises de risques sexuels sous produits psychoactifs (« Chemsex »).

Partenariats

On observe un développement progressif, mais encore inégal des partenariats d'une part entre ces structures, et d'autre part entre elles et les autres acteurs tels que les associations communautaires, la médecine générale, les pharmaciens, etc.

2.2. Structures et dispositifs ayant pour mission de faciliter l'insertion des jeunes et leur accès aux droits sociaux, à la prévention et au soin

De nombreux dispositifs et structures en faveur des jeunes, relevant de divers secteurs des politiques sanitaires et sociales de l'Etat, ont pour mission d'accueillir, écouter, informer, orienter, accompagner et le cas échéant de prendre en charge les jeunes confrontés à différentes problématiques de santé physique et mentale, de relations familiales et sociales, de scolarité ou de formation professionnelle, d'insertions sociale et économique.

Ces dispositifs et structures, sauf exception, ne se positionnent pas spécifiquement dans le champ de la santé sexuelle ou de la prévention des IST et ne sont pas fréquentés par les jeunes pour ces motifs. Néanmoins, au-delà de leurs missions principales respectives, ils intègrent à des degrés divers des missions de promotion de la santé auprès des publics qu'ils accueillent, ainsi que de détection et de prévention des conduites à risques dans le cadre de l'accompagnement individualisé. Ils représentent donc potentiellement une opportunité d'atteindre, de repérer et d'orienter, en matière de santé sexuelle et de prévention des IST, des jeunes dont les facteurs de vulnérabilité sont associés à des risques majorés d'exposition. L'investissement et les capacités de ces dispositifs et structures dans ce domaine apparaissent très inégaux.

Espaces santé jeunes, Maisons des adolescents, Points d'accueil écoute jeunes

Ces trois types de structures, bien que différentes par leur histoire, leur développement et leur implantation sur le territoire, ont des missions très proches et concourent à une offre locale d'accueil, d'écoute, de prévention et d'orientation pour les adolescents et/ou les jeunes adultes, mais également pour leurs parents.

Ces structures offrent également un appui aux professionnels qui travaillent avec un public jeune. Reposant sur des équipes pluridisciplinaires, elles visent à permettre aux jeunes de trouver dans un lieu unique des réponses à l'ensemble des problématiques de l'adolescence. Certaines de ces structures accueillent pour des permanences les professionnels de la mission de Consultation jeunes consommateurs.

Parmi ces structures, les Espaces santé jeunes (ESJ), présents dans certains territoires uniquement, positionnent principalement leur activité autour de la promotion de la santé globale, avec une attention historiquement forte à la dimension de la sexualité et des risques du VIH et des IST. Les questions relatives à la sexualité, à la contraception et à la prévention des risques sexuels représentent le 4^e motif de consultation le plus fréquemment évoqué par les jeunes consultant un ESJ.

Les Maisons des adolescents, implantées dans une soixantaine de départements, constituent un réseau développé plus récemment et qui bénéficie actuellement d'un fort soutien institutionnel. Leur positionnement est fortement axé sur la santé mentale et la prise en charge des vulnérabilités psychologiques. Leur activité dans le champ de la santé sexuelle et de la prévention des IST paraît inégale et globalement peu priorisée.

Le réseau des points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) et des point d'écoutes parents-adolescents (PEPA) s'inscrit également dans une démarche de prévention globale, avec une approche plus particulièrement centrée sur la médiation sociale et familiale. La prise en compte des questions de sexualité et des risques liés à la sexualité est variable d'une structure locale à l'autre.

Réseau des structures labellisées Information Jeunesse

Le réseau Information Jeunesse, formé de centres régionaux ou départementaux (CRIJ, CIJ) et localement de bureaux et points Information Jeunesse (BIJ, PIJ), regroupe plus de 1 500 structures labellisées par le ministère en charge de la jeunesse. Il constitue un réseau de proximité, au plus près des lieux de vie des jeunes. Il a pour mission de permettre à tous les jeunes de trouver des réponses à leurs demandes d'informations sur l'ensemble des sujets qui les intéressent ou les concernent, aussi bien en matière d'orientation professionnelle et scolaire que de vie quotidienne, dont les questions relatives à leur santé, à la sexualité et à la contraception. L'accueil est gratuit, anonyme, personnalisé et adapté à la demande, allant de la mise à disposition d'une documentation à l'entretien avec conseil et aide aux démarches.

La densité du réseau des structures labellisées Information Jeunes en fait un vecteur potentiellement intéressant pour la diffusion en population générale jeune d'informations sur la santé sexuelle et la prévention des IST ; la possibilité d'entretiens individualisés avec un professionnel constitue une opportunité de repérage des situations à risque et d'orientation vers des structures partenaires spécialisées.

La mission n'a cependant pas été en mesure de conduire les investigations nécessaires à porter une appréciation globale sur l'activité effective des structures Information Jeunes en matière de promotion de la prévention des IST, sur la disponibilité et la qualité de l'information délivrée ou encore sur la capacité des professionnels à aborder avec les jeunes les questions de sexualité au cours des entretiens, à les conseiller et le cas échéant les orienter vers un réseau de partenaires de proximité pertinent.

Missions locales

Environ 450 Missions locales réparties sur l'ensemble du territoire accompagnent chaque année plus d'un million de jeunes de 16 à 25 ans en difficultés d'insertion professionnelle et sociale. Différentes données mettent en évidence des vulnérabilités particulières de ce public en matière de santé en général, et de risques liés à la sexualité en particulier. Les Missions locales représentent à cet égard des lieux stratégiques pour atteindre, repérer et accompagner des jeunes à la fois particulièrement exposés aux risques d'IST et généralement éloignés des dispositifs d'offre de prévention et de prise en charge médicale.

L'attention aux problématiques de santé des jeunes est l'une des missions assignées aux Missions locales²⁷, qui ont vocation à développer une approche globale prenant en compte les freins à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes dans tous les domaines : emploi, formation, orientation, mobilité, logement, santé, accès à la culture et aux loisirs. Une *Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle*, signée en 2006 entre le Conseil national des Missions locales et les ministres respectivement en charge de l'emploi, de la cohésion sociale, du logement, de la santé et de la solidarité, a précisé un ensemble d'objectifs stratégiques en cohérence avec les politiques nationales et de principes de déclinaison à travers des programmes d'action dans le cadre des politiques régionales de santé. Ce document mettait notamment en exergue la nécessité de prendre en compte les déterminants de santé et les difficultés rencontrées par les jeunes à l'échelle du territoire concerné, et d'un travail en réseau avec les acteurs locaux pour y apporter une réponse adaptée. Il soulignait également, au regard de la transversalité des enjeux, l'importance pour les Missions locales d'être dotées d'un référent santé, et, au plan régional, de disposer d'un coordonnateur.

²⁷ Code du travail, article L5314-2.

Le CNS a pu constater que la charte a contribué, bien que de façon inégale sur le territoire, à créer une certaine dynamique dans le réseau des Missions locales en faveur d'une prise en compte accrue et davantage structurée des enjeux de santé, en particulier dans le domaine la santé mentale ou de la nutrition. Deux régions se sont dotées d'animatrices de santé régionales. Une programmation pluriannuelle d'actions collectives d'éducation à la santé, incluant la santé sexuelle et la prévention du VIH et des IST a par exemple été mise en place dans l'ancienne région Nord-Pas de Calais, dans la période 2007-2013. Ces actions, réalisées en partenariat avec le Planning Familial, ont bénéficié du soutien du Conseil régional et de l'ARS.

Ces exemples de portage régional affirmé demeurent cependant isolés et la dynamique amorcée paraît depuis s'être essoufflée. La mobilisation des Missions locales sur des thématiques de santé demeure ainsi disparate. La dimension de la santé sexuelle demeure globalement trop rarement abordée. Certaines Missions locales conduisent néanmoins des projets mais ceux-ci ne bénéficient pas d'un soutien institutionnel suffisant et reposent avant tout sur le volontarisme des équipes ; les réalisations restent peu mutualisées au sein du réseau. Des Missions locales identifient également des besoins de formation et construisent en réponse des partenariats afin de mieux sensibiliser et outiller leurs équipes pour le repérage et le traitement des situations problématiques liées aux inégalités de genre, à l'orientation sexuelle et aux risques sexuels.

Un obstacle structurel au développement des actions en matière de santé tient aux conditions de leur pilotage et de leur financement telles que définies actuellement dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs (CPO) entre l'Etat et les Missions locales pour la période 2015-18.²⁸ Bien qu'affirmant l'objectif de « repenser la contractualisation avec les Missions locales en prenant en compte l'offre d'accompagnement dans sa globalité », la convention définit des indicateurs d'activité, de résultats et de performance essentiellement quantitatifs et axés sur l'accès à la formation et à l'emploi. Ceux-ci ne permettent pas de mesurer ni de valoriser l'action des Missions locales en matière d'accompagnement individuel et d'actions collectives d'éducation à la santé.

Cette absence de prise en compte dans les mécanismes de financement rend particulièrement difficile pour les structures de développer, voire de simplement maintenir une activité en faveur de la santé, d'autant plus que celle-ci est à la fois chronophage et exigeante en termes de qualité et de formation des professionnels. Ces difficultés sont encore renforcées dans un contexte de réduction sensible des crédits alloués tant par l'Etat que par les collectivités territoriales, qui risque aujourd'hui de contraindre de nombreuses structures à limiter leur activité à leur cœur de mission formation/emploi et à réduire leurs effectifs. Des difficultés à maintenir des postes de psychologues-cliniciens sont ainsi signalées.

Des professionnels des Missions locales estiment ainsi que l'abord des questions de santé, au-delà du traitement du volet administratif concernant l'ouverture de droits, se limite aujourd'hui le plus souvent à un travail de mise en relation avec des partenaires extérieurs, mais n'offre pas un véritable accompagnement. L'orientation vers un centre d'examen de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) pour la réalisation d'un bilan de santé, bien qu'elle constitue une étape importante et permette notamment la réalisation de dépistages, ne suffit pas en elle-même à construire un parcours en santé et améliorer l'autonomie des jeunes si elle ne s'inscrit pas dans un travail permettant en amont au jeune de comprendre et de s'approprier les enjeux de la démarche, et en aval de savoir que faire des résultats et comment agir dans la durée au profit de sa santé.

La généralisation à l'ensemble du territoire du dispositif européen de Garantie Jeunes constitue dans son principe l'opportunité de mettre en œuvre un suivi renforcé, y compris concernant la dimension de la santé, au bénéfice des jeunes les plus précaires accueillis par les Missions locales. De nombreuses interrogations subsistent néanmoins à ce stade, compte tenu du contexte difficile décrit précédemment, sur les moyens alloués à ce nouveau dispositif et la capacité réelle des structures à mettre en œuvre un accompagnement à la hauteur des besoins identifiés en matière de santé sexuelle.

2.3. Services spécifiques pour les jeunes sous main de justice

La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) est investie d'une mission d'éducation et d'une mission d'insertion des jeunes mineurs dont elle a la charge. Les services de la PJJ mettent en œuvre les décisions prises par les juges des enfants, qu'elles soient motivées par un objectif de protection et/ou d'assistance d'un mineur en danger, ou par l'application de sanctions (éducative ou pénale). Le travail de la protection judiciaire auprès des mineurs sous main de justice repose sur une démarche éducative visant à favoriser leur insertion sociale et professionnelle et à les aider à construire un projet de vie. D'après les données fournies par la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ), la PJJ a sous sa responsabilité 150 000 jeunes, dont 90% bénéficient d'un accompagnement en milieu ouvert, alors que seulement 5% sont placés dans des centres éducatifs et 1% est incarcéré en milieu pénitentiaire. La durée moyenne de prise en

²⁸ Instruction n°DGEFP/MIP/2015/367 du 17 décembre 2015 relative à la mise en œuvre de la convention pluriannuelle d'objectifs (CPO) entre l'Etat et les Missions locales pour la période 2015-2018.

charge des jeunes mineurs est variable, et s'échelonne en général de 6 à 12 mois. L'action éducative de la PJJ dépend de la durée d'application requise des mesures, qui ont toujours vocation à être ponctuelles. Elles peuvent être de très court terme (2 à 3 mois), ou *a contrario*, plus étalées dans le temps (jusqu'à 2 ans). Si nécessaire, l'accompagnement peut être poursuivi, pour un temps limité, au-delà du terme de la mesure, y compris pour un jeune devenu majeur.

Le plan « PJJ promotrice de santé 2013-2016 » est destiné à l'ensemble des professionnels de la PJJ et met au cœur des services de la PJJ les initiatives en santé. L'objectif promu est « d'améliorer la santé globale des jeunes [...] en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge, dans une approche de promotion de la santé ». Sous cette perspective, la santé est considérée comme un facteur, parmi d'autres, de réussite de la prise en charge éducative. Pour cela, la formation continue de l'École nationale de Protection Judiciaire de la Jeunesse (ENPJJ) propose, sur la base du volontariat, des modules de formation des éducateurs sur les problématiques de santé, notamment de santé sexuelle. Ces formations visent à fournir les outils de compréhension et de mise en œuvre d'une définition extensive de la santé par l'ensemble des acteurs. C'est également l'occasion d'améliorer les connaissances des éducateurs sur les questions de santé sexuelle, de développer leur aisance à communiquer sur ces sujets et à orienter les entretiens réalisés avec les jeunes dont ils ont la charge sur le thème de la sexualité, en l'abordant à travers le prisme de la prise de risque, des addictions, du consentement ou de tout autre sujet qui peut s'y prêter en fonction de la situation du jeune mineur concerné.

Bien que la promotion de la santé ne soit pas la priorité de l'action éducative des éducateurs judiciaires et sociaux, elle est néanmoins souvent évoquée lors des entretiens initiaux réalisés avec le jeune. Un enjeu important de l'accompagnement est de faire accéder aux dispositifs de droit commun des mineurs souvent très éloignés des services de santé. L'enquête déclarative menée en septembre 2016 par la DPJJ auprès des 54 Directions Territoriales de la PJJ (DTPJJ) met en évidence que la thématique « promotion de la santé » est très fréquemment identifiée comme un objectif de travail de l'action éducative déployée par les éducateurs. Cette thématique semble cependant moins abordée en milieu pénitentiaire (seuls 45% des répondants indiquent s'y référer) et parfois même totalement occultée (29% des répondants affirment ne jamais l'aborder avec les mineurs détenus). L'action éducative en santé de la PJJ en faveur des mineurs incarcérés se heurte à la réalité des conditions de détention et aux difficultés d'accès effectif aux services de santé au sein des établissements pénitentiaires. La mise en place d'instances de dialogue régulier avec les directions d'établissement, initiée dans certaines DTPJJ, représente une piste d'amélioration.

À ce jour, il n'est pas possible de mesurer quantitativement l'action des éducateurs de la PJJ en matière de prévention des IST ni d'évaluer l'impact de leurs incitations à la prise en charge (par exemple, le nombre de mineurs sous main de justice ayant bénéficié du dépistage, éventuellement suivi d'une prise en charge, de problèmes liés à la santé sexuelle à l'occasion d'un entretien avec leur référent de la PJJ). Lorsque la santé des jeunes est abordée au cours de l'entretien initial, elle donne parfois lieu à un recueil d'information par l'éducateur dans un document intitulé « Recueil d'Information Santé » (RIS) et peut également être l'occasion d'une proposition d'un bilan de santé. En raison d'une insuffisance des personnels de santé au sein de la PJJ (86% des postes sont dédiés à des fonctions éducatives), les bilans de santé sont principalement réalisés dans les centres agréés de la CPAM. La DPJJ fait part de son souhait de développer une convention nationale avec la CNAM ou, le cas échéant, de renforcer ses partenariats avec les diverses CPAM. Par ailleurs, en complément des ressources internes, le recours à des partenaires associatifs est une composante quantitativement et qualitativement essentielle pour la réalisation des actions de promotion de la santé et d'éducation à la sexualité. L'établissement et le renforcement de ces partenariats sont rendus difficiles par un financement éclaté entre de multiples acteurs : la PJJ, les ARS, l'Éducation nationale, certaines collectivités territoriales, la MILDECA, etc. La PJJ joue donc un rôle majeur dans la promotion et l'éducation à la santé des mineurs sous main de justice mais elle déplore l'insuffisance de reconnaissance et de financement de cette activité par les ARS. Une politique de conventionnement entre les DTPJJ et les ARS a cependant été initiée.

3. Offre associative de prévention et de dépistage communautaires

Les associations développant une offre communautaire en matière de santé sexuelle, et notamment d'information, de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST, sont des acteurs essentiels pour atteindre efficacement certains publics minoritaires particulièrement exposés. L'approche communautaire permet de construire une offre ciblée, adaptée aux cultures, aux modes de vie, aux pratiques et aux besoins spécifiques des groupes de personnes concernés, portée par des pairs dans une logique d'auto-support. Elle inscrit les questions de santé dans une démarche globale qui prend en compte l'environnement et les conditions sociales dans lesquelles le groupe évolue, notamment concernant les phénomènes d'exclusion, de stigmatisation, de discrimination ou les difficultés d'accès aux droits et aux services qui peuvent spécifiquement affecter le groupe.

Le paysage des associations impliquées dans des actions de type communautaire est complexe et multiple à la fois en raison de la diversité des publics et des éléments qui « font communauté », et de la diversité des

organisations et de leur histoire. Il est également en mutation sous l'effet des transformations du paradigme préventif en matière de lutte contre le VIH et plus largement des IST, notamment avec le développement du dépistage par TROD. La mission s'est attachée à cerner l'impact de ces mutations sur les acteurs de prévention communautaire, et à interroger le rôle des approches communautaires auprès des publics jeunes.

3.1. Diversité des acteurs associatifs et évolution de l'action communautaire

Ancrée dans l'histoire des mobilisations contre le VIH/sida, l'approche communautaire s'est principalement construite, de façon pionnière pour la France, au sein de la communauté gay. L'action associative communautaire en direction des différents publics HSH reste prédominante et de loin la plus structurée ; elle s'est entre temps étendue aux enjeux de prévention des hépatites et des autres IST ainsi qu'aux risques liés aux consommations de substances psychoactives. L'action communautaire s'est également progressivement développée en direction des populations migrantes et plus particulièrement au sein des communautés afro-caribéennes. L'approche communautaire en direction de ces deux populations clés pour la lutte contre le VIH est de longue date intégrée aux stratégies de santé publique et bénéficie d'un soutien institutionnel important.

L'approche communautaire constitue également un levier essentiel pour l'action en prévention au sein des groupes socialement les plus marginalisés, tels que les personnes transgenres ou encore les personnes en situation de prostitution. Leurs organisations sont cependant beaucoup plus fragiles, moins structurées et plus difficilement soutenues par les pouvoirs publics.

Un autre champ dans lequel l'action communautaire face à l'épidémie de VIH puis de VHC s'est développée est celui des organisations d'auto-support d'usagers de drogues, dont le rôle a été historiquement majeur dans l'élaboration et la diffusion des stratégies et outils de réduction des risques liés aux consommations de substances psychoactives, en particulier injectables. L'attention de ces organisations à la dimension des risques de transmission liés à la sexualité des usagers de drogue a progressivement émergé, notamment à la faveur du développement des consommations en contexte festif. En revanche, en dépit de certaines porosités avec les contextes festifs, le phénomène spécifique des usages de substances, y compris par voie injectable, en contexte et à des fins sexuelles (« chemsex »), relève plutôt d'une culture sexuelle et échappe ainsi largement au champ d'action des communautés d'usagers de drogues, dans lesquelles les personnes qui pratiquent le chemsex ne se reconnaissent généralement pas.

Les acteurs associatifs impliqués dans l'action communautaire dans ces différents champs sont caractérisés par une grande hétérogénéité. Certaines associations sont des organisations communautaires dont l'objet premier n'est pas la santé et la prévention, mais qui investissent à des degrés divers ce champ en réponse à l'exposition particulière de leur communauté aux risques. La plupart sont cependant des associations spécifiquement de lutte contre le VIH et/ou les hépatites qui développent des approches ciblées en direction et au sein de plusieurs communautés, en s'appuyant sur les appartenances et les compétences communautaires de leurs membres. Les différents acteurs associatifs se distinguent en outre fortement par leur taille et leur implantation, entre de grandes associations structurées au plan national et dont le réseau couvre largement le territoire, et des associations à rayonnement régional, local ou micro-local. En conséquence, les acteurs associatifs se distinguent aussi par leurs moyens, leur degré de professionnalisation et leur capacité à s'adapter aux évolutions de la prévention et des publics, ainsi qu'à insérer leurs actions dans les cadres des politiques publiques de santé et à bénéficier d'un soutien institutionnel en tant qu'opérateurs de ces politiques.

À cet égard, seules les associations les plus importantes ont été en mesure de s'engager et de développer une offre de dépistage du VIH par TROD, qui implique un investissement très conséquent dans des procédures de soumission à des appels d'offres, d'agrément par les ARS, de formation des salariés ou des bénévoles, d'équipement en locaux ou en matériel mobile pour des interventions extérieures.

La mission constate ainsi que l'arrivée des TROD, et plus globalement l'ensemble des évolutions du paradigme préventif induites par la diversification des outils et dispositifs de prévention, de dépistage et de prise en charge VIH, ont creusé les écarts au sein du monde associatif. Un nombre limité d'acteurs est ainsi en capacité d'innover et de construire de nouveaux modèles d'intervention et d'offre de services de santé communautaires ; dans le même temps de nombreuses associations rencontrent des difficultés à s'adapter aux nouveaux concepts de prévention, à redéfinir leur rôle et à conserver leurs moyens de fonctionnement, dans un contexte par ailleurs peu favorable de restrictions budgétaires et de redéploiement sur un nombre limité d'opérateurs.

La fragilisation des petites structures représente un risque d'appauvrissement de la diversité associative quand celle-ci demeure un atout pour des actions communautaires ajustées au plus près des territoires et des besoins des personnes. La mission estime que le maintien souhaitable d'une diversité associative favorable à la lutte contre les IST est possible si les grands réseaux associatifs et les petites structures

parviennent à travailler davantage en partenariat, sur la base de complémentarités définies au plus près des territoires d'actions.

3.2. Pertinence de l'offre communautaire auprès des jeunes

La part des jeunes parmi les publics bénéficiant des actions communautaires mises en œuvre par les associations est conséquente, mais la mission a pu constater que les publics jeunes ne constituent pas en eux-mêmes une cible spécifique pour la plupart des acteurs associatifs. Ainsi, de nombreux TROD réalisés dans le cadre des actions de dépistage communautaire concernent des jeunes de 18 à 25 ans, mais c'est au travers d'une offre ciblée en direction de différents publics spécifiques (HSH, migrants...), et non sur des critères d'âge, que ceux-ci ont été atteints. Cette approche est cohérente avec la démarche communautaire ciblant par définition des publics spécifiques, mais interroge néanmoins sur la capacité de ces actions à atteindre une partie croissante des publics jeunes objectivement concernés, mais peu sensibles voire rétifs à la notion d'appartenance ou d'identité communautaire.

