

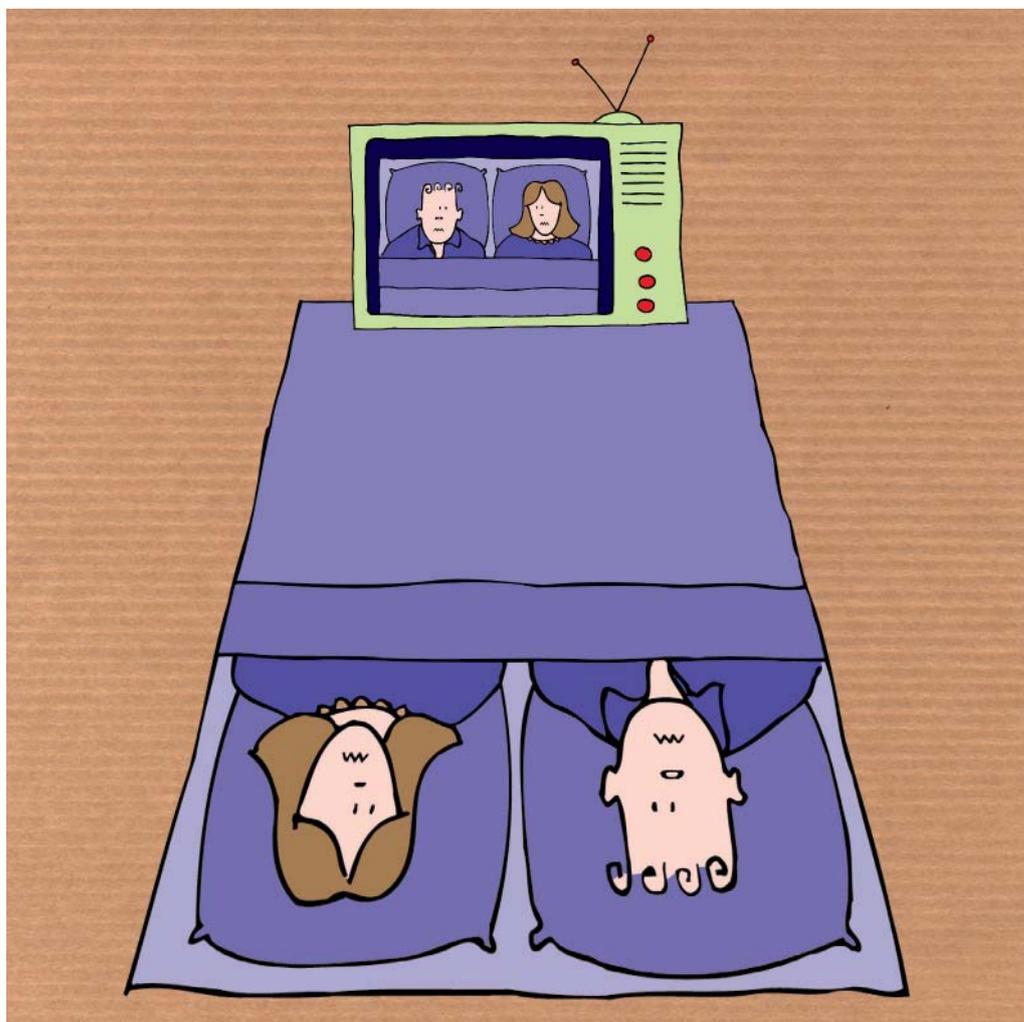
DOSSIER 56

Éducation à la sexualité, de l'intime au social

P9 Mieux
comprendre
l'épilepsie
à l'école

P38 Médecins :
*les nouveaux
outils du
dialogue*

P43 Femmes et
contraception
en chiffres



Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?
 Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?
 Quels publics toucher et de quelle façon ?

Professionnel de santé, enseignant, travailleur du secteur médico-social, éducateur ou étudiant

vous vous posez ces questions,
vous souhaitez une information
et une aide régulières...

LA Santé de l'homme



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme* vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé, vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion, vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.

Tarifs 2002 – Veuillez m'abonner au tarif :

France métropolitaine	1 an (6 numéros)	28 € <input type="checkbox"/>
	2 ans (12 numéros)	48 € <input type="checkbox"/>
Étudiants	1 an (6 numéros)	19 € <input type="checkbox"/>
<small>(sur présentation d'une copie R^o/V^o de la carte en cours de validité)</small>		
Autres pays et outre-mer	1 an (6 numéros)	38 € <input type="checkbox"/>

Soit un montant de.....FF

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre du CFES
 Veuillez me faire parvenir une facture

Nom Prénom

Organisme Fonction

Adresse

Je souhaite recevoir les numéros suivants : (prix au numéro : 6 €).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Famille et santé, N° 343. | <input type="checkbox"/> Handicaps : éduquer notre regard, N° 350. |
| <input type="checkbox"/> Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344. | <input type="checkbox"/> La démarche communautaire en santé, un état d'esprit, N° 351. |
| <input type="checkbox"/> L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345. | <input type="checkbox"/> Jeunes et santé : comment communiquer ? N° 352. |
| <input type="checkbox"/> Éducation à la santé à l'École, N° 346. | <input type="checkbox"/> Éducation pour la santé : vers quels métiers ? N° 353. |
| <input type="checkbox"/> Regards sur les dépendances, N° 347. | <input type="checkbox"/> Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354. |
| <input type="checkbox"/> Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?, N° 348. | <input type="checkbox"/> Travail : la santé impossible ? N° 355. |
| <input type="checkbox"/> De l'hygiène à la santé, N° 349. | |

- 4 Aide à l'action**
L'usage de la peur en prévention
Florence Chauvin
- 7 Nutrition**
Une éducation nutritionnelle pour des adultes handicapés mentaux :
pour plus d'autonomie
Bénédicte Flament, Geneviève Houioux, Martine Dujardin
- 9 La santé à l'école**
Épilepsie : un guide pour favoriser l'accueil des enfants
Claire Cachera

Dossier : P. 11 à 37

Éducation à la sexualité, de l'intime au social

Présentation

Vers quelle éducation à la sexualité ?
Patrick Pelège 12

Éléments généraux et théoriques sur adolescence et sexualité

Sexualité : de la construction identitaire des jeunes à leurs représentations
Patrick Pelège 13

Les jeunes et leurs comportements
Patrick Pelège 15

L'éducation sexuelle : une mission nouvelle pour l'école
Chantal Picod 18

L'adolescence : un passage « difficile et risqué »
Sylvie Boutin-Chatouillot 21

Pratiques et modes d'intervention en éducation à la sexualité

Éducation à la sexualité : une animation en classe de 4^e
Josette Morand, Claude Rozier 23

Lyon : la santé scolaire dresse le bilan de dix années d'«éducation à la vie »
Marie-Françoise Sommer-Peytavin 25

Les centres de planification et d'éducation familiale jouent la carte de la polyvalence
Entretien avec Nicole Hery 27

Les adolescents psychotiques ont aussi besoin d'une éducation affective et sexuelle
Corine Ottenheim 29

Outils pédagogiques et témoignages

Pour une éducation sexuelle des personnes handicapées
Interview de Bernadette Soulier 32

L'invention homosexuelle
Association Contact 34

Pour en savoir plus
Service documentation Craes-Crips de Lyon 36

38 Éducation du patient
« Ouvrons le dialogue » : la nouvelle version est disponible
Florence Chauvin

41 Environnement
La « clis », outil de concertation
Denis Dangaix

43 La santé en chiffres
Les modes de contraception utilisés par les femmes
Hélène Perrin, Josiane Warszawski, Nathalie bajos

44 Lectures – Outils
Anne Gareau

*Au sommaire du prochain numéro :
Prévention auprès des migrants*

L'usage de la peur en prévention

L'usage de la peur dans les campagnes de prévention est une question récurrente. Réclamée par une large part du public et de nombreux acteurs de prévention, l'usage de la peur comme ressort potentiel de modification des comportements est tout aussi fortement décrié par d'autres. Sans aborder les questions éthiques qui nécessiteraient un autre développement, cet article synthétise une méta-analyse de plus de cent articles internationaux et fait le point sur les conditions d'efficacité de ces messages. Il complète le débat engagé par Christine Ferron et Jacques Arènes dans le n° 352 de *La Santé de l'homme*, « Faut-il faire peur aux jeunes ? ».

La lecture de cette méta-analyse de plus de cent articles portant sur les « messages persuasifs provoquant la peur » – *fear appeals*, en anglais¹ – dans les campagnes de santé publique, bien qu'insuffisante, donne déjà quelques pistes de réflexion. Son objectif est, selon les auteurs, d'apporter des éléments de réponses dans un contexte où « *bien qu'une recherche considérable en laboratoire ait montré que les fear appeals motivent le changement de comportement pour une variété de comportements, chercheurs en santé publique et professionnels du champ continuent de dire que les fear appeals ont des effets négatifs (backfire)* ». Les auteurs font d'abord le point sur les modèles développés autour des messages provoquant la peur et de leurs effets. À partir des enseignements de la méta-analyse, ils formulent une série de recommandations à l'usage des professionnels de la santé publique.

Une recherche et une littérature importantes

L'article permet de constater qu'il existe un courant de recherche important et donc une littérature abondante autour du *fear appeal*, champ exploré depuis les années cinquante. Plusieurs modèles ont été développés. Ils cherchent à décrire et à prédire la nature des effets des messages conçus pour provoquer la peur et à expliquer les mécanismes de production de ces effets. Deux notions sont essentielles dans ce

champ théorique : les notions de menace perçue (*threat*) et d'efficacité perçue (*efficacy*) attachée à la réponse proposée pour faire face à cette menace.

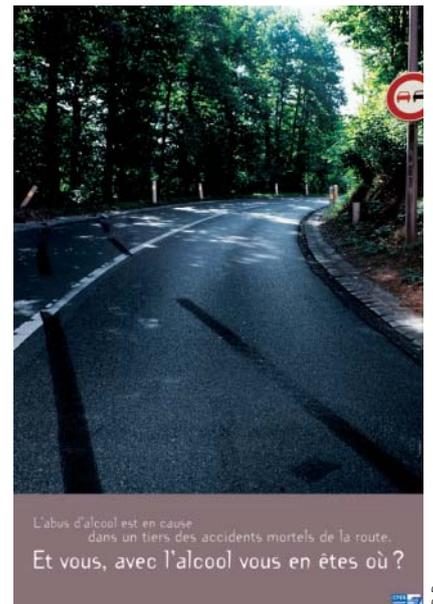
La menace perçue

Peur (une émotion) et menace (une cognition) sont intimement liées : plus la menace perçue par la personne à qui le message s'adresse est forte, plus la peur ressentie est forte. La menace perçue se compose de deux dimensions : la susceptibilité perçue vis-à-vis de la menace (est-ce que je me sens concerné par la menace évoquée dans le message ?) et la sévérité perçue de la menace (est-ce vraiment grave ?).

L'efficacité perçue

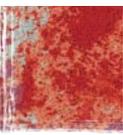
L'efficacité perçue (vis-à-vis de la réponse proposée) a également deux dimensions : l'efficacité personnelle (est-ce que je me sens en capacité de mettre en œuvre la réponse recommandée ?) et l'efficacité perçue de la réponse elle-même (la réponse recommandée me paraît-elle efficace pour répondre à la menace ?).

L'un des auteurs de l'article, Witte, est à l'origine d'un modèle qui s'appuie sur les modèles développés et en fait la synthèse. Ce modèle met l'accent sur l'évaluation du message par le sujet. Cette évaluation est double. D'abord, l'individu évalue la menace attachée au problème mis en avant par le message.



S'il perçoit la menace comme faible et n'ayant pas de sens par rapport à sa situation, il ignore le message. Au contraire, s'il croit que la menace est sérieuse et qu'il est concerné par celle-ci, il commence à avoir peur. Cette peur le motive à agir en vue de la réduire. Il procède alors à la seconde évaluation qui porte sur la réponse à apporter à cette menace. Du résultat de cette évaluation dépend la nature de l'action entreprise par l'individu.

S'il perçoit la réponse recommandée comme efficace face à la menace et s'il se sent capable de la mettre en œuvre,



alors il sera motivé pour contrôler le danger et pensera consciemment à comment éliminer ou diminuer la menace. Il mettra en œuvre la réponse recommandée dans le message. En revanche, si l'individu doute de l'efficacité de la réponse recommandée et/ou de sa capacité à la mettre en œuvre, il cherchera à contrôler sa peur en vue de l'éliminer et non plus la menace elle-même. Parmi les actions de contrôle de la peur, on trouve le déni, l'évitement défensif (« ça me fait trop peur, je ne vais pas y penser ») ou encore le rejet (« ils essayent de me manipuler, je les ignore »).

De nombreuses études sont aussi réalisées pour mesurer les effets des messages provoquant la peur. Les études retenues dans cette méta-analyse comparent les effets en termes de perception et de persuasion de messages conçus pour provoquer une peur plus ou moins forte. Les auteurs de l'article soulignent à l'issue de leur analyse que :

- les études devraient davantage chercher à mesurer les effets des messages en termes de contrôle de la peur ;
- les informations manquent quant à la manière dont les personnes « traitent » les messages ;
- des recherches récentes suggèrent que les messages qui cherchent à provoquer la peur produisent d'autres réponses affectives au-delà de la peur, comme la surprise, l'étonnement, la colère ou la tristesse : les liens entre ces émotions et les résultats en termes de persuasion sont inconnus aujourd'hui ;
- les études sont généralement réalisées en laboratoire ou dans le cadre d'expérimentations dans lesquelles le public est obligé de « traiter » les messages : les études en « grandeur réelle » manquent cruellement. En particulier, on ne sait pas si le téléspectateur moyen regarde les messages provoquant la peur ou « zappe » immédiatement.

Recommandations pour la prévention

Les auteurs donnent dans l'article une série de recommandations aux professionnels de la santé publique. Voici une traduction de ces recommandations : « Les fear appeals motivent des changements en termes d'attitude, d'intention et de comportement, tout particulièrement ceux qui sont accompagnés de messages induisant une

efficacité très élevée (efficacité perçue de la réponse proposée et efficacité perçue de la personne vis-à-vis de celle-ci). Les fear appeals peuvent donc être très utiles aux praticiens. Cependant, ils devraient être utilisés avec précaution dans la mesure où ils peuvent avoir des effets négatifs si les publics cibles ne croient pas être capables d'éviter la menace de façon efficace. Voici des recommandations spécifiques pour les professionnels, basées sur les résultats de cette méta-analyse :

1. Les professionnels peuvent développer des messages efficaces provoquant la peur en augmentant les références à la sévérité de la menace et les références à la susceptibilité de la population vis-à-vis de cette menace. (...)

2. Les messages qui font apparaître un problème de santé comme sérieux et susceptible d'arriver seront les plus motivants. Les résultats de la méta-analyse indiquent que des messages « faibles » ne favorisent pas de changements de comportement ; ils suggèrent que la peur motive des changements d'attitude, d'intention et de comportement.

3. Les messages induisant une peur forte ne fonctionnent que s'ils sont accompagnés de messages induisant une efficacité forte. Ces derniers doivent faire en sorte que les populations cibles se sentent capables de mettre en œuvre une réponse recommandée et que les réponses recommandées soient efficaces pour éviter ou minimiser la menace. Afin d'augmenter les perceptions d'efficacité personnelle, les professionnels devraient identifier les barrières qui inhibent chez une personne le sentiment de pouvoir mettre en œuvre l'action recommandée (c'est-à-dire les compétences, les coûts, les croyances, les émotions, etc.) et y répondre directement dans les messages. Par exemple, si des individus manquent de compétences pour négocier l'usage du préservatif, il peut être utile d'offrir des sessions de jeux de rôle dans lesquelles les personnes présentes négocient (avec succès) l'usage du préservatif. Pour augmenter l'efficacité perçue de la réponse, les professionnels devraient faire ressortir clairement dans les messages comment, pourquoi et quand une réponse recommandée élimine ou diminue les chances d'être victime de la menace.

4. Les différences individuelles telles que les traits de personnalité ou des caractéristiques démographiques (par exemple : le sexe) ne semblent pas, en dehors



D.R.

de rares occasions, avoir une influence sur le traitement des messages provoquant la peur. De manière générale, les résultats de la méta-analyse suggèrent que les professionnels n'ont pas besoin de prendre en compte les différences individuelles pour les campagnes visant à susciter la peur.

5. Les évaluations devraient s'intéresser aussi bien aux réponses en termes de contrôle du danger comme les changements d'attitudes, d'intentions et de comportements qu'aux réponses en termes de contrôle de la peur comme le déni, l'évitement défensif et le rejet. (...)

En résumé, les praticiens devraient toujours s'assurer qu'un fear appeal avec un niveau de menace élevé soit accompagné par un message induisant une efficacité aussi forte voire plus forte. Les messages devraient toujours être pré-testés avec attention afin de s'assurer qu'ils produisent des perceptions de menace élevée et, plus important, des perceptions d'efficacité élevée. Si les fear appeals sont diffusés sans message induisant une efficacité, ou comportant seulement une recommandation unique, ils risquent d'avoir des résultats négatifs, dans la mesure où ils sont susceptibles de produire des réponses défensives chez les personnes ayant des perceptions de faible efficacité. Heureusement les praticiens peuvent facilement rendre efficaces leur fear appeals en proposant des messages induisant une efficacité forte ».

Quelques réflexions en guise de conclusion

La théorie proposée et les recommandations des auteurs s'inscrivent clairement dans le champ de la persuasion et non de l'éducation pour la santé telle qu'elle est entendue dans le Réseau des Comités d'éducation pour la santé et par bon nombre d'acteurs. On attend de l'individu qu'il adopte un comportement donné, adéquat en termes de santé publique ; l'usage de la peur étant un moyen de parvenir à cette fin. Il n'est pas question de choix ou d'éducation au choix.

Si le débat éthique est évidemment essentiel, je fais le choix ici de ne pas le poursuivre pour revenir sur un aspect précis des recommandations formulées. Les auteurs sont clairs : les messages persuasifs provoquant la peur peuvent être

efficaces à condition de proposer une réponse que le public perçoit comme efficace face à cette menace et qu'il se sente capable de mettre en œuvre.

Mais comment s'assurer que le public se sente en capacité de mettre en œuvre la réponse recommandée ? Les auteurs ne semblent pas douter de la capacité des professionnels de santé publique à y parvenir lorsqu'ils concluent leurs recommandations par la phrase suivante : « *Heureusement les praticiens peuvent facilement rendre efficaces leur fear appeals en proposant des messages induisant une efficacité forte* ». Personnellement, je ne peux que douter de cette facilité.

Si l'on se situe par exemple dans le cadre d'une campagne de type publicitaire, destinée à un public large, com-

ment s'assurer que chaque individu, à l'intérieur de ce public, aura un sentiment d'efficacité personnelle forte ? Comment s'assurer que chacun se sentira en capacité d'arrêter de fumer, d'utiliser un préservatif ou de ne pas boire avant de prendre le volant ? Dès lors, si on suit la logique des recommandations des auteurs eux-mêmes, il serait préférable d'éviter de concevoir des campagnes utilisant la peur.

Florence Chauvin

Chargée de mission, CFES.

1. Witte K., Allen M. A meta analysis of fear appeals : implications for effective public health campaigns. Health Education and Behavior 2000 ; 27 (5) : 591-615.

adsp

actualité et dossier en santé publique
numéro 35 juin 2001

Revue trimestrielle
du Haut comité de la santé publique.
adsp. HCSP, 8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 sp.
Tél. 01 40 56 79 56
<http://hcsp.ensp.fr>

Éditorial

- Une nouvelle culture de la qualité, Roland Sambuc

HCSP DIRECT

- Rapport triennal du HCSP : La Santé en France 2001
- Le panier de biens et services de santé 2 : du concept aux modalités de gestion

Actualité

- Éducation pour la santé et prévention du dopage, Alain Garnier
- Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, Stéphanie Deschaumes, Jean Dhérot

Études

- Nouveaux enjeux pour l'évaluation médico-économique, Matthieu Méreau, Thérèse Lebrun, Caroline Bercez

international

- La dette africaine et ses effets sur les systèmes de santé, Didier Gobbers

Régions

- Observer la santé dans les régions de France et d'Angleterre, Olivier Grimaud, Alain Trugeon

Repères

- Brèves européennes
- Organisme : Cresge
- Formation : DESS analyse et gestion des établissements de santé

- Recherche : Épidémiologie, sciences sociales et santé publique
- Lectures
- En ligne
- Lois & réglementation
- Calendrier

ACCREDITATION ET QUALITÉ DES SOINS HOSPITALIERS

Dossier coordonné par Dominique Bertrand

Les principes généraux de la qualité

- Management et qualité, Fabien Martinez
- Approche conceptuelle, Claire Hurlimann
- Les facteurs clés du succès, Dominique Boudin
- Coût de la qualité, Alain Jourdain

La qualité des soins à l'hôpital

- Panorama des démarches, Alexandra Fourcade
- Élaboration des référentiels, Sophie de Chambine, Dominique Bertrand
- L'audit et l'amélioration continue, Christophe Segouin, François Perret
- GBEA, Éric Magny, Jean-Marie Launay
- La formation et la culture qualité, Bruno Lucet
- Kit pédagogique pour la qualité à l'AP-HP, Christophe Segouin, Dominique de Wilde
- Résistances aux changements, Patrick Triadou, Aude Le Divenah
- Dans la prise en charge préhospitalière de l'arrêt cardio-respiratoire, Jean-Jacques Kowalski, Hervé Degrange, Daniel Jost, Michel Rüttmann

- Les obstacles à la qualité, Agnès Jacqueryrie
- Dans une consultation de dépistage anonyme et gratuit, Marc Shelly, Emmanuelle Lebrun

L'accréditation en France

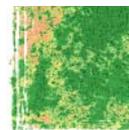
- Les concepts, Yves Matillon
- Les étapes essentielles de la procédure, Dominique Bertrand
- L'auto-évaluation, Anne Vanhee-Galois
- Les experts et la visite, Dominique Bertrand, Michel Cloup
- Le collège de l'accréditation, Francis Blotman
- Bilan 2000, Chantal Lachenaye-Llanas
- Respect des normes de sécurité et accréditation, Raphaël Schwob, Jean-François Dodet

Accréditation : projets internationaux

- Accréditation : projets internationaux, Elma G. Heidemann
- Comparaison et évolution, James Goldberg, Christophe Segouin, Charles Bruneau

Tribunes

- Qualité et planification sanitaire, Gérard Dumont
- Lien entre hit-parades, indicateurs de performances et qualité, Pierre Lombrai
- Normes, référentiels et activité de travail réelle des soignants, Madeleine R. Estry-Behar
- Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de qualité, François Grémy
- Bibliographie, adresses utiles



Une éducation nutritionnelle pour des adultes handicapés mentaux : **pour plus d'autonomie**

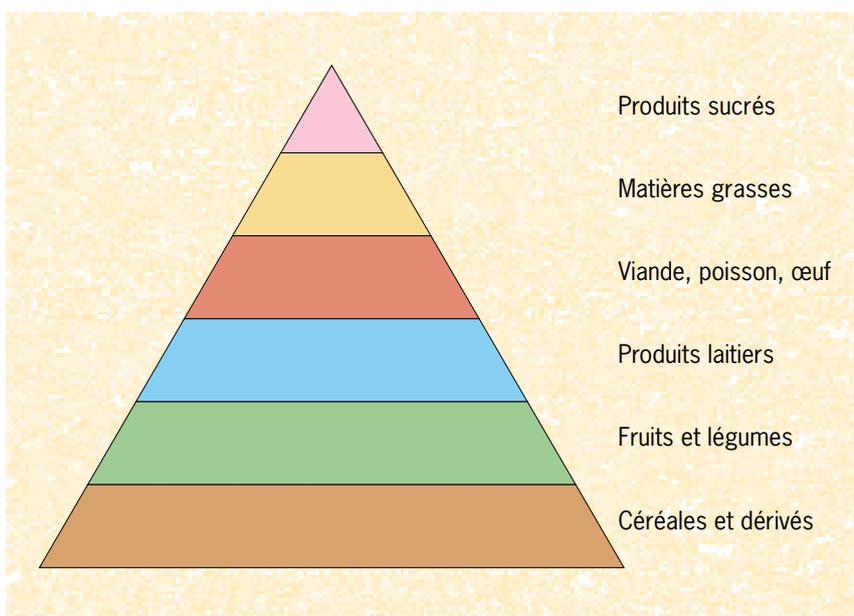
Au-delà de son aspect « hygiéniste », l'éducation nutritionnelle peut amener des adultes handicapés mentaux vers plus d'autonomie. C'est ce que démontrent les résultats d'une action conduite en Belgique.