Ces évolutions suggèrent que la réflexion sur l'action communautaire doit être particulièrement attentive, en direction des jeunes, aux phénomènes de communautés de pratiques plus que d'identité. Sur ce plan, les innovations en matière d'offre numérique de prévention, abordées dans la section suivante, représentent des pistes prometteuses d'adaptation de l'offre communautaire de prévention aux modes de communication et de rencontre des jeunes.

4. Offre dématérialisée de prévention et de dépistage

4.1. L'offre numérique en prévention

Santé publique France représente le principal acteur institutionnel promouvant, en complément de l'offre traditionnelle de brochures, une offre de prévention numérique conséquente et résolument en phase avec les évolutions technologiques.

Une part de l'action de l'agence concerne des services d'écoute et d'aide à distance. Cette activité est déléguée à des opérateurs associatifs que l'agence contribue à financer et auxquels elle apporte un appui d'expertise. Il s'agit d'une part de Sida Info Service (sida-info-service.org), positionné sur la prévention du VIH et des IST, sans cibler spécifiquement les publics jeunes, et d'autre part du Fil Santé Jeunes (filsantejeunes.com), géré par l'association L'École des Parents et des Éducateurs de l'Île de France (EPE), qui s'adresse aux 12-25 ans et vise à répondre aux diverses questions de santé que ceux-ci se posent, dont pour une part importante des questions relatives à la sexualité, à la contraception et à la prévention. En complément des dispositifs traditionnels de lignes téléphoniques d'écoute anonymes et gratuites, ces services ont progressivement développé une offre numérique (site internet, Facebook, Twitter) qui, outre des contenus d'information, permet aux internautes d'échanger d'une part avec les équipes de professionnels, par mail ou par chat individuel, et d'autre part avec les autres usagers, via des forums et des chats.

Santé publique France développe en propre depuis 2008 une offre numérique spécifiquement consacrée à la sexualité des jeunes à travers le site internet onsexprime.fr, auquel s'articulent différentes stratégies de partage dans la sphère numérique. Celles-ci mettent notamment à profit des outils participatifs du web incluant une page Facebook, un compte Twitter et une chaîne YouTube. Le site onsexprime.fr dispose d'une large audience, avec plus d'un million de visiteurs uniques en 2015. Une part importante du site est consacrée aux IST.

Les stratégies complémentaires de l'agence visent à la fois à entretenir et améliorer la notoriété du site et à aller au-devant des publics visés à travers une présence sur les réseaux sociaux fréquentés par les jeunes. La production régulière de nouveaux contenus, notamment de vidéos (mini web-séries, paroles de youtubers connus à propos de leurs « premières fois »), permet une animation du site qui maintient son attractivité et favorise son référencement naturel dans les moteurs de recherche. L'agence explore également les expressions privilégiées par les jeunes et l'orthographe utilisée pour optimiser le référencement du site par l'achat de mots-clés. Elle a également recours à des campagnes d'affichage ciblé de bannières publicitaires sur les sites, réseaux sociaux et applications les plus populaires auprès des jeunes. Cette dernière stratégie exige une connaissance fine et réactualisée en permanence des usages numériques des jeunes. Ceux-ci sont multiples, segmentés socialement et très évolutifs, ce qui rend complexe l'identification des « carrefours d'audience » les plus pertinents. Le recours aux services d'un *community manager* y contribue et permet de développer l'interaction avec les internautes, tant sur le site onsexprime.fr que sur les pages de réseaux sociaux du dispositif.

La mise en œuvre de cet ensemble d'interventions requiert la mobilisation de moyens conséquents tant financiers qu'humains. Cet aspect représente un frein important pour d'autres acteurs publics ou associatifs de moindre taille qui souhaitent également développer des actions dans la sphère numérique.

La présence numérique continue par conséquent de se limiter pour de nombreux acteurs à un site web classique, qui peut peiner à trouver son audience notamment auprès de publics jeunes qui privilégient de

plus en plus d'autres médias numériques, plus sociaux et contributifs. Un nombre croissant d'acteurs développent cependant une présence sur Facebook, mais ce seul réseau social n'est pas le plus populaire auprès d'une partie des jeunes.

Certains acteurs ont fait le choix d'investir dans des projets plus innovants, notamment de développement d'applications pour smartphones ou tablettes. Le Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS) Ile-de-France a ainsi développé en direction des jeunes HSH ou en questionnement sur leur orientation sexuelle l'application thématique « Tony jeune gay », accessible pour l'instant uniquement sur le web. Le concept repose sur le personnage de Tony, pair fictif qui propose à l'utilisateur de partager son expérience de jeune gay, étudiant dans le domaine médical. Les thèmes abordés par Tony font une large place à la prévention des risques sexuels dans différents contextes. L'application permet de poser des questions à Tony et publie des témoignages de ses usagers. D'autres acteurs de prévention ont développé ou envisagent de développer des applications géolocalisées à caractère utilitaire, permettant à l'utilisateur de repérer des ressources de proximité pour répondre à différentes situations : se procurer des préservatifs (Trouver Un Préservatif), trouver où se faire dépister, etc.

Des évaluations de ces types d'outils sont en cours. La principale question posée par les applications spécifiques, outre l'investissement important que représente leur développement initial, est celle de leur audience. Il apparaît en effet difficile, sauf à disposer de moyens de promotion considérables, de faire suffisamment connaître et adopter ces applications par le public visé. Pour les applications référençant des services, se pose la question de la mise à jour régulière des informations. Plus globalement, on constate que les services de proximité ne sont que rarement la démarche, pourtant gratuite, de se référencer sur les sites communément consultés tels que Google Maps.

Certains acteurs associatifs privilégient *a contrario* d'investir dans des stratégies de type *outreach* numérique, visant à intervenir directement sur les grands réseaux sociaux et sites ou applications de rencontre fréquentés par les publics qu'ils souhaitent cibler. Des actions de ce type sont notamment développées par des associations telles que Aides ou l'Enipse en direction des HSH sur les principaux sites et applications géolocalisées de rencontre. Les intervenants créent des profils d'utilisateurs qui leurs permettent d'engager le dialogue avec les autres usagers, soit pour informer collectivement des services proposés à proximité par l'association, soit pour engager des échanges et conseiller individuellement des usagers. Certains opérateurs de sites et d'applications de rencontre sont favorables à ce type d'action et s'engagent dans des partenariats avec les acteurs de prévention. D'autres y font obstacle, conduisant les intervenants à agir de manière dissimulée. L'intervention sur les sites d'auto-support d'utilisateurs de drogues, très fréquentés, représente également un champ d'action pertinent pour atteindre ces publics spécifiques.

4.2. Le développement d'une offre de dépistage en ligne

Dans le domaine du dépistage, on assiste au développement d'une offre d'outils permettant la réalisation d'auto-prélèvements, voire d'autotests d'IST. Susceptibles d'être livrés à domicile après commande sur internet en l'absence de prescription, ces outils peuvent répondre à des soucis de confidentialité et à des contraintes d'éloignement exprimées par certains publics, et représenter ainsi des offres complémentaires à celles des effecteurs de santé. Au-delà d'une réponse à ces préoccupations ou contraintes particulières, ils constituent plus généralement une opportunité de développer une offre de dépistage allant au-devant de publics, notamment jeunes, qui utilisent couramment et prioritairement internet pour se procurer des biens ou des services.

Les autotests VIH, qui permettent un diagnostic en quelques minutes après un prélèvement sanguin minime au bout du doigt, sont accessibles hors prescription en officine mais aussi par livraison à partir des sites internet des pharmacies. Les résultats positifs demandent confirmation par des techniques de référence, utilisées dans les centres de dépistage et les laboratoires de biologie médicale. Les autotests VIH sont disponibles en France depuis 2015 et semblent rencontrer une clientèle : environ 140 000 tests auraient été vendus en officine selon le fabricant, depuis leur introduction sur le marché. Dans son principe, l'autotest représente une opportunité d'atteindre des publics éloignés du dépistage, notamment certains jeunes. Il constitue une première opportunité de dépistage pour certains utilisateurs²⁹. Leur évaluation est en cours. L'extension à d'autres IST est envisagée.

Les auto-prélèvements pour poser le diagnostic d'IST consistent à utiliser du matériel permettant des prélèvements biologiques simples au niveau de divers sites (urines, anus, pharynx, vagin). Ce matériel pour prélèvement peut être commandé sur internet et, après utilisation, les prélèvements sont adressés par courrier à un laboratoire d'analyses médicales. Le résultat du test est ensuite adressé à la personne qui a réalisé l'auto-prélèvement. Cette approche, qui ne se limite pas aux IST (utilisée pour le cancer du côlon, par exemple) se développe dans plusieurs pays pour le diagnostic des infections à chlamydia et à gonocoque. En France, les résultats rapportés par l'INPES dans le cadre d'une approche expérimentale réalisée en 2012

²⁹ Groupe Médicament/pharmaciens SFLS. Conférence AFRAVIH 2016, Bruxelles

pour le diagnostic d'infection à chlamydia sont encourageants, dans la mesure où ils démontrent la faisabilité de cette stratégie et suggèrent que l'auto-prélèvement est privilégié par rapport à la consultation spontanée dans une structure de dépistage. Le dépistage combiné des infections à VIH/VHB/VHC par auto-prélèvement a également fait l'objet d'une expérimentation récente par Santé publique France (Baro Test 2016). Malgré les résultats favorables rapportés pour le dépistage des chlamydias, les auto-prélèvements pour le dépistage des IST ne sont pas encore accessibles en France. Néanmoins, un projet de Santé publique France en direction des HSH visant à favoriser le dépistage répété du VIH et des autres IST devrait prochainement inclure une offre d'auto-prélèvement pour le VIH, le VHB, le VHC, la syphilis, les chlamydioses et les gonococcies.

Partie 3 – Mobilisation institutionnelle et cohérence des actions publiques multi-niveaux

A) Portage, pilotage et suivi

1. Au niveau national

Jusqu'à présent, la lutte contre les IST chez les jeunes et la politique d'éducation à la sexualité ne bénéficiaient guère d'un portage interministériel actif. La convention cadre de partenariat en santé publique, récemment signée (29 novembre 2016) par le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère des affaires sociales et de la santé, pourrait contribuer à renforcer les interactions entre éducation et santé dans le champ de la lutte contre les IST chez les jeunes.

Au niveau de l'Éducation nationale, l'absence au sein du Comité national de pilotage de l'éducation à la sexualité, de représentants de partenaires extérieurs (organisations lycéennes, fédérations de parents d'élèves, représentants associatifs engagés dans les interventions d'éducation à la sexualité) apparaît de nature à affaiblir la capacité du Comité à exercer un pilotage tenant pleinement compte des réalités de terrain. En effet, le rôle de ces partenaires est essentiel dans la mise en œuvre opérationnelle des actions d'éducation à la sexualité.

2. Au niveau régional

La priorité insuffisante conférée par certaines ARS à la lutte contre les IST chez les jeunes a été relevée, contrairement aux questions concernant les addictions, la psychiatrie et la nutrition. Ainsi, dans six (anciennes) régions analysées, la thématique IST-Jeunes ne figure que dans deux plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) et la coordination des acteurs dans un PSRS. Elle figure dans trois schémas régionaux de prévention (SRP), et la coordination des acteurs dans deux schémas. Enfin la déclinaison territoriale des actions sur ce thème n'est décrite que dans une seule région. On constate également, de façon générale, une faible mobilisation par les ARS des commissions de coordination des politiques publiques, malgré la pertinence de cet outil.

De même, et bien que figurant parmi les missions imparties à l'Éducation nationale, l'éducation à la sexualité n'est pas portée de façon prioritaire au sein des rectorats. En outre des conventions ARS/rectorats n'ont été signées que par 21 des 30 rectorats et certaines de ces conventions demeurent très partiellement mises en œuvre.

La mobilisation des conseils régionaux au titre du financement des formations et des interventions en matière d'éducation à la sexualité dans les lycées et centres de formation d'apprentis (CFA) reste très hétérogène, et la coordination des ARS et des rectorats avec les conseils régionaux est insuffisante dans ce domaine.

3. Au niveau infrarégional

Une mobilisation hétérogène des conseils départementaux, des intercommunalités et des communes est observée au titre des formations et interventions dans les collèges et les écoles, ainsi qu'une coordination insuffisante avec les ARS et les rectorats.

La délégation de compétence de la mise en œuvre de la politique de lutte contre les IST, conservée par certains départements, est source de complexité de pilotage.

Le recours aux contrats locaux de santé paraît insuffisant, alors qu'ils représentent un outil pertinent de coordination entre les ARS, les collectivités territoriales et les acteurs locaux ; lorsqu'ils existent, les contrats locaux de santé sont peu positionnés sur les enjeux de prévention des IST.

B) Financement

Le financement de la lutte contre les IST chez les jeunes est assuré selon les modalités du droit commun.

En ce qui concerne l'Éducation nationale, le financement est assuré par l'État. Alors que les textes législatifs et réglementaires relatifs à l'éducation à la sexualité en milieu scolaire (incluant une information sur les IST) en définissent très précisément les obligations et les modalités de mise en œuvre, aucun financement particulier n'est prévu pour cette mission. Parmi les freins observés sur le terrain à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires, l'insuffisance voire l'absence de crédits est fréquemment évoquée par les acteurs. Les conséquences majeures sont multiples :

- Offre insuffisante de formation spécifique en direction des personnels de l'Éducation nationale dans les plans académiques de formation qui leur sont proposés, induisant un manque de motivation.
- Forte limitation du recours à des organismes extérieurs pour intervenir auprès des élèves et contribuer à la réalisation des trois séances annuelles d'éducation à la sexualité prévues par les textes. Faute de

crédits suffisants pour rémunérer ces interventions, les établissements scolaires n'y recourent que dans la mesure où les opérateurs extérieurs les proposent gratuitement, grâce à des financements consentis par les collectivités territoriales ou l'ARS. Les élèves ne bénéficient généralement, avec de fortes disparités selon les régions et départements, que d'une ou deux séances de ce type durant leur scolarité au collège, de même au lycée.

- Insuffisance des actions au niveau des universités.

En ce qui concerne les structures de santé, le financement émane de l'Etat et de l'Assurance maladie. Les missions de prévention, de dépistage et de prise en charge des IST par les services de santé concernés ont été rappelées en partie 2-C. Les contraintes financières observées à différents niveaux entravent l'offre de soins dans le domaine de la lutte contre les IST chez les jeunes.

- Comme indiqué plus haut, les missions complémentaires récemment confiées aux CeGIDD n'ont pas donné lieu à une augmentation de leur budget, ce qui les conduit à restreindre le champ de leurs missions ou les expose à des dysfonctionnements.
- Les CPEF dénoncent une réduction de leurs moyens financiers liée au désengagement constaté des collectivités territoriales, ce qui fragilise leur mission liée à la santé sexuelle.
- Les médecins généralistes, acteurs dont l'activité importante dans le dépistage et la prise en charge des IST a été soulignée, ne sont pas incités financièrement à s'engager dans l'éducation à la sexualité, la prévention et la prise en charge des IST chez les jeunes.
- L'offre de soins proposée par les centres de santé des collectivités territoriales tend à se restreindre dans un contexte de diminution des dotations octroyées par l'Etat et de recentrage de leurs budgets sur leurs missions obligatoires
- Les interventions associatives d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires requièrent des financements souvent difficiles à réunir, multiples mais dont les montants unitaires sont faibles, d'origine diverse et pour certains volontaires entraînant un risque de fragilisation de la pérennité, d'inégalité territoriale et de complexité administrative.

C) Recueil et suivi

Hors VIH, on manque de données épidémiologiques sur les IST en général et sur les IST chez les jeunes en particulier.

En effet, alors que dans le domaine du VIH, la déclaration obligatoire permet de disposer de données exhaustives et de certaines caractéristiques, en particulier sociodémographiques sur les découvertes de séropositivité, il n'existe pas (ou plus) de déclaration obligatoire concernant les IST telles que les syphilis, les gonococcies et les chlamydioses. La surveillance épidémiologique des IST repose donc sur plusieurs réseaux sentinelles volontaires de cliniciens et de laboratoires³⁰. L'exhaustivité insuffisante des cas d'IST recueillis dans ces réseaux sentinelles (exhaustivité estimée à 23,5% et 18,2% respectivement pour Rénago et Rénachla, inconnue pour Résist) limite la robustesse des données concernant les caractéristiques et les tendances évolutives des IST. Ainsi les patients dépendant du réseau Rénago consultent majoritairement en médecine de ville alors que les patients observés dans le réseau RésIST consultent quasi-exclusivement dans des structures spécialisées (anciens CIDDIST et CDAG). Enfin, on ne dispose que de peu de données épidémiologiques concernant les infections à HPV, alors qu'il s'agit de l'IST la plus fréquente et que de telles données sous-tendraient utilement la réflexion en cours concernant la vaccination anti-HPV.

Au niveau de l'Éducation nationale, l'absence de système d'information permettant le recueil et l'analyse de données relatives aux actions d'éducation à la sexualité, est à l'origine d'une absence de données permettant l'évaluation au niveau académique et national de l'effectivité et de l'impact des actions d'éducation à la sexualité menées dans ce cadre.

Au niveau des ARS, on note que le contrôle réalisé sur les actions financées reste trop souvent principalement financier.

³⁰ En particulier, le réseau de cliniciens RésIST pour la surveillance de la syphilis et de la gonococcie ; les réseaux de laboratoires Rénago pour la surveillance de la gonococcie et des résistances du gonocoque aux antibiotiques, et Rénachla pour la surveillance des infections à chlamydia

Partie 4 - La lutte contre les IST chez les jeunes en Angleterre : des enseignements à tirer

L'Angleterre est aujourd'hui confrontée, comme la France, à une augmentation de la fréquence des IST, en particulier chez les jeunes. La population du Royaume-Uni, dont l'Angleterre représente 85%, est très proche de celle de la France. Les deux pays disposent de systèmes de soins et de protection sociale très élaborés, et l'Angleterre a une longue culture et un intérêt marqué dans le domaine de la santé publique et particulièrement de la médecine préventive, avec des résultats probants. Pour ces raisons, il a paru opportun d'analyser en détail la situation actuelle concernant l'épidémiologie et les modalités de la lutte contre les IST chez les jeunes en Angleterre. En l'absence de réponse à la demande d'audition du conseiller social de l'ambassade de France au Royaume-Uni, cette évaluation résulte exclusivement d'une analyse documentaire développée en annexe. La présente section en est une synthèse qui vise à mettre en valeur les enseignements à tirer de l'expérience anglaise en matière de lutte contre les IST chez les jeunes.

1. La surveillance épidémiologique en Angleterre au regard de celle pratiquée en France

L'évaluation épidémiologique des IST en Angleterre fait ressortir un profil épidémiologique voisin de celui observé en France, avec une concentration de l'épidémie, en particulier chez les HSH et chez les adolescents et les jeunes adultes. Elle révèle également une approche plus exhaustive et rapide qu'en France (hormis pour le VIH, affection à déclaration obligatoire), avec des possibilités d'analyse fine des groupes à risque, croisées avec les données démographiques et géographiques. Ces informations sont probablement utiles aux diagnostics des besoins territoriaux en acteurs de santé. A titre d'exemple, 200 000 cas d'infections à chlamydia (dont 130 000 parmi les moins de 25 ans) ont été rapportés en Angleterre en 2015, avec une forte exhaustivité du système de surveillance dont les données recensent, d'une part, l'ensemble des tests réalisés par les laboratoires, et d'autre part, l'activité de la médecine de ville et hospitalière en lien avec l'infection à chlamydia. En France en 2014, le nombre de cas rapportés d'infections à chlamydia était de 13 000 (dont 10 218 parmi les 15-29 ans), avec une exhaustivité affichée en 2015 de 18,2% du réseau sentinelle de laboratoires volontaires Renachla.

2. Mobilisation institutionnelle dans la lutte contre les IST

Depuis l'entrée en application en avril 2013 de la réforme de l'organisation de l'offre de santé sexuelle, celle-ci est principalement mise en œuvre au niveau local afin de répondre au mieux aux besoins territoriaux. Il est désormais dévolu aux collectivités locales (*Local Authorities* ou LA, dont le gouvernement local repose principalement sur les comtés et les districts) d'élaborer une approche globale de l'offre de santé sexuelle sur leur territoire. Cela concerne notamment l'information et la prise en charge des IST, de la contraception, de la vie sexuelle et affective et des grossesses non désirées. Cependant, certaines prestations de santé sexuelle relèvent encore de la responsabilité des instances de représentations des médecins libéraux (*clinical commissioning groups* (CCGs)) et de National Health Service (NHS) England.

3. Déclinaison des actions menées auprès des jeunes en Angleterre

3.1. Rôle de l'école dans l'éducation à la sexualité et dans les actions de prévention et de prise en charge des IST

Mise en œuvre de l'éducation à la vie sexuelle et relationnelle en Angleterre

L'éducation à la vie sexuelle et relationnelle en Angleterre (*Sex and Relationship Education* ou SRE) est une composante du programme d'éducation personnelle, sociale et sanitaire (*Personal, Social and Health Education Framework* ou PSHE) telle que définie par le *Department for Education* dans ses orientations stratégiques³¹. L'éducation à la vie sexuelle et relationnelle (SRE) en Angleterre est facultative et réalisée sur la base du volontariat des enseignants dans les établissements publics et privés³² ; seule l'éducation à la prévention des IST et du VIH est obligatoire dans les écoles secondaires publiques. De leur côté, les parents disposent d'un droit de retrait de leurs enfants lors des interventions d'éducation à la vie sexuelle et relationnelle, hormis celles concernant la prévention des IST et du VIH.

L'organisation de la médecine scolaire en Angleterre au regard de son organisation en France

En 2011 en France, d'après l'évaluation réalisée par la Cour des Comptes, il y avait 1 478 médecins scolaires et 8 409 infirmières scolaires. En 2014-2015, le nombre d'élèves scolarisés en France était d'environ 12 millions (1er et 2nd degré, enseignement privé inclus). Au vu du nombre d'infirmières et

³¹ Department for Education. *Keeping children safe in education: statutory guidance for schools and colleges*. 2014, London: Department for Education

³² 580 000 élèves dans l'enseignement privé en 2016, soit près de 7% de l'ensemble des élèves (8,5 millions). Department for Education. *Schools, pupils and their characteristics: January 2016*. June 2016, London : Department for Education.

d'élèves du premier et second degrés en Angleterre, le ratio d'élèves par infirmière en France et en Angleterre est relativement proche. Cependant, davantage de missions leur sont dévolues en Angleterre, en particulier celles relevant de la santé publique. La médecine scolaire est *de facto* insérée dans un réseau localement coordonné de soins primaires et est destinée à être à la fois un relais et un vecteur des politiques nationales et locales. Pour cela, il lui incombe de prendre part à la stratégie nationale de prise en charge des besoins des jeunes et d'adapter aux objectifs nationaux de santé publique ses actions localement menées.

En France, le rôle de la médecine scolaire est davantage conçu comme un appui et un support à l'équipe éducative. Son pilotage est du ressort exclusif de l'Éducation nationale. Les conseillers techniques (médecins ou infirmiers), qui interviennent pourtant à tous les échelons décisionnels, n'ont pas de rôle pilote dans l'élaboration des politiques de santé en milieu scolaire, contrairement à ce qui est constaté en Angleterre.

3.2. Organisation de la prise en charge des IST dans le système de santé anglais

Offre de soins coordonnée et ciblée : singularité des Sexual Health Clinics et des STI/HIV Clinics

Les *Sexual Health Clinics* et des *STI/HIV Clinics* constituent une offre pionnière de prise en charge et de promotion de santé sexuelle en Angleterre. Ces cliniques assurent une prise en charge rapide, confidentielle et complète. Si l'approche moderne et novatrice de la prise en charge dans certaines cliniques est promue et l'offre coordonnée est toujours valorisée, l'insuffisante répartition de cette offre sur le territoire et sa concentration dans les zones métropolitaines (en particulier à Londres) posent les limites d'une généralisation à l'échelle nationale sous ces modalités.

Rôle de l'offre libérale dans le dépistage et le traitement des IST

La stratégie nationale de santé sexuelle consacre un rôle majeur aux médecins généralistes, conformément aux modalités de prise en charge en Angleterre. Ils sont des interlocuteurs privilégiés puisqu'ils constituent le premier point de contact avec les personnes ayant des besoins en matière de santé sexuelle. Le programme national de dépistage de l'infection à chlamydia a mis en évidence le rôle croissant des *General Practitioners (GPs)* dans la prise en charge des IST. Le *Department of Health* considère qu'une sensibilisation des *GPs* aux enjeux des IST et du VIH leur permettrait d'identifier plus efficacement les personnes à risque, de leur proposer un dépistage et leur fournir un suivi approprié. Pour cela, le *Department of Health* encourage la formation (notamment la formation en ligne) des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmières et pharmaciens) pour actualiser leurs connaissances sur les IST et développer leur aisance à aborder les questions de sexualité avec leurs patients.

3.3. Mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge des IST par les opérateurs de santé : trois exemples

La distribution de préservatifs comme source d'opportunité de prévention

Le « C-Card scheme » est un dispositif de distribution des préservatifs à destination des publics vulnérables aux IST (jeunes, HSH et travailleurs du sexe) délivrés par le biais d'une carte, créditée d'un certain nombre de préservatifs gratuits à récupérer auprès de distributeurs fournisseurs du réseau (entres autres, médecins généralistes, opérateurs publics en santé sexuelle, organisations de jeunes, médecine scolaire, travailleurs sociaux, pharmacies, associations sportives). Pour pouvoir en bénéficier, le jeune doit obligatoirement participer, lors de la phase d'inscription et de renouvellement de la carte, à des entretiens avec un professionnel en santé sexuelle et reproductive. Ce programme prend prétexte de la distribution gratuite de préservatifs pour aborder les thématiques liées à la lutte contre les IST et de délivrer plus largement une prévention en santé sexuelle et reproductive.

Le dépistage des infections à chlamydia en Angleterre au regard des recommandations et pratiques françaises

Les données épidémiologiques mettent en évidence les fortes prévalences et incidences des chlamydioses ; elles sont identifiées, en France comme en Angleterre, comme enjeu de santé publique de lutte contre les IST. Lancé en 2003 en Angleterre, le Programme national de dépistage des infections à chlamydia a pour objectif de dépister annuellement, ou à chaque changement de partenaire, toute personne sexuellement active de moins de 25 ans. La proposition de dépistage est offerte à tous les points d'entrée accessibles aux jeunes (soins primaires, pharmacies, structures de santé spécialisées en santé sexuelle ou non, internet) afin de multiplier les opportunités de dépistage. En France, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) préconisait en 2003 un dépistage systématique des femmes de moins de 25 ans et des hommes de moins de 30 ans dans les CeGIDD, les CPEF, les Centres d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et les Dispensaires antivénériens. Ces stratégies de dépistage différentes (en Angleterre, le dépistage est offert en médecine générale et en médecine spécialisée alors qu'en France, il n'est gratuit que lorsqu'il est réalisé par les opérateurs publics de santé) et la promotion afférente qui en est faite sont susceptibles de contribuer à expliquer les résultats contrastés en matière de couverture du dépistage et de taux de

détection de l'infection (81 000 cas recensés par le réseau Renachla en 2015 ; 200 000 recensés en Angleterre).

La vaccination anti-HPV en Angleterre

Le taux de couverture vaccinale anti-HPV en Angleterre est d'environ 85% parmi les adolescentes de 15 et 16 ans et 95% de celles-ci ont été vaccinées en milieu scolaire. Entre 2009 et 2015, parmi les jeunes filles/femmes âgées de 15 à 19 ans, il y a eu une baisse de 38,9% des premiers épisodes de verrues ano-génitales. Le *Joint Committee on Vaccination and Immunisation* (JCVI) travaille actuellement sur une vaccination universelle anti-HPV et ses recommandations sont attendues début 2017. En novembre 2015, le JCVI a recommandé une vaccination anti-HPV de tous les HSH ; un programme expérimental de vaccination de HSH a par conséquent été lancé en Angleterre en juin 2016 et des programmes similaires seront lancés en 2017 au Pays de Galles et en Écosse.

II. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES VACCINATIONS DES ADOLESCENTS ET DES ADULTES JEUNES CONTRE LES IST

Certaines infections transmises par voie sexuelle peuvent être prévenues par la vaccination. C'est le cas des infections à HPV, VHB, VHA et méningocoque C. La vaccination représente donc un axe majeur de la lutte contre les IST et leurs complications chez les jeunes. Bien que ne figurant pas explicitement dans la mission confiée au CNS, celui-ci y a inclus la prévention vaccinale contre le HPV et le VHB en raison de la fréquence de ces infections et de la gravité des pathologies en cause.

Le CNS a souhaité inscrire cette réflexion dans le contexte du plan d'action en cours pour rénover la politique vaccinale ; c'est pourquoi les conclusions du CNS sur les vaccinations contre le HPV et le VHB ont été présentées au comité d'orientation présidé par le Pr Alain Fischer et madame Claude Rambaud à l'occasion d'une audition le 8 septembre 2016.

Les recommandations du CNS concernant les vaccinations anti-HPV et anti-VHB ont pour objectifs :

- de contribuer à améliorer la couverture vaccinale aujourd'hui insuffisante, aussi bien pour le vaccin anti-HPV que pour le rattrapage du vaccin anti-VHB chez l'enfant,
- d'assurer une égalité d'accès, sociale et territoriale, aux populations concernées,
- d'assurer un niveau égal d'accès à l'information des parents, des adolescents et des jeunes adultes,
- de mettre fin aux discriminations rencontrées par certaines populations dans le cadre des recommandations vaccinales actuelles,
- d'améliorer l'accès à la vaccination des jeunes, y compris des populations vulnérables en raison de leur exposition ou de leur éloignement du système de santé.

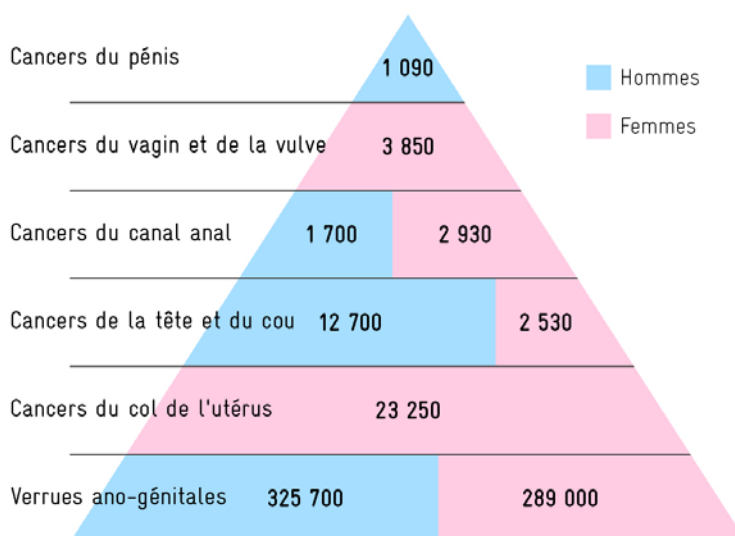
CONSTATS ET ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

1. Infections à HPV et vaccination anti-HPV

Les infections à HPV représentent l'IST la plus fréquente, touchant plus de 70% des hommes et femmes sexuellement actifs. Elles sont acquises précocement au cours de la vie sexuelle et sont responsables de pathologies diverses, cancéreuses ou non, ayant un impact important sur la santé individuelle et la santé publique :

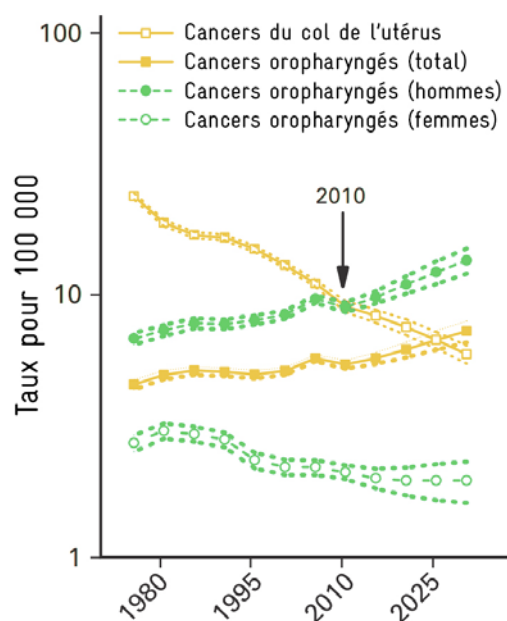
- verrues ano-génitales, fréquentes (50 000 cas/an) et susceptibles d'avoir un fort retentissement sur la vie psycho-affective ;
- cancers du col utérin : 3 000 cas et 1 000 décès/an ;
- autres cancers chez la femme et l'homme, notamment les cancers du canal anal (dont l'incidence la plus élevée est observée chez les HSH, en particulier ceux infectés par le VIH chez qui elle atteint 46 pour cent mille par an), les cancers oropharyngés et d'autres cancers plus rares.

Nombre estimé de nouveaux cas de cancers et verrues ano-génitales liés aux HPV de types 6, 11, 16 et 18 en Europe³³



On observe une augmentation de l'incidence des infections à HPV, mais la fréquence des complications évolue de façon différenciée : l'incidence du cancer du col utérin diminue alors que celle des verrues ano-génitales, du cancer anal chez l'homme HSH (5 pour 100 000), et des cancers oropharyngés augmente. Aux Etats-Unis, l'incidence des cancers oropharyngés chez l'homme dépasse celle du cancer du col utérin chez la femme depuis 2010 (Cf. Schéma³⁴ ci-contre).

L'efficacité de la vaccination et sa bonne tolérance sont aujourd'hui bien démontrées. La vaccination est d'autant plus efficace qu'elle est réalisée avant l'entrée dans la sexualité (ce qui est peu compatible avec une vaccination des garçons restreinte aux jeunes HSH). En raison de la forte défiance rencontrée à l'égard de cette vaccination et de l'organisation générale de l'activité vaccinale en France, la couverture vaccinale est très mauvaise et continue à se dégrader (couverture vaccinale 1 dose : 31,3% des jeunes filles de 15



³³ Stanley M. *Nature* 2012,488,S10.

³⁴ Chatuverdi A. et al. *J. Clin. Oncol.* 2011,29:4294-4301.

ans en 2010 et 20,4% en 2015). Elle est meilleure dans les pays où l'école participe à la vaccination des enfants. Pour remplir certains des objectifs décrits ci-dessus, le vaccin quadrivalent doit être préféré au vaccin divalent, en raison de la protection efficace qu'il entraîne contre les verrues ano-génitales, au-delà de la protection conférée par les deux vaccins disponibles contre le cancer du col utérin (et probablement le cancer anal). Un vaccin nonavalent, conférant une protection accrue, devrait être prochainement disponible.

2. Infections à HBV et vaccination anti-VHB

L'infection par le virus de l'hépatite B est souvent transmise par voie sexuelle, en particulier chez les jeunes adultes ; elle est 2 à 6 fois plus fréquente dans certains groupes particulièrement exposés qu'en population générale : HSH, personnes à faibles ressources, usagers de drogue, migrants... L'infection par le VHB expose au risque d'hépatite B et de complications à court terme (hépatites fulminantes) et à plus long terme (cirrhose et carcinome hépatocellulaire).

L'efficacité de la vaccination anti-HBV est remarquable. Cependant, cette vaccination a souffert d'un fort impact des polémiques survenues entre 1998 et 2008 sur les risques d'effets secondaires ; ces polémiques sont aujourd'hui sans objet compte tenu des données de tolérance disponibles ; la couverture vaccinale du nourrisson s'est fortement redressée depuis 2008 (96,3% à l'âge de 6 mois pour une dose, en 2015) mais reste insuffisante chez le grand enfant, l'adolescent et le jeune adulte : 50,9% seulement à l'âge de 6 ans pour 3 doses en 2012-2013. En outre, cette vaccination continue à souffrir d'une défiance particulière.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES VACCINATIONS ANTI-HPV ET ANTI-HBV

1. Recommandations communes aux deux vaccinations

Objectifs

- Améliorer l'accessibilité et la lisibilité globale du dispositif d'offre de vaccination anti-HPV et de vaccination de rattrapage anti-VHB.
- Réduire les inégalités socio-économiques et territoriales d'accès.
- Favoriser l'accès de l'ensemble d'une classe d'âge à la vaccination anti-HPV et à la vaccination de rattrapage anti-VHB.

→ **Recommandation 1**

- Assurer une mise à disposition large et un accès gratuit au vaccin, aussi bien dans les structures publiques de vaccination qu'en médecine de ville.

→ **Recommandation 2**

- Faire du système éducatif et de formation un opérateur majeur de la stratégie de vaccination universelle anti-HPV et de la vaccination de rattrapage anti-VHB, en termes d'information, de réalisation et de suivi. Pour cela, mettre en place la formation professionnelle et les partenariats avec des structures de santé extérieures, indispensables à la réalisation de cet objectif.

Objectif

- Contribuer à réduire les hésitations et les réticences face à la vaccination anti-HPV et au rattrapage de la vaccination anti-VHB dans la population et chez les professionnels de santé.

→ **Recommandation 3**

- Redéfinir les outils et le discours de la communication sur la vaccination anti-HPV et le rattrapage de la vaccination anti-VHB en direction :
 - des parents et adultes éducateurs : améliorer l'information sur le rapport bénéfices/risques de ces vaccinations et, en ce qui concerne la vaccination anti-HPV, en insistant sur l'impact négatif des verrues ano-génitales sur la santé sexuelle, au-delà des risques néoplasiques ;
 - des jeunes : adapter l'information aux âges concernés et la diffuser sur les supports qu'ils utilisent ;
 - des professionnels de santé et de l'éducation : améliorer la connaissance des pathologies liées à ces infections, et renforcer les capacités à répondre aux inquiétudes exprimées et à promouvoir la santé sexuelle.

Objectifs

- Favoriser l'accès de l'ensemble d'une classe d'âge à la vaccination anti-HPV et au rattrapage de la vaccination anti-VHB.
- Mieux intégrer la vaccination anti-HPV et le rattrapage de la vaccination anti-VHB dans le suivi vaccinal.

→ **Recommandation 4**

- Faire du rappel de la vaccination DT-polio entre 11 et 13 ans une opportunité d'initiation de la vaccination anti-HPV et de rattrapage de la vaccination anti-VHB.

Objectif

- Atteindre des publics jeunes spécifiques, particulièrement exposés et/ou éloignés des dispositifs d'offre généralistes.

→ **Recommandation 5**

- Mobiliser, au profit de la stratégie de vaccination anti-HPV et de rattrapage de la vaccination anti-VHB, et en tenant compte des spécificités des publics jeunes accueillis, les structures suivantes : CeGIDD, CPEF, centres de santé impliqués dans la prise en charge des populations en situation de précarité, structures de prise en charge sanitaire des mineurs et jeunes adultes sous main de justice.
- Sensibiliser les médecins du travail à ces vaccinations, lors de l'entrée en apprentissage ou dans le premier emploi.

2. Recommandation spécifique à la vaccination anti-HPV

Objectifs

- Réduire l'incidence et la prévalence des infections à HPV chez les adolescents et les jeunes adultes.
- Réduire le risque de cancer du col utérin chez la femme, mais aussi le risque des différents cancers induits par le HPV chez l'homme et la femme ; réduire l'incidence et la prévalence des verrues anogénitales.
- Préserver et améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes et des hommes.
- Lever les discriminations vis-à-vis du vaccin anti-HPV liées au genre et à l'orientation sexuelle.

→ **Recommandation 6**

- Adopter une stratégie de vaccination anti-HPV universelle des jeunes filles et jeunes garçons de 11 à 13 ans utilisant le vaccin quadrivalent, assortie d'un rattrapage vaccinal des adolescent(e)s et jeunes adultes non vaccinés.

3. Recommandation spécifique à la vaccination anti-VHB

Objectifs

- Améliorer la couverture vaccinale dans le cadre du rattrapage de la vaccination anti-VHB ;
- inclure dans les programmes de vaccination les générations dont les opportunités ont été réduites en raison de l'arrêt des campagnes de vaccination anti-VHB des adolescents à partir de 1998.

→ **Recommandation 7**

- Renforcer la promotion du rattrapage vaccinal anti-VHB actuellement recommandé : grands enfants et adolescent(e)s jusqu'à 15 ans révolus, ainsi qu'adolescent(e)s plus âgé(e)s et adultes selon les critères de risque majoré d'exposition définis par le calendrier vaccinal ;
- A titre transitoire, promouvoir une stratégie élargie de rattrapage vaccinal anti-VHB, hors notion de risque majoré d'exposition, à la génération des jeunes de moins de 30 ans non vaccinés, en raison de l'arrêt des campagnes de vaccination en 1998.

ANNEXES

Annexe 1 : Remerciements et liste des personnes auditionnées

Le Conseil national du sida et des hépatites virales exprime ses vifs remerciements à l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réflexion du Conseil et à l'établissement du présent *Avis* suivi de recommandations.

Le Conseil remercie particulièrement,

pour leur éclairage précieux dans la phase de cadrage de ses travaux :

- Antoine DULIN, membre du Conseil économique, social et environnemental, Groupe des Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse
- Nathalie BAJOS, sociologue - démographe, chercheuse en santé publique, INSERM /CESP équipe Sexualité et soins - Genre, Sexualité, Santé ; directrice de la Promotion de l'égalité et de l'accès aux droits, Défenseur des Droits
- Frédérique DELATOUR, médecin, CeGIDD Hôpital Bichat - Claude Bernard, conseillère santé à la Mission de l'adoption internationale, ministère des Affaires étrangères et du développement international
- Henri BERGERON, sociologue, chargé de recherches, CNRS ; coordinateur scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po-FNSP
- Marie-Rose MORO, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Sorbonne Paris Cité ; chef de service de la Maison de Solenn

pour son regard critique sur la réflexion du Conseil en matière de vaccinations :

- Odile LAUNAY, PU-PH, coordinatrice du centre d'investigation clinique Cochin-Pasteur spécialisé en vaccinologie, ancienne vice-présidente du comité technique des vaccinations (HCSP)

pour la production et/ou la communication de données originales et leur appui à leur exploitation :

- Claude GISSOT, Directeur de la stratégie, des études et des statistiques, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- Florence LOT, Responsable de l'Unité VIH/sida - Hépatites B/C - IST, Direction des Maladies infectieuses, Santé publique France
- Nathalie LYDIÉ, Responsable de l'unité Santé sexuelle, Direction de la prévention et de la promotion de la santé-Unité Santé sexuelle, Santé publique France
- Lucile BLUZAT, Unité santé sexuelle, Direction prévention et promotion de la santé, Santé publique France
- Delphine RAHIB, Chargée d'étude Santé sexuelle, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- Alain LEOBON, Chargé de recherches, UMR ESO Espaces et Sociétés, CNRS, ESO-Rennes, Université Rennes 2, Professeur associé à l'université du Québec à Montréal, Chaire de recherche en éducation à la santé, Responsable de l'enquête Net Gay Baromètre

pour leur contribution dans le cadre des auditions de la mission nationale :

- 12/05/16 - Haut conseil de la santé publique, Régine LEFAIT-ROBIN, Secrétaire générale ; Éric BILLAUD, Médecin, Pilote du groupe de travail de la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé
- 27/05/16 - Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, Chargée d'études et de recherche ; Arthur VUATTOUX, Chargé d'étude et de recherche associé
- 15/06/16 - CRIPS Ile-de-France, Michel BOURRELLY, Conseiller spécial sur les programmes la recherche et l'international ; Martine RODRIGUES, Responsable du pôle 13-25 et public spécifique ; Grégory BRAZ, Animateur de prévention