Depuis 1999, l'Observatoire de la santé du Hainaut (Belgique) contribue à développer un programme d'éducation nutritionnelle dans un centre de jour pour des adultes handicapés mentaux. Cette structure de type « ferme » offre aux personnes handicapées la possibilité de choisir une activité telle que l'élevage, la culture, le jardinage, la fabrication et la vente de produits fermiers ou encore les travaux domestiques.

Parmi les dix-huit fermiers du centre, huit participent depuis 1997 à un projet d'autonomie. Ce groupe, capable d'une certaine autonomie, aura probablement un jour la possibilité de quitter la famille afin de vivre seul, en appartement supervisé ou en studio. Le but des éducateurs est d'amener progressivement ces huit personnes à se débrouiller dans les tâches de la vie quotidienne et particulièrement à élaborer et préparer des repas.

Élaboration d'un repas

Concrètement, chaque vendredi, ils se retrouvent autour de la table afin d'élaborer le menu qu'ils prépareront la semaine suivante. Après avoir choisi le menu et la personne qu'ils inviteront, les fermiers élaborent la liste de courses et effectuent leurs achats dans un magasin de la région. Afin d'apprendre à gérer un budget, chaque personne reçoit une somme d'argent pour une période de deux semaines (soit 2 x 2 repas). Enfin, le jour du « repas autonomie », la personne réalise son repas dans l'espace cuisine aménagé et le partage avec la personne qu'elle a invitée.



Tout au long de la démarche, un éducateur est présent mais apporte un minimum d'aide puisque l'objectif visé est l'autonomie.

En 1999, après avoir constaté que les repas choisis par les personnes handicapées étaient peu diversifiés et très déséquilibrés, l'éducatrice responsable du projet a fait appel au Service Éducation santé de l'Observatoire de la santé du Hainaut afin d'aider les membres du groupe à préparer des repas plus équilibrés et à choisir des repas sains sans être trop coûteux.

La collaboration entre les fermiers, l'éducatrice, une infirmière et une diététicienne s'est mise en place autour de trois objectifs : la rédaction d'un menu

équilibré, la préparation de ce repas et le respect du budget alimentaire. La finalité du projet était de développer l'autonomie de la personne handicapée mentale et particulièrement en cuisine.

Repérer les groupes alimentaires

Les activités ont débuté en septembre 1999 et sont toujours en cours à l'heure actuelle. Au début du programme, une activité hebdomadaire, limitée à une demi-heure en raison des difficultés de concentration, était organisée, mais au cours du temps, elles se sont espacées.

La première série d'animations portait sur le thème des groupes alimentaires. Ils ont été abordés selon la démarche suivante : parmi des représentations d'a-

liments, les participants devaient repérer ceux d'un même groupe (par exemple, tous les produits laitiers). Les versos des aliments portaient la couleur de référence de la famille. Ce code visuel permet de rattacher le groupe alimentaire à la pyramide alimentaire (chaque participant possède une pyramide qu'il complète au cours des séances). Le rôle, les sources, les apports, les quantités, les goûts et les habitudes se rapportant au groupe alimentaire étaient discutés au cours de la rencontre. Cette première série d'interventions était avant tout basée sur l'observation, l'identification, la manipulation d'aliments et la discussion. Il existe relativement peu d'outils pour le public handicapé ; des supports spécifiques ont dû être créés ou adaptés à partir d'outils existant pour d'autres publics.

Au cours du programme, les familles ont également été informées du projet. Cette sensibilisation a été réalisée lors d'un *drink* santé préparé par le groupe autonomie. C'était l'occasion de partager et de valoriser leurs nouvelles connaissances, et un participant a présenté le projet aux parents.

Valorisation de l'acquis par des animations ludiques

Dans un deuxième temps, une série d'animations destinées à renforcer les connaissances ont été réalisées sur plusieurs semaines sous la forme d'un concours par équipes. Au cours de ces séances, les deux équipes s'affrontaient au moyen de questions sur les groupes alimentaires et l'alimentation équilibrée.

Au cours du programme, d'autres thèmes plus spécifiques, par exemple le rangement et la conservation des aliments ou la lecture des étiquetages, ont aussi été abordés à la demande de l'éducatrice ou des participants. Des journées « portes ouvertes » ont permis à chacun d'animer des jeux sur la découverte des fruits et sur l'alimentation des enfants.

Afin de vérifier la satisfaction des personnes, mais aussi leur acquisition de connaissances et d'aptitudes, l'évaluation du programme s'est déroulée à différentes étapes du processus et suivant différentes méthodes :

- après chaque animation, la reformulation a systématiquement été utilisée par les participants ;

- après six mois de programme, un jeu de l'oie agrémenté de questions a permis à chacun de répondre individuellement à des questions à choix multiples sur tous les thèmes abordés. D'un point de vue pratique, ils ont également été conviés à composer un repas équilibré en choisissant les aliments dans un buffet ;

- l'évaluation à un an s'est aussi déroulée de façon ludique avec un jeu reprenant des questions ouvertes pour lesquelles les participants devaient systématiquement expliciter leur réponse. Ce jeu a été conçu de manière à être utilisé tous les deux ou trois mois par l'équipe éducative afin de vérifier le maintien des acquis. Outre ces trois moments clés de l'évaluation, l'observation directe des comportements lors de la préparation des menus et du travail en cuisine a été permanente.

Plus d'autonomie, au quotidien

Ces différentes évaluations ont permis de dresser un bilan positif et encourageant.

Au cours du temps, les repas se sont progressivement rééquilibrés, sont devenus plus variés et plus appétissants. La pyramide alimentaire est devenue un outil de référence systématiquement utilisé lors du choix des menus. Les fermiers se sont véritablement appropriés ce moyen qui leur permet de vérifier seuls si leur menu contient bien un aliment de chaque groupe alimentaire. Grâce à une visite guidée du magasin où ils ont l'habitude de réaliser leurs courses, les budgets alimentaires sont de mieux en mieux respectés et certains parviennent à réaliser des économies.

Une plus grande autonomie a été constatée chez tous les participants dans le travail en cuisine, qui était la finalité du projet, mais aussi dans la vie quotidienne. Au cours de l'année dernière, un des membres du groupe s'est installé en appartement supervisé et est autonome dans les tâches journalières. Les participants ont également retiré de ce programme plus d'estime d'eux-mêmes et de confiance. Ils considèrent comme un privilège de participer au projet et se sentent valorisés lors des rencontres avec les familles.

Outre ces constatations en lien avec les objectifs du programme, une

demande a été émise. Les membres du groupe ont souhaité apprendre à lire ou approfondir leur connaissance de la lecture pour avoir plus d'autonomie dans les magasins (lecture d'étiquettes), mais aussi pour pouvoir réaliser des recettes plus élaborées qu'ils découpent dans des magazines. Les niveaux de connaissances étant très différents d'une personne à l'autre, des orthophonistes ont été contactés afin de mettre en place un programme d'alphabétisation en relation avec le projet d'autonomie et d'éducation nutritionnelle.

Motivation, persévérance et patience...

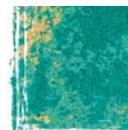
Ce projet dépasse le cadre de l'alimentation équilibrée, qui est un prétexte pour parler d'estime de soi ou de convivialité. L'hygiène est un autre thème qui sera abordé cette année à travers l'alimentation.

Les difficultés des personnes (lecture, élocution, capacité de concentration limitée, etc.), ainsi que le peu d'outils disponibles pour ce type de public, constituent inmanquablement des contraintes dont il faut tenir compte tout au long du projet. Cependant, avec de la créativité et du temps, il est tout à fait possible de créer, ou mieux d'adapter des outils et des modes d'évaluation existants. La motivation des adultes, mais surtout celle des participants est un facteur primordial dans ce travail de longue haleine où la persévérance et la patience sont indispensables.

Un autre aspect important est la collaboration de l'équipe éducative avec les professionnels de la santé. Il est indispensable que ces activités, à la fois ludiques et concrètes, s'intègrent dans la vie quotidienne du centre et que les éducateurs portent le projet avec les personnes handicapées, tout au long de l'année, en dehors des activités structurées. Enfin, la valorisation et le respect des personnes sont des conditions indispensables pour qu'une relation de confiance s'installe entre les différents acteurs.

Bénédicté Flament
Geneviève Houioux
Martine Dujardin

Observatoire de la santé du Hainaut,
Secteur Éducation santé,
Havré, Belgique.



Épilepsie : un guide pour favoriser l'accueil des enfants

Distribué cette année par l'Éducation nationale dans quelque mille établissements scolaires, le fascicule *L'épilepsie en classe*, publié à l'initiative de la Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie, répond à une attente très forte. Il contribue à faire sortir de l'ombre une maladie très mal connue, mal acceptée aussi, et pourtant plus répandue qu'on ne croit.

Maladie méconnue et mal comprise, l'épilepsie touche 1 % de la population, et plus de la moitié des épilepsies débutent pendant l'enfance. Elle suscite souvent de l'angoisse, de la peur, voire un sentiment d'intolérance et de rejet, essentiellement chez les personnes mal informées.

Les raisons de cette peur sont aisément compréhensibles. En effet, la crise d'épilepsie, manifestation visible de la maladie, a de quoi surprendre et impressionner un observateur extérieur. Tout d'abord parce qu'elle survient sans prévenir (le mot épilepsie vient d'un verbe grec qui signifie *attaquer par surprise*). Ensuite, parce que la crise due à un dysfonctionnement passager des neurones, comparable à des perturbations électriques, provoque chez la personne qui en est atteinte des changements incompréhensibles pour son entourage : arrêt brusque d'activité, regard fixe, mouvements incontrôlés, état confusionnel, perte de connaissance, chute. Pourtant, l'épilepsie est une maladie comme une autre, qui doit être traitée comme telle.

Un grand nombre de parents et d'enseignants se trouvent donc confrontés à ce problème. Les parents se sentent bien souvent seuls, désorientés, découragés devant des réactions d'ignorance et parfois même d'intolérance de la part des enseignants. Ces derniers ne sont pas toujours préparés à gérer ces situations. De nombreux témoignages de parents (voir encadré) prouvent à quel

point il est important que les enseignants soient informés pour accueillir ces enfants dans leur classe. Ces enfants qui, pour la très grande majorité d'entre eux et au prix de quelques précautions de simple bon sens, peuvent avoir une vie quasi normale, même s'il serait illusoire de vouloir nier ou gommer la différence qui existe, de fait, à cause de la maladie.

La publication du fascicule *L'épilepsie en classe* répond donc aujourd'hui à une attente très forte des parents. C'est un projet auquel la Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie (FFRE) tenait tout particulièrement et qu'elle a initié et mené à terme en collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et le soutien financier de Novartis Pharma. La préface de J.P. de Gaudemar, directeur de l'Enseignement scolaire au ministère, témoigne du souci que porte l'Éducation nationale à l'intégration scolaire des élèves souffrant de cette maladie.

Fruit d'une longue réflexion et de nombreuses concertations avec les spécialistes, les enseignants et les familles, cet ouvrage a été rédigé de façon à donner aux enseignants une vision objective de la maladie qui leur permette de se comporter de façon adéquate, tant sur le plan des réactions immédiates face à une crise que sur le plan psychologique. Il traite en effet non seulement des aspects médicaux qu'il faut bien entendu connaître, mais des répercus-

sions psychologiques sur l'enfant et des aspects pédagogiques. Des conseils pratiques et des adresses utiles complètent l'ensemble. Sa sortie va contribuer à alerter et sensibiliser le corps enseignant. Tout est ensuite question de dialogue entre parents, enseignants et médecins.

Claire Cachera

Secrétaire général, Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie, Paris.



Exempté ou exclu ?

La scolarité des enfants épileptiques est souvent semée d'embûches, pour eux-mêmes et pour leurs parents. Une mère en témoigne.

« L'épilepsie s'est manifestée chez notre second fils, Benjamin, alors qu'il était tout bébé. Lorsqu'il a été en âge de faire sa première rentrée scolaire, en maternelle, nous avons alors compris les difficultés qui risquaient de se présenter à nous, essentiellement liées à une mauvaise perception de la maladie et à notre manque d'expérience à savoir en parler.

De plus, la profession de mon mari nous a amenés à déménager à plusieurs reprises, ce qui a multiplié « les cas d'écoles ».

Pour son entrée en CP, nous avons rencontré une maîtresse qui connaissait le problème et qui a tout de suite accepté Benjamin, y compris pour les sorties et pour la piscine (avec,

bien entendu, une surveillance particulière dans ce dernier cas). Cela a été une année heureuse pour notre fils.

Malheureusement, nous avons dû changer de ville. Benjamin est entré en CE1 dans une école privée où il a été accepté sans réticence. Mais il a été mis à l'écart par les autres enfants qui se moquaient de lui. Il y a tout de suite été très malheureux et les crises ont augmenté de fréquence. À tel point que nous l'avons retiré en cours d'année pour le mettre dans une école de quartier. Les moqueries ont recommencé, mais les enseignants y étaient très attentifs et notre fils a tout de même réussi à construire un lien avec un autre enfant.

Puis, mon mari a été muté dans la région parisienne. Pour son inscription dans sa nouvelle école, j'ai mis en avant le carnet scolaire de Benjamin, très bon élève, tout en ne cachant pas sa maladie.

Les moqueries ont cependant recommencé et, de plus, Benjamin a été « exempté » au cours des années de sorties, piscine, classe verte, voyage en Angleterre... Ses déceptions, nous avons toujours essayé de les compenser de notre côté en lui proposant des activités. Seul un professeur de biologie en classe de 3^e, a pris la peine d'expliquer à ses élèves la maladie de Benjamin, ce qui a eu un résultat très positif.

Ces expériences successives qui datent maintenant de quelques années ont représenté, pour Benjamin et nous-mêmes, beaucoup de souffrances. Ce qui m'a le plus marquée durant cette période, c'est la difficulté de compréhension mutuelle entre les enseignants et nous.

La sortie de ce fascicule me paraît donc très importante dans la mesure où son existence même va contribuer à sensibiliser davantage le corps enseignant et à favoriser le dialogue.»

Livres et films vidéo sur l'épilepsie

Livres

• Beaussart M. et J. *Vivre l'épilepsie*. Bruxelles/Villeurbanne : Éditions Simep, coll. Handicaps et réadaptation.

Un neuropsychiatre et une sociologue se sont unis pour non seulement décrire les formes d'épilepsie, les crises et les thérapies qui s'y rapportent, mais également pour donner des conseils pratiques pour vivre mieux son épilepsie.

• Beauchesne H. *Guide de l'épilepsie*. Paris : Économica, coll. Visa pour la santé.

L'auteur décrit les différentes crises épileptiques et comment elles sont vécues par le sujet lui-même et son entourage. Il évoque les causes possibles de cette affection et son retentissement sur la personne qui en est atteinte. Un chapitre est bien entendu consacré au traitement médical.

• Jallon P. *L'épilepsie*. Paris : Puf, coll. « Que sais-je ? ».

Physiopathologie, causes, crises, cet ouvrage offre un panorama complet des connaissances actuelles sur le sujet. Il aborde également les différentes formes de traitement de la maladie. Un chapitre entier est consacré à la vie quotidienne (épilepsie et travail, épilepsie et grossesse, etc.) des personnes atteintes d'épilepsie.

• Motte J. *Les épilepsies de l'enfant*. Super Maxi-Star. Paris : Éditions Simep.

Bande dessinée sur les épilepsies de l'enfant, pour petits et grands. Un regard nouveau sur la maladie qui permettra d'éviter nombre d'exclusions et d'interdits dont sont victimes les épileptiques.

• Genton P, Rémy C. *L'épilepsie*. Paris : Ellipses, coll. Vivre et comprendre, 1996.

• *Épilepsies et épileptiques*. Réadaptation n° 457, février 1999.

Disponible auprès de la Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie (FFRE).

• Jallon P. *Vivre avec un épileptique – L'enfant, l'adulte*. Édition Josette Lyon, disponible auprès de la FFRE.

• Roger J., Dravet C., Bureau M., Dreifuss F. E., Perret A., Wolf P. *Les syndromes épileptiques de l'enfant et de l'adolescent*. Londres et Paris : Éditions John Libbey Eurotext, 1992.

• *Travailler avec... l'épilepsie*. Ouvrage disponible auprès de la FFRE et de la LFCE.

Actes de colloques

Disponibles auprès de la FFRE.

• *Épilepsie, quelles peurs*. Colloque au Sénat, 1994.

• *Neuropsychologie et enfants épileptiques*. Université d'été.

Films vidéo et CD-Rom sur l'épilepsie de l'enfant

• Des enfants comme les autres.

Film d'une durée de 10 min.

Film de sensibilisation sur l'épilepsie des jeunes enfants à l'attention des enseignants des écoles primaires ; conseils de premiers secours.

Film disponible auprès de l'association Arpeije.

• Un orage dans le cerveau.

Deux films d'une durée de 5 min.

Ces deux films montrent le déroulement d'une crise, les formes spéciales d'épilepsies.

Conseils de premiers secours en cas de crises Grand Mal ou d'absences.

Film disponible auprès de : ParEpi Secrétariat Romand.

Danièle Bianchi - Serre 7 CH-2000 Neuchâtel - 032 - 724 08 14

• Françoise, Sophie, Marc et les autres.

Éducation des patients à la maladie. CDrom destiné aux médecins.

Contactez la FFRE pour connaître les conditions d'acquisition :

Fondation Française pour la Recherche sur l'épilepsie, 48 rue Bargue, 75015 Paris.

Éducation à la sexualité, de l'intime au social

Présentation

Vers quelle éducation à la sexualité ?
Patrick Pelège 12

Éléments généraux et théoriques sur adolescence et sexualité

Sexualité : de la construction
identitaire des jeunes à leurs
représentations
Patrick Pelège 13

Les jeunes et leurs comportements
Patrick Pelège 15

L'éducation sexuelle : une mission
nouvelle pour l'école
Chantal Picod 18

L'adolescence : un passage « difficile
et risqué »
Sylvie Boutin-Chatouillot 21

Pratiques et modes d'intervention en éducation à la sexualité

Éducation à la sexualité : une
animation en classe de 4^e
Josette Morand, Claude Rozier 23

Lyon : la santé scolaire dresse le bilan
de dix années d'«éducation à la vie »
Marie-Françoise Sommer-Peytavin 25

Les centres de planification et
d'éducation familiale jouent la carte
de la polyvalence
Entretien avec Nicole Herny 27

Les adolescents psychotiques ont aussi
besoin d'une éducation affective et
sexuelle
Corine Ottenheim 29

Outils pédagogiques et témoignages

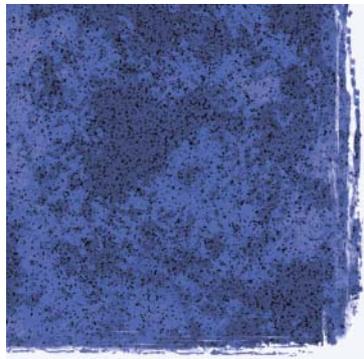
Pour une éducation sexuelle des
personnes handicapées
Entretien avec Bernadette Soulier 32

L'invention homosexuelle
Association Contact 34

Pour en savoir plus
Service documentation Craes-Crips de Lyon 36

ILLUSTRATIONS DU DOSSIER : FRÉDÉRIC VON

Dossier coordonné par **Patrick Pelège**, coordinateur du Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips), Collège Rhône-Alpes d'éducation à la santé (Craes), Lyon, et **Alain Douiller**, rédacteur en chef de *La Santé de l'homme*, CFES.



Vers quelle éducation à la sexualité ?

Mettre en relation les questions sensibles des identités sexuées des adultes intervenants et la construction identitaire des enfants et des adolescents.

Est-il opportun de parler d'éducation à la sexualité plutôt que d'information sexuelle ? Est-ce un hasard si les débats sur la place respectueuse et légitime des parents et des professionnels sont vifs face aux messages transmis aux adolescents sur les risques encourus lors de la vie affective et sexuelle ?

Pourquoi et comment intervenir en tant que professionnel, à la fois dans un espace public et dans le domaine de l'intimité d'autrui ? Quelles sont les représentations repérables du côté des jeunes et des adultes, en matière de sexualité ?

Est-il possible de concevoir des actions sur la vie affective et sexuelle des plus jeunes sans les réduire à des informations de type biomédical et sans limiter les questions d'identité sexuelle à des seules catégories de pathologies ?

Voici, en substance, quelques-unes des questions que nous nous sommes posées au fil de ce dossier, et autant de problématiques qui, en raison de la complexité des débats qu'elles suscitent, ne trouveront pas nécessairement des réponses toutes faites.

Plus modeste, notre objectif est de donner quelques pistes de réflexion aux professionnels qui liront ce dossier. Une réflexion nourrie par des recherches et des expériences de terrain, susceptibles de mieux cerner les enjeux éthiques et pédagogiques des interventions qui mettent en relation les questions sensibles des identités sexuées des adultes intervenants et la construction identitaire des enfants et des adolescents.

C'est aussi parce que ce domaine de la sexualité est à la fois familier et énigmatique, médiatisé et mystérieux que nous avons privilégié une méthode « impressionniste » en proposant l'ensemble des éléments ici rapportés. Il nous a semblé indispensable de rappeler que le temps de l'adolescence est celui du passage entre la sexualité

infantile et la sexualité adulte, comme le souligne l'article de Sophie Boutin-Chatouillot ; puis en repérant les enjeux anthropologiques de la question identitaire, nous proposons de prendre connaissance des représentations des jeunes vis-à-vis de la sexualité.