- 15/06/16 – FAGE, Victor BYGODT, Vice-président en charge de l'innovation sociale ; Alice CLEMENT, Vice-présidente en charge des affaires sociales
- 16/06/16 – Santé publique France, François BOURDILLON, Directeur général
- 22/06/16 – Aides, Aurélien BEAUCAMP, Président ; Stéphane GIGANON, Directrice qualité et évaluation ; Etienne FOUQUAY, Chargé des nouvelles stratégies de santé
- 23/06/16 – Mouvement français du planning familial, Caroline REBHI, Planning familial de Paris, responsable nationale « éducation à la sexualité »
- 23/06/16 – EmeVia, Benjamin CHKROUN, délégué général ; Christine NUNES-MANSO, Chargée de mission Protection sociale et promotion de la santé
- 28/07/16 – Médecins du Monde, Marie-Dominique PAUTIE, Coordinatrice VIH/IST et hépatites
- 06/09/16 – Direction générale de l'enseignement scolaire, Véronique GASTE, Cheffe du bureau de la santé de l'action sociale et de la sécurité
- 07/09/16 – Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé, Béatrice GAULTIER, Secrétaire générale ; Christian ALLEMAND, Secrétaire général adjoint
- 07/09/16 – Syndicat des infirmier(e)s éducateurs en santé de l'éducation nationale, Marion LEBEAU, Secrétaire générale adjointe ; Annie ROUTIER, Secrétaire nationale
- 14/09/16 – Syndicat MG France, Claude LEICHER, Président ; Martine LANGLOIS, Vice-présidente
- 30/09/16 – Secrétariat général de l'enseignement catholique, Jérôme BRUNET, Adjoint au Secrétaire général de l'Enseignement ; Marie-Odile PLANÇON, Chargée de mission Éducation affective, relationnelle et sexuelle
- 05/10/16 – Agence nationale de santé publique, Nathalie LYDIÉ, Responsable de l'unité Santé sexuelle, Direction de la prévention et de la promotion de la santé-Unité Santé sexuelle ; Lucile BLUZAT, Responsable du programme « santé sexuelle »
- 17/10/16 – Sylvie OCTOBRE, Chargée d'étude, ministère de la Culture et de la communication
- 14/11/16 – UNAF, Nicolas BRUN, Coordonnateur pôle protection sociale-santé ; Marie-Pierre GARIEL, Présidente du département santé
- 22/11/16 – Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé d'Île de France (FemasIF), Didier MENARD, Président, médecin généraliste, PSP Franc-Moisin/Bel Air, Saint-Denis (93) ; Anne GUILBERTEAU, Coordination
- 19/12/16 – Direction de la protection judiciaire de jeunesse, Catherine SULTAN, Directrice de la protection judiciaire de la jeunesse ; Françoise MARCHAND BUTTIN, Médecin de santé publique
- 21/12/16 – Jacqueline ROMMENS, Mission locale du Douaisis, Responsable du projet Initiative pour l'emploi des jeunes (IEJ), ancienne Animatrice coordinatrice santé de l'Association régionale des Missions locales (ARML) du Nord Pas-de-Calais

pour leur contribution dans le cadre des auditions de la mission territoriale Roubaix-Tourcoing :

- 04/07/16 – Association Stop Sida, Tourcoing, François GOUYER, Président ; Saensie KIZONZOLO DE BELLO, Membre du conseil d'administration, Bruno DEGRELLE, Chef de service ; Sylvie MASSENE, Infirmière
- 04/07/16 – Service de prévention santé (SPS) de Roubaix-Tourcoing, Charles BIGANT, Médecin généraliste, Responsable du CeGIDD ; Sarah HEMSEN, gynécologue, service de PMI et CPEF
- 04/07/16 – Atelier Santé-Ville de Tourcoing, Eglantine CAMUS, coordinatrice Santé Atelier-Santé-Ville, Direction des Territoires ; Melissa BELOUAR, Chargée de mission Santé
- 04/07/16 – CPEF de Lille/Planning Familial, Lucie VIDAL, Directrice du Planning Familial Métropole Lilloise, Coordinatrice du Planning Familial du Nord ; Laetitia LAPIE, Formatrice en santé sexuelle, Sexologue, Coordinatrice du pôle formation

- 05/07/16 – Conseil régional des Hauts-de-France, Loïc BOURGAIN, Délégué de cabinet auprès de la Vice-présidente en charge de la santé, Direction des services santé
- 05/07/16 – Rectorat de l'Académie de Lille, Muriel DEHAY, Infirmière conseillère technique du Recteur ; table ronde avec des personnels de santé de l'Education nationale en poste au sein de l'Académie
- 05/07/16 – Agence régionale de santé des Hauts de France Sylviane STRYNCKX, Directrice de la prévention et de la promotion de la santé ; Elisabeth LEHU, Sous-directrice parcours prévention
- 05/07/16 – CPEF de Tourcoing/Association Tourquennoise de Planification et d'Education Familiale, Catherine RADIGOIS, Conseillère conjugale et familiale
05/07/16 – Association Aides, Lille, Christophe FOURMEAU, Délégué du lieu de mobilisation de Lille
- 06/07/16 – COREVIH Nord-Pas de Calais, CH Dron, Tourcoing, Bertrand RIFF, Médecin, Président ; Bérénice GALLIOT, Coordinatrice
- 06/07/16 – Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur, CH Dron, Tourcoing, Michel VALETTE, Médecin ; Beldhia SERHANI-BELAID, Psychologue clinicienne, Docteur en psychologie et pathologie clinique
- 06/07/16 – Conseil départemental du Nord, Christine MORGAN, Responsable du service Prévention santé et des addictions ; Betty NOVACKI, Chargée de mission ; Marie-Christine POULAIN, Responsable du service Prévention santé Métropole Roubaix-Tourcoing
- 06/07/16 – Maison des Adolescents, Lille, Valérie ROCHARD, Directrice ; Marie-Laure GAMET, Médecin, Sexologue

pour leur contribution dans le cadre des auditions de la mission territoriale Montpellier :

- 20/09/16 – Association Aides, Montpellier, Carmen URDIALES, Déléguée de lieu de mobilisation de Montpellier, Nîmes, Alès ; Sophie JEAN, Chargée de projet ; Florent PASQUALINI, Animateur d'actions
- 20/09/16 – Association Aparsea, Nathalie VANDON, Infirmière ; Emmanuelle ROUSSEAU, Animatrice de prévention
- 20/09/16 – Association Hoolisme Communication, Bertrand BLANCHARD, Coordinateur
- 20/09/16 – Association Amicale du Nid, Philippe ANDRES, Directeur ; Claire GRANGEAUD, Chargée de prévention
- 20/09/16 – Association Avenir Santé, Alexandre HANCHIRI, Coordinateur prévention ; Lola ERHART, Animatrice de prévention
- 20/09/16 – Maison des adolescents de l'Hérault, Agnès EVARISTE, Infirmière, Art-thérapeute
- 20/09/16 – CeGIDD Montpellier-Hôpital Saint-Eloi, Vincent TRIBOUT, Médecin, Responsable du CeGIDD
- 21/09/16 – Rectorat de l'Académie de Montpellier, Anne NARBONI, Médecin conseillère du Recteur ; Geneviève LEMONNIER, Infirmière conseillère du Recteur
- 21/09/16 – Rectorat de l'Académie de Montpellier, Céline PINTO, Infirmière scolaire ; Christine THOUROUDE, Infirmière scolaire, Sexologue ; Christiane ROCA, Médecin de l'Éducation nationale ; Bruno FREGEAC, Enseignant du 1er degré mis à disposition du centre de prévention Epidaure
- 21/09/16 – Rectorat de l'Académie de Montpellier, Sylvie PELLERIN, Infirmière conseillère technique départementale du Gard, Référente formation vie relationnelle et affective, IST de l'Académie de Montpellier
- 21/09/16 – Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, Université Paul Valéry-Montpellier 3, Judith PETRAU-GRAUSS, Médecin, Directrice
- 21/09/16 – Collège Las Cazes, Montpellier, Robert LAISNE, Principal ; Laurent RAMONATXO, Conseiller principal d'éducation ; Céline PINTO, Infirmière scolaire

- 21/09/16 – Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues AXESS, Montpellier, David GAUTRE, Chef de service ; Malika ABDELMALEK, Animatrice en milieu festif
- 21/09/16 – Conseil régional d'Occitanie / Pyrénées-Méditerranée, Béatrice ROUGY, Directrice de projet Santé Jeunes (au sein de la Direction des Solidarités)
- 22/09/16 – Ville de Montpellier, Caroline NAVARRE, Adjointe déléguée à la Prévention santé et aux Droits des femmes ; Jérémie MALEK, Conseiller municipal délégué à la Lutte contre les discriminations ; Olivier DUFOUR, Chef de projet Santé et Prévention
- 22/09/16 – CPEF / Planning Familial 34, Latifa DRIF, Conseillère conjugale, Responsable de projet ; Giorgos KLOURAS, animateur Education à la vie affective et sexuelle, Responsable de projet ; Josiane MOUALEK, Responsable Planification familiale
- 22/09/16 – ANGEL Montpellier, Association de jeunesse LGBT+, Yann Idriss SALEHI, Président ; Flavien CAMBON, Trésorier, animateur de prévention ; Pauline AURIAC, Animatrice de prévention ; Zoé ADAM, Animatrice de prévention, ancienne présidente
- 22/09/16 – Conseil départemental de l'Hérault, Nadia RACHEDI, Médecin chef de service Promotion et développement durable de la santé, Direction PMI et Santé, DGS Solidarités
- 22/09/16 – Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de l'Hérault, Gilbert REGES, Directeur territorial adjoint; Fabienne LEGENDRE, Médecin, Conseillère technique santé
- 22/09/16 – Point Ecoute Parents Adolescents / Groupe SOS, Montpellier, Xavier DRAKE, Chef de service ; Kevin THIEULON, Coordinateur du Pôle prévention primaire, animateur de prévention
- 23/09/16 – Agence régionale de santé d'Occitanie / Pyrénées-Méditerranée, Francette MEYNARD, directrice de la santé publique ; Thibaud AYMERIC, Unité prévention, programme VIH-IST-hépatites
- 06/10/16, Cyril ROUSSEAU, Médecin épidémiologiste, Cellule Interrégionale d'Epidémiologie (CIRE) Occitanie, Santé publique France / Agence régionale de santé Occitanie

pour avoir permis l'organisation de missions d'observation de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle dans plusieurs établissements d'enseignement ou de formation professionnelle d'Île-de-France :

- Gabriel FEMENIAS, directeur du CRIPS Île-de-France
- Jean-Baptiste LUSIGNAN, responsable du pôle scolaire
- Les animateurs et animatrices du CRIPS, les personnels de direction, les infirmières scolaires, les professeurs et les élèves rencontrés lors des séances d'observation conduites les 26, 27 et 28 septembre 2016 respectivement au Lycée polyvalent Léon Blum, Créteil (94), au Centre de formation des apprentis Ambroise Croisat, Paris (18è) et au Lycée polyvalent Antoine de Saint-Exupéry, Créteil (94)

Annexe 2 : Épidémiologie des principales IST chez les adolescents et jeunes adultes en France³⁵

1. Données épidémiologiques concernant les IST (hors VIH et VHB)

1.1. Infections à HPV

L'infection par le HPV est la plus fréquente des IST. Elle touche particulièrement les jeunes, car elle est acquise précocement lors de la vie sexuelle (40% dans les deux ans qui suivent le premier rapport sexuel). Elle est souvent inapparente et transitoire. Cependant, près de 50 000 cas de condylomes (verrues anogénitales) seraient diagnostiqués chaque année³⁶ touchant aussi bien l'homme que la femme. Certains types de HPV, dits oncogènes, sont associés au cancer du col utérin (3 400 cas annuels), mais aussi au cancer du canal anal (en particulier chez les HSH, chez qui l'incidence atteint 5 p cent mille) et aux cancers oropharyngés. L'incidence des infections à HPV est en augmentation ; c'est également le cas des cancers anaux, et des cancers oropharyngés dont l'incidence chez l'homme dépasse aujourd'hui celle du cancer du col utérin chez la femme aux Etats-Unis. On ne dispose pas de données d'incidence des cancers oropharyngés associés aux HPV oncogènes en France.

Bien que l'infection par le HPV soit fréquente et pose des problèmes de santé publique, son incidence et celle de ses complications (à l'exception du cancer du col de l'utérus) ne font pas l'objet d'une surveillance épidémiologique structurée.

1.2. Chlamydioses

13 100 diagnostics ont été rapportés en 2014 par le réseau Rénachla, en légère progression depuis 2012 (11 657 cas). Les jeunes représentent 78% des cas ; parmi eux, l'infection prédomine chez les 20-29 ans, mais les 15-19 ans rendent compte de 21% des cas. Contrairement au VIH, à la syphilis et aux gonococcies, elles sont plus fréquentes chez la femme (73% chez les jeunes) que chez l'homme. Les infections à *Chlamydia* sont souvent inapparentes, mais exposent au risque ultérieur de stérilité tubaire, ce qui justifie leur dépistage systématique opportuniste recommandé chez les femmes jusqu'à 25 ans et chez les hommes jusqu'à 30 ans dans les centres à vocation de dépistage (ANAES 2003) ainsi que dans les groupes à forte prévalence (PNLS 2010-2014). Un dépistage systématique des infections à *Chlamydia* chez les jeunes femmes de moins de 25 ans consultant dans les CDAG parisiens a notamment été mis en place entre 2008 et mi-2012.

1.3. Gonococcies

3 274 cas ont été rapportés en 2014 par le réseau Rénago, en progression depuis 2012 (2 622 cas), progression encore plus marquée au travers du réseau clinique RésIST. Les gonococcies concernent les jeunes dans les deux tiers des cas (63% dans le réseau Rénago et 67% dans le réseau RésIST). Elles sont plus fréquentes chez l'homme (63% chez les jeunes hommes pour Rénago et 76% pour RésIST) que chez la femme. 55% des cas de gonococcies observés chez les jeunes sont rapportés chez les HSH selon les données du réseau RésIST, mais ce réseau ne recrutant des jeunes que dans les CIDDIST/CDAG, cette proportion est sans doute surestimée par rapport à la situation réelle. La surveillance des infections à gonocoque inclut la fréquence de résistance des souches de gonocoque aux antibiotiques, dont on redoute l'augmentation. Les diagnostics de gonococcie sont portés en consultation de médecine libérale dans 44% des cas.

1.4. Syphilis

Le nombre de cas de syphilis rapporté par le réseau RésIST est en nette augmentation, y compris chez les jeunes qui rendent compte d'un tiers de l'ensemble des cas : 236 cas en 2012, 375 en 2014. C'est une infection de l'homme, principalement du HSH, et qui, parmi les jeunes, prédomine chez les adultes de plus de 20 ans dans 90% des cas. Toutefois, l'augmentation observée du nombre de cas concerne aussi bien les 15-19 ans, que les 20-24 ans et les 25-29 ans.

2. Données épidémiologiques concernant le VIH et le VHB

2.1. VIH

De façon générale, le nombre des découvertes de séropositivité VIH est stable en France métropolitaine, sans diminution depuis 2007, y compris chez les jeunes de 15-29 ans qui représentent près d'un quart des découvertes (1 432 en 2014).

³⁵ Les données épidémiologiques ont été essentiellement fournies par Santé publique France et distinguées par tranches d'âge

³⁶ Aubin, F, *et al.* Ann. Dermatol. Vénérologie 2011;138:A74-A75.

Alors que le nombre des découvertes a diminué de 62% en dix ans chez les femmes âgées de 15 à 29 ans, il a augmenté de 39% chez les hommes du même âge pendant la même période. Par ailleurs, les plus jeunes (15-19 ans) ne représentent que 11% des découvertes chez les 15-29 ans, mais leur proportion a nettement augmenté depuis 2012.

Parmi les groupes à risque, le nombre des découvertes le plus élevé est observé chez les HSH, y compris chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans (787 en 2014, soit 30% des HSH chez qui la séropositivité a été découverte). Le nombre de découvertes chez les jeunes HSH est en nette augmentation, ayant presque doublé en dix ans, et l'augmentation dans cette tranche d'âge est la plus importante (puisque'elle est de 34% tous âges confondus). Les jeunes nés à l'étranger représentent le deuxième groupe à risque avec 457 découvertes en 2014, en particulier chez les femmes (79% des découvertes). Dans ce groupe, le nombre des découvertes a diminué de 64% en 10 ans.

2.2. VHB

Plus de 30 000 découvertes de l'antigène HBs (AgHBs) ont été rapportées en 2013 (22 200 en 2010), dont 22% chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans (17% chez les hommes et 27% chez les femmes), majoritairement les jeunes adultes de 25 à 29 ans. Chez les jeunes, le risque de transmission sexuelle semble aussi fréquent que celui lié aux voyages en zones d'endémie. Toutefois, 30% des personnes interrogées (tous âges confondus) ignorent le risque de transmission sexuelle du VHB (KABP 2010).

Annexe 3 : Besoins objectivés par les études socio-comportementales

L'approche socio-comportementale permet d'identifier les facteurs de vulnérabilités – qu'ils soient sociaux, économiques, culturels, territoriaux ou sanitaires – et les risques accrus auxquels sont confrontés certaines jeunes. Une étude approfondie des comportements des jeunes et de leur perception de la sexualité a un double objectif : tout d'abord, elle permet de comprendre leur sexualité et les pratiques sexuelles et, éventuellement, addictives afférentes afin d'identifier les risques augmentés auxquels ces jeunes peuvent être soumis ; en outre, c'est l'occasion d'isoler des problématiques propres à certaines communautés d'identité, de pratiques et/ou de risques.

1. Les jeunes et leur rapport à la sexualité

1.1. Connaissance et perception des IST et de l'éducation à la sexualité par les adolescents et les jeunes adultes

a) Connaissance des IST

Le baromètre santé 2010 de l'INPES³⁷ étudie, entre autres, l'évolution du sentiment d'information de la population française. Les 15-30 ans considèrent être globalement bien informés sur le sida et la contraception (respectivement 88% et 89%). Si le sentiment d'information sur les IST hors VIH et les vaccinations est en hausse sur la période 2000-2010 (respectivement, +5 points et +4 points), le déficit d'information reste important : seuls 64% des jeunes interrogés considèrent être bien informés sur les IST hors VIH et sur les vaccinations. Néanmoins, les jeunes filles et jeunes femmes paraissent être mieux informées que leurs pairs masculins sur les IST hors VIH. Concernant la vaccination et le VIH/sida, jeunes femmes et jeunes hommes présentent des niveaux d'information similaires.

L'âge et la précarité influent sur le sentiment de mal-information des 15-30 ans. Les 15-19 ans expriment un sentiment d'information plus important que les 20-30 ans. Les répondants considérant leur situation financière comme satisfaisante sont plus nombreux à déclarer un meilleur sentiment d'information. Cependant, ce meilleur sentiment d'information n'est pas lié au sexe ni à la situation professionnelle (même si les étudiants présentent comparativement un meilleur niveau d'information que les actifs). Le sentiment de mal-information des répondants semble par ailleurs accentuer leur sentiment de crainte. On retrouve les sentiments de crainte les plus élevés chez femmes (23%) ainsi que chez les personnes qui se trouvent en situation de précarité (31%).

b) Connaissance des dispositifs de lutte contre les IST

L'enquête KABP 2010 met en évidence que près de 60% des hommes âgés de 18-30 ans et plus de 60% des femmes âgées de 18-30 ans ont réalisé au moins un test de dépistage au VIH dans leur vie. Ils sont également plus nombreux que leurs aînés à avoir réalisé un test de dépistage dans les douze derniers mois. D'après un sondage de l'Institut français d'opinion public (IFOP) réalisé en novembre 2014, les jeunes estiment à 71% être plutôt bien informés sur les lieux de dépistage des IST.

Une enquête par questionnaire des 15-30 ans, réalisée par le Planning familial et publiée en février 2016³⁸, considère la diversité des lieux et structures d'informations et/ou médicales dédiées à la sexualité connus et fréquentés par les jeunes. L'échantillon étudié était composé de 2 178 questionnaires, dont 69% de femmes. La majorité des jeunes interrogés (92%) déclarent être prêts à se rendre dans des structures dédiées à la sexualité s'ils ont besoin d'y recourir.

Il existe une inégale fréquentation de ce type de structures en fonction de l'âge. Ainsi, les 15-20 ans sont sous-représentés dans la fréquentation de ces lieux et ils sont également plus nombreux à refuser de s'y rendre. La fréquentation de ces structures s'intensifie avec l'âge : 45% des 21-25 ans et 49% des 26-30 ans s'y sont rendus. Pour mieux saisir ces freins liés à l'âge, on peut invoquer l'âge médian d'entrée dans la sexualité (17,2 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles) qui peut expliquer que les plus jeunes ne ressentent pas le besoin de s'y rendre (32% des répondants de moins de 20 ans déclarent que la raison pour laquelle ils ne fréquentent pas ces structures est « parce que leur vie sentimentale et/ou sexuelle actuelle ne l'exige pas »). Ainsi, si les jeunes scolarisés au collège et au lycée sont ceux qui fréquentent le moins ces structures, les étudiants, les jeunes actifs et ceux en formation sont davantage susceptibles d'y avoir recours. Enfin, parmi les personnes les moins enclines à fréquenter les structures dédiées à la sexualité, on retrouve les personnes les moins diplômées (diplôme inférieur au baccalauréat) et les personnes qui se déclarent croyantes (deux fois plus nombreuses que les athées (23% contre 11%)). Ce

³⁷ Beck, F., Guignard, R. et Richard, J.-B. « Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé » dans Beck F., Richard J.-B., dir. *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p

³⁸ Constance Cheynel. *De l'utilité sociale au militantisme féministe : quelles images du Planning Familial chez les jeunes ? Une enquête par questionnaires auprès des 15-30 ans*. Février 2016

poinds du diplôme et de la religion se retrouve également dans l'aisance à aborder les sujets liées à la sexualité.

Les jeunes interrogés préfèrent requérir de l'information auprès de leur cercle habituel de socialisation et ne ressentent, par conséquent, pas le besoin de recourir à des structures dédiées pour obtenir de l'information sur les questions liées à la sexualité. C'est ainsi que 17% d'entre eux privilégient s'adresser à un professionnel de santé familier (médecin, infirmière, pharmacien) et 11% à un membre de leur entourage (famille ou ami).

Une relative méconnaissance des structures d'informations et/ou médicales dédiées à la sexualité des jeunes de 15 à 30 ans transparaît dans cette enquête et tranche avec les résultats du sondage déclaratif de l'IFOP mentionnés précédemment, qui ne mesurait pas la connaissance effective des lieux dédiés à la santé sexuelle mais interrogeait seulement sur le sentiment de connaissance des jeunes. En effet, cette étude met en évidence que ces jeunes ne connaissent pas, ou peu, les lieux dédiés à la santé sexuelle : seuls 65% des jeunes interrogés ont cité au moins une structure, 18% ont en cité 2 et plus, alors que 35% n'ont pas été en mesure de répondre. Parmi les structures les plus citées, on retrouve en tête les cabinets médicaux (médecins généralistes, gynécologues et les infirmeries scolaires ou universitaires) (24,6%), le Planning familial (24,2%), les associations de lutte contre le sida ou LGBT (14,4%). Les CeGIDD et les hôpitaux/cliniques n'ont été cités, respectivement, que par 10,4% et 6,4% des répondants. Les jeunes de 15-30 ans privilégient donc de s'adresser aux professionnels de santé qui leur sont familiers pour requérir de l'information sur les questions liées à la sexualité plutôt que de s'adresser à des structures dédiées à la santé sexuelle, qui restent méconnues par ce public. Ce phénomène est d'ailleurs plus prononcé chez les plus jeunes (moins de 21 ans) qui valorisent davantage la familiarité avec les professionnels de santé. Les plus jeunes évoquent également le recours aux associations locales dédiées à la jeunesse et/ou à la sexualité (maisons des jeunes et de la culture (MJC), les maisons des adolescents (MDA), les missions locales, et les points et bureaux information jeunesse (PIJ et BIJ)) comme relais essentiel dans l'éducation à la sexualité.

Cette enquête met également en exergue le coût « psychologique » que représente un recours aux structures dédiées à la sexualité car s'adresser à des inconnus sur ces thèmes constitue, pour certains jeunes, une source d'appréhension. En effet, les répondants les moins à l'aise pour aborder les sujets de sexualité sont également ceux qui sont les plus réticents à fréquenter les structures dédiées à la sexualité ; à l'inverse, ceux qui sont les plus à l'aise sont surreprésentés de 13 points dans leur désir de fréquenter les structures spécialisées en santé sexuelle.

c) Recours au préservatif : utilisation et perception

En 2010, l'enquête KABP a mis en évidence que 90% des jeunes Français ont eu recours au préservatif lors de leur premier rapport et 88% utilisent un préservatif lors d'un premier rapport sexuel avec un nouveau partenaire. Le préservatif apparaît être une norme acceptée par cette tranche d'âge à l'entrée de la vie sexuelle, reflétant le succès des nombreuses campagnes de prévention promouvant le préservatif. Cependant, si l'utilisation du préservatif est élevée parmi les jeunes, notamment lors de rapports sexuels avec de nouveaux partenaires, elle est beaucoup moins constante lorsqu'elle a lieu avec des partenaires occasionnels et/ou réguliers³⁹.

L'utilisation du préservatif lors du premier rapport est positivement corrélée au niveau d'études. D'autre part, plus le rapport sexuel est précoce, plus l'utilisation du préservatif est rare.

Selon l'enquête KABP 2010, près d'un jeune sur deux estime que le préservatif diminue le plaisir lors des rapports sexuels. Si, de manière générale, l'efficacité du préservatif dans la prévention contre le VIH n'est pas remise en question, des nuances s'observent dans l'adhésion à cette affirmation : ainsi, l'affirmation que le préservatif est « tout à fait efficace » ne cesse de baisser depuis 1992 (59% en 2010 contre 72% en 1992) alors que celle selon laquelle le préservatif est « plutôt efficace » ne cesse d'augmenter. En outre, la part des répondants qui croient qu'une transmission du VIH est possible lors d'un rapport protégé augmente également (25% en 2010 contre 14% en 1994). Les modes de transmission du VIH sont bien connus des jeunes mais des idées fausses persistent : ¼ d'entre eux pensent que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique tandis que 17% estiment possible une contamination à la suite d'un passage dans des toilettes publiques.

Ces données concernant l'utilisation et la perception de l'efficacité du préservatif renforcent l'observation selon laquelle le VIH n'est plus au centre des comportements de prévention⁴⁰. Si le préservatif reste perçu comme une norme préventive par les jeunes, notamment lors des premiers rapports, son intérêt et son

³⁹ Beltzer & al. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010*. 2011, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

⁴⁰ Ibid.

efficacité semblent de moins en moins compris et son utilisation semble déconnectée par rapport à une réflexion globale de prévention.

d) L'éducation à la sexualité à l'épreuve des besoins des jeunes : l'éducation par les pairs ?

Une enquête réalisée en 2009 auprès d'un échantillon de plus de 300 élèves de 4^{ème} et de 3^{ème} de Montpellier sur leur sexualité et leurs représentations de la sexualité a mis en évidence que, pour plus de 90% d'entre eux, la principale source d'information sur la sexualité est leur cercle d'amis⁴¹. Cette enquête souligne l'insuffisante transmission générationnelle « parents-enfants » (dans moins d'un cas sur deux, les parents constituent une source d'information), et dans une moindre mesure, « école-élèves », notamment auprès des plus jeunes qui n'ont pas encore bénéficié de séances d'éducation à la sexualité. Ces données confirment la définition qui est faite de l'éducation par les pairs par la Commission européenne : « *cette approche éducationnelle fait appel à des pairs (personne du même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. L'éducation par les pairs est une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation traditionnelles. Cette approche repose sur le fait que lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, l'impact des pairs est plus grand que d'autres influences* ». Cette approche fait donc appel aux compétences des jeunes pour compléter les approches traditionnelles d'éducation et met au cœur de sa démarche la socialisation, le soutien, l'entraide et l'influence positive des pairs.

La loi de 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception prévoit, dans son article 22 relatif à l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, la possibilité d'avoir recours à des « élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé » lors des séances d'éducation à la sexualité. Le rapport du Haut Conseil à l'Egalité (HCE) sur l'éducation à la sexualité datant de juin 2016 souligne la pertinence de certains projets associant des jeunes formés intervenant en binôme avec un intervenant spécialisée ou la désignation de « référent-élève » au sein des établissements. Le HCE, s'il salue ces projets et les méthodes utilisées, appelle néanmoins à la prudence et rappelle que cette responsabilisation n'est pas sans conséquences pour le jeune identifié comme « pair/référent ». Ainsi, l'éducation par les pairs doit toujours être pensée comme complémentaire aux interventions institutionnelles et/ou associatives, ne devant en aucun cas s'y substituer au risque de signifier un « désengagement de l'institution et une responsabilisation culpabilisante » du jeune référent. Enfin, la formation des jeunes pairs est essentielle mais doit être minutieusement construite afin de ne pas lui insuffler un discours institutionnel et normé en vue de la professionnalisation de son action. Cela irait *de facto* à l'encontre des missions de l'éducation par les pairs, à savoir encourager la richesse et la créativité du jeune dans sa mission de partage de l'information avec ses pairs.

1.2. Prise de risque chez les adolescents et les jeunes adultes

a) Risques sexuels

SIS Association présente une synthèse de 9 000 échanges réalisés avec des jeunes de 15 à 19 ans⁴². Concernant les échanges sur les prises de risque, un tiers des prises de risque ont eu lieu depuis moins de 48h ; la majorité des risques évoqués ne peuvent donc plus être suivis d'un traitement post-exposition (TPE). Une méconnaissance du dispositif de TPE peut être invoquée pour expliquer ce phénomène : en effet, seuls 20,2% des jeunes ayant pris un risque sexuel évoquent par eux-mêmes le TPE lors de l'échange. Parmi les prises de risque encore éligibles à un TPE, seul un quart des jeunes envisage de recourir à un TPE (28,2%). On voit qu'il y a très clairement une méconnaissance du dispositif de TPE, qui se double également d'une mauvaise assimilation par ce public des messages préventifs en matière de TPE, de son utilisation et de son efficacité.

Trois quarts des prises de risque pris en charge par SIS Association l'ont été dans le cadre de relations sexuelles hétérosexuelles. Les pratiques les plus citées sont la pénétration vaginale (63,9%) et aussi la fellation (14,4%). Dans 8 cas sur 10, la prise de risque a eu lieu avec un partenaire occasionnel. Les jeunes filles sont beaucoup plus enclines à accepter une prise de risque si celle-ci a lieu dans le cadre d'une relation stable ou d'une relation qui peut déboucher sur un engagement plus formel (22,7% contre 10,9% des garçons de moins de 20 ans). Parmi les garçons déclarant une prise de risque, celle-ci a eu lieu dans 16,1% avec une professionnelle du sexe.

D'après les données de SIS Association, 22,4% des situations de prise de risque rapportées ont eu lieu entre personnes de même sexe, la quasi-totalité des cas entre hommes ayant des rapports avec des hommes. La moitié des cas rapportés concernent des fellations, qui sont presque toujours non protégées (95,6%). Les

⁴¹ Annie Sautivet. *Etat des lieux des connaissances, représentations et pratiques sexuelles des jeunes adolescents*. 2009, Mémoire pour le certificat d'études universitaires en sexologie, Faculté de médecine Montpellier-Nîmes

⁴² SIS Association. *Santé sexuelle des jeunes et e-prévention. Des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse : pour une approche préventive globale*. 2013

pénétrations anales représentent un tiers des prises de risque, dont 7 sur 10 ont eu lieu sans protection. Par rapport aux prises de risque hétérosexuelles, les pénétrations anales homosexuelles sont proportionnellement moins protégées par un préservatif que les pénétrations vaginales.

b) Risques sous usage de produits psychoactifs

L'Atlas des usages de substances psychoactifs⁴³ s'intéresse aux 15-30 ans et leurs usages de ces produits. En France, en 2010, parmi les 15-30 ans, 44% d'entre eux consomment fréquemment du tabac, 34% consomment de façon hebdomadaire de l'alcool, 10% occasionnellement ou plus de la chicha (ou narguilé), 44% ont déjà expérimenté et 11% consomment régulièrement du cannabis, 9% ont déjà expérimentés des poppers, 5% des champignons hallucinogènes, 5% de la cocaïne et 4% de l'ecstasy. Cette enquête ne présente pas la fréquence d'utilisation de l'héroïne en France par les jeunes de 15-30 ans. On y retrouve des tendances localisées (notamment dans le grand Ouest) concernant la consommation hebdomadaire d'alcool et les épisodes d'ivresse, la Bretagne étant nationalement en tête. Cependant la préférence en alcool (vin, bière, alcools forts) n'est pas la résultante de préférence régionale marquée parmi cette classe d'âge. On retrouve chez les jeunes de cette tranche d'âge originaires de Bretagne ainsi que chez ceux originaires de PACA une forte propension à l'expérimentation de l'ensemble des produits psychoactifs étudiés, à savoir l'alcool, le tabac, le cannabis, les poppers, les champignons hallucinogènes, la cocaïne et l'ecstasy.

L'enquête HBSC 2014 présente un volet « expérimentation des produits psychoactifs » des collégiens français⁴⁴. L'alcool, le tabac et le cannabis sont les substances psychoactives les plus testées par les collégiens (respectivement, 64,4%, 27,8% et 9,8%). L'alcool reste de loin la substance la plus testée, mais, à la différence de 2010, les collégiens indiquent moins fréquemment avoir connu l'ivresse (13,4% en 2014 contre 17,5% en 2010), et celle-ci survient de plus en plus tardivement (de 5,0% en 6ème à 28,1% en 3ème). Si l'expérimentation du tabac reste stable de 2010 à 2014, son usage fréquent est en diminution parmi les collégiens. Cependant, il y a une popularité croissante de la chicha et de la cigarette électronique, qui se substituent désormais au tabac traditionnel. Enfin, le cannabis est la drogue la plus expérimentée par les collégiens en 2014 (1 collégien sur 10). Concernant les actions de prévention sur l'usage de drogues, il semble que les actions, lorsqu'elles sont réalisées dans le cadre scolaire, bénéficient principalement aux élèves des classes de 4ème et de 3ème. Par ailleurs, l'information sur le tabac est délivrée principalement aux 6ème et aux 5ème par les enseignants alors que celles concernant le cannabis et l'alcool, destinées aux 4ème et 3ème, sont souvent réalisées par les infirmières scolaires ou des intervenants extérieurs.

c) Déterminants sociodémographiques de vulnérabilité

Dresser un portrait des jeunes dans leur diversité est une démarche essentielle afin d'élaborer des actions en leur faveur qui leur soient adaptées. C'est également l'occasion de repérer les problèmes auxquels sont confrontés les plus fragiles d'entre eux pour réaliser un suivi approprié. A défaut d'une enquête nationale qui identifie les déterminants sociodémographiques de vulnérabilité des jeunes en fonction de leur sexe, de leur statut et leur niveau de qualification, nous nous référerons dans cette partie à « La santé des 15-25 en région Languedoc-Roussillon » réalisée par le Conseil régional de l'ancienne région Languedoc-Roussillon en 2012 à partir de 3 420 questionnaires, dont 1 788 enquêtés en insertion, 981 apprentis et 655 étudiants.

Vulnérabilité liée au sexe :

Concernant la santé perçue, les différences de perception entre les sexes sont significatives. Les filles ont une perception moins favorable de leur niveau de santé : seules 58,8% d'entre elles déclarent une bonne santé physique contre 71,6% chez les garçons et 62% d'entre elles considèrent avoir une bonne qualité de vie en santé (regroupement de la santé physique, mentale et générale) contre 70,7% chez les garçons.

Les garçons sont plus fréquemment consommateurs excessifs de tabac et d'alcool et ils consomment davantage de cannabis que les filles. Les filles, quant à elles, consomment deux fois plus d'antidépresseurs, de calmants et/ou de somnifères que leurs homologues masculins du même âge.

Concernant la problématique du consentement au premier rapport, les différences entre les sexes sont également notables. L'enquête HBSC 2014 met en évidence que 16,4% des jeunes filles de 4ème ayant déjà eu un rapport sexuel déclarent qu'elles auraient préféré qu'il ait eu lieu plus tard et 8,6% qu'elles n'en avaient pas eu envie à ce moment-là⁴⁵. Elles sont 21,9% en classe de 3ème à avoir préféré qu'il ait eu plus tard et 8,9% déclarent qu'elles n'en avaient pas eu envie à ce moment-là⁴⁶. Si on lie la question du

⁴³ INPES, *Atlas des usages de produits psychoactifs*, 2010

⁴⁴ Spilka S., Ngantcha M., Mutatayi C., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Expérimentations de produits psychoactifs*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 10 p.

⁴⁵ Ehlinger V., Maillolchon F., Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 5 p.

⁴⁶ Ibid.

consentement à celle de lutte contre les IST, on peut s'interroger sur la capacité des jeunes filles à affirmer leurs choix en matière de sexualité et de ses modes de réalisation. Ainsi, l'enquête réalisée en Languedoc-Roussillon met en évidence que les filles sont légèrement plus nombreuses à déclarer ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur première rapport (17% contre 15% chez les garçons) et elles sont davantage sujettes aux violences sexuelles (cinq fois plus nombreuses que chez les garçons).

Vulnérabilité liée au niveau de qualification :

26,2% des jeunes sans qualification déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif au premier rapport et près de 39% d'entre eux n'utilisent pas systématiquement un contraceptif à chaque rapport.

Les jeunes sans qualification sont plus fréquemment consommateurs excessifs de tabac. Cependant, les étudiants fument de plus en plus et en plus grande quantité.

De même, la consommation d'alcool augmente avec le niveau d'études, tout comme les épisodes d'ivresse déclarés.

Vulnérabilité liée au statut :

21% des jeunes en mission locale déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif au premier rapport et 31% d'entre eux n'utilisent pas systématiquement un contraceptif à chaque rapport, soit deux fois plus que les étudiants (16,7%).

Les apprentis sont plus fréquemment consommateurs excessifs de tabac et de cannabis. Les jeunes en missions locales, quant à eux, déclarent plus fréquemment consommer des antidépresseurs et des calmants.

1.3. Spécificité des sous-groupes d'adolescents et de jeunes adultes

a) Les collégiens

D'après les résultats de l'enquête transversale HBSC 2014 auprès des collégiens français, 9,2% des élèves de 4^{ème} ont déjà eu un rapport sexuel et ils sont 18,2% dans ce cas en 3^{ème}. Parmi ces collégiens sexuellement actifs, 1,4% d'entre eux ont eu un rapport sexuel précoce, à savoir avant 13 ans. Ce phénomène se retrouve plus fréquemment chez les garçons (2,4% contre 0,5% chez les filles). Depuis 2010, le pourcentage de collégiens ayant déjà eu un rapport sexuel est en légère diminution tandis que celui concernant les rapports précoces est stable ; ces données vont à contre-courant de l'assertion fréquente selon laquelle la généralisation de l'accès à la pornographie entraîne une entrée précoce dans la sexualité. Pour 3,4% des collégiens, ce premier rapport a eu lieu avec un partenaire de même sexe.

L'utilisation de la contraception reste très forte parmi cette tranche d'âge : 86,7% des collégiens sexuellement actifs déclarent avoir utilisé un moyen de contraception lors de leur dernier rapport, dont 76,6% ont eu recours au préservatif. Cependant, l'utilisation d'un moyen de contraception est fortement influencée par l'âge d'entrée dans la sexualité : parmi les collégiens ayant eu un rapport sexuel précoce, seuls 59,3% déclarent utiliser fréquemment un moyen de contraception.

b) Etudiants

Le réseau national des mutuelles étudiantes EmeVIA a réalisé en 2015 une enquête sur la santé sexuelle des étudiants⁴⁷. Parmi les répondants, 72% (74% des étudiantes et 69% des étudiants) ont déjà eu un rapport sexuel. L'utilisation de la contraception au premier rapport reste très forte (9 étudiants sur 10), et est la plus forte parmi les plus jeunes. Les moyens de contraception favorisés lors des premiers rapports sont, par ordre décroissant, le préservatif masculin (90%), la pilule (30%) et le préservatif féminin (1%). Si l'utilisation d'un moyen de contraception au premier rapport est très forte, elle est moins constante lors des rapports sexuels ultérieurs puisque seuls 68% des étudiants déclarent utiliser systématiquement un moyen de contraception à chaque rapport sexuel. Parmi les étudiants ayant recours à un contraceptif, la pilule est le contraceptif privilégié (63%), suivi du préservatif masculin (47%), et enfin les implants (1%). 5% des étudiants déclarent n'utiliser aucun moyen de contraception.

La consommation de produits psychoactifs est fortement corrélée à l'activité sexuelle de ces jeunes. Ainsi, 85% des buveurs excessifs d'alcool déclarent être actifs sexuellement (contre 45% des non buveurs d'alcool), 91% des fumeurs excessifs de tabac, et 92% des consommateurs réguliers de cannabis. On retrouve parmi les consommateurs de produits psychoactifs les taux les plus importants de non-utilisation systématique de contraception : 27% chez les buveurs excessifs, 29% chez les fumeurs excessifs de tabac, 30% chez les consommateurs réguliers de cannabis. Par ailleurs, ce sont les étudiantes consommatrices de produits psychoactifs qui ont davantage recours à la contraception d'urgence : 44% des buveuses excessives d'alcool, 56% des fumeuses excessives de tabac et 66% des consommatrices régulières de cannabis. Ce profil de consommation excessif se distingue également chez les étudiantes ayant recours à l'IVG.

⁴⁷ EmeVIA. *Santé des étudiants en 2015*.

Les étudiants ont faiblement recours au dépistage des IST : 34% déclarent avoir déjà réalisé un dépistage VIH/Sida, 24% un dépistage VHB, 20% un dépistage d'IST (toutes IST confondues, hors VIH et hépatites), 19% un dépistage VHC et 1% divers examens lors du don du sang. Le laboratoire de ville est le lieu de dépistage favorisé par les étudiants : 66% d'entre eux y ont recours contre 35% dans un centre de dépistage anonyme.

Enfin, concernant l'accès à des consultations gynécologiques, 45% des étudiantes déclarent s'y soumettre au moins une fois par an. Parmi celles qui n'y ont pas eu recours (55%), 26% souhaitent consulter un professionnel mais y ont renoncé. Les raisons du renoncement sont diverses : délais d'attente (13%), manque d'information sur les professionnels disponibles (11%), coût de la consultation (6%).

La vulnérabilité en raison de l'isolement est un thème transversal de cette étude. En effet, les étudiantes n'ayant pas de proches avec qui elles peuvent aborder leurs problèmes sont celles qui renoncent le plus fréquemment à consulter un gynécologue (26%). Par ailleurs, les étudiants qui n'ont personne à qui se confier sont les plus nombreux à recourir à de l'information auprès de sources impersonnelles, notamment internet (61%), et dans une moindre mesure, les services de santé de l'établissement (17%) et le centre de santé universitaire (14%) alors que les étudiants se considérant comme entourés ont davantage recours à un professionnel de santé (62%) ou à un membre de leur famille (42%).

c) Les jeunes en voie d'insertion

En 2009, une synthèse d'une étude nationale sur la santé des jeunes en insertion a été publiée, reposant sur un échantillon de 105 901 jeunes en difficulté d'insertion professionnelle comparé à un échantillon de 138 344 jeunes non précaires⁴⁸. L'étude compile les données transmises par les centres d'examen où ont été réalisés des bilans de santé entre 1999 et 2003 de jeunes adressés par différents organismes d'insertion ou partenaires tels que les missions locales, les Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les centres de formation d'apprentis, les foyers de jeunes travailleurs ou encore la Protection judiciaire de la jeunesse. Cette étude, qui met en regard l'état de santé des jeunes en insertion et celle des jeunes non précaires, met en évidence des inégalités et des écarts inquiétants. Ainsi, leur vulnérabilité sociale plus importante se double d'une vulnérabilité sanitaire, accentuée par l'âge et le non-recours aux soins. On retrouve dans ce sous-groupe des prévalences et des risques relatifs à la consommation de tabac et d'alcool deux fois plus élevés, tout comme des risques relatifs au non-recours à un médecin généraliste, à un dentiste et de suivi gynécologique significativement plus élevés.

d) Jeunes HSH

La 4^{ème} édition du Net Gay Baromètre est une étude comportementale, réalisée entre 2013 et 2014, sous la forme d'une enquête par questionnaire en ligne, promue sur des sites de rencontres généralistes et spécialisés gay⁴⁹. ¼ des 18000 répondants de cette enquête sont des jeunes âgés de 16 à 24 ans, dont 63,6% et 25,9% rapportent, respectivement, un statut séronégatif et un statut séro-indéterminé (non-dépisté, plus certain d'être séronégatif, en attente des résultats ou n'ayant pas souhaité connaître les résultats). L'édition 2016 du Net Gay Baromètre dresse ainsi un portrait des jeunes HSH séronégatifs ou séro-indéterminés en France. Cette étude remet en question l'homogénéité du public « jeunes HSH » et met en évidence des sous-groupes différents, ayant des cultures de sexe et des prises de risque variées.