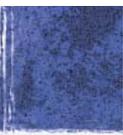
Dans ce dossier, un programme d'intervention auprès de trois types de jeunes publics est également présenté par Marie-Françoise Sommer-Peytavin. Les choix effectués par l'Éducation nationale dans les programmes d'éducation à la sexualité sont analysés par Chantal Picod dans leurs fondements historiques et politiques, puis critiqués à partir des réalités de l'exercice de terrain par Claude Rozier et Josette Morand. Comme les enfants de notre société ne sont pas tous inclus dans le système de droit commun, il est intéressant de connaître l'expérience menée auprès d'adolescents psychotiques et déficitaires, présentée par le Codes d'Eure-et-Loir. Le récit de cette expérience est complété par l'interview de Bernadette Soulier qui exerce son métier de sexologue dans des institutions pour personnes handicapées.

Et pour mieux nous centrer sur les dimensions éducatives de la sexualité, le rôle des Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) est présenté, au travers d'une interview, par Nicole Herny, responsable de ces centres au Conseil général des Bouches-du-Rhône.

Le champ de la vie affective et sexuelle est complexe, il est alors impossible d'exposer, dans un espace aussi limité, l'ensemble des questions et des problématiques qui le traversent. Nous avons donc choisi d'aborder, par le témoignage de l'association *Contact*, la question de l'homosexualité. Quelques références bibliographiques permettront, enfin, de ponctuer et d'aider le lecteur dans ses actions et ses interventions, dans ce domaine essentiel de la condition humaine.

Patrick Pelège

Sociologue, coordinateur du Crips Rhône-Alpes, Craes, Lyon.



Sexualité : de la **construction identitaire** des jeunes à leurs représentations

Cet article propose une approche anthropologique de la construction de l'identité sexuelle des enfants et des adolescents. Cette prise en compte est un préalable nécessaire aux actions d'éducation pour la santé.

Bien que les sociétés contemporaines nous poussent à prendre en considération la question des images et de l'imaginaire dans la construction des rapports au monde, il nous a semblé important de rappeler le point de vue anthropologique de la sexualité humaine, avant d'évoquer des formes de représentations énoncées dans des études récentes.

C'est parce que l'être au monde intègre, au fur et à mesure de son éducation, la dimension symbolique de la loi qu'il devient à même de négocier sa rencontre avec autrui. Cette dimension est celle qui distingue l'imaginaire sur l'autre de la réalité de cet autre. Autrement dit, les lieux et les liens d'éducation et de socialisation permettent aux filles et aux garçons issus d'unions sexuelles et de parents non choisis de devenir des femmes et des hommes adultes, à même de se délier des premiers objets d'amour sexués pour choisir et se lier symboliquement et réellement à d'autres. Telle est la tension identitaire de la condition sexuée : intégrer, c'est-à-dire incorporer en soi, l'ordre symbolique du monde, celui qui noue la différence des générations et la différence des sexes.

Des liens sociaux pour garantir la lignée

La question de l'identité sexuée est complexe car elle pose des questions existentielles très prégnantes dans la mesure où les voies de la sexualité per-

mettent aux êtres et aux sociétés de se reproduire. Ces conditions corporelles et sexuelles, souvent réduites à la question des enveloppes corporelles quand sont évoquées les MST, soulignent la nécessité d'appréhender le champ de la sexualité, des identités sexuées et des pratiques sexuelles comme fondateur. Fondateur des origines, puisque participant à la construction identitaire des êtres, mais fondateur aussi des relations d'altérité, dans un jeu de rapprochement et de différenciation. La sexualité suppose d'appréhender une fonction de différenciation des sexes tout en repérant une fonction de similitude. C'est parce que toute société se fonde sur la distinction des générations et des sexes qu'elle organise des formes d'alliance et de filiation qui vont rendre certaines unions possibles et d'autres interdites.

Les sociétés mettent en place des liens sociaux et des formes d'échange entre les êtres dans leurs rencontres intimes, pour garantir la prolongation et l'extension des lignées. C'est ainsi que selon les civilisations et les milieux sociaux, les rôles féminins et masculins sont balisés ou libérés et que les corps sont plus ou moins cachés, exhibés, voilés ou dénudés.

Avoir intériorisé l'inceste, l'anthropophagie et le meurtre

Plusieurs travaux ethnologiques (1-3) ont étudié les systèmes familiaux, lieux de la reproduction sexuelle et des premières formes d'éducation. Ils ont mon-

tré l'importance de la loi symbolique transmise de génération en génération, fondée sur la nécessité d'intérioriser les interdits fondamentaux : ceux de l'inceste, de l'anthropophagie et du meurtre.

La prohibition de l'inceste est l'« interdit » qui permet de se situer dans l'ordre familial entre les générations. Pour que les enfants deviennent des êtres sexués à même d'investir d'autres objets d'amour que les parents sexués de l'origine, il faut qu'ils puissent s'assurer qu'ils ne sont pas objets d'investissement libidineux de la part de celles et ceux qui les élèvent dans le monde des grands. Autrement dit, la prohibition de l'inceste est ce qui oblige à quitter la dépendance aux parents d'origine pour faire alliance avec d'autres : devenir homme ou femme suppose d'avoir incorporé l'interdiction formelle – et non seulement imaginaire – d'entretenir des relations intimes avec les géniteurs ou celles et ceux qui en sont les représentants. Dans les relations éducatives, cela suppose de refuser définitivement les pulsions fusionnelles d'appropriation sur un plan à la fois réel et symbolique. Et dans ce cadre, l'utilisation banalisée du « *nique ta mère* » en dit long sur la manière dont la société contemporaine doit se poser l'interdit symbolique qui la fonde et la relie.

L'interdit de l'anthropophagie est celui qui nous différencie fondamentalement d'autres sociétés vivantes,



comme les sociétés animales. Les pratiques alimentaires et sexuelles nous permettent l'apprentissage du goût et du dégoût, même si le temps de la proximité sexuelle favorise l'échange des fluides les plus intimes et si les codes langagiers sont pleins de significations cannibales : *l'avoir dans la peau, avoir envie de les manger*, etc. L'éducation et la socialisation consistent à passer de la pulsion orale (et dévorante) à celle d'une capacité à ne pas manger le corps de l'autre, même s'il est à son goût. Autrement dit, l'intériorisation de l'humanisation de l'autre consiste, dans des rencontres de grande proximité et d'attouchements consentis, à supporter la limite que le corps de l'autre ne soit jamais le sien, bien qu'il soit un lieu de consolation, de plaisir ou de repos.

Enfin, l'interdit du meurtre permet de socialiser les pulsions meurtrières qui sont constitutives de nos pulsions humaines : l'accès au langage nous per-

met symboliquement et imaginativement d'éliminer autrui, sans passer à l'acte puisque le corps de l'autre n'est jamais notre propriété, même dans la vie amoureuse, conjugale ou filiale.

Ce sont les sociétés qui autorisent le meurtre en cas de guerre. Ce qui permet aux hommes – plus qu'aux femmes – qui en sont les exécuteurs, de mieux s'en disculper. Par le truchement de l'éducation et de la socialisation portées par les familles et les institutions éducatives, la pulsion meurtrière est donc supposée se transformer en relation de civilisation (4).

Des « re-pères » et des « re-mères » pour l'enfant

Pour que les enfants puissent grandir et devenir autonomes, avoir la loi du monde en eux, il faut qu'ils puissent rencontrer des points d'appui, des parents, mais aussi d'autres adultes. Ces « re-pères » et ces « re-mères » doivent

pouvoir les aider à quitter le monde des dépendances subies et à supporter celui des dépendances choisies : capacités d'aimer d'autres que celles et ceux de l'origine, capacités de se nourrir en dehors du monde de l'enfance, capacités d'investir le monde par la scolarité et la mise au travail. Grâce à l'intériorisation des interdits fondamentaux, l'enfant sexué à l'origine va pouvoir s'allier, se nouer à quelqu'un d'autre qu'elle ou lui, parfois du même sexe, sans le confondre avec les sexes parentaux et le sien propre. Il va pouvoir développer une capacité d'altérité affective et sexuelle, sans que ces relations soient synonymes d'altération.

Toutes les questions de sexualité tournent autour de ces éléments : comment rester soi-même tout en étant similaire mais distinct en même temps de l'autre et des autres, qu'ils soient du même sexe que le mien ou de l'autre sexe. Les interdits fondamentaux, au sens réel mais symbolique surtout, supposent que les adultes permettent aux plus jeunes d'être en relation avec d'autres, tout en leur garantissant l'unité de leur identité. Dans une perspective anthropologique et symbolique, il s'agit davantage de penser ce qui se transmet sur le plan de la construction identitaire, que sur le plan physiologique. Si l'éducation à la sexualité a un sens, si les rencontres entre adultes et adolescents sont légitimes dans un espace social autre que l'espace familial, c'est que la sexualité pose la question de ce qui se transmet en termes de valeurs et de normes.

Patrick Pelège

Sociologue, coordinateur
du Crips Rhône-Alpes,
Craes, Lyon.

► Références bibliographiques

- (1) Lévi-Strauss C. *Les systèmes élémentaires de la parenté*. Paris : Puf, 1968.
- (2) Mead M. *L'un et l'autre sexe*. Paris : Gallimard, coll. Folio essais, 1988.
- (3) Héritier F. *Masculin-féminin : la pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob, 1996 : 332p.
- (4) Freud S. *Totem et Tabou*. Paris : Payot, coll. Petite bibliothèque : 252 p.



Les jeunes et leurs comportements

Nombreuses sont les études qualitatives et quantitatives sur la sexualité des adolescents. Cet article propose une sélection de quelques données récentes qui ouvrent des voies à des démarches éducatives et interroge un certain nombre de difficultés en matière d'éducation à la sexualité. Notamment la place réservée aux garçons.

Sans entrer dans un débat scientifique trop long, la comparaison des éléments statistiques fournis par différents organismes publics sur le thème des jeunes et de la sexualité est toujours délicate car elle ne peut se faire que lorsque les données sont comparables, c'est-à-dire recueillies et traitées de façon identique.

Notre choix – forcément arbitraire puisque nous avons privilégié des résultats que nous connaissions – s'est porté sur deux grands types d'études, dont certaines sont de dimension nationale et s'appuient sur des données quantitatives, et d'autres ont un intérêt local et sont plus qualitatives. Dans le cadre des recherches en sciences humaines financées par l'Agence nationale de recherches sur le sida et en prolongement de l'importante recherche sur les comportements sexuels des Français en 1992 (1), Hugues Lagrange et Brigitte Lhomond se sont intéressés aux 15-18 ans, dont les activités amoureuses et sexuelles et les représentations dans le domaine de la vie affective et sexuelle se différencient de façon assez remarquable des comportements adultes qui ont souvent tendance à projeter leurs propres représentations en direction des plus jeunes (2).

Dire qu'on est amoureux légitime le premier rapport

Cette recherche montre que l'âge médian du premier rapport sexuel varie en fonction du sexe et de la filière dans laquelle les jeunes sont scolarisés : l'âge moyen du premier rapport sexuel est de dix-sept ans et trois mois pour les garçons, et de dix-sept ans et six mois pour les filles. L'empreinte sociale amenée

par la catégorie filière est plus forte : en effet, pour les garçons en lycée d'enseignement professionnel (LEP), cet âge moyen du premier rapport est ramené à quinze ans et dix mois, alors qu'il est de dix-sept ans et sept mois pour les lycées généraux. En revanche, chez les filles, il y a très peu d'écart entre les filières, le plus important étant celui d'un âge médian du premier rapport à dix-sept ans et un mois pour les apprenties, et de dix-sept ans et huit mois pour les lycéennes.

Les différences entre les sexes vis-à-vis des premiers rapports et de la durée des premières relations amoureuses sont particulièrement intéressantes à analyser. À titre d'exemple, les garçons mettent en avant l'attraction et le désir physique (46,5 % des réponses), alors que pour les filles, c'est l'amour (60,7 %) qui fonde ces premiers rapports. Les rapports forcés sont beaucoup plus importants chez les filles (taux de 4,7 %) que chez les garçons (0,3 %). La durée de la première relation varie en fonction du sexe : 20,4 % des filles déclarent une relation entre six et douze mois, pour un taux de 10,8 % chez les garçons sur la même période. La première relation dure un mois ou moins chez 58,1 % des garçons pour un taux de 41 % des filles sur une période identique. Ces différences n'empêchent pas 87 % des filles et 70 % des garçons de dire être amoureux de leur partenaire ; il existe un décalage entre le motif invoqué pour la première relation sexuelle et les sentiments déclarés pour son partenaire : dire que l'on est amoureux légitime le premier rapport sexuel. Nous apprenons également de cette recherche que le premier rapport sexuel n'est

pas un élément de discussion avec les parents puisque seuls 16 % des garçons et 26 % des filles en ont parlé. Ce qui nous permet de comprendre que l'éveil à la sexualité suppose de se sentir dégagé de l'identité sexuelle des parents et que ce sont les adolescents eux-mêmes qui font ce choix et non pas parce que ce serait tabou. Il y a une poussée anthropologique constitutive de la construction identitaire qui interdit aux plus jeunes de dévoiler leurs affaires intimes quand elles deviennent « sérieuses » auprès de leurs géniteurs.

Les modes de contraception utilisés par les garçons sont les préservatifs. Cependant, si 72,5 % l'utilisent encore au cours du deuxième rapport, son usage chute à 51,1 % pour les filles la seconde fois. Les filles déclarent à 48,1 % prendre la pilule au cours du second rapport, alors qu'elles ne sont que 18,5 % à l'avoir prise lors du premier rapport. L'utilisation massive du préservatif masculin, lors de l'entrée dans la sexualité, constitue un fait nouveau, mais il faut noter qu'entre 15 et 18 ans, l'utilisation croissante d'une contraception par voie orale entraîne une baisse de l'utilisation des préservatifs.

Connaître l'anatomie, méconnaître le corps

Les travaux effectués par Fil Santé Jeunes et l'École des parents et des éducateurs fournissent plutôt des informations de type qualitatif et concerne une population plus large en termes d'âge puisque les services téléphoniques, anonymes et gratuits, accueillent un public de 11 à 25 ans (frontières de la jeunesse puisqu'il s'agit de l'âge d'entrée dans la puberté pour le premier et



de l'âge moyen du départ du domicile parental pour le second). Plus du tiers des entretiens portent sur les relations amoureuses et les questions de sexualité, et diffèrent selon l'âge et le sexe de l'appelant(e). Les plus jeunes, âgés de 12 à 17 ans, découvrent la réalité sexuée de leur corps et de celui des autres, et appréhendent, au propre comme au figuré, la question de la différence sexuelle. Les principaux thèmes abordés portent sur la puberté et ses signes physiologiques tels que la pilosité, les problèmes dermatologiques, les règles ou encore les « pollutions nocturnes », sans oublier la question sensible de la taille des organes mammaires et génitaux, les attirances homosexuelles et les amitiés particulières, les passions amicales et les premiers rapports, ainsi que sur les questions de contraception, de MST et du sida.

Ce qui est notable, dans ces études, c'est l'écart repérable entre les connaissances à caractère anatomique et le manque de connaissances sur le fonctionnement du corps. De plus, la confusion entre prévention du VIH et contraception demeure forte. De nombreux jeunes ignorent l'existence et le fonctionnement des centres de planification. Les écoutants les orientent au plus près de leurs domiciles respectifs.

Enfin, on note une différence entre sexes dans les appréhensions du premier rapport sexuel : certaines filles ne se sentent pas prêtes mais souhaitent « faire plaisir » à leur petit copain et craignent d'être rejetées si elles ne se laissent pas faire se sentant « forcées ou obligées moralement, elles ont tendance à se laisser faire physiquement et n'osent pas dire non ». Les filles ont tendance comme

les garçons à « fanfaronner » entre elles, bien qu'elles aient davantage peur des rapports sexuels, du sida et de la grossesse, de mal faire et de déplaire. Le travail éducatif et relationnel des répondants, tous adultes formés, vise à mettre en confiance et peut aider les jeunes appelants à s'autoriser à dire non s'ils ne se sentent pas prêts pour des relations sexuelles.

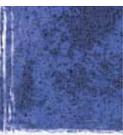
S'informer : les copains d'abord

Pour obtenir des informations sur la contraception, les filles et les garçons comptent en moyenne quatre à cinq interlocuteurs dont les plus fréquemment cités sont les copains (69,6 %) et plus précisément celle ou celui qui est l'interlocuteur confident, puis les enseignants et les différentes personnes relais du milieu scolaire (63,5 %). Vient ensuite les médias, avec la presse écrite et particulièrement la presse jeune pour les filles (61,6 %). Les garçons privilégient davantage la télévision (53,1 % des jeunes), la radio (39,6 %) et Internet (5,4 %).

Au sein de la famille, la mère est citée par un peu moins de la moitié des filles (48,3 %) et par un tiers des garçons (35,1 %). Le père n'est cité que par 23,2 % des garçons et seulement 15 % des filles. Ce qui souligne le maintien, dans les rapports de filiation, d'une composante forte liée entre personnes du même sexe à l'intérieur des transmissions à caractère sexuel entre parents et enfants. Les autres membres de la famille, fratrie et parenté élargie, sont cités par moins de 25 % des jeunes.

Les médecins se situent au sixième rang pour les filles et au huitième rang pour les garçons dans l'ordre des préférences exprimées par les jeunes interrogés. Un jeune sur six cite le médecin scolaire comme étant l'interlocuteur privilégié en matière d'information sur la sexualité et la contraception (18,6 % des filles et 17,4 % des garçons).

Relevons enfin que, pour parler de sexualité, la majorité des jeunes interrogés ne cite qu'une seule personne (53,2 %) et que près d'un tiers d'entre eux citent deux personnes (30,7 %). La meilleure amie reste pour les filles (68,6 %) la meilleure interlocutrice sur les questions inhérentes à la vie affective et sexuelle, tandis que les garçons (pour 44,8 % d'entre eux) ont tendance à pri-



vilégier leur « petite amie ». Par conséquent, les parents ne sont des interlocuteurs dans ce domaine que pour une minorité de jeunes. D'ailleurs, dans cette enquête, 18 % des filles et 27 % des garçons ont déclaré ne pas savoir à qui poser certaines questions. Nous émettons ici l'hypothèse que cette recherche d'interlocuteur privilégié pose la question de la garantie du secret et de l'intégrité psychique. En effet, tant que les jeunes ne se sentent pas en un lieu garant de sûreté et de sécurité, ils sont dans l'incapacité de déposer ou d'échanger ce qui touche à leur existence. On peut comprendre l'importance des services téléphoniques qui facilitent le travail informatif et interrogatif, sans prise directe avec le poids du regard d'autrui, que ce dernier soit parental ou social.

Plus on avance en âge, moins le préservatif est utilisé

Le Baromètre santé produit par le Comité français d'éducation pour la santé porte sur une population plus élargie de 12 à 75 ans (3). Nous avons donc choisi de retenir les éléments qui n'ont pas encore été développés dans les enquêtes précédentes, en soulignant en particulier, les modes privilégiés de contraception chez les 15-25 ans. Plus l'âge avance, moins les jeunes utilisent le préservatif au cours de l'évolution de leur activité sexuelle : les 15-19 ans sont près de 90 % à l'utiliser, les 20-25 ans moins de 75 % et les 26-34 ans ne sont plus que 32 %. Les filles âgées de 15 à 19 ans privilégient la pilule pour 75 % d'entre elles, elles sont plus de 85 % à déclarer l'utiliser entre 20 et 25 ans. Le stérilet et la méthode du retrait sont pratiquement inexistantes dans ces tranches d'âge. Enfin, un pourcentage d'interruption volontaire de grossesse assez élevé est observé chez les 15-19 ans (5,5 %), atteignant 8,7 % chez les jeunes femmes de 20 à 25 ans.

Cette enquête indique par ailleurs que 7 % des jeunes entre 15 et 20 ans ont eu recours au dépistage du VIH au cours des douze derniers mois, et que ce pourcentage augmente à 18,3 % chez les 20-25 ans. Les différences entre sexes peuvent être dégagées au travers des soins : les hommes atteints d'une MST consultent plutôt un médecin généraliste (67,7 %), 9,7 % un gynécologue et 12,9 % un autre spécialiste ; alors que les femmes vont chez un

gynécologue pour 69 % et d'entre elles chez un généraliste pour 29,3 %.

Créer des espaces de parole pour les garçons

Pour clore ce rapide tour d'horizon, nous avons fait le choix de pointer un certain nombre de remarques analysées par des acteurs de terrain (4).

Concernant la représentation du corps et de ses expositions aux risques sexuels, Benoît Félix du Crips Ile-de-France constate que « l'on se rend vite compte que les ados ne connaissent pas les bases : anatomie, sexualité, toilette intime. La famille pense que l'école doit fournir cette information et inversement. Le sida est devenu une maladie comme une autre. Il est considéré par les jeunes de 14 à 18 ans comme un risque mineur, au même titre que le cannabis, l'absence de port du casque sur une mobylette. Évidemment, ce risque-là, l'adolescent va le prendre ».

Concernant certaines jeunes filles, « elles sont très vulnérabilisées culturellement » souligne Laurence Bellanger, responsable des actions de prévention à Cherbourg : « Lors du rapport sexuel, c'est l'homme qui décide ». De plus, un retour à un positionnement plus radical et plus orthodoxe par certains jeunes hommes de la troisième génération d'immigrés maghrébins complique les choses. « Les jeunes filles doivent être vierges le jour du mariage et du sang doit couler sur le drap. Conséquence : tout rapport sexuel avant l'union est régi par une échelle de risques. Pour elles, le plus grand risque c'est d'être enceinte et de ne plus être vierge ; ainsi nombre d'entre elles pratiquent la sodomie par crainte de la relation vaginale. »

Des questions se posent aussi sur la place des garçons dans le champ de la prévention des risques et plus particulièrement dans leur responsabilisation sur le plan de la sexualité : « Les jeunes garçons sont en manque d'interlocuteurs masculins à qui confier leur questionnement sur la virilité et la masculinité ; nous devons travailler à élaborer des espaces où ils pourraient en parler. Les femmes ont des lieux tels que le planning familial ou leur gynécologue, mais pour les hommes, c'est le désert » souligne également cette responsable.

Renforcer la culpabilité ne sert à rien

Ces acteurs de terrain rappellent que la réduction des risques doit partir des acquis et des non-acquis de la personne et du groupe constitué. « C'est aux adolescents de poser les questions, à eux d'apporter des réponses ; être là en tant que professionnel pour qu'ils verbalisent leurs angoisses sur la prévention et la sexualité..., car renforcer la culpabilité des gens ne sert à rien. Tant que nous n'aurons pas un vrai discours sexologique – autre qu'un discours biologique – sur la prévention, il serait vain d'érotiser le préservatif, de dire qu'il est un plus, et que les jeunes se protègent. »

Le discours de type sexologique évoqué dans cette ultime remarque à propos du préservatif masculin nous semble être un pari à soutenir. En effet, parler ou évoquer la sexualité humaine auprès des êtres en développement que sont les jeunes – notion très étendue et floue dans le contexte contemporain – suppose d'appréhender sa complexité. Pari qui pourrait avoir comme horizon de ne jamais réduire la question existentielle du jeune à des comportements mécaniques, de penser le corps dans sa dimension émotionnelle et sensuelle tout autant que cognitive, de prendre en considération la division sexuée du genre humain de façon à tendre vers une condition plus égalitaire des droits.

Patrick Pelège

Sociologue, coordinateur du Crips Rhône-Alpes, Craes, Lyon.