Discrimination et préoccupations des jeunes HSH

Interroger le sentiment de discrimination des jeunes HSH renseigne sur leurs préoccupations et les carences de prise en charge auxquels ils peuvent être confrontés. Cette démarche est essentielle afin d'adapter les messages de prévention qui leur sont destinés et améliorer la sensibilisation des professionnels aux enjeux de diversité des sexualités et de promotion de l'égalité. Ainsi, le sentiment de discrimination des jeunes HSH est particulièrement fréquent : 39% déclarent avoir été discriminés en raison de leur orientation sexuelle et 22,7% en raison de leurs manières (« être efféminé »). Ces discriminations surviennent pour un nombre important à l'école (19% pour celles liées à l'orientation sexuelle, 12,9% pour celles liées aux manières). Ces jeunes sont également préoccupés par l'acceptation de leur orientation sexuelle (31,8%), leur *coming-out* (38%), l'isolement ou la solitude (41,8%) et les idées ou tentatives de suicide (18,6%).

Espace de rencontres et usage d'internet

Il est particulièrement intéressant d'identifier les lieux de convivialité, virtuels ou physiques, fréquentés par les jeunes HSH afin d'élaborer des campagnes efficaces de prévention ciblée. La fréquentation des lieux de convivialité des jeunes HSH diverge de celles de leurs aînés : ils sont seulement 44% à fréquenter des lieux de sexe contre 66% chez les 25 ans et plus. Les jeunes HSH leur préfèrent des lieux catégorisés comme

⁴⁸ Jean-Jacques Moulin et al. « Jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile ». *Santé de l'Homme* n° 399 - janvier-février 2009

⁴⁹ Léobon Alain. *4ème édition du Net Gay Baromètre français. Rapport de recherche relatif à l'édition française du Net Gay Baromètre 2013-2014 - Portrait des Jeunes HSH séronégatifs ou séro-interrogatifs.*

« *soft* » (bars, discothèques ou associations de loisirs), il en va de même pour les lieux dits « hétéro » ou « mixtes ». En outre, 94,3% des jeunes HSH déclarent détenir au moins un compte sur un réseau social. 42,6% des jeunes HSH interrogés utilisent une application communautaire de rencontres en ligne.

Pratiques sexuelles et comportements sexuels à risque

Bien que les jeunes HSH rapportent moins de partenaires sexuels que leurs aînés (9,36 contre 14,67 partenaires), ils s'engagent dans davantage de rapports sexuels avec ceux-ci (7,07 rapports sexuels chez les 16-24 ans contre 4,9 chez les 25 ans et plus). Ils sont aussi plus nombreux que leurs aînés à s'engager dans des pratiques à risque (telles que le « barebacking » (43%), au moins un rapport sexuel non protégé (46%), rapports sexuels non protégés réguliers (26,7%), rapports sexuels non protégés avec un partenaire sérodifférent ou de statut sérologique inconnu (30,3%). Cependant, ils sont moins nombreux à s'adonner à des pratiques sexuelles dites « marginales » telles que le sexe en groupe.

Plus de la moitié des utilisateurs d'applications communautaires de rencontres en ligne déclarent avoir plus de 10 partenaires sexuels. 61% d'entre eux pratiquent le « barebacking » avec des partenaires séroconvergents et 28% s'engagent dans des rapports sexuels non protégés.

Sur 10 jeunes HSH interrogés, 7 déclarent avoir consommé au moins une fois une substance (alcool ou drogue) au cours de la dernière année : l'alcool, le cannabis, la MDMA, l'ecstasy, les amphétamines ou speed et le crack sont, à divers degrés et par ordre de préférence, les substances plus populaires chez les moins de 25 ans. 15,4% des jeunes HSH interrogés déclarent avoir consommé au moins une fois une substance par injection.

Dépistage VIH

Seuls 40% des 16-24 interrogés ont réalisé un dépistage VIH au cours de leur vie, contre près de 85% chez les 25 ans et plus, dont 46% l'ayant réalisé dans les 12 mois précédant l'enquête.

Comportements à risque parmi les jeunes HSH multipartenaires

On retrouve parmi les jeunes HSH ayant 13 partenaires et plus dans l'année en cours (environ 0,4% de l'échantillon) les comportements et pratiques les plus à risque. 71,6% d'entre eux fréquentent des lieux de sexe, 67% ayant eu au moins une fois un rapport sexuel non protégé, 62,8% déclarent rechercher des sensations fortes, 61,6% déclarent avoir consommé au moins une drogue, 45,6% ayant eu un rapport sexuel non protégé avec un partenaire sérodifférent ou de statut sérologique inconnu, et seulement 36,6% déclarent discuter de leur statut sérologique avec leur partenaire.

Relations sexuelles tarifées

Parmi les jeunes HSH, 13% ont participé à une relation sexuelle tarifée, dont 87,7% ont reçu une compensation (financière ou autre). Contrairement à leurs aînés chez qui la répartition entre ceux qui reçoivent une compensation et ceux qui en proposent une est plus équilibrée, les jeunes HSH sont plus financièrement dépendants de ces relations tarifées (23,5% indiquent qu'elles représentent une large part de leur revenu). En outre, ces jeunes HSH déclarent un nombre moyen de partenaires sexuels tarifés plus importants que leurs aînés (23,75 partenaires contre 16,03 chez les 25 ans et plus).

2. Représentations sociétales des jeunes et de leur sexualité

2.1. La perception des jeunes par les adultes

a) Historiographie des représentations de la jeunesse

Les représentations de la jeunesse souffrent d'une tension entre deux discours issus de la « panique morale des adultes »⁵⁰ : l'un qui affirme que la jeunesse est en danger, l'autre qui souligne que la jeunesse est dangereuse. Ces discours sont notamment la résultante d'un constat : l'autonomisation de la sexualité des jeunes avec l'émergence d'une « jeunesse sexuelle » qui légitime une sexualité prémaritale. Cependant, les diverses enquêtes sur la sexualité des jeunes ne soutiennent pas l'hypothèse d'une jeunesse dangereuse et/ou en danger : l'âge au premier rapport est relativement stable, les rapports sexuels précoces sont rares, tout comme les grossesses précoces, et les rapports sexuels sont fréquemment protégés. Cependant, on retrouve, parmi les adultes, la crainte d'une hypersexualisation de la jeunesse (consommation de pornographie, expérimentations sexuelles et amoureuses, rapports parfois non protégés, grossesses à l'adolescence), qui justifie la protection et la valorisation auprès de ce public d'un idéal de « bonne sexualité ». L'idée selon laquelle les jeunes représentent une classe dangereuse est une préoccupation

⁵⁰ Bozon Michel, « Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable », *Agora débats/jeunesses*, 1/2012 (N° 60)

contemporaine⁵¹. La construction sociale des « jeunes dangereux » a été renforcée par les scandales de viols collectifs, associés à des jeunes hommes de classe populaire, souvent d'origine immigrée⁵². Les adultes ont tendance à associer ce type de comportements extrêmes aux normes véhiculées par la pornographie, ainsi qu'aux messages publicitaires sexistes auxquels la jeunesse est constamment exposée et dont elle ne saurait dissocier les limites de la fiction et la réalité. En outre, le discours anxiogène sur la dangerosité de la jeunesse résulte d'une tendance à la généralisation des expériences auprès de publics spécifiques « à problèmes » à l'ensemble de la population des jeunes, en la dépeignant comme une catégorie sociale en perte de repères et à la dérive.

b) Regard des professionnels de l'éducation à la sexualité sur les jeunes

Dans le discours des professionnels intervenant auprès des jeunes dans le cadre de la promotion de la santé sexuelle, on retrouve très souvent l'idée que la sexualité et les relations affectives des jeunes leur sont spécifiques. Le rôle dominant de la pornographie comme vecteur principal d'initiation précoce à la sexualité et d'information des jeunes sur les questions de sexualités est parfois invoquée ; cette affirmation n'est cependant confirmée par aucune enquête statistique sur la sexualité des jeunes, notamment celle concernant l'entrée plus précoce dans la sexualité (voir supra, résultats de l'enquête HBSC 2014⁵³).

2.2. L'éducation à la sexualité à l'épreuve de la diversité des jeunes et de leurs sexualités

L'éducation à la sexualité se donne pour mission de contribuer à la construction de la personne et à l'éducation du citoyen en permettant aux élèves d'adopter des attitudes de responsabilité individuelle vis-à-vis de leur santé et de responsabilité sociale dans leur vie future d'adulte. Cependant, la difficulté à aborder à l'école la diversité des sexualités fait obstacle à l'apprentissage de la prévention et du dépistage des IST chez les jeunes, notamment chez les personnes homosexuelles. Par ailleurs, la séparation des thématiques abordées selon le genre ne permet pas une approche partagée de la prévention des IST.

a) Centralité de la vision genrée et hétéronormée de la sexualité

Les programmes d'éducation à la sexualité définissaient classiquement la sexualité et la vie affective selon les modalités de l'hétéronormativité. La mobilisation institutionnelle dans la promotion d'actions d'éducation à la sexualité diversifiée qui prennent en compte la lutte contre l'homophobie ne date que de 2009 : c'est à l'occasion du volet « lutte contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité » du Plan « santé des jeunes » 2008 du Ministère de la Santé qu'est impulsée, pour l'année 2008-2009, une mobilisation de l'Éducation nationale autour des thèmes de la valorisation des sexualités, de la diversité des orientations et de la lutte contre l'homophobie⁵⁴. Cependant, les actions concernant l'homophobie et la diversité des sexualités, relevant d'un champ de l'action publique controversé, sont de plus en plus labellisées « promotion de la santé sexuelle » et non plus « promotion de l'égalité et lutte contre les discriminations »⁵⁵. Aurore Le Mat souligne également que l'éducation à la sexualité, sur les questions de diversité des sexualités et des orientations, aborde le sujet par le biais d'une entrée sanitaire (le risque suicidaire chez les jeunes homosexuel-le-s provoqué par l'homophobie) en éludant parfois la dimension sociale du problème (discrimination envers les personnes homosexuelles).

Par-delà la représentation de la sexualité des jeunes comme particulière, les intervenants considèrent également que les besoins des jeunes en termes d'éducation sexuelle dépendent de leur sexe ; ils reproduisent une conception dichotomique et binaire des genres. Ainsi, en 2015, l'INJEP déplorait que les séances d'éducation à la sexualité soient encore réalisées d'après une stricte division des thématiques selon le genre⁵⁶ : consentement du partenaire pour les garçons versus responsabilité de la contraception pour les filles, résultant du stéréotype de l'homme sexuellement proactif et de la femme assignée à l'exigence de prudence. Certaines interventions n'échappant pas aux présupposés genrés, les jeunes sont parfois conduits à adopter et reproduire les comportements qui sont, d'une part, attendus et/ou craints par les adultes ; d'autre part, produits par l'environnement scolaire (posture virile des garçons versus posture romantique des filles).

⁵¹ Marwan Mohammed, Laurent Mucchielli. *Les bandes de jeunes. Des « blousons noirs » à nos jours*. 2007, Paris : La Découverte

⁵² Laurent MUCCHIELLI. *Le scandale des « tournantes ». Dérives médiatiques, contre-enquête sociologique*. 2005, Paris : La Découverte

⁵³ Ehlinger V, Maillochon F, Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 5 p.

⁵⁴ Aurore Le Mat. *Quand la sexualité des « jeunes » devient un enjeu de santé publique : le cas des programmes de lutte contre l'homophobie et de lutte contre la pornographie en milieu scolaire*. Juillet 2013 : congrès de l'AFSP, Paris <http://www.afsp.info/congres2013/st/st33/st33leamat.pdf>

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ INJEP 2015, *Entrée dans la sexualité des adolescent.e.s : la question du consentement*. Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant.e.s en éducation à la sexualité.

b) Manque d'adaptabilité de l'éducation à la sexualité: le cas des inégalités sociales et culturelles

Comme le remarque de nouveau l'INJEP, les représentations genrées sont parfois exacerbées à l'occasion de certaines interventions réalisées dans des établissements situés en zones défavorisées. A cela s'ajoute également le présupposé que ces jeunes, issus de milieu populaire voire défavorisé, sont particulièrement soumis à des violences et des pratiques sexuelles spécifiques. En effet, ces représentations sont la résultante d'une confusion entre l'origine migratoire des personnes, leur « culture » et leur religion, et influent sur les modalités de réalisation des séances d'éducation à la sexualité. Certains intervenants sont beaucoup plus enclins à mobiliser, au cours de leurs interventions menées auprès d'un public spécifique (filières technologiques ou professionnels) ou dans un territoire identifié comme « sensible », un répertoire de stéréotypes culturels : les problématiques abordées (virginité, excision, pénétration anale) ainsi que les malaises qui surgissent lors de ces séances sont très significatifs du biais culturel qui s'impose aux intervenants, et constituent autant d'obstacles à l'apprentissage de la prévention des IST.

Annexe 4 : Structures et dispositifs impliqués localement dans la lutte contre les IST chez les jeunes

Offre et services accessibles à tous les usager-ère-s			
		Mission obligatoire	Mission facultative
Accueil, information, orientation		CeGIDD, CPEF, Etablissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF), Service communal d'hygiène et de santé (SCHS), Point information jeunesse (PIJ), Espace santé jeunes (ESJ), Maison des adolescents (MDA)	
Consultation médicale		CeGIDD,	CPEF, médecine en cabinet libéral*
			Centre Examen Santé CPAM (si assuré social)
Vaccination		SCHS	CeGIDD, CPEF, médecine en cabinet libéral*
Dépistage	IST (hors VIH)	CeGIDD	CPEF, médecine en cabinet libéral*
	VIH	CeGIDD	CPEF, Centre examen Santé CPAM
Prise en charge	IST (hors VIH)	CeGIDD	Médecine en cabinet libéral*, CPEF (principalement usagère activité contraception mais aussi partenaires)
	VIH	Service public hospitalier (SPH)	Médecine en cabinet libéral
	Accident d'exposition VIH, VHB, VHC	SPH, CeGIDD	
	PrEP VIH	SPH, CeGIDD (si usager-ère majeur-e)	
Action sociale		Aide sociale à l'enfance (ASE)	CPEF, EICCF
		Mission locale	

*médecine générale, gynécologue, sage-femme

Offre et services spécifiques pour les élèves des EPLE	
Accueil, information, orientation	Centre médico-scolaire
Éducation à la sexualité	Service public de l'enseignement
Consultation médicale	Centres médico-scolaires
Offre et services spécifiques pour les étudiant-e-s des universités	
Accueil, information, orientation	SUMPPS
Consultation médicale	
Action sociale	CROUS

Offre et services spécifiques pour les usager-ère-s de drogues	
Accueil, information, orientation	CSAPA, CAARUD, CJC, Equipes hospitalières
Consultation médicale	
Réduction des risques	CSAPA, CAARUD
Action sociale	

Offre et services spécifiques pour les personnes incarcérées		
Consultation médicale	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP)	
Vaccination	USMP	
Dépistage		
Prise en charge	IST (hors VIH)	USMP
	VIH	
	Accident d'exposition VIH, VHB, VHC	USMP
Action sociale	Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)	

Annexe 5 : Prévention, dépistage et prise en charge des IST des adolescents et jeunes adultes en Angleterre

L'Angleterre est aujourd'hui confrontée, comme la France, à une augmentation de la fréquence des IST, en particulier chez les jeunes. La population du Royaume-Uni, dont l'Angleterre représente 85%, est très proche de celle de la France. Les deux pays disposent de systèmes de soins et de protection sociale très élaborés, et l'Angleterre a une longue culture et un intérêt marqué dans le domaine de la santé publique et particulièrement de la médecine préventive. Pour ces raisons, il a paru opportun d'analyser en détail la situation actuelle concernant l'épidémiologie et les modalités de la lutte contre les IST chez les jeunes en Angleterre. En l'absence de réponse à la demande d'audition du conseiller social de l'ambassade de France au Royaume-Uni, cette évaluation résulte exclusivement d'une analyse documentaire.

1. Données épidémiologiques : prévalence et incidence des IST chez les adolescents et jeunes adultes en Angleterre⁵⁷

Les cliniques spécialisées en santé sexuelle (Sexual Health Clinics ou SHCs) ont recensé plus de 430 000 nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (toutes IST confondues) en 2015. Ce nombre est nettement plus élevé que celui rapporté en France par les réseaux de surveillance, probablement parce que l'exhaustivité du système de surveillance en Angleterre est plus importante.

Les chlamydioses rendent compte de 46%, les verrues ano-génitales de 16% et les gonococcies de 10% de ces nouvelles infections. Depuis 2012, le diagnostic de la syphilis est en hausse de 76% tandis que celui des gonococcies de 53%. Sur la seule période 2014-2015, les diagnostics de syphilis et de gonococcies ont augmenté, respectivement, de 20% et de 11%. En valeurs absolues, 5 288 cas de syphilis et 41 193 cas de gonococcies ont été rapportés en 2015. Ces dix dernières années, le diagnostic des gonococcies, de la syphilis et de l'herpès génital a considérablement augmenté, notamment parmi les hommes. Le diagnostic des verrues ano-génitales, en hausse parmi les hommes, a, à l'inverse, diminué chez les femmes.

6 095 infections par le VIH ont été recensées en 2015 au Royaume-Uni.

1.1. IST (hors VIH) chez les HSH

En 2015, les HSH rendaient compte de 84% des nouveaux diagnostics de syphilis, 70% des gonococcies, 21% des chlamydioses, 12% des herpès génitaux et 9% des verrues ano-génitales. Depuis 2012, parmi les HSH, les nouveaux cas de gonococcies sont en hausse de 105%, de syphilis de 35%, de chlamydioses de 52%, d'herpès génital de 21% et de verrues ano-génitales de 12%. Sur la seule période 2014-2015, le diagnostic de gonococcies (l'IST la plus fréquente chez les HSH) a augmenté de 21%, celui de la syphilis de 19% et celui des chlamydioses de 8%. D'autre part, 40% des nouveaux cas de syphilis, 24% des nouveaux cas de chlamydioses et 20% des nouveaux cas de gonococcies ont été diagnostiqués chez des HSH infectés par le VIH.

Ces données épidémiologiques mettent en évidence une épidémie IST concentrée chez les HSH. Cette rapide transmission dans ce groupe s'explique par un réseau sexuel dense, caractérisé par des pratiques et des comportements à risque.

1.2. IST (hors VIH) chez les adolescents et les jeunes adultes

C'est dans cette population que les taux les plus élevés d'infection à chlamydia, d'herpès génital et de verrues ano-génitales sont observés. En outre, parmi les hétérosexuels, ceux âgés de 15 à 24 ans rendent compte de 62% des chlamydioses, 52% des gonococcies, 51% des verrues ano-génitales et 41% des herpès génitaux.

Une diminution du diagnostic des verrues ano-génitales parmi les jeunes filles et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans a été constatée, attribuée à la forte couverture vaccinale anti-HPV dans cette tranche d'âge (voir infra).

1.3. Répartition géographique de l'épidémie IST (hors VIH)

La répartition géographique des IST est inégale, aussi bien à l'échelon national qu'à l'échelon local. Les taux de dépistage sont plus élevés dans les zones urbaines, et plus particulièrement à Londres. Ces taux reflètent la concentration des groupes de populations les plus à risques mais également les zones où l'accessibilité aux services de dépistage et de traitement est la plus aisée.

Cette répartition géographique inégale est plus prononcée pour les IST les moins répandues, telles que l'infection aux gonocoques qui présente une forte concentration géographique, notamment dans les zones

⁵⁷ Public Health England. « Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

urbaines. En effet, cette concentration géographique est observée à deux niveaux : au niveau du découpage administratif d'une part, avec des taux de détection très élevés dans certaines localités (atteignant 834,7 pour 100 000 habitants à Lambeth, localité de Londres) ; au niveau de la répartition géographique des groupes de populations à risque d'autre part, notamment dans les zones socio-économiquement défavorisées.

1.4. Répartition démographique de l'épidémie IST (hors VIH)

Les taux d'infections les plus élevés sont rapportés dans le groupe de population défini comme ethniquement noir, dont la majorité des personnes infectées résident dans des zones socio-économiques défavorisées. Une superposition complexe de facteurs économiques, culturels et comportementaux, est notamment décrite dans l'analyse épidémiologique des sous-groupes à risques « africains » et « caribéens ».

1.5. L'épidémie VIH/sida au Royaume-Uni

En 2015, au Royaume-Uni, 6 095 nouvelles infections par le VIH ont été recensées. Les HSH rendent compte de 54% de ces nouvelles infections. Les données spécifiques à l'Angleterre ne sont pas disponibles.

La surveillance épidémiologique en Angleterre au regard de celle pratiquée en France

L'évaluation épidémiologique des IST en Angleterre fait ressortir un profil épidémiologique voisin de celui observé en France, avec une concentration de l'épidémie, en particulier chez les HSH et chez les adolescents et les adultes jeunes. Elle révèle également une approche plus exhaustive et rapide qu'en France (hormis pour le VIH, affection à déclaration obligatoire), avec des possibilités d'analyse fine des groupes à risque, croisées avec les données démographiques et géographiques. Ces informations sont probablement utiles aux diagnostics des besoins territoriaux en acteurs de santé. A titre d'exemple, 200 000 cas d'infections à chlamydia (dont 130 000 parmi les moins de 25 ans) ont été rapportés en Angleterre en 2015, avec une forte exhaustivité du système de surveillance dont les données recensent, d'une part, l'ensemble des tests réalisés par les laboratoires, et d'autre part, l'activité de la médecine de ville et hospitalière en lien avec l'infection à chlamydia. En France en 2014, le nombre de cas rapportés d'infections à chlamydia était de 13 000 (dont 10 218 parmi les 15-29 ans), avec une exhaustivité affichée en 2015 de 18,2% du réseau sentinelle de laboratoires volontaires Renachla.

2. Mobilisation institutionnelle dans la lutte contre les IST

Depuis l'entrée en application en avril 2013 de la réforme de l'organisation de l'offre de santé sexuelle, celle-ci est principalement mise en œuvre au niveau local afin de répondre au mieux aux besoins territoriaux. Il est désormais dévolu aux collectivités (Local Authorities ou LA, dont le gouvernement local repose principalement sur les comtés et les districts) d'élaborer une approche globale de l'offre de santé sexuelle sur leur territoire. Cela concerne notamment l'information et la prise en charge des IST, de la contraception, de la vie sexuelle et affective et des grossesses non désirées. Cependant, certaines prestations de santé sexuelle relèvent encore de la responsabilité des *clinical commissioning groups* (CCGs) et de NHS England.

2.1. Organisation de la politique de lutte contre les IST au niveau national

Les réformes successives du NHS ont introduit la logique des marchés internes en distinguant les « acheteurs de soins » (*Health Authorities*) « des producteurs de soins » (hôpitaux et cabinets médicaux). Le système est actuellement organisé autour de structures déconcentrées du NHS qui « achètent » les soins hospitaliers et organisent les soins primaires en assurant une contractualisation des médecins libéraux d'une zone territoriale donnée. Si, depuis avril 2013, les collectivités locales mettent en œuvre et assurent l'organisation de la plupart des soins médicaux, certaines prises en charge spécifiques demeurent du ressort du NHS. C'est le cas notamment de la prise en charge et le traitement des PVVIH, de l'offre de soins en santé sexuelle pour les personnes détenues et l'offre en médecine reproductive.

A Framework for Sexual Health Improvement in England (2013) synthétise la stratégie nationale de santé sexuelle telle que définie au niveau national par le *Department of Health*. Ce document a pour ambition de promouvoir la santé sexuelle : il fournit dans un corpus détaillé les orientations à poursuivre et les objectifs à atteindre. Cette stratégie nationale de santé sexuelle s'accompagne de plusieurs guides méthodologiques (entres autres, *Commissioning Sexual Health Services and Interventions : Best Practice Guidance for Local Authorities* en 2013 ou encore *The Integrated Sexual Health Services : National Service Specification* en 2013), destinés aux acteurs locaux, afin d'assurer une mise en œuvre optimale de l'offre et des actions en santé sexuelle conformes aux objectifs nationaux.

Pour accompagner le travail des autorités locales dans la mise en œuvre de ces objectifs, des outils d'aide à la décision sont élaborés au niveau national. Le *National Institute of Clinical Excellence* (NICE), organisme indépendant du NHS, est chargé de définir et de diffuser des recommandations de bonne pratique et d'outils

et/ou d'actions facilitant leur réalisation. Le programme de distribution des préservatifs via le dispositif « C-Card scheme » est un exemple d'une action locale identifiée comme effective par le NICE, qui recommande dès lors sa généralisation (voir infra 3.3.a). En outre, *Public Health England* (PHE), agence indépendante du *Department of Health*, est en charge de fournir un soutien aux collectivités locales dans leur mise en œuvre des missions de santé publique. Pour cela, PHE publie de façon annuelle des bulletins de surveillance et des rapports épidémiologiques détaillés servant à identifier les besoins territoriaux au niveau des collectivités locales. A titre d'exemple, PHE a développé un barème évaluant les politiques de santé sexuelle des collectivités locales. Cette évaluation repose sur 20 indicateurs liés à la santé sexuelle, qui peuvent être utilisés pour comparer les différences entre les collectivités locales mais aussi les différences au sein d'une même collectivité locale. Il existe par ailleurs un index de « privation en santé sexuelle » qui inclut des mesures de l'information de la population sur le VIH, sur les IST, le nombre de grossesses précoces, d'IVG ainsi que le nombre de problèmes de fertilité recensés. Cet index permet d'identifier les territoires où se superposent insuffisance de l'accès aux services de santé sexuelle et vulnérabilité des populations.

2.2. Organisation de la politique de lutte contre les IST au niveau local

a) Le rôle renforcé des collectivités locales en matière de lutte contre les IST

Depuis avril 2013, les collectivités locales sont en charge de fournir la majeure partie de l'offre en santé sexuelle, incluant l'accès à la contraception, le dépistage et le traitement des IST (dont l'organisation du programme national de dépistage de Chlamydia et le dépistage du VIH), ainsi que l'offre en santé sexuelle spécialisée (prévention et promotion de la santé sexuelle ; services de santé sexuelle dans les écoles, les universités et les pharmacies etc.). Aucune évaluation de l'impact de cette réforme sur les modalités d'organisation de l'offre de santé sexuelle et sur leur effectivité n'a été publiée ; à ce jour, on ne peut par conséquent établir des comparaisons rigoureuses entre la situation actuelle et celle qui prévalait jusqu'en 2013.

En Angleterre, il existe une considérable diversité de l'organisation des soins et de l'offre en santé sexuelle. Certaines collectivités connaissent un cloisonnement des services avec une distinction franche entre l'offre en santé sexuelle dispensée par la médecine générale et celle dispensée par la médecine spécialisée alors que d'autres collectivités disposent d'un système intégré de prise en charge. Ces différences résultent d'une variété des modes de contractualisation et d'organisation des soins qui existent à travers le territoire.

Au niveau des collectivités locales, les commissions santé et bien-être (*Health and Wellbeing Board*) regroupent les décideurs en santé publique et les représentants des CCGs implantés sur le territoire. Ces commissions sont chargées d'évaluer les besoins actuels et futurs de la localité en matière de besoins médicaux, médico-sociaux et sociaux. Pour réaliser cette analyse des besoins, les commissions font appel à un diagnostic local des besoins et ressources (*Joint Strategic Needs Assessments* ou JSNA) afin d'identifier leurs priorités stratégiques (*Joint Health and Wellbeing Strategies* ou JHWS). De ces deux documents résulte la coordination des stratégies du NHS, des CCGs et des collectivités locales en matière de mise en œuvre et d'organisations de l'offre de santé.

b) Les clinical commissioning groups (CCGs) : une gouvernance élargie de la médecine libérale au niveau local

Les *clinical commissioning groups* (CCGs), qui sont des instances de représentations des *GPs* (*General Practitioner* ou médecins libéraux), participent à l'organisation des soins d'un territoire donné. En mars 2013, il existait 211 CCGs en Angleterre. Les CCGs s'organisent autour d'équipes multidisciplinaires de professionnels de santé et de représentants de patients. Le nombre de *GPs* qu'ils représentent et le territoire qu'ils couvrent varient grandement d'un CCG à un autre.

La création des CCGs résulte d'un impératif de responsabilisation du NHS vis-à-vis de ses patients et du service médical rendu. Il a été alors défini une nouvelle politique de gouvernance au sein de NHS où il a été promu un réel souci d'encadrement de la médecine libérale, qui s'effectue d'après une logique d'autorégulation par les pairs. Les CCGs sont les garants de la politique qualité du NHS : ils ont pour mission de promouvoir les objectifs du NHS auprès des professionnels qu'ils encadrent et d'en évaluer les résultats.

Leur périmètre d'actions couvre l'organisation des soins de premier recours (y compris la médecine d'urgence) et les orientations (*referral*) des patients auprès de services spécialisées, aussi bien auprès de confrères spécialistes que dans les structures hospitalières et médico-sociales. Depuis avril 2013, sur le territoire qui leur est dévolu, les CCGs sont en charge d'organiser les services d'interruption de grossesse et d'assurer l'offre de soins en gynécologie.

3. Déclinaison des actions menées auprès des jeunes en Angleterre

3.1. Rôle de l'école dans l'éducation à la sexualité et dans les actions de prévention et de prise en charge des IST

a) Mise en œuvre de l'éducation à la vie sexuelle et relationnelle en Angleterre

L'éducation à la vie sexuelle et relationnelle en Angleterre (*Sex and Relationship Education* ou SRE) est une composante du programme d'éducation personnelle, sociale et sanitaire (*Personal, Social and Health Education Framework* ou PSHE) telle que définie par le *Department for Education* dans ses orientations stratégiques⁵⁸. L'éducation à la vie sexuelle et relationnelle (SRE) en Angleterre est facultative et réalisée sur la base du volontariat des enseignants dans les établissements publics et privés (0,58 millions d'élèves en 2016 soit près de 7% de l'ensemble des élèves [8,5 millions]⁵⁹) ; seule l'éducation à la prévention des IST et du VIH est obligatoire dans les écoles secondaires publiques. De leur côté, les parents disposent d'un droit de retrait de leurs enfants lors des interventions d'éducation à la vie sexuelle et relationnelle, hormis celles concernant la prévention des IST et du VIH.

Les dispositions relatives au programme d'éducation à la vie sexuelle et relationnelle sont segmentées, ce qui conduit à un manque de lisibilité, parfois même une confusion, relatives aux obligations et objectifs qui doivent être poursuivis par les équipes pédagogiques. Une insuffisante mobilisation des établissements et de leurs équipes pédagogiques a été constatée et s'est accentuée ces dernières années : en 2013, il a été évalué que 40% des établissements fournissaient des contenus en éducation personnelle, sociale et sanitaire (PSHE) de pauvre qualité (alors qu'il était jugé de bonne qualité dans ¾ des établissements en 2010) ; et dans plus d'un tiers des établissements, les contenus d'éducation à la vie sexuelle et relationnelle sont de qualité médiocre en 2013⁶⁰.

Si le programme d'éducation à la vie sexuelle et relationnelle est vivement encouragé et promu par le *Department for Education* par le biais de ses orientations stratégiques (*Sex and Relationship Guidance* en 2000 et *A Framework for Sexual Health Improvement in England* en 2013) pour l'ensemble des établissements, publics et privés, élémentaires et secondaires, aucune obligation n'est affirmée en matière de contenus et les modalités de d'élaboration des programmes sont dévolus aux collectivités locales et aux établissements. De même, les obligations en matière de contenus, qui s'imposent aux établissements et aux professeurs, sont définies dans le curriculum national de sciences et de biologie et ne concernent que certains aspects du programme d'éducation à la vie sexuelle et relationnelle. Il existe actuellement des soutiens non négligeables parmi les syndicats d'enseignants qui se prononcent en faveur de l'entrée du programme de PSHE (dont l'éducation à la vie sexuelle et relationnelle) dans le programme national obligatoire. Une reconnaissance réglementaire du statut obligatoire du programme de PSHE rendrait effective sa mise en œuvre en incitant les professeurs à s'y dédier (via une allocation du temps scolaire et une inspection sanctionnant la qualité de leur réalisation) et en fournissant aux enseignants les outils nécessaires à leur mise en œuvre (notamment, une formation initiale et continue, inexistantes aujourd'hui et réalisées par des organismes privées très coûteux⁶¹). L'arbitrage institutionnel met cependant en avant la nécessité de conférer aux établissements et aux enseignants une grande autonomie et flexibilité dans la réalisation des actions d'éducation à la sexualité, le risque d'un programme national obligatoire pouvant provoquer des freins à l'adhésion et à l'observance. Il est ainsi espéré que les enseignants se saisissent par eux-mêmes des sujets d'éducation à la vie sexuelle et relationnelle lorsqu'ils sont confrontés à ces problématiques. Le guide méthodologique relatif à l'éducation à la vie sexuelle et relationnelle actuellement disponible pour les enseignants a été publié en 2000 et n'a pas été mis à jour depuis⁶². Face aux réticences institutionnelles à réactualiser cet outil (qui n'inclut ni les évolutions technologiques en matière d'accès et d'utilisation du numérique ni celles relative aux droits des minorités sexuelles), des associations, reconnus et partiellement financés par les pouvoirs publics, ont publié un guide méthodologique actualisée ayant pour but de compléter l'existant⁶³. Malgré un enthousiasme affiché du *Department for Education* pour cet outil, il a été insuffisamment promu auprès des établissements et, par conséquent, souffre d'un manque de légitimité auprès des établissements et des équipes pédagogiques auxquels cet outil se destinait initialement.

⁵⁸ Department for Education. *Keeping children safe in education: statutory guidance for schools and colleges*. 2014, London: Department for Education

⁵⁹ Department for Education. *Schools, pupils and their characteristics: January 2016*. June 2016, London : Department for Education.

⁶⁰ Education Committee. *Life lessons : PSHE and SRE in schools. Fifth Report of Session 2014-2015*. February 2015, London: House of Commons

⁶¹ Ibid.

⁶² Department for Education and Employment. *Sex and Relationship Education Guidance*. July 2000, London : DfEE

⁶³ Brook, PSHE Association and Sex Education Forum. *Sex and Relationship Education (SRE) for the 21st Century*. 2014, London

b) Rôle de la médecine scolaire dans l'éducation à la sexualité, la prévention et la prise en charge des IST

Les objectifs de la médecine scolaire en Angleterre ont été redéfinis en 2012 à l'occasion d'un plan d'actions stratégiques à destination des opérateurs de santé en milieu scolaire⁶⁴. Le périmètre d'actions de la médecine scolaire en Angleterre est vaste : il inclut les soins primaires (en milieu scolaire mais également en lien avec les réseaux locaux de soins), les politiques publiques de promotion de la santé chez l'enfant (notamment l'action coordonnée et intégrée de l'infirmière scolaire autour des objectifs du plan national « Healthy Child Programme »), coordination au niveau local autour des politiques publiques ciblées (notamment les politiques médico-sociales de vigilance au décrochage scolaire, de suicide, de détresse émotionnelle et affective, de suivi des affections lourdes et/ou chroniques, d'identification des publics vulnérables mais aussi les actions de prévention en santé sexuelle)⁶⁵.

L'infirmière scolaire est un maillon essentiel des politiques publiques à destination des enfants, adolescents et jeunes adultes. En effet, du fait de sa proximité avec ce public et dans un souci de réalisation des objectifs nationaux, il lui est attribué un rôle fort de leadership dans la mise en place des actions publiques. L'infirmière n'est pas seulement un relais des politiques publiques : elle agit activement en tant que véhicule de ces politiques et comme premier garant de leur mise en place. Son action est toujours pensée en coordination avec les autres acteurs de la communauté (professionnels de santé, travailleurs médico-sociaux ou professionnels de l'Éducation nationale). Dans le domaine de la prévention des IST, les objectifs nationaux, dont ceux de réduction de l'incidence des chlamydioses et des grossesses non désirées, sont assortis d'actions concrètes à promouvoir à l'échelon local par l'infirmière scolaire (par exemple, les actions de prévention des IST, d'information sur la contraception ou encore de vaccination contre le HPV).

La médecine scolaire en Angleterre repose sur des infirmières spécialisées appelées « Specialist Community Public Health Nurses » (SCPHN). Ces infirmières (ou sages-femmes) ont été spécifiquement formées aux besoins médicaux et sociaux des enfants et adolescents scolarisés et ont été sensibilisés aux problématiques de santé publique. C'est ainsi que leur rôle d'opérateur des politiques publiques de santé a été pensé en lien avec leur cursus initial, qui leur a fourni les outils nécessaires pour mener à bien leur mission de relais des politiques publiques à l'échelon scolaire et local. Elles peuvent intervenir à la fois dans les établissements scolaires publics, les établissements privés, les établissements spécialisés et/ou les services spécialisés de protection de l'enfance. D'après les derniers recensements, il y avait 3 000 infirmières dites « classiques » intervenant en milieu scolaire en 2010. Le nombre d'infirmières spécialisées en santé publique (SCPHN) est resté stable sur la période 2009-2014 (alors que sur la même période, le nombre d'élèves a augmenté de 6,93 millions à 7,14 millions⁶⁶ jusqu'à atteindre 8,5 millions en 2016⁶⁷) et était de 1 209 infirmières SCPHN en temps plein en 2010.

Les infirmières scolaires sont vivement encouragées à utiliser les nouveaux outils numériques pour adapter leur communication aux attentes des nouvelles générations. En effet, une enquête nationale a mis en exergue les préoccupations et besoins des jeunes Anglais scolarisés : ceux-ci se soucient aussi bien de l'accessibilité et de la garantie de confidentialité de la médecine scolaire que d'une utilisation accrue des moyens de communication et d'information numériques par les services de médecine scolaire. Pour cela, le *Department of Health* recommande aux infirmières d'utiliser des contenus multimédia de communication adaptés à l'âge des enfants/jeunes, d'utiliser des interfaces interactives comme les applications (notamment pour le suivi d'élèves souffrant de maladies chroniques) mais aussi de moyens de communication privilégiés par les adolescents, notamment les SMS et les emails, pour la prise de rendez-vous et/ou pour la dispensation de conseils en toute confidentialité⁶⁸.

⁶⁴ Department of Health. *Getting it right for children, young people and families. Maximising the contribution of the school nursing team : Vision and Call to Action*. 2012, London: Department of Health

⁶⁵ Department of Health. *Getting it right for children, young people and families. Maximising the contribution of the school nursing team : Vision and Call to Action*. 2012, London: Department of Health

⁶⁶ Education Committee. *Life lessons : PSHE and SRE in schools. Fifth Report of Session 2014-2015*. February 2015, London: House of Commons

⁶⁷ Department for Education. *Schools, pupils and their characteristics: January 2016*. June 2016, London : Department for Education.

⁶⁸ Ibid

L'organisation de la médecine scolaire en Angleterre au regard de celle en France

En 2011 en France, d'après l'évaluation réalisée par la Cour des Comptes, il y avait 1 478 médecins scolaires et 8 409 infirmières scolaires. En 2014-2015, le nombre d'élèves scolarisés en France était d'environ 12 millions (1^{er} et 2nd degré, enseignement privé inclus)⁶⁹. Au vu du nombre d'infirmières et d'élèves du premier et second degrés en Angleterre, le ratio d'élèves par infirmière en France et en Angleterre est relativement proche. Cependant, davantage de missions leur sont dévolues en Angleterre, en particulier celles relevant de la santé publique. La médecine scolaire est *de facto* insérée dans un réseau localement coordonné de soins primaires et est destiné à être à la fois un relais et un vecteur des politiques nationales et locales. Pour cela, il lui incombe de prendre part à la stratégie nationale de prise en charge des besoins des jeunes et d'adapter aux objectifs nationaux de santé publique ses actions localement menées. En France, le rôle de la médecine scolaire est davantage conçu comme un appui et un support à l'équipe éducative. Son pilotage est du ressort exclusif de l'Éducation nationale. Les conseillers techniques (médecins ou infirmiers), qui interviennent pourtant à tous les échelons décisionnels, n'ont pas de rôle pilote dans l'élaboration des politiques de santé en milieu scolaire, contrairement à ce qui est constaté en Angleterre.

3.2. Organisation de la prise en charge des IST dans le système de santé anglais

a) Offre de soins coordonnée et ciblée : singularité des Sexual Health Clinics et des STI/HIV Clinics

Les *Sexual Health Clinics* et des *STI/HIV Clinics* constituent une offre pionnière de prise en charge et de promotion de santé sexuelle en Angleterre. Ces cliniques assurent une prise en charge rapide, confidentielle et complète (dépistage et analyse des résultats avec un professionnel, contraception, conseils et information sur les IST et les pratiques à risque telles que le chemsex, etc.). De plus, la prise en charge dans ces cliniques est gratuite et y est d'autant plus simplifiée qu'il n'est pas requis que les personnes soient recommandés par leurs médecins traitants.

Si l'approche moderne et novatrice de la prise en charge dans certaines cliniques est promue et l'offre coordonnée est toujours valorisée, l'insuffisante répartition de cette offre sur le territoire et sa concentration dans les zones métropolitaines (en particulier à Londres) posent les limites d'une généralisation à l'échelle nationale sous ces modalités. Aujourd'hui, il existe une grande multiplicité des structures et des dénominations qui s'y réfèrent : entres autres, *sexual health clinics*, *genitourinary medicine clinics*, *STI clinics*, *HIV clinics*, *sexual and reproductive health clinics*. Ces cliniques reposent souvent sur des structures déjà existantes de prise en charge : c'est dans certains cas un regroupement, davantage *ad hoc*, des services en santé sexuelle existants sur un territoire qu'une création d'une offre nouvelle de prise en charge. C'est donc le résultat d'une coordination des services en santé sexuelle locaux existants afin d'optimiser leur efficacité et d'assurer une palette élargie des prestations offertes sur un même lieu.

Aucune évaluation n'a été publiée à ce jour sur l'efficacité de ces cliniques. Par ailleurs, il n'y a pas de portage institutionnel en faveur d'une généralisation de ces cliniques sur l'ensemble du territoire : il est laissé à la discrétion des collectivités locales d'identifier les besoins et d'assurer la réponse nécessaire en collaboration avec leurs partenaires locaux. C'est ainsi que les cliniques existantes disposent de partenariats et de financements du NHS mais sont souvent le résultat d'initiatives locales soutenues par des institutions de charité spécialisées en santé sexuelle (entres autres, Brook, Terrence Higgins Trust, etc.).

b) Rôle de l'offre libérale dans le dépistage et le traitement des IST

La médecine libérale en Angleterre est un pilier du système de santé anglais, qui repose sur les *General Practitioners* ou *GPs*, des contractuels indépendants du NHS, dont dépendent des patients qui se sont préalablement inscrits auprès de lui. Ils sont en charge des soins primaires et, du fait du système d'orientations vers les spécialistes, sont un filtre au système hospitalier. La rémunération des *GPs* repose sur un mode mixte : paiement à la capitation, rémunération à l'activité et remboursement des frais (administratifs et d'équipements). Les missions du *GP* sont divisées en trois groupes : celles relevant de la pratique routinière (*essential services*) du médecin généraliste ; les « services additionnels » (*additional services*) qui incluent des actions spécifiques de santé publique (dépistage du cancer du col, contraception, vaccination de l'enfant, etc.), et que certains *GPs* ne sont pas tenus de réaliser selon les modalités spécifiques de leur contractualisation avec NHS England ; et les « services bonifiés » (*enhanced services*) dont la réalisation est facultative et la rémunération est spécifique (par exemple, participation à un programme de vaccination saisonnier et/ou ponctuel). La contractualisation des *GPs* en Angleterre étant particulièrement segmentée (au niveau national ou local) et hétérogène (objectifs différents selon le contrat

⁶⁹ "L'Éducation nationale en Chiffres". *Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche*, 2016. <http://www.education.gouv.fr/cid57111/l-education-nationale-en-chiffres.html>

utilisé), NHS England encourage depuis 2003 une homogénéisation de ces contrats. Elle souhaite également que soit privilégiée une contractualisation nationale des cabinets médicaux avec NHS England afin de remplacer la contractualisation locale des cabinets et la contractualisation individuelle des *GPs*. C'est ainsi que le nouveau contrat proposé au niveau national (intitulé *General Medical Services (GMS) contract*), résultant d'une concertation entre le syndicat professionnel de médecins généralistes anglais et NHS England et renégocié annuellement, est aujourd'hui utilisé par 60% des cabinets médicaux (les autres 40% privilégient les contrats locaux)⁷⁰. La rémunération des cabinets inclut, sous le *GMS contract*, des objectifs qualitatifs à atteindre ; ceux-ci peuvent représenter jusqu'à 15% des revenus des cabinets⁷¹. Concernant les services facultatifs impulsés nationalement par le NHS, ceux-ci peuvent parfois couvrir jusqu'à 15% des revenus des cabinets médicaux⁷².