► Références bibliographiques

- (1) Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation française, 1993 : 352 p.
- (2) Lagrange H., Lhomond B. (sous la dir.) *L'entrée dans la sexualité : les comportements des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, coll. Recherche, 1997 : 432 p.
- (3) Baromètre santé 2000, premiers résultats. Enquête auprès des 12-75 ans. Fiches thématiques. Vanves : CFES, 2001.
- (4) Ces propos sont issus de l'article : *Éducation sexuelle et parole libre : une autre approche de la prévention*, paru dans la revue *Transversal* n° 2, avril-mai 2001, p. 4-8.



L'éducation sexuelle : une mission nouvelle pour l'école

En 1996, l'éducation à la sexualité est rendue obligatoire en milieu scolaire et, depuis, environ 600 000 adolescents par an sont concernés par ces actions. Elles leur donnent désormais la réelle possibilité de découvrir et de comprendre les différentes dimensions de leur sexualité, en dehors de la famille.

Le passage à l'école, seule institution nationale à recevoir tous les enfants, soit quelques millions d'enfants, représente pour tous ces jeunes le plus grand moment de socialisation. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si c'est sur elle que se cristallisent tous les problèmes sociaux : elle est censée préparer la société de demain et incarne, de ce fait, toutes les attentes d'intégration des millions de citoyens de cultures, de religions et d'origines très variées. Même si elle est considérée comme un espace protégé, la loi s'y applique comme dans la société. Les valeurs dont elle est porteuse, celles de la laïcité et des droits de l'homme, y sont donc clairement énoncées dans la mesure où elles constituent aussi celles de notre société démocratique. Compte tenu de la taille de cette entreprise, la mise en application d'une nouveauté pédagogique ou d'une réforme nécessite un accompagnement des textes et la formation des personnels, comme cela s'est fait depuis 1996, lorsque l'éducation à la sexualité a été rendue obligatoire.

De la nécessité d'éduquer à la sexualité

Bien que nous soyons dans une société érotisée à outrance, où l'intimité, la vie privée, la vie sociale sont mêlées au point de juger de la capacité à gouverner sur des actes sexuels, l'éducation à la sexualité à l'école est, paradoxalement, encore très contestée. Mais c'est sans doute ici que se situe le point d'achoppement de notre société. Comme le dit Guillebaud (1), « depuis la révolution sexuelle de 68, nous oscillons entre une permissivité totale pour nous,

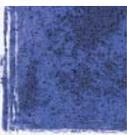
et l'angoisse du retour à l'ordre moral pour, ou par les autres, et nous nous dérobons devant la question : quelle morale sexuelle, pour quelle société ? ». Si l'éducation sexuelle fait si peur, c'est parce qu'elle révèle notre incapacité à dire ce qu'est la sexualité humaine et qu'elle nous renvoie à nos incohérences, à nos manques et, en fait, à la difficulté que nous avons à la maîtriser, à accepter la frustration et, par là-même, à la mettre en mots.

Ainsi, les adolescents et les enfants ont souvent accès aux représentations de la sexualité des adultes dans des formes marginales auparavant cachées. En sont-ils, pour autant, mieux informés

et donc dispensés d'une éducation à la sexualité ? Il apparaît légitime d'en douter, car si les pratiques sexuelles sont banalisées, les aspects psycho-affectifs et la sexualité « ordinaire » sont largement éludés. Or, les jeunes ont besoin, plus que jamais, d'être aidés à faire le tri parmi toutes les informations aujourd'hui disponibles.

Un programme qui englobe toutes les données de la sexualité humaine

Le dispositif mis en place en 1996 par le ministère de l'Éducation nationale fait actuellement l'objet d'une évaluation. Il s'appuie sur trois axes : les heures obligatoires d'éducation à la sexualité pour



les élèves de collège, les formations des adultes et les documents pédagogiques. La circulaire instaurait 2 heures obligatoires d'éducation à la sexualité pour tous les élèves de 4^e et 3^e des collèges et ceux des lycées professionnels. Puis, en 1998, ces heures ont pu être démultipliées pour les équipes déjà avancées dans un projet, dans le cadre des 40 heures d'éducation à la santé et à la sexualité réparties sur les quatre années du collège (12 à 15 ans). Le contenu de cette éducation à la sexualité doit englober toutes les données de la sexualité humaine, tant biologiques, que psychologiques, affectives, sociales, culturelles et morales. Quant aux objectifs, ils sont définis comme suit : « *L'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la – et de leur – sexualité dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. Cette éducation qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit en outre les aider à intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle et sociale.* ».

École et famille : chacune joue son rôle

Cette nouvelle définition précise la part de l'institution, qui évoque l'éducation à la sexualité en complémentarité des familles tout en la rendant obligatoire. L'éducation à la sexualité est ainsi passée de l'espace privé à l'espace public, le problème étant, désormais, de préserver l'intimité des personnes.

L'école ne remplacera jamais la famille dans les rôles fondamentaux de ceux qui ont donné la vie suivant l'ordre de leurs désirs. L'éducation sexuelle familiale organise la mise en place des structures psychiques de l'individu, afin de l'amener à son état d'adulte sexué, dans un apprentissage de l'imprégnation, de l'implicite, du non-dit et/ou avec un langage toujours très empreint d'affectivité.

L'école est avant tout un lieu d'apprentissage et de socialisation qui permet, dans un cadre formalisé, de mettre en mots de façon explicite et désaffectivée cette question de la sexualité humaine : elle peut ainsi permettre au jeune d'exprimer ses interrogations, de mieux comprendre l'évolution psychossexuelle de chaque sexe, d'intégrer des

valeurs communes et des règles sociales, d'accepter les différences, de connaître et de respecter les lois, et d'être ainsi amené à faire ses propres choix, au regard des différents modèles possibles.

Par conséquent, la polémique n'a pas lieu d'être, puisque les rôles de chacun sont bien identifiés et que les missions sont complémentaires. La légitimité et les objectifs étant posés, voyons la mise en œuvre de cette éducation.

Des actions auprès de 600 000 adolescents chaque année

Entre 1997 et 2000, sur 5 500 collèges, 53,5 % ont mis en place et reconduit

d'une année sur l'autre des actions d'éducation pour la sexualité, ce qui correspond à environ 13 222 classes de 4^e et 15 188 de 3^e, soit environ 600 000 adolescents par an.

Obligatoires, organisées en petit groupe dans un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion, les séances s'inscrivent dans l'emploi du temps des élèves. Bien qu'elles ne relèvent pas d'un enseignement, elles permettent aux adolescents d'aborder toutes les questions sur la sexualité, notamment celles des domaines affectifs, psychologiques et sociaux. Elles doivent aussi permettre aux jeunes de

Petit historique de l'éducation sexuelle en France

En 1947, la nécessité d'aborder la question de la sexualité à l'école est acquise (Inspecteur général François).

En 1973, la circulaire Fontanet préconise une information sexuelle et affective au lycée, bien qu'elle soit facultative.

En 1975, suite à la loi Veil, l'information biologique sur la reproduction, l'IVG, la contraception, la grossesse et les MST est obligatoire en 3^e, pour les CAP et BEP.

En 1985, l'épidémie du sida bouleverse l'approche de la sexualité dans notre société. Sous prétexte de santé publique, tout doit être dit, y compris aux plus jeunes. L'information sexuelle est libérée puis se réduit rapidement à la prévention du sida, voire à l'usage du préservatif.

En 1987, le sida est inscrit dans les programmes de biologie qui passent à 8 heures sur la reproduction en 4^e, 3^e, CAP, BEP.

Entre 1988 et 1993, les évaluations de ces actions montrent que les demandes des adolescents portent sur la sexualité et que la réponse du tout biologique et/ou du tout préservatif n'est pas suffisante pour développer des comportements sexuels responsables.

En 1996, l'éducation à la sexualité est imposée en milieu scolaire. Entendue comme une éducation à la responsabilité, au rapport à l'autre, à l'égalité entre hommes et femmes, l'éducation à la sexualité a désormais pleinement sa place à l'école.



poser des limites entre leur intimité, qui relève de l'espace privé, et ce qui peut être dit, vu, entendu et exercé dans l'espace public. Elles ne doivent, en aucun cas, être conduites comme des thérapies. En effet, il ne s'agit pas, pour les jeunes comme pour les adultes, de parler de son intimité, ni d'être dans la transparence, chacun doit se sentir libre de s'exprimer ou de se taire, ce qui est dit dans le groupe peut être entendu par tous, peut relever de la confidentialité, mais pas du secret. Ce sont les adultes qui sont garants de ce cadre, par l'instauration de ces règles et par leur capacité d'écoute, de reformulation et de synthèse.

Des formations adaptées

Les séquences sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, composée si possible d'enseignants et de personnels d'éducation, sociaux et de santé, si nécessaire en collaboration avec des intervenants extérieurs, tous formés à cet effet, et intervenant en binôme devant les jeunes.

Les formations des adultes se répartissent sur deux niveaux :

- les formations de formateurs d'adultes. Elles s'adressent aux personnels de l'Éducation nationale, titulaires d'un poste, volontaires, ayant une expérience de formation d'adultes et d'éducation sexuelle sur le terrain. Elles représentent 150 heures de formation ; 75 heures pour l'AEU de sexologie médicale et autant en méthodologie et pédagogie appliquée. À ce jour, 220 formateurs

sont opérationnels dans 17 académies.

- les formations d'intervenants auprès des jeunes. Elles s'adressent aux personnels de l'Éducation nationale, en poste en collèges, volontaires pour mettre en œuvre, en équipes, les séquences d'éducation à la sexualité. Elles sont mises en place par les groupes de pilotage dans le cadre de la formation continue des personnels de l'Éducation nationale et réalisées par les formateurs d'adultes et /ou le cas échéant, par des partenaires extérieurs. En France, ces actions de formation étaient au nombre de 63 en 1995. Elles sont passées à 102 en 1997, puis 143 en 1999 et, enfin, 521 en 2000. Au total et durant ces cinq années, environ 10 000 personnes auront été formées.

Vidéos, guides et plaquettes d'information

Des documents pédagogiques ont été réalisés pour accompagner les personnels dans leur démarche de formation et dans la mise en œuvre des actions auprès des élèves. Il s'agit d'une cassette vidéo, « *Temps d'amour* », avec un guide d'accompagnement envoyé, dès 1996, dans tous les établissements. Fin 2000, un guide pédagogique édité par le ministère, intitulé « *Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie* », a été élaboré et distribué à l'intention de tous les adultes formés. Une mallette pédagogique a été conçue en direction des adultes et des jeunes, et distribuée dans tous les collèges. Elle contient un film de biologie et trois livrets pédagogiques. Enfin, des plaquettes ont été

éditées sur le thème de la contraception, dans le cadre de la campagne conduite sur ce même thème en lien avec la direction générale de la Santé et le Droit des femmes. Elles ont été distribuées à toutes les classes de 3^e des collèges et aux lycéens.

Encore du « grain à moudre »

La mise en place de l'éducation à la sexualité relève d'une réelle volonté politique, renforcée par les questions de santé publique comme le sida, les grossesses d'adolescentes et les violences sexuelles. Et c'est sans doute la première fois que l'accompagnement d'une circulaire est proposé sur une période aussi longue et jusque sur le terrain.

Les nouvelles orientations qui ont été prises permettent d'organiser de réelles « rencontres éducatives », inscrites dans le cadre d'un projet global d'éducation à la santé et à la sexualité dans les collèges. Mais il reste encore beaucoup de « grain à moudre ». En effet, un nouveau texte de loi – en amendement au texte de prolongation du délai d'IVG du 30 mai 2001 – rend désormais obligatoire trois séquences d'éducation à la sexualité, par tranche d'âge, au primaire, au collège et au lycée.

Chantal Picod

Enseignante, éducateur sexologue,
Chargée des formations de formateurs au
ministère de l'Éducation nationale.

(1) La tyrannie du plaisir. Paris : Le Seuil, 1998.



L'adolescence : un passage « difficile et risqué »

Par une approche psychanalytique, Sylvie Boutin-Chatouillot explique que l'adolescence, véritable « temps de maturation », constitue un passage douloureux pour le jeune comme pour ses parents lorsque des « échanges structurants » ne parviennent pas à être instaurés.

L'adolescence est un temps de passage, de l'enfance et de la sexualité infantile au stade de la responsabilité et de la sexualité adulte, qui implique l'engagement social, professionnel et affectif. Ce temps de passage est un temps de bouleversement intérieur qui n'est pas sans effet sur les relations avec l'entourage.

Passage douloureux

L'adolescence opère une véritable mue. Pour l'adolescent, la confrontation à cette nouvelle image de soi est une expérience intime difficile et douloureuse. Douloureuse physiquement, parce que le corps qui grandit et prend ses caractères sexuels secondaires est le lieu de sensations pénibles. Mais aussi douloureuse sur le plan psychique, car liée à l'expérience d'une perte de l'enfance, d'une image de soi et d'un rapport à soi, au monde et à ses parents. Plus rien n'est tout à fait comme avant. L'adolescence est un temps de tristesse, de chagrin inexplicable et inexplicable, de nostalgie. Les adolescents s'habillent volontiers en noir. Mais c'est aussi un temps d'éclosion, d'explosion créatrice, d'émancipation. L'adolescence est le temps de la découverte d'une autre façon de lire et d'apprendre, mais aussi d'appréhender la réalité. Ce qui fait de l'adolescent un être passionné, enthousiaste et même doué, s'il trouve les appuis nécessaires.

Nous savons tous que le passage de l'adolescence est un passage difficile et risqué. À cause de ce risque et des inquiétudes qu'il génère chez les parents en particulier, l'adolescence est très souvent considérée comme une crise passagère, dont on espère qu'elle sera de courte durée. Or, ce serait ne

pas tenir compte de ce temps d'existence comme un temps de maturation déterminant, de construction subjective qui fonde l'équilibre d'une position adulte.

Recherche d'un « modèle »

Comment devient-on adulte ? C'est la question qui agite l'adolescent qui cherche son chemin d'homme et de femme. Qu'est-ce que devenir homme ou femme ? L'adolescent ne regarde plus ses parents seulement comme un père et une mère – un papa, une maman –, mais avec un certain trouble intérieur, lié à la culpabilité d'entrevoir une dimension de sa vie jusqu'alors insignifiante pour l'enfant qu'il était. Il les considère dans leur manière de se comporter, de se parler en tant que couple, en lien avec d'autres hommes et femmes.

Ce changement de regard ne concerne pas que ses parents mais tous les adultes qui jouent un rôle important dans sa vie. Il cherche quel homme et quelle femme il aimerait devenir, imiter, tout en percevant combien l'imitation peut ne pas répondre immédiatement à la question qu'il se pose. En vérité, elle ne peut pas s'offrir comme solution au chemin. Elle n'est que l'aboutissement d'un chemin.

En général, l'entrée dans l'adolescence est précédée par la puberté. Pour les parents, celle-ci constitue souvent un signal : leur enfant devient physiquement un homme, une femme, capable de procréer et pourtant, encore à leurs yeux, il est un tout petit enfant. Comment le préparer à cette sexualité adulte qui s'éveille en lui, bouleverse son corps d'enfant, alors que son esprit,

ses préoccupations, ses jeux restent encore ceux d'un enfant ?

L'absence de rites initiatiques

La poussée pubertaire est, elle-même, souvent vécue par les adolescents comme l'irruption dans leur corps d'une vie qui les dépasse, les excède, et qui peut être ressentie comme angoissante. Les signes secondaires de la sexualité et les sensations internes qui accompagnent leur formation peuvent être accueillis avec enthousiasme et/ou avec terreur. Ils sont toujours ressentis comme quelque chose de plus fort que soi, qui touche l'intimité du corps, bouleverse tous les repères corporels et psychiques, alors que l'on se sent encore enfant.

Dans nos sociétés occidentales contemporaines, nous avons perdu le sens des rites d'initiation qui autorisent véritablement un petit d'homme à prendre sa place dans les institutions sociales et surtout à assumer la maturation physiologique qui s'est opérée, en lui donnant son sens humanisant. Les adolescents d'aujourd'hui sont quelque peu abandonnés à leur corps, à ce bouleversement biologique qui ne trouve guère de répondant symbolique dans les institutions sociales.

Le silence des mots contraste avec le bruit des sensations

La période pubertaire se traverse souvent dans le silence des mots, qui contraste avec le bruit des sensations. Peu d'adolescents peuvent dire ce qui se passe pour eux dans ce moment de transformation corporelle. La pudeur qui touche à l'intime de soi n'est pas seule cause de ce silence. Pour de nombreux



adolescents, il existe une impossibilité à se représenter et donc à dire ce qui se passe pour eux. C'est plus fort qu'eux et cette pression les pousse à faire, à sortir, à exploser de rire, en larmes, en giclées verbales parfois violentes, sans qu'ils puissent expliquer à eux-mêmes et aux autres ce qui leur arrive.

Ma pratique d'analyste me permet d'entendre des adultes qui, bien des années après, réalisent combien ils ont été dans le désarroi alors que pour leur entourage, ils vivaient une adolescence « sans histoire » parce que muette ! Une adolescence muette qui les a poussés en avant, dans des engagements adultes où ils se sont précipités sans véritablement assumer leur position. Comme s'ils étaient poussés à faire comme les grands, à prendre une place d'homme et de femme mais sans prendre véritablement la parole dans cette précipitation vers la maturité.

La puberté est un phénomène purement biologique. Le vécu de poussée interne, de poussée à grandir, à sortir de soi, est de l'ordre pulsionnel. Il implique une participation subjective, inconsciente aux phénomènes physiologiques. Mais cette impulsion, accompagnée de sensations très fortes, n'est pas exclusivement liée à la puberté. Elle peut s'exprimer longtemps après chez des adolescents qui se sont adaptés tant bien que mal aux transformations biologiques de la puberté.

Quand l'enfant échappe aux parents

Dans cette période de mutation, l'adolescent va chercher l'appui de quelqu'un qui lui parle. Or, le dialogue parents-enfants n'est pas des plus faciles à ce moment-là : les parents sont sollicités mais ils sont aussi pris à parti dans les mouvements inconscients de leur enfant et sont partie prenante de ce qui est en jeu. Eux-mêmes se sentent brusquement pris dans l'impulsion à agir, à faire. Ils sont renvoyés à ce qui, en eux, a pu ou non trouver sens de leurs désirs d'homme et de femme et sont surtout plus que jamais interrogés sur leur position de parents : leur enfant leur échappe. Il n'est plus leur petit, il devient un homme ou une femme. Pour beaucoup de mères, cette impulsion à sortir de leur enfant adolescent est un rappel inconscient de la mise au monde pre-

mière, de l'accouchement. L'adolescent et son désir plus fort que les mots pour le dire d'aller ailleurs, de partir, interprètent cette mise au monde : l'enfant qui naît n'appartient pas à ses parents, il naît pour prendre une place dans le monde.

C'est un moment très difficile aussi pour les parents. L'absence de médiation sociale autorisant les adolescents à se risquer dans le monde, sur la scène institutionnelle, favorise le huis-clos explosif. Et ce face-à-face peut devenir insoutenable quand les pères et mères sont sollicités justement là où ils n'ont pu élaborer de réponses justes pour leur propre compte. Et c'est la porte ouverte à un jeu en miroir où les parents, sans en être conscients, se mettent en rivalité avec leur enfant et vivent au travers d'eux une adolescence posthume : eux-mêmes se sentent poussés vers une sortie qu'ils ignorent, poussés hors d'eux-mêmes, de leur maison. Cela peut aller jusqu'à des divorces, en écho avec la problématique adolescente d'avoir à quitter la maison de l'enfance. Mais c'est aussi un moment fécond pour des parents appelés à créer avec leur enfant de nouveaux liens de parole et à découvrir leur enfant dans ce qui va véritablement structurer sa personnalité, ses choix, ses préférences, ses réalisations.

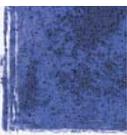
Confusion

Au moment où leur enfant aborde l'adolescence, les parents ont à aborder eux-mêmes une autre étape de leur vie : pour beaucoup, c'est le temps où, encore en puissance de procréer, ils renoncent à élargir une famille déjà suffisamment nombreuse ou à s'engager dans une grossesse actuellement dite et avec autoritarisme scientifique, à risque. Ils ont à faire le deuil de leur désir d'enfanter au moment où leur enfant accède à une sexualité ouverte au désir d'enfant.

Bien des mères et des pères affolés à l'idée que leur fille puisse leur amener un bébé à la maison traduisent dans cette panique une confusion entre leur propre destin et celui de leur enfant. Beaucoup d'adolescentes m'ont dit : « *Maman se fait de drôles de soucis pour moi. Elle finira par me mettre dans la tête que je dois être enceinte, alors que vraiment je n'en suis pas là !* ». De même que des adolescents ramèneront à la maison un bébé que les grands-parents élèveront comme si c'était le leur ! Passage à l'acte qui traduit une impossibilité de symboliser cette poussée plus forte que soi à devenir homme et femme, à grandir, par des échanges structurants.

Sylvie Boutin-Chatouillot

Psychanalyste, spécialiste de l'adolescence.



Éducation à la sexualité : une animation en classe de 4^e

**Récit d'une animation réalisée auprès de 17 adolescents
par des intervenants formés par l'Académie du Rhône.**

Pour répondre aux exigences de la circulaire de 1998, des intervenants en éducation à la sexualité sont formés par l'académie du Rhône. Cette formation les amène à passer d'une démarche informative à une démarche éducative, par un travail sur l'écoute, l'acquisition de techniques et d'outils d'animation. L'objectif est de permettre aux élèves de faire des choix éclairés.

Ce matin-là, nous nous présentons pour intervenir auprès d'élèves de 4^e. Nous sommes deux animateurs, un homme enseignant en histoire, géographie et éducation civique, et une femme médecin de santé scolaire. Nous avons chacun fait un stage de formation pour être intervenant en éducation à la sexualité. Pour préparer cette séquence devant les élèves, nous avons établi un planning d'intervention avec le conseiller d'éducation et nous nous sommes concertés afin d'élaborer un projet d'animation.

Avec ce groupe de 4^e, nous avons choisi de travailler sur les « rôles et les stéréotypes de rôles masculin-féminin ». L'objectif était de leur faire prendre conscience des différences entre les sexes et de ce que cela impliquait dans les multiples champs de la sexualité humaine.

Après nous être présentés et avoir expliqué le but de notre présence, nous avons établi des règles de fonctionnement qui engagent à la confidentialité et au respect de la parole de l'autre et des valeurs de chacun.

Nous étions conscients que l'objectif de ces séquences était de laisser les élèves s'exprimer sur la sexualité afin qu'ils s'approprient une réflexion, un

discours, et un langage. Nous savions que nous n'étions pas dans un groupe thérapeutique et que nous ne recherchions ni les confidences ni les révélations sur la vie privée. Au contraire, si nous les sentions émerger, il fallait les différer pour les recueillir de façon individuelle hors du groupe. Nous devons travailler dans la neutralité et l'ouverture.

Pour ce faire, nous avons retenu une technique d'animation afin de donner aux élèves un prétexte à la parole.

Susciter le débat

Face à ces 17 élèves – 10 filles et 7 garçons –, nous avons proposé de former deux sous-groupes, non mixtes, chacun placé dans un lieu différent, pour entreprendre une réflexion d'une vingtaine de minutes sur des consignes précises. Le groupe des filles devait énoncer et lister les inconvénients et les

avantages qu'elles imaginaient à être un garçon. De leur côté, les garçons devaient faire de même. Une fois le temps de réflexion écoulé, les deux sous-groupes se sont rejoints afin d'échanger leurs réflexions.

Pour que les élèves puissent débattre avec sérieux et trouver un consensus, les intervenants ne participaient pas à ces sous-groupes.

Le retour en grand groupe a permis d'entendre les représentations que ces adolescents avaient des différents sexes. En voici quelques exemples : les filles ont noté comme avantage d'être un garçon, le fait de pouvoir uriner debout, de ne pas avoir de règles, de ne pas accoucher. Autant de réflexions qui mettent en avant l'aspect anatomophysiologique de la différence des sexes mais à partir duquel découle une vision plus générale sur les représen-



tations que chaque sexe a des règles et de ce qu'elles induisent dans le quotidien des filles, de l'accouchement, de la douleur et du désir de grossesse.

Les relations parents-adolescents en question

Les filles ont clairement évoqué le côté valorisant du sexe masculin, notamment dans le cadre du travail. Elles ont exprimé l'idée que les garçons avaient moins de risque de se faire violer, ce qui nous a permis d'aborder le fait que dans toute les sociétés la sexualité est régie par des lois. À cette occasion, ils ont aussi pu s'exprimer sur les relations parents-adolescents et sur la différence de comportement des parents vis-à-vis de leurs fils ou filles.

Ce même jour, les garçons n'ont trouvé que peu d'avantages à être une fille. Ce fait est déjà la source d'un intéressant débat. Le seul avantage évoqué était que les filles « *n'ont pas à faire le premier pas* ». De cette réflexion est parti un long échange entre eux sur les comportements de séduction et les comportements de cour dans notre société et sur l'évolution de ceux-ci.

En tant qu'intervenant, nous n'avions pas grand chose à dire dans de tels moments : notre rôle se bornait à gérer et animer le débat. Les élèves percevaient d'ailleurs eux-mêmes assez facilement à quel point la sexualité humaine constitue aussi un phénomène culturel.

Faire évoluer les méthodes d'intervention

Ces quelques exemples montrent donc de quelle façon le débat peut s'instaurer à partir des réflexions du groupe.

Pour nous, chaque nouvelle animation est abordée avec le souci d'élargir le débat, en prêtant attention, derrière les réflexions du groupe, à ce qui est de l'ordre du champ biologique, du champ affectif, du champ psychologique et du champ social de la sexualité humaine. Notre préoccupation étant de faire prendre conscience que la sexualité humaine possède toutes ces dimensions et qu'elle ne se réduit pas à la génitalité.

À la fin de la séquence, nous faisons remplir un questionnaire anonyme d'évaluation par les élèves, afin d'apprécier l'intérêt porté à la séance. Puis, nous consacrons un nouveau temps, en binôme, pour faire le point après la séance. L'analyse des questionnaires nous invite à réfléchir à ce qui s'est passé et chercher à faire évoluer notre méthode d'intervention.

Josette Morand

Infirmière, conseillère technique auprès du recteur de Lyon, formateur d'adultes,

Claude Rozier

Médecin de santé scolaire.

Avec la collaboration de **Laurent Roche** enseignant, Académie de Grenoble.



Lyon : la santé scolaire dresse le bilan de dix années d'« éducation à la vie »

Le programme d'éducation à la sexualité élaboré par le service de santé scolaire lyonnais a pour objectif de donner aux enfants, entre 5 et 11 ans, les moyens de se réaliser harmonieusement. À l'issue de dix années d'expérience, le bilan est plutôt positif.

C'est pour donner aux enfants scolarisés des moyens d'approcher la sexualité que, en 1991, un groupe de professionnels du Service de santé scolaire de la DPSE¹ composé d'assistantes sociales, d'infirmières, de médecins, d'une psychologue et d'une sexologue formatrice s'est constitué. Après une année de recherche et de formation, un programme d'« éducation à la vie » expérimental a été proposé à quelques écoles lyonnaises, en accord avec l'inspection d'académie. Il concernait alors 151 enfants. Depuis, ce programme s'est développé et enrichi au gré des demandes des enfants et de l'expérience acquise par les éducatrices de santé. En 2001, il concernait 1 700 enfants.

Des jeunes mal préparés à vivre leur sexualité

Ce programme d'« éducation à la vie » est parti du principe qu'il était sans doute préférable de parler avec les enfants de ce qu'ils vivaient plutôt que de leur dire ce qu'on ne souhaitait pas qu'ils vivent. Ce principe repose sur de multiples constats.

Au cours de leur vie et de leur scolarité, les enfants sont confrontés à la différence de sexe, de comportement, d'éducation, etc. Or, la sexualité, élément primordial de la construction de la personnalité, est rarement prise en compte et les enfants n'ont guère la possibilité de s'exprimer librement sur ce sujet. C'est pourtant de cette structuration que dépendent les choix de comportement. Par ailleurs, les ensei-

gnants sont chargés de leur apporter des notions de biologie, de physiologie animale et humaine (reproduction), et apprécient un partenariat permettant de dépasser l'information et la technique pour l'éducation.

Quel que soit leur âge ou leur niveau scolaire, les enfants, pour leur part, ont un besoin énorme de prendre la parole, d'être entendus, surtout en ce qui concerne leur propre sexualité. D'autant que les questions qu'ils se posent sont rarement abordées en famille et que ce sont les médias, les livres et les copains qui sont à l'origine des connaissances sur la « mécanique sexuelle » ainsi que sur la vie affective et relationnelle, sujet qui les intéresse encore plus. Cependant, dans cet apprentissage, la parole de l'adulte qui doit leur permettre d'avoir confiance fait cruellement défaut.

Quant aux messages publicitaires soutenant les campagnes de prévention actuelles et éventuellement utilisés comme moyen éducatif, ils parlent de danger, de maladie, de protection et, bien souvent, excluent toute notion de plaisir, d'harmonie, de découverte. Arrivés à l'adolescence, de nombreux jeunes sont donc très mal préparés à vivre leur sexualité.

Enfin, pour terminer l'ensemble de ces constats, il nous est clairement apparu que les messages de prévention pouvaient avoir un meilleur impact auprès des personnes habituées à prendre la parole sur le sujet.

Se réaliser de façon harmonieuse

Dans notre programme d'« éducation à la vie », l'objectif était de donner aux jeunes les moyens de se réaliser de façon harmonieuse et responsable dans leur vie personnelle et sociale comme êtres sexués. Dans ce but, cinq objectifs secondaires ont pu être définis, proposés et adaptés aux élèves, en fonction de leur âge :

- connaître et valoriser son corps en tant que réalité sexuée ;
- être sensibilisé aux différentes dimensions de la sexualité (expression, sentiments, langage, etc.) ;
- comprendre le phénomène de la naissance ;
- prendre conscience de la dimension sociale de l'expression de la sexualité humaine (famille, rôles et stéréotypes de rôles, normes, etc.) ;
- être prévenu contre les différentes exploitations sexuelles.

Les enfants sont rencontrés à trois étapes de leur évolution, choisies en fonction des paliers du développement psychosexuel de l'enfant : à 5-6 ans (en grande section de maternelle), à 8-9 ans (en cours élémentaire 2^e année) et à 10-11 ans (en cours moyen 2^e année). En effet, la sexualité que vit l'enfant – à savoir l'acquisition de l'indépendance, la connaissance de ses origines, la différenciation sexuelle, les tabous, les sentiments, etc. – diffère d'un stade à l'autre. C'est pourquoi les animatrices sont particulièrement attentives à ces préoccupations et en tiennent compte pour leurs interventions qui ne sont



mises en place qu'à l'issue d'un recueil d'opinions et de vécu auprès de chaque groupe d'élèves. Ceci afin de « coller » au plus près à leurs demandes.

Du puzzle au photolangage

Les modes d'animation sont également adaptés à l'âge des enfants. Ils vont du conte au débat, des déguisements aux jeux de rôles, des bandes dessinées à la vidéo, des puzzles au photolangage, etc.

Chaque élève possède un cahier qu'il complète au fur et à mesure de l'action et qui peut, s'il le souhaite, servir de communication avec sa famille et renforcer le lien avec l'école tout au long de l'action. Au total, entre six à huit interventions se succèdent toutes les deux semaines.

En fin de programme, les enfants sont appelés à réaliser des peintures et des dessins pour les plus petits, des modelages, des posters, des collages et éventuellement des textes écrits pour les plus grands, afin de participer à une exposition.

Les animations se font toujours par demi-classe (10 à 15 enfants) et s'appuient sur quelques principes essentiels : donner la parole aux enfants, la respecter, éviter les projections d'adultes au profit des préoccupations actuelles des jeunes élèves, ne pas transmettre ses valeurs personnelles et respecter les valeurs familiales.

Pour une qualité maximale, les animatrices qui bénéficient généralement d'une attention, d'une écoute et d'une considération importante, sont au nombre de deux. Elles bénéficient d'une formation de base à l'éducation sexuelle complétée, tout au long de l'année, d'un soutien logistique et d'une analyse des pratiques professionnelles.

Si les principaux interlocuteurs des animatrices du programme sont bien sûr les enfants, d'autres sont essentiels dans cette démarche. À commencer par les familles qui sont interpellées dès le début par un courrier d'information, puis invitées à une première rencontre au cours de laquelle un exposé sur les interventions elles-mêmes est proposé, suivi d'un débat. Celui-ci porte sur la sexualité de l'enfant, l'éducation à la sexualité, les difficultés rencontrées par

les parents, mais aussi leurs convictions et leurs valeurs. Une seconde rencontre est organisée autour de l'exposition des enfants à la fin de l'année. Conviviale et informelle, elle permet aux parents de témoigner de leur intérêt, des réactions de leur enfant et d'avoir un nouvel échange avec les autres parents et les animatrices.

Ce lien avec les familles est essentiel et garanti par la disponibilité des animatrices. Ces moments privilégiés permettent à chacun de se situer dans son rôle propre : l'éducation à la sexualité proposée à l'école est un complément de l'éducation familiale et ne se substitue pas à celle-ci. L'enfant apprécie de ressentir cette complémentarité et l'accord entre les personnes.

Il arrive cependant qu'une famille exprime une opposition très ferme : dans ce cas et avec l'accord de l'enseignant, l'enfant ne participe pas aux interventions.

Les enseignants sont rencontrés à plusieurs reprises : leur motivation et leur intérêt, leur compréhension du contenu du programme, leur engagement et leur soutien sont indispensables pour que le programme se déroule bien et ait l'impact espéré. Ils sont d'ailleurs appelés à s'impliquer le plus possible, notamment dans la préparation et l'évaluation des séances. Enfin, ils sont en charge du suivi, en termes de réalisations, créations et recherches demandées aux enfants entre les séances.

Une incitation à réfléchir au rôle de chacun

Globalement, ce programme suscite la satisfaction générale, même s'il subsiste quelques difficultés lors de sa mise en place. Comme celle qui consiste à devoir encore convaincre et assurer certains professionnels (de la santé, de l'enseignement) de l'intérêt pour les enfants et de leur légitimité pour intervenir dans le champ de la sexualité. Ou faire accepter l'idée de travailler à long terme et de former les intervenants à l'éducation à la sexualité, à l'écoute, à la gestion de groupe, à l'animation...

Quant à la satisfaction, les nombreux points positifs de ce programme ont été mis en exergue à l'issue d'une enquête à laquelle les parents et les enseignants

ont répondu et par divers tests et questions proposés aux enfants.

Ainsi, pour les parents, ce programme constitue une opportunité de dialogue avec leur enfant, un éclaircissement de certaines notions sur la sexualité de l'enfant et une confrontation de leur expérience lors des réunions.

De leur côté, les enseignants estiment être soulagés par l'aide que leur apporte ce programme. Ils disent s'y intégrer progressivement et montrent beaucoup d'intérêt pour le contenu, les modes d'animation et l'impact préventif.

Pour les enfants, ce programme est l'occasion d'améliorer leurs connaissances (anatomie, différenciation sexuelle, vocabulaire) et de clarifier de nombreuses notions (rôle des adultes, pornographie, droit, protection). Il permet aussi une expression favorisée des sentiments, des émotions, des pulsions et un apprentissage de comportements adaptés aux situations à risque.

Enfin, les animatrices responsables du programme relèvent, quant à elles, le plaisir réciproquement ressenti lors des interventions, la qualité des échanges et de l'expression des enfants, l'amélioration de l'image de soi liée à la prise en considération de leur parole, leur capacité d'écoute qui se développe...

Ce bilan positif, les nouvelles demandes des enseignants et des familles constituent un encouragement à étendre le programme. Mais aussi à réfléchir au rôle que chaque professionnel de l'école peut, ou pourrait, tenir dans l'éducation à la sexualité, afin qu'un plus grand nombre d'enfants puisse en bénéficier.

Marie-Françoise Sommer-Peytavin

Responsable d'éducation pour la santé,
Division Prévention Santé Enfants, Lyon.

1. La Division Prévention Santé Enfants de la ville de Lyon prend en charge la santé des enfants accueillis dans les crèches et halte-garderies municipales, à l'école maternelle et primaire. Une des missions du service médico-social scolaire est de développer l'éducation pour la santé. Pour ce faire, chaque professionnel médico-social est appelé à s'impliquer dans différentes actions, avec le soutien technique d'une équipe spécialisée en éducation pour la santé, et sous la responsabilité de Marie-France Sommer-Peytavin.



Les centres de planification et d'éducation familiale jouent la carte de la polyvalence

Nicole Herny est médecin responsable des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) au sein de la Protection maternelle et infantile (PMI) du Conseil général des Bouches-du-Rhône. Elle met en exergue la polyvalence des services proposés par ces centres et plaide pour une meilleure accessibilité.

La Santé de l'homme : Une confusion n'est-elle pas souvent faite entre le mouvement associatif « planning familial » et les centres de planification, gérés aujourd'hui par les Conseils généraux ?

Nicole Herny : En effet, le terme de « planning » utilisé pour « centre de planification » a créé la confusion : on peut se rendre « au planning » sans pour autant qu'il s'agisse d'un centre géré par l'association « Mouvement français du planning familial ».

La loi Neuwirth avait prévu des structures, notamment des CPEF qui devaient être créés et gérés soit par des associations, soit directement par la PMI – donc à terme par les conseils généraux après la décentralisation –, soit par les hôpitaux conventionnés. Il y a donc des centres de planification conventionnés où sont pris en charge les consultations et examens biologiques nécessaires au suivi d'une contraception pour les mineures et pour les femmes dépourvues de couverture sociale.

SH : Comment se répartissent les centres gérés par les conseils généraux et ceux par le Mouvement français du planning familial (MFPF), ou par d'autres associations ?

Nicole Herny : Environ un tiers de ces établissements sont gérés directement par les conseils généraux, un tiers par les hôpitaux où les CPEF sont essentiellement intégrés dans des centres d'interruption volontaire de grossesse (IVG), et le dernier tiers par des associations, dont « le Planning familial ». Dans les Bouches-du-Rhône, on a d'emblée, dès 1974, créé beaucoup de CPEF au sein des centres de PMI :

actuellement, il existe ainsi vingt-huit centres en gestion directe par le Conseil général, sept autres sont hospitaliers et un centre est géré par le MFPF.

SH : Quels sont les services proposés par un CPEF ?

Nicole Herny : Le CPEF est d'abord un lieu d'accueil. Une partie du centre est consacrée aux consultations médicales et dans les centres de PMI, la gratuité est assurée pour toutes. Pour les mineures et les femmes en difficulté, les examens et les contraceptifs sont aussi gratuits.

À côté de cette partie purement médicale, une information est proposée sur la sexualité, les modes de contraception, les maladies sexuellement transmissibles, la grossesse et l'accouchement. Il s'agit, soit d'une information individuelle à l'intérieur du centre, soit à l'extérieur au sein d'établissements scolaires ou de centres sociaux, à la demande de ces structures, mais également sur proposition du CPEF. Dans les Bouches-du-Rhône, nous avons privilégié l'accueil dans les centres. Selon nos possibilités, nous essayons de répondre aux demandes d'interventions extérieures. Dans un CPEF, il y a aussi des consultations de conseil conjugal et familial, et des consultations préalables aux IVG.

SH : Qui est susceptible de venir consulter ?

Nicole Herny : Toutes les personnes qui se présentent sont accueillies sans condition. Mais ce sont plutôt des adolescentes et des femmes jeunes qui viennent, car elles savent qu'on respecte l'anonymat des mineures par rapport aux parents. D'ailleurs, il n'y a pas si longtemps,

la prescription anonyme de moyens de contraception aux mineures était spécifique aux CPEF. Des femmes en difficulté viennent aussi au CPEF, en raison de sa gratuité, mais aussi parce qu'il s'agit d'un lieu de rencontre avec une équipe susceptible de les aider, au-delà de la simple prescription de contraception. Les problèmes d'une femme en demande de contraception sont vus dans leur ensemble. Il ne faut pas oublier que pour qu'une contraception soit efficace, il faut qu'elle soit bien choisie mais aussi bien acceptée. Pour cela, il faut prendre



en compte tous les facteurs d'environnement, le contexte familial et conjugal.

SH : La population accueillie a-t-elle évolué ces dernières années ?

Nicole Herny : Au départ, les CPEF accueillait le « tout venant » pour la prescription d'une contraception, pilule ou stérilet. Aujourd'hui, il s'agit davantage de femmes en grande difficulté. Peut-être est-ce spécifique à notre département où les vingt-huit CPEF ont été justement implantés près de cette population ? De toute façon, les CPEF ont pour vocation de compléter le dispositif privé. Si certaines femmes peuvent consulter leur médecin traitant ou le gynécologue, d'autres ne le font pas et viennent chez nous. Par ailleurs, on oriente de plus en plus vers les services sociaux : lorsque les femmes n'ont pas de couverture sociale ou qu'elles évoquent des problèmes de logement, de garde d'enfant, etc. Tous les problèmes ne se règlent pas au CPEF, on essaie donc d'aiguiller ces femmes et de les suivre. Il y en a certaines que l'on revoie fréquemment et d'autres pas. Il faut dire qu'à Marseille, la population est tournante, la moitié de nos consultantes se renouvelle sans cesse. Cependant, le fait d'avoir jumelé différents types de consultations dans les Bouches-du-Rhône permet, par exemple, de suivre les mêmes fem-

mes pendant plusieurs années, d'abord pour une contraception, ensuite pour le suivi de leur grossesse lorsqu'elles désirent un enfant et enfin, après la naissance, pour une nouvelle contraception.

SH : Observez-vous une évolution de la demande des personnes accueillies et donc des « services » que vous proposez ?

Nicole Herny : Oui, bien que, au départ, les femmes consultent souvent pour une contraception. Dans un second temps, elles expriment un besoin de parler et recherchent une écoute, un conseil, sur leurs difficultés de couple par exemple : nous sommes là pour y répondre. On les revoit souvent en dehors de la consultation médicale, notamment dans le cadre de conseils conjugaux. On a aussi beaucoup de personnes migrantes qui ont des problèmes d'intégration, d'emploi, de travail, qui se surajoutent aux problèmes de relation avec les parents, de ruptures familiales. Il y a donc une prise en charge sociale à côté des problèmes purement médicaux. On s'occupe également des questions d'alimentation : des diététiciennes donnent des conseils généraux sur la façon de se nourrir. Enfin, on s'occupe des vaccinations, de prévention du tabagisme ou encore de dépistage du cancer...

Depuis la loi sur la contraception d'urgence, on a eu beaucoup de demandes de la part de jeunes femmes. C'est d'ailleurs rassurant de voir qu'on arrive à les prendre en charge, bien qu'elles soient d'abord venues pour une contraception d'urgence. Cette loi est une véritable porte d'entrée : elle a permis à beaucoup de jeunes de connaître les CPEF par le truchement des infirmières scolaires. Les interventions en collège permettent aussi de faire connaître le centre : il suffit d'une ou deux élèves qui viennent à la suite de notre animation pour que d'autres consultent aussi. C'est le bouche à oreille qui fonctionne le mieux.

SH : Quel est le besoin essentiel formulé par votre public ?

Nicole Herny : C'est sans doute l'accessibilité. L'idéal serait de proposer des centres ouverts en permanence pour répondre aux questions, aux petites urgences de contraception et pour orienter, sans qu'il y ait forcément une consultation médicale. On ne peut pas toujours tout régler sur place, mais, en revanche, on peut renseigner correctement, bien que les horaires des structures vers lesquelles on oriente le public ne soient pas toujours très adaptés.

Propos recueillis par

Jean-Pierre Gourdol et Alain Douiller



Les adolescents psychotiques ont aussi besoin d'une éducation affective et sexuelle

Pour des jeunes psychotiques ou atteints de troubles graves de la personnalité, l'adolescence est source de tensions supplémentaires. L'expérience d'éducation affective et sexuelle, réalisée dans un hôpital de jour¹, en lien avec le Comité d'éducation pour la santé en Eure-et-Loir (Cesel)², l'indique clairement.

L'hôpital de jour des adolescents est un lieu de soins psychiatriques dont la fonction est d'accueillir des jeunes pré-adolescents et adolescents âgés de 12 à 16 ans nécessitant un accompagnement thérapeutique important. Ces jeunes présentent des pathologies chroniques invalidantes qui font obstacle à leur insertion sociale. Il s'agit de psychoses, de troubles graves de la personnalité, de pathologies infantiles, auxquels viennent parfois s'ajouter de nouveaux troubles liés à l'adolescence. La grande majorité de ces jeunes ont été victimes d'abus sexuels, le plus souvent au sein de leur propre famille.

Trouver des réponses au trop-plein d'images et de pulsions

En hôpital de jour, les objectifs thérapeutiques sont multiples : accueillir, comprendre et apaiser les angoisses, aider à réinvestir la pensée, la relation et la communication, accompagner les jeunes dans l'adolescence et dans les découvertes qui en découlent.

Au cours de l'année 2001, nous avons été plus particulièrement confrontés aux pulsions de ces jeunes adolescents pour qui la transformation de leur corps était déstabilisante et faisait l'objet d'un questionnement permanent. Les adolescents parlaient souvent des films pornographiques qu'ils avaient pu voir : ils étaient, à la fois, attirés et effrayés par ces images et nous avions le sentiment qu'ils n'étaient pas

toujours en mesure de faire la différence entre l'imaginaire et la réalité. Les soignants leur ont donc rappelé qu'ils étaient mineurs et que l'accès à ces films leur était interdit. Quant aux garçons, ils étaient fréquemment en érection et avaient un besoin compulsif de se masturber. Submergés par le trop plein d'images et de pulsions, ces jeunes en sont venus aux attouchements sur des adultes. À partir du moment où notre corps a été « touché », nous nous sommes demandé comment mieux protéger ces jeunes de leurs débordements sexuels, mais aussi comment nous prémunir d'éventuelles agressions de ce type.

Au-delà du règlement...

Pour parvenir à réguler ces pulsions, le règlement intérieur de l'hôpital de jour établi par l'équipe et le médecin référent a souvent été rappelé aux adolescents. Les termes de ce règlement stipule qu'on ne peut pas se masturber devant les autres, avoir des relations sexuelles, frapper les autres ou retourner la violence contre soi, quitter le service sans la permission des adultes et apporter des objets dangereux. En revanche, il autorise à s'isoler dans un lieu discret (wc), incite à parler avec un adulte ou à frapper sur un objet conçu à cet effet, à sortir avec la permission des soignants et à apporter son doudou ou un livre.

Cependant, les réponses apportées, au travers du rappel du règlement intérieur se sont avérées insuffisantes et

trop normatives. D'autres réponses devaient être élaborées.

Pour y parvenir, nous nous sommes d'abord penchés sur les représentations que ces jeunes avaient de leur corps, du corps de l'autre et de leur sexualité, puis nous nous sommes orientés vers des outils tels que des livres ou des films permettant la découverte de la sexualité. Pour finalement constater que ces derniers étaient peu adaptés aux jeunes du service. En effet, ces adolescents, dont l'âge mental est estimé à 5-6 ans pour la majorité d'entre eux, n'ont ni les moyens intellectuels de comprendre des informations destinées aux adolescents, ni la possibilité d'accéder aux métaphores telles que celle employée dans la vidéo intitulée : « À toi qui changes »³ et qui évoque la masturbation *via* la manipulation d'un flipper. Par ailleurs, certains films ont des montages en « patchwork » dont la cohérence est difficilement accessible aux jeunes dont le fonctionnement psychique est déjà lui-même très morcelé.

Une intervenante extérieure, une identification des rôles

Compte tenu de la difficulté éprouvée par ces jeunes pour maîtriser leurs pulsions et trouver la juste distance relationnelle avec les membres de l'équipe, nous avons eu recours à une personne extérieure au service pour accompagner les adolescents dans leur réflexion concernant la vie affective et sexuelle.



Une intervenante du Comité d'éducation pour la santé d'Eure-et-Loir (Cesel) s'est ainsi engagée avec l'équipe pour construire un projet sur ce thème.

Dans un premier temps, la distribution des rôles entre l'intervenante, les éducatrices, les infirmières, la psychologue, le cadre infirmier et le médecin référent ont été clairement définis. Comme il s'agissait d'une première approche collective d'éducation à la vie affective et sexuelle au sein du service, nous avons centré le projet sur les transformations du corps et sur les représentations de l'amour et de la sexualité, et programmé uniquement quatre interventions. Les objectifs de l'action ont, eux aussi, été clarifiés : il s'agissait d'apporter des informations concernant le corps et ses modifications, impulser une réflexion autour des représentations et des attitudes concernant l'amour, et stimuler la capacité des jeunes à s'affirmer et à prendre soin de soi. Ceci afin que les jeunes intègrent les transformations physiques et psychiques liées à la puberté et qu'ils puissent vivre leur vie affective et sexuelle de façon plus harmonieuse.

Impliquer les jeunes et leur famille

Au préalable, les familles, les familles d'accueil et le centre départemental de l'enfance ont été informés de ce projet. Tous les adolescents ont été prévenus de cette action dans le cadre d'une réunion avec les jeunes et les adultes de l'unité. À cette occasion, les jeunes ont réagi de manière très « dynamique » en évoquant d'entrée de jeu, et de façon abrupte, la pornographie, les préservatifs, les relations sexuelles ou l'homosexualité. Certains jeunes se sont montrés extrêmement tendus : un adolescent s'est bouché les oreilles puis a quitté la salle, un autre a évoqué une scène de sodomie en manipulant un nounours...

Durant cet échange, nous avons pu mesurer combien évoquer la sexualité pouvait réveiller leur intérêt mais également un vécu traumatique et l'interdit d'en parler. À l'issue de cette réunion, nous avons jugé plus judicieux de réunir les adolescents en petits groupes de trois à sept jeunes, en séparant les filles et les garçons, afin de mieux contenir leur excitation et mieux répondre à leurs questions. Quelques jours après, les séances ont débuté. Pour le

groupe des filles comme pour celui des garçons, cinq séances hebdomadaires d'éducation sexuelle ont finalement eu lieu, entre les mois de mai et juin 2001. Dès le départ, quelques règles de groupe ont été énoncées par l'intervenante : chacun a le droit d'exprimer son opinion, de poser des questions, de ne pas parler, de partir quand le sujet est difficile à entendre, de revenir, et chacun a le devoir de confidentialité et doit respecter la parole de l'autre.

Favoriser les questions, donner la parole

Tout au long de l'action, des dessins⁴ et des objets réels, tels que des serviettes et tampons hygiéniques ou des préservatifs masculins ont été utilisés pour faciliter l'expression des jeunes. Deux « boîtes à questions » ont, par ailleurs, été mises à la disposition des jeunes. Ces boîtes matérialisant à la fois l'action sur la sexualité, l'absence de tabou en quelque sorte, et le lien avec l'intervenante chargée de répondre.

En général, les questions posées par les jeunes, pendant mais aussi entre les interventions, ont servi de base aux échanges. Elles reflétaient leurs différences de maturité affective et intellectuelle, leurs préoccupations et leurs représentations concernant la sexualité. Elles ont permis d'élaborer, puis d'aborder des sujets variés, tels que « du bébé à la personne âgée : où se situer ? », « la puberté » ou encore, « les relations sexuelles » et « dire non ».

Dès la première rencontre, une différence de contenu s'est dessinée et accentuée entre le groupe des garçons et celui des filles. Alors que les filles s'interrogeaient sur les organes génitaux masculins et féminins, les règles, la grossesse et l'accouchement, le préservatif et le sida, les garçons posaient des questions plus directes, plus techniques, demandant des réponses concrètes et pratiques. En général, les filles se sont montrées très intéressées par le fonctionnement de leur corps, mais avaient peur d'évoquer celui des garçons. Elles abordaient davantage l'examen gynécologique, la pilule, l'implant, le préservatif, etc. Dans les deux groupes, les jeunes font référence aux films pornographiques.

Excitations débordantes chez les garçons

Mais il est intéressant de revenir sur les réactions dans chacun des deux groupes. Chez les garçons, d'abord, les jeunes ont fait preuve d'une excitation débordante au cours des premières séances, utilisaient des mots très crus, avec des ricanements gênés. Certains sortaient de la salle pour aller dans les wc. Puis, au fil des interventions, la tension s'est apaisée pour faire place à la curiosité. L'exemple de G. est frappante : lors des premières séances, le moindre croquis, même anodin, provoquait des rires disproportionnés. Il employait un vocabulaire très particulier, parlant de « four à pain » pour désigner le sexe de la femme, entendu à la maison et dans les films pornogra-



phiques. La présence « cadrante » d'un adulte, associée à l'attitude ouverte et tolérante de l'intervenante, ont permis à G. d'être attentif. Le simple fait de poser des mots justes sur l'anatomie de la femme et de l'homme, de donner des explications simples et précises ont permis à G. de parler de la sexualité d'une façon moins triviale et autrement que comme d'un sujet tabou. Au cours des deux dernières séances, G. s'est mieux adapté, mais l'excitation physique était très forte : il a éprouvé lui-même le besoin de sortir fréquemment pour aller aux toilettes. Suite à ces séances, G. a pu avoir des relations plus distancées, plus saines et plus authentiques avec les adultes : il n'a plus porté atteinte au corps de l'autre.

Pour un autre garçon, en revanche, il semble que ces séances aient amplifié ses pulsions sexuelles : H., qui était en érection permanente, a cherché à avoir un acte sexuel avec une adolescente du groupe. Pourtant, les premières séances s'étaient très bien déroulées, il était même moteur du groupe. Ceci nous a beaucoup étonnés par rapport à son fonctionnement habituel, car la sexualité est pour lui un sujet extrêmement tabou. Mais son attitude a changé lors des deux dernières séances : il ne pouvait plus gérer la situation, se bouchait les oreilles, cherchait à faire monter l'excitation des autres, puis sortait de la salle et s'enfermait dans les toilettes. Il n'était plus accessible à la relation et dans l'incapacité d'assister à la fin de la dernière séance.

Pour les filles, la peur d'avoir à évoquer leur histoire

Du côté des filles, A. s'est, d'emblée, montrée intéressée par les séances, bien qu'elle ait exprimé, au début des rencontres, la peur que son histoire soit abordée. Elle verbalisait ses peurs, par rapport au sida notamment. Bien que curieuse de découvrir l'anatomie, elle ne posait pas de questions. Sa participation était infraverbal, des hochements de tête par exemple, mais A. était capable d'utiliser sa propre expérience pour la partager et rassurer une autre jeune. Elle avait de grosses difficultés de mémorisation et de compréhension, les mots n'ayant pas toujours le même sens pour elle que pour nous. À la vue d'un dessin représentant un homme nu, elle indiquait ne pas aimer le regarder et exprimait sa peur.

Une autre jeune fille, B., très effacée, inhibée même, est toujours restée dans la salle, bien qu'elle ne se soit jamais exprimée, en dépit de nos sollicitations. Cependant, elle restait à l'écoute, assise toujours auprès du même adulte. Comme elle était absente à la dernière séance, nous nous sommes posé la question de sa gêne et de son manque d'intérêt, difficile à cerner.

Quant à C., elle avait, elle aussi, demandé à plusieurs reprises si on allait parler d'elle et de son histoire. Au début, elle se mettait à l'écart, se bouchait les oreilles, puis elle s'est mise à poser beaucoup de questions qui n'étaient pas toujours en rapport avec le sujet de la séance. Quitte à parfois monopoliser et rapporter la discussion à son histoire : « *À quel âge peut-on avoir un bébé ?* », « *Pourquoi à mon âge on ne peut pas ?* ». Elle pouvait cependant entendre quand nous lui demandions de différer ses demandes. Alors qu'elle se situe, généralement, dans le registre de la séduction avec les hommes, C. a pu dire « non » à une proposition de relation sexuelle faite par un jeune du service et nous en faire la confidence. Est-ce suite à ce travail ?, C. a exprimé sa satisfaction vis-à-vis des séances : « *Au début, je ne croyais pas que c'était comme ça. Je croyais que, comme on n'était que des filles, on allait montrer notre corps, tout ça... je voulais vous remercier !* ».

Parler de sexualité pour lever des tabous

Au regard de ces témoignages, peut-on prétendre avoir pour autant atteint notre but, à savoir une meilleure intégration, par ces adolescents, des transformations physiques et psychiques liées à leur puberté ? La réponse est loin d'être tranchée. Certes, il est difficile d'évaluer précisément ce que ce type d'intervention a modifié chez les adolescents. Mais globalement, le bilan semble plutôt positif, pour la majorité de ces jeunes : parler de la sexualité a permis de lever, en partie, un tabou, d'autant plus fort que bon nombre d'adolescents abusés sexuellement ont eu pour injonction de se taire. De même, l'accueil fait aux questions et représentations formulées avec des mots plus ou moins crus, ainsi que la tolérance déployée vis-à-vis de l'angoisse et de la gêne exprimées par ces adolescents ont favorisé un échange authentique et

respectueux des idées de chacun. Enfin, les réponses données aux questions les plus urgentes ont eu un effet rassurant.

Du côté des soignants, cette première expérience a montré combien il était important de se donner les moyens d'accompagner ces jeunes, d'une façon plus adaptée, dans la maturation de leur vie affective et sexuelle. Mais ce qui apparaît encore plus clairement, c'est que ce travail ne peut se faire qu'au terme d'un cheminement de l'équipe, au sein de laquelle un certain niveau de confiance a été établi, et permet de lever les tabous. Le recours à une structure formée pour ce type d'action nous paraît primordial et garant de sécurité pour les soignants, comme pour les jeunes.

Poursuivre l'action sur « la relation vers l'autre »

L'intervenante du Cesel a jugé l'action d'autant plus fructueuse qu'elle avait été portée par le désir de l'équipe et que les moyens nécessaires pour la mettre en œuvre avaient été dégagés. Quant à la coopération des deux structures, elle aura été source d'enrichissements réciproques.

Conscients qu'il s'agit ici d'un travail de longue haleine, nous envisageons dès à présent de poursuivre notre action en l'élargissant vers une connaissance globale du corps, de la relation à l'autre et vers la reconnaissance des sentiments.

Corine Ottenheim

Coordinatrice, Comité d'éducation pour la santé d'Eure-et-Loir (Cesel), Chartres.

1. Service de psychiatrie infanto-juvénile, Chartres.
2. Betty Bay, Kheira Bennia, Patricia Chevereau, Annie Morin-Leal (assistantes socio-éducatives), Arielle Bosiger, Cathy Bringer, Marie-Thérèse Rivierre (infirmières), Maria Jumeau (cadre infirmier), Marie-Claire Denecheau-Biasse (psychologue), Corine Ottenheim (chargée de projets).
3. Programme d'information conçu par Tampax, Always et Alldays.
4. Ces dessins font partie de deux mallettes pédagogiques : • Delville J., Mercier M., Merlin C. « Des hommes et des femmes. Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales ». Presse universitaire de Namur, 2000. Cette mallette comporte un manuel d'animation, un dossier d'images et un vidéogramme ; • Informations sexuelles, contraception ». Migrations santé.

Pour une éducation sexuelle des personnes handicapées

Sexologue en région toulousaine, le docteur Bernadette Soulier intervient plus particulièrement auprès de personnes handicapées et du personnel des institutions qui les accueillent. Elle est l'auteur de deux ouvrages : « *Aimer au-delà du handicap – Vie affective et sexualité du paraplégique* » (Dunod, 2001) et « *Un amour comme tant d'autres* » paru aux éditions de l'APF (2001).

La Santé de l'homme : Comment exercez-vous votre métier de sexologue ?

Bernadette Soulier : Je travaille essentiellement avec des institutions spécialisées dans la prise en charge de personnes handicapées, qui font appel à moi pour former les directeurs, le personnel ou les résidents. Parfois, les formations s'adressent à toutes ces catégories de personnes et durent entre deux et trois jours. Je peux aussi recevoir les résidents en consultation individuelle afin qu'ils évoquent leurs problèmes et posent les questions qui les préoccupent. Je n'exerce donc pas en cabinet et ma pratique me conduit à travailler sur tout le territoire français.

SH : Vos interventions se réalisent-elles exclusivement dans ces institutions ?

Bernadette Soulier : Plusieurs cas peuvent se présenter. Il peut s'agir de la demande d'une personne de l'institution ayant envie de monter un projet ou du directeur de l'établissement. Mais je suis aussi sollicitée par l'Association des paraplégiques de France (APF), qui possède une sorte de réseau national et commence progressivement à former du personnel dans les différents centres. Je m'occupe également de jeunes qui habitent chez leurs parents. Dans ce cas, il s'agit essentiellement de s'adresser aux parents, souvent démunis et inquiets, afin de modifier leur regard. À ce titre, il faudrait constituer des groupes de paroles qui aideraient à faire tomber certains tabous et faire reconnaître que le jeune handicapé peut avoir une sexualité. Si les parents sont d'accord, je parle alors à leur enfant, soit individuellement, soit au sein de petites réunions d'associations qui font appel à moi pour des formations. J'interviens aussi auprès de jeunes han-

dicapés moteurs vivant chez leurs parents, mais le travail est différent. Dans la vie quotidienne, ces jeunes sont en contact avec d'autres jeunes valides, ce qui fait qu'ils sont davantage informés. Il m'est alors possible de faire un travail plus approfondi.

Dans les institutions, il est lourdement fait mention de la loi, de ce qui est prohibé ou pas, du fait qu'une mère qui masturbe son enfant handicapé transgresse la loi relative à l'inceste.

SH : Pourquoi cette orientation de votre travail vers le handicap ?

Bernadette Soulier : Les circonstances ont fait que c'est devenu ma spécialité. Il y a environ dix ans, j'ai eu un grave accident de la circulation. Je suis restée d'abord un mois dans le coma, puis six mois allongée sur le dos. Pour ensuite me retrouver sur un fauteuil roulant qui m'était théoriquement promis pour la vie. Mais j'ai récupéré. J'étais alors en 6^e année de médecine. J'ai décidé d'effectuer mes deux dernières années de stage d'interne de médecine dans un service de rééducation fonctionnelle. À l'époque, je faisais des visites médicales auprès de personnes handicapées, essentiellement paraplégiques, tout en me rééduquant avec eux. L'ambiance était spéciale : j'étais à la fois leur médecin et une « collègue » de rééducation. Une partie de ma thèse de doctorat a été consacrée à la relation entre le médecin et le malade. Mais j'en ai consacré les trois quarts à la sexualité des personnes paraplégiques au sein d'une institution et à ce qu'il était possible de faire pour répondre à leurs questions. Car il y a dix ans, il n'existait pratiquement rien sur le sujet. C'est ainsi que j'ai été amenée à écrire un livre, intitulé « *Aimer au-delà du handicap – Vie affective et sexualité du paraplégique* ».

Et c'est ainsi qu'est né un second livre. Et c'est devenu un best-seller ! L'Association des paraplégiques de France m'a demandé d'écrire un ouvrage similaire sur la sexualité des personnes handicapées motrices en général, myopathes, poliomyélites, IMC, traumatisés crâniens, etc. J'ai interrogé ces personnes, et c'est ainsi qu'est né un second livre.

SH : À quel public s'adresse votre dernier ouvrage ?

Bernadette Soulier : Il concerne autant les directeurs, les soignants, les professionnels que les personnes handicapées elles-mêmes. Il comporte beaucoup d'astuces et de conseils pratiques, de coordonnées d'associations qui peuvent aider. Comme je pourrais le faire avec un jeune, je ne tais aucune information et j'analyse certaines questions qui peuvent tourmenter le personnel soignant.

SH : Quels changements souhaiteriez-vous provoquer ?

Bernadette Soulier : Celui du regard des gens sur la vie affective des handicapés : toute personne handicapée peut vivre une vie normale de couple et aussi riche que n'importe quelle autre. Une fois les connaissances médicales acquises, le problème est plutôt de savoir gérer son couple d'un point de vue psychologique, d'apprendre à maîtriser les difficultés.

À travers ce livre, je souhaite aussi combattre les abus sexuels, en institution notamment, en faisant progresser les lois. Les personnes handicapées n'ont que peu de défense et ne peuvent ni s'échapper, ni porter plainte facilement. Il a été



établi que les abus sexuels chez les personnes handicapées étaient cinq fois plus fréquents que chez les valides. Mais le combat n'est pas uniquement législatif, il consiste aussi à faire prendre conscience aux personnes handicapées que leur corps leur appartient et qu'ils n'ont pas à se faire abuser.

Enfin, comme le corps médical ne sait pas répondre aux questions concernant la sexualité des handicapés, j'ai effectué tout un travail de recherche et tenté d'éclaircir, d'un point de vue médical et pratique, ce qu'il était possible de faire au sein du couple en fonction du handicap. J'ai voulu expliquer les méthodes thérapeutiques, parler du Viagra®, des méthodes suppléantes pour obtenir des sécrétions vaginales, des possibilités offertes au cours des relations sexuelles et des positions qui peuvent être pratiquées selon les différents handicaps.

SH : En quoi la sexualité des personnes handicapées est-elle différente de celle de l'ensemble de la population ?

Bernadette Soulier : L'amour, le sentiment d'amour, le désir, la relation sexuelle, les troubles de la sexualité tels que les difficultés d'érection ou d'atteinte de l'orgasme sont communs à l'ensemble de la population ; c'est un point fondamental. Au-delà, de réelles difficultés se posent. Chez les personnes atteintes de handicap congénital d'abord, pour qui l'absence ou la perte de l'estime de soi font des dégâts effroyables. Ne sachant comment se positionner au sein du couple, elles ont toujours peur d'être quittées, ce qui peut les pousser à accepter l'inadmissible tel que les abus sexuels. Puis, selon le handicap, ces personnes ont des difficultés spécifiques : un paraplégique souffre, par exemple, de troubles de la sensibilité. Certaines zones érogènes sont neutralisées et pour obtenir du plaisir, il devra les « détourner » sur d'autres parties du corps. Un hémiparalysé peut avoir des difficultés d'érection. Beaucoup de techniques médicales et de thérapies comportementales permettent de contrer ces difficultés. Les tétraparalysés ont beaucoup de mal à se mouvoir. De ce fait, il leur faut accepter que leur partenaire soit sexuellement plus actif. Certains hommes ont l'impression que cette « passivité » leur fait perdre leur virilité. Or, pour faire accepter ces changements et modifications dus aux différents handicaps, un travail psychologique est nécessaire autour du « donné » et du « recevoir », de l'actif et du réceptif, etc.

SH : En parlant de sexualité et de handicap, avez-vous le sentiment d'affronter deux tabous à la fois ?

Bernadette Soulier : Un peu, quoique, depuis une dizaine d'années, la sexualité devient plus

facile à affronter. Avant, je ne savais pas moi-même ce qu'il fallait dire. J'ai dû « prendre le taureau par les cornes » et demander aux handicapés de me parler, de me dire ce qu'ils pouvaient faire ou ne pas faire au sein de leur couple, de m'expliquer pourquoi ils avaient abandonné leur femme. Ces abandons surviennent parfois chez ceux qui deviennent handicapés moteurs. Et c'est dramatique, car bien souvent la personne valide préférerait rester avec son mari handicapé plutôt que de devoir refaire sa vie. Ce tabou de la sexualité chez les handicapés est certainement lié à une perte de l'estime de soi : la personne handicapée se sent laide, pense que personne ne peut avoir envie de la rencontrer et se met ainsi d'emblée en situation d'échec.

SH : D'après certaines statistiques, 80 % des hommes délaisseraient leur compagne lorsqu'elle est atteinte d'un handicap. Est-ce une réalité ?

Bernadette Soulier : En cas de paraplégie, il est vrai que les hommes quittent davantage leur femme, mais pas dans les proportions que vous citez. Il existe une association de personnes valides qui permet à ses membres de rencontrer des personnes handicapées et qui fait aussi se rencontrer des personnes handicapées en vue de former des couples. Il faut savoir qu'il y a beaucoup d'hommes ou de femmes valides qui accepteraient de rencontrer des personnes handicapées, ce qui permet à ces dernières de trouver facilement un partenaire. Lorsque, au sein d'un couple installé, le handicap arrive, c'est différent parce qu'il faut tout reconstruire.

SH : Avez-vous eu souvent à intervenir auprès de couples déjà installés ?

Bernadette Soulier : J'interviens plus fréquemment auprès des handicapés de naissance, cherchant quelqu'un ou déjà en couple mais ayant du mal à le gérer, ou encore en relation avec le personnel des institutions. Mais on ne rencontre pas plus de problèmes dans les couples de handicapés que chez les valides. Si le couple s'entendait bien avant l'arrivée du handicap, il va se reconstruire sans problème. En revanche, si un problème existait déjà dans le couple valide, la rupture est presque inéluctable.

SH : La difficulté d'aborder la question de la sexualité n'est-elle pas aussi due au manque d'informations sur ce sujet ?

Bernadette Soulier : Oui, car lorsque l'on a expliqué qu'il y a des possibilités d'amélioration quel que soit le handicap, on trouve toujours des solutions. J'insiste sur le fait que beaucoup de couples mixtes ou composés de deux handicapés se débrouillent très bien. S'il est plus atti-

rant pour deux handicapés d'être ensemble, parce qu'ils se retrouvent dans leurs handicaps, en revanche, la vie à deux entre un valide et un handicapé est plus facile pour des questions pratiques.

Cependant, lorsque des soignants savent que des couples peuvent se former dans leur centre, il font intervenir un ancien pour montrer comment il y est arrivé, comment cela se passe dans son couple. Ils sollicitent et conservent les courriers de ceux qui se sont mariés ou qui sont partis vivre en couple, pour pouvoir les montrer aux résidents. De savoir ainsi que les choses peuvent s'arranger permet à ces derniers d'avoir un autre regard sur leur propre handicap. Ce type d'intervention a une véritable utilité. Il faudrait ensuite une intervention plus poussée sur l'aspect psychologique et relationnel de la vie de couple.

SH : Pensez-vous qu'un travail éducatif puisse être réalisé en direction des personnes handicapées ?

Bernadette Soulier : Les personnes affectées d'un handicap comme la paraplégie ou d'une affection dégénérative comme la sclérose en plaques, qui peut handicaper dès l'âge de 40 ans, ont en principe reçu la même information que nous tous. En revanche, ce n'est pas le cas des personnes handicapées de naissance et qui ont toujours été au sein d'une institution. Or, il faut savoir que l'éducation sexuelle n'est pas obligatoire au sein de l'institution. Lorsque, sur leur demande, je vois individuellement des jeunes et que je les interroge, ils n'emploient pas les mêmes termes, ce qui est dramatique et empêche toute communication au sein de leur couple. En ce qui concerne la contraception, ils ne consultent bien souvent pas de gynécologue.

Une éducation sexuelle toute simple, comme celle pratiquée en structure scolaire, dans les classes de 3^e et de 4^e, serait donc intéressante. Elle nécessiterait d'abord l'accord préalable du directeur, puis un travail en lien avec le personnel soignant afin que l'action mise en place soit durable. Si une intervention ponctuelle, d'une journée par exemple, est préférable à l'inaction, elle invite aux questions diverses qui risquent alors de rester en suspens. Il faudrait intervenir auprès des jeunes, de façon très simple : parler d'anatomie, lever les tabous, aborder la prévention du sida... Et faire en sorte que ces interventions leur donnent envie d'interroger leur entourage. Enfin, il serait souhaitable de voir les jeunes individuellement afin que chacun puisse poser ses propres questions.

Propos recueillis par
Alain Douiller

L'invention homosexuelle

L'association Contact milite pour l'acceptation de l'homosexualité dans notre société. Des mères d'homosexuels et des militants évoquent leur engagement associatif, leurs difficultés face à l'homophobie, ainsi que quelques clichés habituellement véhiculés.

« C'est le refus de la société qui est insupportable et non la sexualité différente ». Pour Rose, rencontrée en septembre dernier, l'association Contact a constitué un lieu où « déposer » ses craintes vis-à-vis de l'homosexualité de son fils, et surtout des réactions sociales de rejet qu'elle est susceptible d'entraîner. « Certains de nos enfants ou de nos proches, qu'ils soient garçons ou filles, vivent l'amour autrement. (...) Or, ils ne savent pas à qui en parler, n'osent pas se confier à leur entourage par peur de sa réaction, et se croient seuls au monde dans cette situation » expliquent des militants de Contact. « Nous devons donc les aider à nous en parler et à vivre, sans les juger ».

Comprendre et accepter l'homosexualité constituent le principe fondateur de cette association qui s'emploie à créer un lien entre les jeunes homosexuels et leur famille, afin de les aider à communiquer avec leurs parents ou leurs proches, et ainsi les aider à mieux vivre leur homosexualité. Contact lutte activement, par ailleurs, contre les discriminations qui peuvent s'exercer sur les lesbiennes et les gays. En pratique, l'association propose une écoute, via des permanences téléphoniques, ainsi que des rencontres et des publications.

Rose et Charlotte, mères d'homosexuels, ainsi que Christophe et Michel, jeunes gays, tous adhérents de Contact, ont apporté leur témoignage lors d'un entretien.

Une confrontation

Christophe, par exemple, explique combien la révélation de l'homosexualité – à soi-même ou à un parent proche – est un moment de solitude, vécu

selon ses représentations et sa sensibilité, et constitue une période de confrontation avec les siens et plus généralement, avec la société : « J'ai été élevé en milieu rural et, à la campagne, la découverte de l'homosexualité, c'est avant tout la découverte d'une différence. Cette impression peut plus tard s'atténuer. C'est un temps de solitude. J'avais l'impression qu'une sexualité différente me déterminait à avoir une vie différente et, en effet, je sais que je ne vais pas avoir d'enfant ou en tout cas pas de la même façon que la plupart des gens. Lors de cette découverte, on se dit : qu'est-ce que je vais devenir ? Qu'est-ce que je suis ? J'ai fait alors un choix, celui de dire mon homosexualité et de la vivre. Mais il faut du courage pour être soi-même. J'aurais pu me marier, mais je pense qu'il faut choisir d'être soi-même ».

Michel témoigne lui aussi de cette difficulté à être différent des autres, tant l'homosexualité est perçue négativement : « Je viens de la banlieue nord, mais j'ai l'impression que le processus s'est déroulé de la même façon avec une vision négative de l'homosexualité. Je me suis toujours senti différent par rapport aux autres – filles comme garçons – et par rapport à ma famille. En classe de cinquième, quand je suis tombé amoureux, j'ai pu mettre un mot sur ce que je ressentais, ça s'est amélioré. Quand je me suis mis à user de ma force, à cogner, selon le schéma banal de virilité, c'est allé mieux, on m'a plus respecté. Aujourd'hui, on parle plus, l'homosexualité a acquis une visibilité plus grande ». Le recours à la force est une façon, pour lui, d'exprimer « sa » virilité. Et de dire aussi que l'homosexualité est d'abord l'affirmation de son identité masculine.



Une souffrance d'abord sociale

Face à la révélation d'une « différence sexuelle » de leur enfant, les parents entrent véritablement en conflit avec eux-mêmes et avec leurs représentations : « *J'ai eu un choc terrible en apprenant l'homosexualité de mon fils, mais j'ai découvert qu'il n'avait pas le choix ou alors le choix de le vivre. Il a mis sept ans avant de me le dire* », indique Charlotte. De son côté, Rose appréhendait les réactions de l'entourage, et plus largement de la société : « *On choisit de vivre ou de ne pas vivre son homosexualité. Pour ma part, j'ai souffert a posteriori de ce que je pensais que mon fils avait souffert. En réalité, ce n'est pas lui qui a souffert, peut-être parce qu'il n'y avait pas trop d'interdit dans la famille. Ce qui m'inquiétait, c'était la façon dont il allait le vivre par rapport aux autres. Ce n'est jamais anodin. La souffrance, me semble-t-il, est d'abord sociale. Pour certains pères, par exemple, c'est inacceptable aux yeux des autres d'avoir un fils homosexuel.* »

L'association Contact s'avère donc être un lieu privilégié : la parole peut s'exprimer dans un lieu communautaire. En cela, l'engagement associatif est à la fois une forme de « socialisation » de l'homosexualité et une dynamique personnelle d'aide et d'écoute qui permet

de franchir des barrières d'apparence insurmontable. Christophe, entré dans l'association en 1997, a ainsi pu parler de son homosexualité à ses parents, une année plus tard. « *Aujourd'hui, je pense pouvoir aider les autres. Et, il me semble que c'est un travail à faire avant tout dans le cadre de la famille : d'ailleurs on voit bien que le dialogue commence à s'amorcer* » précise-t-il.

De son côté, Michel a une expérience associative plus longue : « *Je fréquente le milieu associatif homosexuel depuis dix ans. Cela fait longtemps que mes parents sont au courant de mon homosexualité ; je suis venu à l'association parce qu'après les années de militantisme dans des associations comme Act Up, j'ai eu envie de faire un travail plus individuel, plus lié aux rapports humains, aux rencontres personnelles* ». Ici, il pose bien la part de soi et de son rapport à l'autre qui caractérise l'engagement associatif. En effet, cet engagement reste d'abord un travail individuel.

Pour les proches, l'association permet surtout de partager une « communauté » de situations et de conditions telles que la révélation de l'homosexualité d'un fils ou d'une fille, et la difficulté d'y faire face. « *Quand mon fils m'a appris son homosexualité, j'ai eu*

un véritable choc, je n'arrivais pas à comprendre. Auparavant, je ne connaissais pas l'homosexualité. Je suis venue à l'association par mon fils et pour lui. Je pensais d'ailleurs que les choses dans l'avenir allaient peut-être changer. Au sein de l'association, j'ai eu des conversations très ouvertes, et je trouve que l'on apprend beaucoup les uns des autres », témoigne Charlotte.

Quant à Rose, elle évoque le hasard qui a été à l'origine de son engagement dans Contact. « *Je peux dire que chez moi, la découverte de l'homosexualité de mon fils ne s'est pas trop mal passée ; encore qu'on puisse dire que j'ai quand même eu un choc, car je ne m'y attendais pas du tout. Mais nous avons toujours essayé de donner une éducation tolérante, ouverte ; j'avais de jeunes amis homosexuels appartenant à un milieu de « gauche ouverte » et qui se sont fait virer de chez eux, cela m'avait scandalisée* ».

Propos recueillis par
Goucem Redjimi et Chantal de Linares

Association Contact - 84, rue Saint Martin,
75004 Paris
Tél. : 01 44 54 04 70 - Fax : 01 44 54 04 80
Mail : contact.famille.homo@wanadoo.fr

Pour en savoir plus

Ouvrages

- Adda J., Dreyfus H., Wolff C., et al. *Éducation sexuelle et adolescence : de la réflexion à l'attitude pédagogique*. Grenoble : CRDP, coll. Vie scolaire, 1998 : 143 p.
- Benghozi P. (sous la dir.). *L'adolescence, identité chrysalide*. Paris : L'Harmattan, coll. Sexualité humaine, 1999 : 256 p.
- Benghozi P. (sous la dir.). *Adolescence et sexualité : liens et maillage-réseau*. Paris : L'Harmattan, coll. Sexualité humaine, 1999 : 262 p.
- Berge A. *Éducation sexuelle chez l'enfant*. Paris : Puf, 1992.
- Beslot J., Dal Moro M., Guinard M., et al. *Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels. Tome 1 : L'adolescence*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 1998 : 162 p.
- Brenot P. *L'éducation sexuelle*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 1996 : 126 p.
- Comité départemental d'éducation sanitaire et social d'Ille-et-Vilaine. *Éducation sexuelle et prévention du sida. Guide analytique de quelques outils pédagogiques*. Rennes : Codess, 1998 : 46 p.
- Desaulniers M.-P. *Faire l'éducation sexuelle à l'école*. Montréal : Éditions Nouvelles, 1995 : 174 p.
- Desaulniers M.-P. *L'éducation sexuelle : définition*. Ottawa : Éditions Agence d'ARC inc, 1990 : 232 p.
- Desaulniers M.-P. *Pédagogie de l'éducation sexuelle*. Ottawa : Éditions Agence d'ARC inc, 1990 : 192 p.
- Ferron C., Laurent-Beq A. *Parler du sida avec les adolescents : une histoire d'amour*. Vanves : CFES, coll. La santé en action, 1992 : 150 p.
- Glowczewski B. *Adolescence et sexualité : l'entre-deux*. Paris : Puf, coll. Les champs de la santé, 1995 : 212 p.
- Larrose B., Thery I., Julien P., et al. *Éduquer à la sexualité ?* Bordeaux : Craes, 1998 : 102 p.

- Mayer C., Knibielher Y., Le Bras H., et al. *Planification familiale et promotion de la santé*. Paris : Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile, 1997 : 144 p.
- Meerbeeck P., Nobels C. *Quand on n'a que l'amour : l'éducation sexuelle et affective des jeunes au temps du sida*. Bruxelles : De Boeck Université, coll. Oxalis, 1992 : 284 p.
- Neulat N., Narboni F. (sous la dir.). *Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie*. Paris : ministère de l'Éducation nationale, 2000 : 72 p.
- Organisation mondiale de la Santé. *Comportement sexuel, procréation et santé des adolescents : de la recherche à l'action. La méthode de la recherche narrative*. Genève : OMS, 1993 : 38 p.
- Picod C. *Sexualité : leur en parler c'est prévenir*. Ramonville Saint-Agne : Erès, coll. Pratiques du champ social, 1998 : 144 p.
- Ruffiot A. *L'éducation sexuelle au temps du sida*. Toulouse : Privat, coll. Pratiques sociales, 1992 : 190 p.
- Stagnara D. *Aimer à l'adolescence : ce que pensent et vivent les 13-18 ans*. Paris : Dunod, coll. Enfances, 1998 : 156 p.
- Stagnara D., Stagnara P. *L'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions Privat, 1992 : 206 p.
- Tinant N., Ihdten L., Claeys Bouuaert T. *Information sexuelle : guide d'animation santé. Propositions pour animer des groupes d'adultes peu scolarisés et/ou maîtrisant peu le français*. Bruxelles : Éditions Vie Ouvrière, 1995 : 310 p.
- Tremblay R., Aragon A., Paunero G., et al. *Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels. Tome 2 : La personne handicapée mentale*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2001 : 152 p.
- Tremblay R. *Paroles d'amour et de plaisir. L'adolescence, le passage d'un détroit. Un témoignage d'éducation sexuelle pour les adultes, une parole pour les adolescents*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 1999 : 117 p.
- Tremblay R. *L'éducation sexuelle en institution*. Toulouse : Éditions Privat, coll. Pratiques sociales, 1992 : 222 p.

Revues

- Amour et sexualité à l'adolescence. *Dialogue*, 1999 ; n° 146 : 108 p.
- Du corps à l'identité sexuée. *Agora*, 1999 ; n° 18 : 92 p.
- Éducation sentimentale et sexuelle. *Informations sociales*, n° 55, 1996 : 124 p.
- Handicap et sexualité : entre interdit et accompagnement. *Les cahiers de l'Actif*, 1998 ; n° 268/269 : 148 p.
- *Sexualité et institution*. Handicap, revue de sciences humaines et sociales, 1999 ; n° 83 : 126 p.

Vidéos

- Briet C. *Parlez-moi d'amour*. Bobigny : La cathode, 1999, 35 min.
- Briet C. *A la folie et pas du tout*. Bobigny : La cathode, 1997, 26 min.
- Duquet F., Petrin M. *L'éducation à la sexualité : au-delà du malaise et des appréhensions*. Draguignan : Anthea, 1998, 45 min.
- McInerney N., Greacen T., Diederich N. *Choix amoureux*. Vidéo éducative à destination des personnes ayant des difficultés intellectuelles. Ramonville Saint-Agne : Erès, 1999, 30 min.
- Morton U., Slobodian J., Bliss J. et al. *La sexualité pas à pas*. Vidéo éducative à destination des personnes ayant des difficultés intellectuelles. Ramonville Saint-Agne : Erès, 1999, 30 min.
- *Quand je t'aime...* Puteaux-La Défense : Laboratoires Wyeth Lederlé, 1995, 58 min.

Mallette pédagogique

- Ministère de l'Éducation nationale. *Bonheur d'aimer : éducation à la sexualité et à la vie*. Support pédagogique pour les adolescents. Puteaux-La Défense : Laboratoires Wyeth Lederlé, 2000.



CD-Rom

Sida info doc suisse, Office fédéral de la santé publique. *SexKomplex : le soap déliant sur l'amour, le désir et le safer sex*. Bâle : Bidule, 1998.

Sites Internet

Ciao.ch

Site suisse destiné aux adolescents regroupant des thématiques santé et vie quotidienne, ciao.com offre un service questions/réponses et développe une rubrique sexualité.

Langue : français
Public : adolescents
<http://www.ciao.ch>

Filsantejeunes.com

Site dédié aux adolescents, filsantejeunes.com aborde nombre de thématiques en lien avec l'amour, la sexualité, la contraception et développe un service questions/réponses.

Langue : français
Public : adolescents
<http://www.filsantejeunes.com>

Tasante.com

Site dédié aux adolescents, tasante.com propose de nombreuses rubriques santé (sexe et sentiments, les drogues...) et développe un service questions/réponses.

Langue : français
Public : adolescents
<http://www.tasante.com>

Pilado.com

Dédié aux adolescents, pilado.com a pour vocation de délivrer une information validée dans le domaine de la contraception.

Langue : français
Public : adolescents
<http://www.pilado.com>

Gyneweb

Ce site web traite de thèmes se rapportant à la gynécologie, l'obstétrique et la sexualité féminine.

Langue : français
Public : professionnels, grand public
<http://www.gyneweb.fr>

Masexualite.ca

Masexualite.ca est un site canadien qui offre plusieurs entrées par publics (adolescents, adultes, enseignants/parents et professionnels de santé).

Langue : français, anglais
Public : adolescents, professionnels, grand public, enseignants/parents
<http://masexualite.ca>

Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle

Site canadien développé par Santé Canada, il pose le cadre de référence et les principes pour l'éducation en matière de santé sexuelle.

Langue : français, anglais
Public : professionnels
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/she-guide/index_f.html

Service de documentation du Craes-Crips, Lyon.

adsp

actualité et dossier en santé publique
numéro 36 septembre 2001

Revue trimestrielle
du Haut comité de la santé publique.
adsp. HCSP, 8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 sp.
Tél. 01 40 56 79 56
<http://hcsp.ensp.fr>

Éditorial

- Droits des malades, information et responsabilité, Pierre Guillet

HCSP DIRECT

- Un audit sur les rapports thématiques 1992-1998 du HCSP

Actualité

- Santé et violence conjugale : quels enjeux pour les professionnels de santé ?, Jacques Lebas
- Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique, Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre

International

- Le système de santé américain, Sandrine Chambaretaud, Diane Lequet-Slama
- Europe et santé (suite), André Ernst

Addictologie

- Le tabagisme passif, Bertrand Dautzenberg, Pierre Delormas, Anne Borgne, Loïc Josseran

Repères

- Brèves européennes
- Organisme : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

- Formation : DESS stratégies et développement de formations en santé
- Recherche : Épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques, handicaps, Inserm U 558
- Lectures
- Lois & réglementation
- Calendrier

DROITS DES MALADES, INFORMATION ET RESPONSABILITÉ

Dossier coordonné par Étienne Caniard

Droits des malades

- Droits des malades, Étienne Caniard
- Développer l'éthique clinique en France ? L'exemple du Mac Lean Center de Chicago, Véronique Fournier
- Usager, citoyen ou consommateur ?, Philippe Bataille
- Les droits de l'enfant en matière de santé, Caroline Rey, Marc Dupont
- Évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale et de droit des malades, Guy Nicolas
- Le rôle des associations dans le respect et l'observation des droits individuels et collectifs, Yann Le Cam
- Rapports entre patients, soignants et institutions : les enjeux d'une évolution, Dominique Thouvenin

Information des usagers

- Pourquoi, quel intérêt?, Véronique Ghadi
- Le droit à l'information des patients chez nos partenaires européens, Diane Lequet-Slama
- Légitimité et intérêt des palmarès et de l'accréditation pour informer les usagers, Michka Naiditch

Responsabilité

- Consentement aux soins et décision partagée, Dominique Broclain
- Responsabilité et droit au risque dans les pratiques gériatriques, Jean-Jacques Amyot, Alain Villez
- L'éducation du patient atteint de maladie chronique l'exemple du diabète, Pierre-Yves Traynard, Rémi Gagnayre

Tribunes

- Droits des malades et amélioration des soins, Bernard Glorion
- Conciliation à l'hôpital : où en est-on ?, René Caquet
- Quelle information pour permettre un exercice effectif des droits des malades?, Michel Delcey

Bibliographie

« Ouvrons le dialogue » : la nouvelle version est disponible

Sur la base de l'évaluation des premiers outils « Ouvrons le dialogue », une seconde version a été conçue. Elle est plus facile à exploiter pour le médecin généraliste et propose des documents mieux adaptés aux patients.

Les outils pédagogiques de la collection « Ouvrons le dialogue » ont pour objectifs de faciliter le dialogue médecin-patient et de favoriser la mise en œuvre d'une démarche d'éducation pour la santé en médecine générale. Comme la première, la seconde version des outils comprend un guide destiné au médecin et des documents pour le patient. L'évolution de l'ensemble de ces documents, tant au niveau du contenu qu'au niveau de la forme, traduit la prise en compte des résultats de l'évaluation (1) mais aussi d'une réflexion collective à poursuivre quant à la démarche éducative qui peut être proposée dans de tels outils.

Des guides plus simples, plus pratiques

L'évaluation de la première version des outils a fait apparaître qu'un tiers des médecins ayant lu le guide d'utilisation l'avaient trouvé difficile à exploiter, ce qui n'avait pas incité à l'utilisation du document. Derrière les critiques de forme, c'est aussi la difficulté pour les médecins à être à l'aise avec une démarche pédagogique parfois éloignée de leur pratique habituelle qui transparaît.

Il nous a donc paru nécessaire, non seulement de simplifier les guides d'utilisation dans leur forme pour en faciliter la lecture, mais surtout de proposer et d'explicitier clairement une démarche d'éducation pour la santé commune aux trois outils, en trois étapes :

- d'abord, on ouvre le dialogue sur le thème de l'outil ;
- ensuite, si le patient le souhaite, on l'aide à faire un bilan de sa situation ;
- enfin, si le patient désire changer ses habitudes, on l'accompagne dans ce changement.

Dans la nouvelle version des outils, le premier chapitre du guide présente brièvement cette démarche ainsi que les documents destinés aux patients. Chaque étape de la démarche fait ensuite l'objet d'un chapitre détaillant les différentes questions autour desquelles le dialogue avec le patient peut se construire et décrivant le contenu et les modalités d'utilisation possibles des documents destinés au patient.

Conseils de prudence

Par ailleurs, nous avons regroupé dans un unique chapitre l'ensemble des informations sur le thème de l'outil qui nous paraissaient indispensables pour mener une démarche d'éducation pour la santé. Dans ce chapitre est également abordée la question du changement de comportement : si nous nous appuyons sur le modèle de Prochaska (2) pour montrer que le changement de comportement est un processus lent et difficile, nous faisons également référence à la Charte du réseau des comités d'éducation pour la santé pour interpeller le médecin sur le fait qu'il « convient d'être prudent lorsqu'on invite un patient à réfléchir à

d'autres choix de vie, « meilleurs pour la santé du point de vue du technicien » et de respecter son désir ». Il s'agit également de rappeler au médecin que « lorsqu'une personne décide d'essayer de changer de comportement ou de modifier son environnement, ce n'est pas un changement marginal mais une forme de bouleversement : cela signifie qu'il doit faire le deuil de ses anciennes habitudes et rechercher un nouvel équilibre ».

Enfin, le guide comprend plusieurs encadrés dont l'objectif essentiel est d'inciter le médecin à une réflexion autour de l'éducation pour la santé et de sa pratique dans ce champ. Ces encadrés portent notamment sur :

- la différence entre information, conseil et éducation ;
- les comportements et les représentations des médecins vis-à-vis du thème de l'outil : il s'agit d'inviter le lecteur du guide à s'interroger sur ses propres comportements et représentations ;



le médecin : l'affichette correspond donc à la première étape de la démarche d'éducation. Pour les trois outils, un même visuel mettant en scène le dialogue entre le médecin et son patient a été choisi.

• **Un livret pour faire le point et un livret pour construire un projet**

Dans la première version des outils, les fiches étaient réparties en quatre rubriques : information, bilan, projet et conseils, correspondant à différents temps de la démarche éducative. Certaines fiches avaient été conçues pour être déposées en salle d'attente, les autres pouvaient être utilisées comme support de dialogue pendant la consultation ou remises au patient pour qu'il en prenne connaissance avant son rendez-vous suivant.

- la question de l'apport d'information dans le cadre de la démarche d'éducation pour la santé ;
- des éléments d'information et de réflexion sur l'accompagnement de publics spécifiques comme les femmes enceintes, les jeunes et les personnes en situation de précarité, autour du thème de l'outil.

Des documents mieux adaptés aux patients

La première version des outils comprenait une affiche à déposer en salle d'attente et des fiches. Dans les nouveaux outils, l'affiche demeure mais son objectif et son format évoluent. Quant aux fiches, elles ont été retravaillées dans leur contenu comme dans leur forme et regroupées en deux livrets de petit format.

• **Une affiche plus petite pour signifier aux patients que leur médecin est prêt à parler du thème de l'outil**

L'évaluation a fait apparaître qu'à peine plus de 40 % des médecins avaient posé l'affiche dans leur salle d'attente, ce support ne leur paraissant pas adapté. Nous avons cependant fait le choix de conserver l'affiche en réduisant son format (nouveau format : A4), ce qui rend son utilisation plus souple : elle peut être affichée au mur de la salle d'attente ou de la salle de consultation, ou encore déposée sur la table de la salle d'attente dans une chemise plastique.

En terme de contenu, l'affichette est surtout là pour dire aux patients que leur médecin s'intéresse au thème de l'outil et qu'il est prêt à écouter leurs préoccupations à ce sujet. Il s'agit d'inviter le patient à ouvrir le dialogue avec

- si le patient se sent prêt à changer ses habitudes, on lui remet le livret « *Pour réduire sa consommation d'alcool* », « *Pour arrêter de fumer* » ou « *Pour mieux protéger son dos* », conçu pour l'aider à renforcer sa motivation, à se préparer et à passer à l'action.

Les livrets peuvent être utilisés pendant la consultation ou emmenés par le patient à son domicile. Chacun est conçu comme un ensemble cohérent qui peut « vivre sa vie » sans l'intervention du médecin, au cas où celui-ci n'en reparlerait plus après l'avoir remis au patient. Dans le même temps, chaque livret invite le patient à poursuivre le dialogue avec le médecin, à formuler les questions qu'il se pose et à évoquer ses préoccupations pendant la consultation.

Les livrets comprennent des « tests » mais aussi des informations et des « trucs » adaptés à chaque étape. Ils reprennent globalement le contenu des fiches de la première version des outils même si l'ensemble a été retravaillé, notamment dans les directions suivantes :

- certains tests ont été simplifiés, d'autres ont été remplacés par ceux des guides grand public ;
- certains tests ont évolué : en particulier, le test permettant d'évaluer le niveau de motivation des patients a été remplacé par un test évaluant l'importance pour le patient de changer ses habitudes (3) (avec, par exemple pour le tabac, la formulation suivante : « *Actuellement, le fait d'arrêter de fumer est-il important pour vous ?* ») ;
- les interprétations des tests sont toujours données dans les livrets et le patient est invité à en parler avec le médecin ;
- les informations et les « trucs » ont été enrichis, notamment à partir des guides grand public, et dans le même temps, leur formulation a été simplifiée.

L'évaluation a montré que peu de médecins se sentaient parfaitement à l'aise avec ce système de fiches. Elle a également mis en évidence que les médecins utilisaient davantage les fiches d'information et de conseils que les fiches permettant de faire un bilan ou de construire un projet, « restant dans un schéma classique où, à l'aide des fiches, [le médecin] « donne » des explications au patient qui les « reçoit » » (1).

Une aide pour faire le point et bâtir un projet

Face à ce constat, nous avons pris le parti de réunir les fiches en deux livrets, un livret « *Pour faire le point* » et un livret « *Pour bâtir un projet* » :

- si le patient souhaite faire le point sur sa consommation d'alcool, de tabac ou son dos, on lui remet le livret « *Pour faire le point* » conçu pour l'aider à réfléchir à sa situation : habitudes de vie, risques éventuels pour sa santé, motivations au changement, etc. ;



Impliquer davantage les patients

Le travail d'adaptation des outils médecins a été et continue d'être l'occasion de nombreux questionnements. La nouvelle version des outils répond partiellement à quelques-uns de ceux-ci mais beaucoup demeurent. Il s'agit notamment de la place accordée aux patients eux-mêmes dans la conception de ces outils d'éducation pour la santé. Il conviendrait certainement de les inclure davantage dans le processus d'élaboration de ces outils dits « médecin ». En particulier, les documents qui leur sont spécifiquement destinés n'ont pas été testés auprès de patients. L'évaluation de cette deuxième version devrait s'attacher non seulement au point de vue des médecins mais aussi à celui des patients. Il s'agit d'aboutir, dans les années à venir, à une troisième version qui prenne davantage en compte les attentes des patients vis-à-vis de documents utilisés dans le cadre de la consultation de médecine générale.

Florence Chauvin

Chargée de mission, CFES.

1. Le travail d'adaptation des trois premiers outils de la collection Ouvrons le dialogue a débuté au Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France au dernier trimestre 2000. Il a ensuite été poursuivi au CFES et est actuellement en cours de finalisation avec le concours de l'Association d'éducation sanitaire et sociale de l'Isère pour ce qui concerne l'outil Mal de dos. Les documents rédigés ont, à trois étapes différentes, été pré-testés auprès de groupes de médecins généralistes. La nouvelle version des outils Tabac et Alcool est parue fin 2001 (cf. encadré) et le nouvel outil Mal de dos devrait paraître en 2002.

► Références bibliographiques

- (1) L'évaluation a été présentée dans l'article de Cécile Lothon-Demerliac intitulé *Ouvrons le dialogue : la pratique et les opinions des médecins généralistes*. Vanves : CFES, *La Santé de l'homme* n° 352, mars-avril 2001 : 8-9.
- (2) Prochaska J.O., Velicer W.F. *The trans-theoretical model of health behaviour change*. *Am. J. Health Promotion* 1997 ; 12, n° 1 : 38-48.
- (3) Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health Behaviour Change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone, 1999 : 225.

Les nouveaux outils Tabac et Alcool de la collection « Ouvrons le dialogue »

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) mettent gratuitement à la disposition des médecins généralistes les deux outils Tabac et Alcool. Pour les commander, il suffit d'écrire au : CFES - 2, rue Auguste Comte, BP 51 - 92174 Vanves cedex, ou par fax au 01 41 33 33 91, en indiquant la référence de l'outil.

Référence de l'outil Alcool :

Si vous souhaitez recevoir un exemplaire de l'outil (un livret « Pour faire le point », un livret « Pour réduire la consommation » (patients), un guide pratique (professionnels) et une affiche) : **réf. : 09-01599-D**

Si vous souhaitez recevoir un exemplaire de l'outil accompagné de 30 livrets « Pour faire le point » et de 30 livrets « Pour réduire sa consommation » : **réf. : 65-01153-PT**

Référence de l'outil Tabac :

Si vous souhaitez recevoir un exemplaire de l'outil (un livret « Pour faire le point », un livret « Pour arrêter de fumer » (patients), un guide pratique (professionnels) et une affiche) : **réf. : 01-01598-D**

Si vous souhaitez recevoir un exemplaire de l'outil accompagné de 30 livrets « Pour faire le point » et de 30 livrets « Pour arrêter de fumer » : **réf. : 65-01152-PT**

Vous pourrez aussi commander directement les livrets ou bien les télécharger à partir des sites internet de l'Assurance maladie : www.cnamts.fr et du CFES : www.cfes.sante.fr





la « Clis », outil de concertation

La Commission locale d'information et de surveillance (Clis) existe depuis 1975 selon les textes et est reconnue par le législateur comme une instance de dialogue sur les problèmes d'environnement de proximité ; elle reste à développer.

Villejust, dans l'Essonne, n'est pas qu'un point géographique situé au hasard d'une promenade en région parisienne. C'est aussi une localité qui accueille sur son territoire une usine d'incinération d'ordures ménagères. Certes, Villejust connaît d'autres attraits, mais industrie oblige, elle se doit d'être à la hauteur d'une exigence inventée par le législateur, celle de la concertation et de la transparence. Pour cela, elle dispose de la Clis ou Commission locale d'information et de surveillance. Elle fonctionne au gré de la volonté des acteurs, c'est-à-dire qu'elle se réunit en fonction de demandes exprimées rarement par l'exploitant, parfois par le Préfet, en charge administrative de la Commission, souvent par des associatifs ou des personnes qualifiées. Villejust a fait parler de son usine il y a plus de deux ans maintenant. Un portique aurait « oublié » de signaler la présence de déchets radio-actifs dans des ordures plus classiques, un incident qui suffit à alarmer la population riveraine et les autorités. Le Préfet ravive alors la Commission de surveillance. Elle se réunira, dès lors, une fois par an.

Une structure de plus...

« La Clis pourrait être un bon outil, estime Marie-Pierre Digard, conseillère régionale (Verts), élue de l'Essonne, car c'est l'instance par définition où l'on doit parler de tout et obtenir les informations. Seulement, on est plutôt dans une opération de style bonne conscience où, par faute de moyens, d'impulsions politiques ou administratives, la tendance est au ronronnement ». Marie-Pierre Digard sait de quoi elle parle. Outre la Clis de Villejust où elle représente l'institution régionale,

elle siège également au Comité de surveillance de Saclay en tant que personnalité qualifiée.

Saclay, c'est le Commissariat à l'Énergie atomique. La Clis est composée de divers groupes de travail : la communication, l'hydrologie, les déchets, etc. Le sujet y est sensible et intéresse au plus haut point les représentants des pouvoirs publics qui y siègent : direction régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (Drire), direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass), l'Équipement, Préfecture, etc. Et pourtant, cela coïncide, car selon Marie-Pierre Digard, « tout dépend de l'exploitant, de la confidentialité plus ou moins exercée sur les données, et de l'envie de la Préfecture de pousser les choses, pour ordonner des études ou des expertises à des professionnels indépendants ». La Clis ne serait-elle qu'une structure de plus, sans réel pouvoir, sans directive précise, un coin enfoncé un jour par le législateur pour respecter dans les actes, le principe de précaution ?

Concertation et dialogue

Prévue à l'article 3-1 de la loi du 15 juillet 1975, modifiée par la loi du 13 juillet 1992 (loi dite déchets), la Commission locale d'information et de surveillance est, selon le législateur, « une instance de concertation ayant pour but d'informer le public sur les effets des activités d'installation de traitement de déchets sur la santé et l'environnement ».

Ses objectifs et ses missions sont précises. Elle doit promouvoir l'information du public en favorisant le dialogue

entre la population avoisinante représentée par ses élus et des membres d'associations, l'administration et l'exploitant du site. Elle doit faire des recommandations à l'exploitant, l'aider à assurer la transparence de son activité en organisant et en coordonnant avec lui des actions de formation ou d'information au profit du public (riverains, scolaires, etc.). Elle doit, enfin, mener en amont dans le cas d'un projet d'installation, d'extension ou de modification du site, une action de communication et de sensibilisation du public.

Le cahier des charges est clair : c'est une instance de concertation, de dialogue et de surveillance, qui ne peut se substituer à l'action réglementaire des services de l'État (Drire) chargés du contrôle des installations, mais qui la complète. La composition de la Commission est fixée par le Préfet conformément aux prescriptions de la loi du 15 juillet 1975. La Clis se réunit sur convocation de son président, en général le représentant de l'État, Préfet ou sous-Préfet, ou à la demande de la moitié de ses membres, au minimum une fois par an.

Devoir d'information

Monique Séné est particulièrement sensible au sujet de l'information. Cette scientifique engagée – elle a fondé avec d'autres il y a plus de vingt ans le Groupement des scientifiques pour l'information sur l'énergie nucléaire (GSIEN) – siège au Comité spécial d'information installé auprès de l'usine de retraitement de La Hague. Ce lieu est symbolique. « Ici, affirme Monique Séné, les débats sont pointus. Ceux-ci intéressent tout le monde : pouvoirs

publics, populations, élus, mais c'est encore l'exploitant qui est le meneur de jeu. Il nous faut arracher certaines informations ». À La Hague, le Comité ne surveille pas, il informe. Il dispose d'un budget et son secrétariat est géré par la Commission pour le contrôle de la radioactivité dans l'Ouest. Les séances sont ouvertes à la presse et à la population, à l'exception des groupes thématiques. Devoir d'information... ce leitmotiv revient souvent. Le législateur en a précisé les contours dans un décret du 29 décembre 1993 (n° 93-1410). Ce droit repose sur l'obligation de rédaction de documents d'information. Le contenu des documents et les modalités de leur mise à disposition du public sont prévus. Un dossier établi par les exploitants avec mise à jour annuelle doit être consultable librement à la mairie de la commune d'implantation du site ainsi qu'un document de synthèse tenu à jour par les Préfets, présentant les données de gestion des flux de déchets, les décisions administratives arrêtées au cours de l'année, l'état actualisé de la résorption des décharges non conformes ou sauvages et les mesures prises ou à venir. Ce dernier document, consultable en préfecture, est présenté au Conseil départemental d'hygiène.

À développer...

L'exercice du débat contradictoire, la confrontation des points de vue sont toujours difficiles à mettre en œuvre. Le législateur a souhaité, depuis des années, encadrer, au sens administratif du terme, cet exercice : louable intention en vérité qui, sur le papier, fonctionne. Dans la réalité, l'impression générale qui se dégage est plus mitigée. D'après l'association France Nature Environnement, qui fédère la quasi-totalité des associations de protection de la nature, en 1998, comptait, en France, 165 Clis. Ce chiffre très faible est à rapprocher du nombre des installations de traitement, de transit ou de stockage des seuls déchets ménagers, soit 1 297 centres à la même époque. Les conclusions de France Nature Environnement ne laissent pourtant pas de doute : *« même si leur fonctionnement n'est pas toujours satisfaisant (dû en partie aux réticences de l'administration trop occupée pour programmer des réunions régulières, à la maladresse de l'exploitant qui présente des difficultés à communiquer et quelquefois, il faut bien le dire, à la méfiance de certains représentants d'associations qui ont perdu toute confiance dans leurs interlocuteurs), les Clis représentent un net progrès en*

matière d'information du public. Ainsi, la mise en place de cet outil doit être développée. Un élargissement de son champ d'application accompagné de moyens financiers serait la preuve d'une volonté du ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement de faire de ces commissions des instruments de surveillance et de concertation réellement efficaces ».

Denis Dangaix
Journaliste.

► Pour en savoir plus...

La politique menée depuis l'adoption de la loi cadre du 15 juillet 1975 sur l'élimination des déchets et la récupération des métaux, et la loi du 19 juillet 1976 sur les installations classées, a permis des progrès importants en matière de gestion des déchets : optimisation des collectes, renforcement des normes de fonctionnement des unités d'élimination, etc. La loi du 13 juillet 1992 conforme à la directive communautaire du 18 mars 1991 est venue compléter et renforcer l'édifice législatif avec pour objectif d'inscrire la politique de gestion des déchets dans de nouvelles perspectives

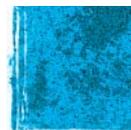
► Brèves

L'incinération et la conformité

Une cinquantaine de petites usines d'incinération de déchets (moins de 6 tonnes par heure), soit une sur deux, sont en infraction avec la législation sur les émissions polluantes, selon le dernier inventaire publié par le ministère de l'Environnement. Quarante-treize petites usines d'incinération fonctionnaient en France en octobre 2001, pour une capacité totale de 250 tonnes par heure. Sur ces quarante-treize petites installations, plus de la moitié sont en infraction avec la législation qui impose des normes précises de pollution et de combustion au 1^{er} décembre 2000. Trente-cinq sites sont conformes et quatre font l'objet de travaux.

La pollution en Chine

La pollution des villes chinoises est parmi les pires du monde, selon le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). Les niveaux de pollution des villes ont des concentrations souvent plusieurs fois supérieures aux seuils à partir desquels ils représentent un danger pour la santé humaine et l'environnement.



Les modes de contraception utilisés par les femmes

L'enquête menée par le CFES en 2000 auprès d'un échantillon représentatif de 13 685 individus s'est intéressée aux moyens utilisés par les femmes aujourd'hui pour éviter une grossesse.

Contraception

Parmi les femmes potentiellement concernées par la contraception¹, le moyen de contraception le plus utilisé est la pilule à laquelle 60 % des femmes ont recours. Elle est particulièrement utilisée par les jeunes femmes de 20 à 25 ans (86 %). Le stérilet est utilisé essentiellement par les femmes de plus de 26 ans. Le préservatif comme moyen de contraception arrive assez loin derrière, en troisième position, parmi les moyens de contraception employés par les femmes : seules 12,8 % d'entre elles l'ont utilisé. Parmi les personnes ne vivant pas en couple, les hommes déclarent plus souvent y avoir recours que les femmes (deux fois plus chez les 15 à 25 ans).

6,5 % des femmes disent ne pas utiliser, ou pas systématiquement, de moyen contraceptif. Il s'agit plus fréquemment des femmes ayant un niveau d'études faible (inférieur au baccalauréat), ne vivant pas en couple au moment de l'enquête et se disant mal informées sur la contraception. Parmi les jeunes femmes de 15 à 25 ans, cette réponse est plus fréquente chez les 15-19 ans et celles qui ont eu une IVG.

Pilule du lendemain

Près d'une femme sur dix (9 %) a utilisé la pilule du lendemain au cours de sa vie. Les générations les plus jeunes y ont eu davantage recours que leurs aînées : 13,9 % des moins de 25 ans contre 6,3 % entre 35 et 49 ans.

Ce recours augmente avec le niveau d'études, il est plus fréquent chez les femmes qui ne vivaient pas en couple au moment de l'enquête et est associé à un antécédent d'IVG et de maladie sexuellement transmissible. La majorité des femmes (73 %) s'est procuré la pilule du lendemain par prescription d'un médecin. Mais au moment de l'enquête, la possibilité de délivrance en pharmacie sans ordonnance était très récente. Les jeunes femmes, cependant, se sont rendues plus souvent que la moyenne dans un centre de planification familiale pour l'obtenir (23 % des 15-19 ans contre 6 % des femmes dans leur ensemble).

Interruption volontaire de grossesse

Près d'une femme sur cinq (18,6 %) déclare avoir eu recours à une IVG. Parmi les 15-19 ans, ce taux est de 6,3 % et atteint 25,2 % dans la tranche des 35-49 ans, taux sous-estimés par rapport aux estimations de l'Ined².

Hélène Perrin, Chargée d'Etudes au CFES,
Josiane Warszawski, épidémiologiste,
Nathalie Bajos, sociodémographe,
Inserm Unité 292.

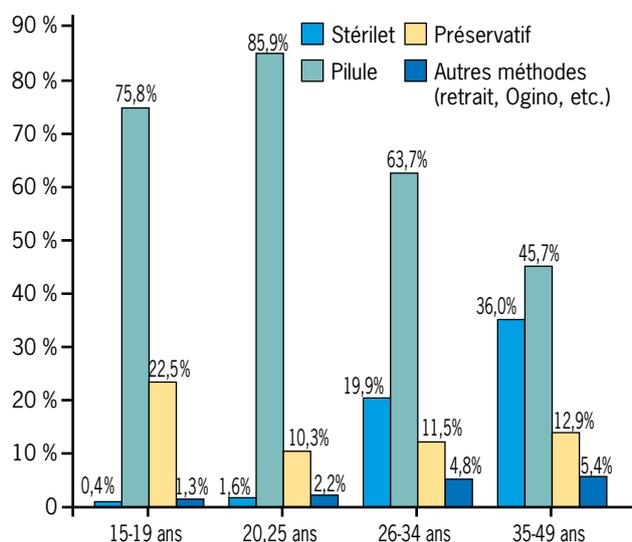


Figure 1. Modes de contraception utilisés par les femmes de 15 à 49 ans.

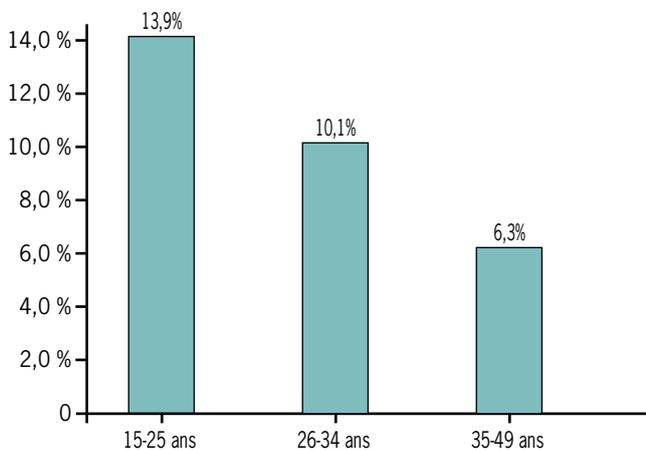


Figure 2. Recours à la pilule du lendemain parmi les femmes sexuellement actives.

1. Femmes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir d'enfants.

2. Il s'agit d'une enquête en population générale. Le recours à l'IVG est habituellement sous-estimé dans ces enquêtes, à la fois parce qu'elles ne couvrent pas certains sous-groupes de population peut-être plus à risque d'IVG et parce que certaines femmes ne souhaitent pas parler de cet événement.

Des parents ! À quoi ça sert ?

Sous la direction de Daniel Coum

Pourquoi des adultes deviennent-ils parents ? En quoi et comment les enfants ont-ils besoin des parents ? Les mutations que subit la famille aujourd'hui invitent à s'interroger sur le rôle de la fonction parentale auprès de l'enfant. Mettant de côté les représentations, les présupposés et les théories implicites, les auteurs de cet ouvrage ont opté pour un axe de réflexion anthropologique. Ils analysent les processus en jeu dans la fonction parentale et tentent de construire quelques points de repères utiles pour penser les relations parents/enfants et, le cas échéant, en accompagner les changements. Les textes sont regroupés autour de quatre parties. La première partie réunit deux textes qui évoquent l'évolution de la conception du rôle parental à travers les époques et la nécessité d'une réforme du cadre législatif de l'autorité parentale. La deuxième partie interroge à la fois sur la naissance de la parentalité, notamment vécue par la mère, dans le contexte moderne du XXI^e siècle et le problème de la légitimité des parents d'adoption en regard des « vrais » parents. La troisième partie s'intéresse à la dimension de la responsabilité et des processus qui entrent en œuvre ainsi qu'au jeu des structures sociales dans la fonction parentale. La dernière partie évoque les principes et les enjeux du « réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents » et du problème des parents d'enfants placés.

Paris : Erès, 2001 : 183 p., 22,90 €

Ados, amour et sexualité. Version fille

Irène Borten-Krivine, Diane Winaver

Ados, amour et sexualité. Version garçon

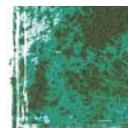
Sylvain Mimoun, Etienne Rica

À l'adolescence, filles et garçons commencent à se poser de nombreuses questions sur la sexualité et la vie amoureuse. Néanmoins, leurs interrogations ne portent pas toujours sur les mêmes aspects. C'est donc dans cette optique que la collection « Ados, amour et sexualité » a été créée, réunissant deux ouvrages : une version pour les filles et une autre pour les garçons. Dans chacun d'eux, les auteurs ont tenté de donner l'information la plus utile et la plus concrète possible pour le lecteur, en s'