La stratégie nationale de santé sexuelle (*A Framework for Sexual Health Improvement in England*) consacre un rôle majeur aux médecins généralistes, conformément aux modalités de prise en charge en Angleterre. Ils sont des interlocuteurs privilégiés puisqu'ils constituent le premier point de contact avec les personnes ayant des besoins en matière de santé sexuelle. Le programme national de dépistage de l'infection à chlamydia a mis en évidence le rôle croissant des *GPs* dans la prise en charge des IST : en 2013, ils ont réalisé 18% du total des dépistages à chlamydia chez les 15-24 ans et 22% du total des dépistages réalisés parmi les jeunes filles ; ils rendaient compte de près de 8% des taux de positivité chez les jeunes hommes et près de 6% chez les jeunes femmes⁷³. Le *Department of Health* considère qu'une sensibilisation des *GPs* aux enjeux des IST et du VIH leur permettrait d'identifier plus efficacement les personnes à risque, de leur proposer un dépistage et leur fournir un suivi approprié. Pour cela, le *Department of Health* encourage la formation (notamment la formation en ligne) des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmières et pharmaciens) pour réactualiser leurs connaissances sur les IST et développer leur aisance à aborder les questions de sexualité avec leurs patients. Un programme de formation proposé aux cabinets médicaux de la localité de Haringey a ainsi mis en évidence que, à la suite de cette initiative, une augmentation substantielle des dépistages VIH a eue lieu et le taux de positivité est passé d'une moyenne de 9,5 à 22 personnes par an⁷⁴.

3.3. Mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge des IST par les opérateurs de santé : trois exemples

a) La distribution de préservatifs comme source d'opportunité de prévention

D'après les résultats du National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal) mené entre septembre 2010 et août 2012 au Royaume-Uni, 16,4% des jeunes hommes et 14,3% des jeunes femmes de 15-24 ans déclarent avoir eu des rapports non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels dans l'année passée⁷⁵. L'idée persiste que le préservatif diminue le plaisir lors des rapports sexuels.

La réduction des IST étant un objectif défini par la stratégie nationale de santé sexuelle élaborée par le Ministère de la Santé anglais⁷⁶, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) constate que les schémas de distribution des préservatifs en Angleterre sont variés et inégaux en matière d'accessibilité (gratuité/prix réduit, distribution uniquement/distribution combinée à une offre de prévention, publics ciblés). Pour cela, le NICE considère que le « C-Card scheme », implanté au niveau de quelques localités, est un outil pertinent à développer à l'échelle nationale et ses recommandations concernant le « C-Card scheme » à destination des jeunes, des HSH et travailleurs du sexe sont attendues pour mars 2017. D'après les documents publics d'élaboration de ses futures recommandations, le NICE recommandera aux autorités locales d'identifier les acteurs locaux appropriés pour participer et, le cas échéant, développer en réseau le programme de distribution « C-Card scheme ».

Brook, une institution de charité spécialisée en santé sexuelle des jeunes, a élaboré, en partenariat avec Public Health England, un guide méthodologique à destination de tous les professionnels, qu'ils soient directement en charge de la santé sexuelle et/ou agissant auprès des jeunes, désireux de développer un

⁷⁰ <https://www.bma.org.uk/advice/employment/gp-practices/service-provision/prescribing/the-gp-practice/nhs-contracts-for-primary-medical-services>

⁷¹ Ibid

⁷² Ibid

⁷³ Public Health England. *Towards achieving the chlamydia detection rate. Considerations for commissioning*. 2014, London : Public Health England

⁷⁴ Department of Health. *A Framework for Sexual Health Improvement in England*. March 2013, London : Department of Health

⁷⁵ Mercer, Catherine H, Clare Tanton, Philip Prah, Bob Erens, Pam Sonnenberg, Soazig Clifton, and Wendy Macdowall et al. 2013. "Changes In Sexual Attitudes And Lifestyles In Britain Through The Life Course And Over Time: Findings From The National Surveys Of Sexual Attitudes And Lifestyles (Natsal)". *The Lancet* 382 (9907): 1781-1794. doi:10.1016/s0140-6736(13)62035-8.

⁷⁶ Department of Health. *A Framework for Sexual Health Improvement in England*. March 2013, London : Department of Health

programme de distribution des préservatifs « C-Card scheme »⁷⁷. Ce programme peut exister sous 3 formes organisationnelles :

- Un réseau de distributeurs (médecins généralistes, pharmaciens, cliniques etc.) coordonné autour d'un acteur pilote en charge du programme;
- Un prestataire agissant seul au niveau local (par exemple une structure ou association opérant exclusivement avec son réseau de jeunes);
- Une offre dématérialisée en ligne, avec une distribution des préservatifs par envoi postal.

Ce programme, par-delà la provision gratuite en préservatifs et lubrifiants, promeut le préservatif comme partie intégrante d'une sexualité saine et épanouie. Du point de vue des professionnels participants, il leur offre l'opportunité de prendre prétexte de la distribution de préservatifs pour aborder les thématiques liés à la lutte contre les IST et de délivrer plus largement une prévention en santé sexuelle et reproductive. De plus, à travers ce programme, les professionnels de santé et les professionnels agissant auprès des jeunes sont incités à travailler en réseau : la logique est celle d'un décloisonnement des structures et des professionnels opérant avec les jeunes afin de promouvoir des actions coordonnées et de garantir un service en santé sexuelle et reproductive intégrée à l'échelon local. L'objectif central est donc d'augmenter en nombre et d'améliorer en qualité l'accès à ses services aux adolescents et jeunes adultes.

Une grande variété des acteurs participant à ce programme est promue : médecins généralistes, structures opératrices en santé sexuelle, organisations de jeunes, médecine scolaire, travailleurs sociaux, pharmacies, associations sportives etc. Ces acteurs peuvent prendre part à l'initiative à différents étapes, que ce soit par la promotion du programme auprès des jeunes, la distribution des préservatifs et/ou la délivrance des messages de prévention sur les IST et la santé sexuelle.

Le programme fonctionne comme suit :

- Les adolescents et jeunes adultes de moins de 24 ans doivent tout d'abord s'inscrire. Pour cela, ils doivent nécessairement accepter un entretien avec un professionnel, qui a pour objectif 1) de les informer sur le programme (points de distribution, maintien de la confidentialité, etc.), 2) d'évaluer les besoins du demandeur, et 3) de délivrer des conseils et informations appropriés (sur les préservatifs, les IST, les risques encourus, que faire en cas de problème de contraception ? etc.).
- La phase d'inscription est finalisée lorsqu'est délivrée une carte d'utilisation du service, qui permet d'obtenir gratuitement un certain nombre de préservatifs (6 à 10) auprès de fournisseurs agréés. Ces fournisseurs n'ont pas pour mission première de fournir des informations complémentaires en santé sexuelle et reproductive mais doivent être aptes à réorienter les jeunes vers les services localement compétents pour répondre à leurs interrogations et leur fournir conseils et soutien.
- Lorsque le crédit de la carte est épuisé, la personne, s'étant préalablement engagée lors de l'inscription, doit se présenter à un entretien de « réévaluation ». C'est l'occasion, pour le jeune, de faire part au professionnel de l'évolution de ses besoins et de ses attentes. Pour le professionnel, c'est l'occasion de réévaluer les changements comportementaux du jeune, notamment sa prise de risque et ajuster en conséquence les outils et messages de prévention qu'il lui délivre. Certains opérateurs du programme font le choix de proposer des consultations plus régulières (en plus de celles d'inscription et de renouvellement de la carte), tandis que d'autres imposent des consultations plus régulières uniquement à certains groupes (notamment les 13-15 ans).

La prévention des IST et la promotion de la santé sexuelle à travers la distribution de préservatifs

Le « C-Card scheme » est un dispositif de distribution des préservatifs à destination des publics vulnérables aux IST (jeunes, HSH et travailleurs du sexe) délivrés par le biais d'une carte, créditée d'un certain nombre de préservatifs gratuits à récupérer auprès de fournisseurs du réseau (entre autres, médecins généralistes, opérateurs publics en santé sexuelle, organisations de jeunes, médecine scolaire, travailleurs sociaux, pharmacies, associations sportives). Pour pouvoir en bénéficier, le jeune doit obligatoirement participer, lors de la phase d'inscription et de renouvellement de la carte, à des entretiens avec un professionnel en santé sexuelle et reproductive. Ce programme prend prétexte de la distribution gratuite de préservatifs pour aborder les thématiques liés à la lutte contre les IST et de délivrer plus largement une prévention en santé sexuelle et reproductive.

⁷⁷ Brook. *C-Card condom distribution schemes. Why, what and how?* London : Brook

b) Le programme national de dépistage des infections à chlamydia à destination des moins de 25 ans

Lancé en 2003, le Programme national de dépistage de l'infection à Chlamydia (National Chlamydia Screening Programme ou NCSP) a pour objectif de dépister annuellement, ou à chaque changement de partenaire, toute personne sexuellement active âgée de moins de 25 ans. Du fait de la prévalence de l'infection à chlamydia et de son absence de symptômes, les chlamydioses sont un enjeu de santé publique ; l'offre de dépistage des chlamydioses a ainsi vocation à devenir systématique et routinière. La proposition de dépistage est offerte à tous les points d'entrée accessibles aux jeunes (soins primaires, pharmacies, structures de santé spécialisées en santé sexuelle, internet) afin de multiplier les opportunités de dépistage. Tous les professionnels de santé sont mobilisés dans le cadre de la campagne annuelle de dépistage du NCSP afin d'assurer une couverture optimale de ce programme. Public Health England recommande une mobilisation et un soutien institutionnel des autorités locales au programme national de dépistage de la chlamydia afin que le taux national de dépistage atteigne 2 300 pour 100 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans.

En 2015, parmi les 15-24 ans, plus de 1,5 million de dépistages de l'infection à chlamydia a été réalisé. 130 000 cas de chlamydioses ont été diagnostiqués, soit un taux de détection de 1 887 pour 100 000 jeunes⁷⁸. En prenant l'hypothèse d'un test par personne, il est estimé que 32% des jeunes filles/femmes et 13% des jeunes garçons/hommes âgés de 15 à 24 ans ont été dépistés pour l'infection à chlamydia en 2015⁷⁹. Une large proportion des dépistages a été réalisée par des structures opératrices de santé non spécialisées⁸⁰ et par l'offre de soins de ville⁸¹ (38,5%), suivie par les cliniques spécialisées⁸² (SHCs) qui comptabilisent 37% des dépistages effectués⁸³. Cet effet est le résultat de la stratégie nationale consistant à faire des visites médicales une opportunité de dépistage de l'infection à chlamydia. Cependant, 46% des diagnostics positifs sont effectués dans les SHCs contre un total d'environ 34% pour l'offre de soins de ville et les structures opératrices de santé non spécialisées⁸⁴. Parmi les tests effectués en cliniques spécialisées (SHCs), 10,4% sont positifs ; parmi ceux réalisés en cliniques non spécialisées, 9,1% sont positifs ; parmi ceux réalisés en pharmacie de ville, 8,3% sont positifs ; parmi ceux réalisés en cliniques d'interruption de grossesse, 6,2% sont positifs ; parmi ceux réalisés par les médecins généralistes, 5,9% sont positifs⁸⁵.

77 000 dépistages en 2015 ont été réalisés via internet, dont 8,4% sont positifs⁸⁶. De nombreux services en ligne consacrés à la santé sexuelle se sont développés ces dernières années, relevant aussi bien d'initiatives privées (institutions de charité spécialisées en santé sexuelle) que d'initiatives publiques (par le NHS England ou par les collectivités locales). Ces services proposent des kits de dépistages par auto-prélèvement et des traitements des IST (chlamydioses, gonococcies, herpès génital et verrues ano-génitales) adaptés selon le sexe. La confidentialité du dépistage est au cœur du dispositif et un accès sécurisé en ligne aux résultats est souvent assuré. Enfin, ces dispositifs disposent également d'un service en ligne d'information sur les IST.

La tendance est à la hausse du nombre de tests de dépistage commandés en ligne, même si ceux-ci restent marginaux en matière de dépistages positifs (5% du total des diagnostics positifs parmi les 15-24 ans)⁸⁷. Cependant, c'est un accès au dépistage qui est privilégié par les plus jeunes (15-19 ans), qui présentent les taux de positivité les plus importants (10,5% chez les 15-19 ans contre 7,7% chez les 20-24 ans)⁸⁸.

Pour les personnes ayant été diagnostiquées positives et ayant accepté d'être prises en charge, le NCSP recommande un second dépistage trois mois après la fin du traitement. En effet, il est constaté que les

⁷⁸ Public Health England. « Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

⁷⁹ Ibid

⁸⁰ « Non-specialist services include Sexual and Reproductive Health (SRH) Services, Young People's Services and Online Sexual Health Services » in Public Health England. « Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

⁸¹ « Community-based settings include Termination of Pregnancy clinics, Pharmacies, Outreach and General Practice » in Public Health England. « Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

⁸² "Specialist services include genitourinary medicine (GUM) clinics and integrated GUM/Sexual and Reproductive Health (SRH) services " in Public Health England. « Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

⁸³ Public Health England. « Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

⁸⁴ Ibid

⁸⁵ Ibid

⁸⁶ Ibid

⁸⁷ Ibid

⁸⁸ Ibid

personnes diagnostiquées positives dans un premier temps ont deux à trois fois plus de chances d'être réinfectées et de nouveau diagnostiquées positives dans l'année suivant leur première infection : en Angleterre, cela concerne 10 à 15% des jeunes ayant déjà été diagnostiqués de chlamydioses⁸⁹. Les explications avancées sont des pratiques à risque qui se perpétuent et, dans une moindre mesure, des échecs de traitement.

L'impact de ce programme sur la prévalence de l'infection à chlamydia en Angleterre est difficilement mesurable. Cependant, entre 2008 et 2011, la proportion de dépistages positifs a diminué tandis que la couverture nationale du dépistage a augmenté. Si une baisse relative de la prévalence des infections à chlamydia peut être avancée, on peut tout de même souligner l'existence d'un biais statistique qui peut résulter de l'extension du dépistage à des groupes de population moins à risques. De même, il a été constaté que la diminution du taux de positivité entre 2014 et 2015 est en partie imputable à une diminution du pourcentage des dépistages proposés par l'offre de soins primaires⁹⁰.

L'évaluation médico-économique positive de ce programme repose sur l'indicateur économique QALY. Il est estimé qu'une année d'espérance de vie en bonne santé (QALY) obtenue grâce à un dépistage annuel de l'infection à chlamydia coûte en moyenne 27£⁹¹.

Le dépistage des infections à chlamydia en Angleterre au regard des recommandations et pratiques françaises

Les données épidémiologiques mettent en évidence les fortes prévalences et incidences des chlamydioses ; elles identifient, en France comme en Angleterre, la lutte contre les IST comme un enjeu de santé publique. Lancé en 2003 en Angleterre, le Programme national de dépistage des infections à chlamydia a pour objectif de dépister annuellement, ou à chaque changement de partenaire, toute personne sexuellement active de moins de 25 ans. La proposition de dépistage est offerte à tous les points d'entrée accessibles aux jeunes (soins primaires, pharmacies, structures de santé spécialisées en santé sexuelle ou non, internet) afin de multiplier les opportunités de dépistage. En France, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) préconisait en 2003 un dépistage systématique des femmes de moins de 25 ans et des hommes de moins de 30 ans dans les CeGIDD, les CPEF, les Centres d'IVG et les Dispensaires antivénéériens. Ces stratégies de dépistage différentes (en Angleterre, le dépistage est offert en médecine générale et en médecine spécialisée alors qu'en France, il n'est gratuit que lorsqu'il est réalisé par les opérateurs publics de santé) et la promotion afférente qui en est faite sont susceptibles de contribuer à expliquer des résultats contrastés en matière de couverture du dépistage et de taux de détection de l'infection (81 000 cas recensés par le réseau Renachla en 2015 ; 200 000 recensés en Angleterre).

c) La vaccination anti-HPV en Angleterre

Le programme de vaccination anti-HPV a débuté en 2008. Il suivait la recommandation du Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) qui soulignait l'importance de la vaccination des jeunes filles de 12 à 13 ans et le rattrapage vaccinal pour celles âgées de 14 à 18 ans. L'objectif premier de ce programme était de réduire l'incidence des cancers cervicaux parmi les femmes. Pour cela, la vaccination des jeunes filles avant leur entrée dans la vie sexuelle semblait essentielle. La majorité des doses administrées (au nombre de 3) l'ont été en milieu scolaire par les infirmières. Le calendrier vaccinal d'injection des trois doses a été échelonné sur l'année scolaire en cours. Un nombre relativement réduit de localités a préféré initier une vaccination par la médecine libérale, d'autres faisant le choix d'une vaccination en milieu scolaire et en milieu libéral. D'après une étude menée sur les diverses cohortes de jeunes filles vaccinées de l'année scolaire 2008-2009 à l'année scolaire 2013-2014, 95% de celles-ci ont été vaccinées en milieu scolaire. Le Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) travaille actuellement sur une vaccination universelle anti-HPV. Les recommandations du JCVI sur ce sujet seront rendues publiques début 2017.

Entre 2009 et 2015, parmi les jeunes filles/femmes âgées de 15 à 19 ans, il y a eu une baisse de 38,9% des premiers épisodes de verrues ano-génitales ; parmi les 20-24 ans, la baisse était de 17,5%⁹². En 2015, la baisse est très significative parmi les jeunes filles âgées de 15 ans (83,2%), qui ont bénéficié du vaccin quadrivalent⁹³. Le taux de couverture vaccinale en 2015 parmi les jeunes filles âgées de 15 ans était de

⁸⁹ Public Health England. « Monitoring rates of Chlamydia re-testing within the English National Screening Programme ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

⁹⁰ Public Health England. « Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016):

⁹¹ Public Health England. *Opportunistic Chlamydia Screening of Young Adults in England*. 2014, London : Public Health England

⁹² Public Health England. « Continuing trend of declining genital warts diagnoses in young women in England: update to end 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

⁹³ Ibid

28,9% pour le vaccin bivalent et 57,4% pour le vaccin quadrivalent ; parmi les jeunes filles âgées de 16 ans, 71,5% d'entre elles ont bénéficié d'un vaccin bivalent et 14,4% d'un vaccin quadrivalent⁹⁴.

En novembre 2015, le JCVI a recommandé une vaccination anti-HPV de tous les HSH⁹⁵, en faisant l'état d'une incidence forte des infections liées au HPV. Le JCVI soulignait également que le schéma de vaccination était hétéro-centré et excluait *de facto* les HSH de ses bienfaits. Un programme expérimental de vaccination de HSH a par conséquent été lancé en Angleterre en juin 2016 et des programmes similaires seront lancés en 2017 au Pays de Galles et en Écosse. Dans les cliniques spécialisées participantes, une vaccination anti-HPV est proposée aux HSH. Aucune publicité sur ce programme n'est à ce jour réalisée puisque ce programme expérimental ne repose pas sur une campagne de vaccination massive mais davantage sur des opportunités de vaccination auprès des HSH particulièrement à risque.

La vaccination anti-HPV en Angleterre

Le taux de couverture vaccinale anti-HPV en Angleterre est d'environ 85% parmi les adolescentes de 15 et 16 ans et 95% de celles-ci ont été vaccinées en milieu scolaire. Entre 2009 et 2015, parmi les jeunes filles/femmes âgées de 15 à 19 ans, il y a eu une baisse de 38,9% des premiers épisodes de verrues anogénitales. Le Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) travaille actuellement sur une vaccination universelle anti-HPV et ses recommandations sont attendues début 2017. En novembre 2015, le JCVI a recommandé une vaccination anti-HPV de tous les HSH ; un programme expérimental de vaccination de HSH a par conséquent été lancé en Angleterre en juin 2016 et des programmes similaires seront lancés en 2017 au Pays de Galles et en Écosse.

⁹⁴ Public Health England. « Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015 ». *Health Protection Report*, volume 10, Number 22 (July 2016)

⁹⁵ Joint Committee on Vaccination and Immunisation. *JCVI statement on HPV vaccination of men who have sex with men*. (November 2015)

Annexe 6 : Sigles et acronymes

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
ARS : Agence régionale de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
BIJ : Bureau Information Jeunesse
CAARRUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CAESC : Comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CCG : Clinical commissioning group
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDESC : Comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CESC : Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CFA : Centre de formation d'apprentis
CIDIST : Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CJC : Consultations jeunes consommateurs
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales
COS : Cadre d'orientation stratégique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF : Centres de planification et d'éducation familiale
CPO : Convention pluriannuelle d'objectifs
CRIPS : Centre régional d'information et de prévention du sida
CROUS : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP : Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DPC : Développement professionnel continu
DTPJJ : Direction territoriale de la Protection judiciaire de la jeunesse
EARS : Éducation affective, relationnelle et sexuelle
EICCF : Établissement d'information, de consultation et de conseil familial
ENPJJ : École nationale de Protection Judiciaire de la Jeunesse
EPE : L'École des Parents et des Éducateurs
EPL : Établissement public local d'enseignement
ESJ : Espaces santé jeunes
ESPE : Ecole supérieure du professorat et de l'éducation
GMS : General Medical Services
GP : General Practitioner
HBSC : Health Behaviour in School-aged Children
HCE : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
HCSF : Haut conseil de la santé publique
HPV : Papillomavirus humain
HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IA-DASEN : Inspecteurs d'académie - directeurs académiques des services de l'Education nationale
IFOP : Institut français d'opinion public
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse
JCVI : Joint Committee on Vaccination and Immunisation
JHWS : Joint Health and Wellbeing Strategies
JSNA : Joint Strategic Needs Assessments
KABP : Knowledge, attitudes, beliefs and practices
LA : Local Authorities
LGBT : lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
MDA : Maison des adolescents
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MJC : Maison des jeunes et de la culture
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
NAAD : Nouveaux antiviraux d'action directe
Natsal : National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles
NCSP : National Chlamydia Screening Programme
NHS : National Health Service
NICE : National Institute of Clinical Excellence
PAEJ : Point d'accueil écoute jeunes
PAF : Plan académique de formation
PEPA : Point d'écoutes parents-adolescents
PES : Parcours éducatif de santé
PHE : Public Health England
PIJ : Point Information Jeunesse
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PMI : Protection maternelle et infantile
PrEP : Prophylaxie pré-exposition
PRS : Projet régional de santé
PSHE : Personal, Social and Health Education
PSRS : Plan stratégique régional de santé
RIS : Recueil d'information santé
ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole
ROSP : Rémunérations sur objectifs de santé publique
S(I)UMPPS : Services (inter)universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
SCCC : Socle commun de connaissances, de compétences et de culture
SCHS : Service communal d'hygiène et de santé
SCPHN : Specialist Community Public Health Nurse
SGEC : Secrétariat général de l'enseignement catholique
SIS : Sida Info Service
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SRE : Sex and Relationship Education
SRP : Schéma régional de prévention
SRS : Schéma régional de santé
TasP : Treatment as Prevention
TPE : Traitement post-exposition
TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique
UNIRèS : Réseau des universités pour l'éducation à la santé
USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
VHA : Virus de l'hépatite A
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine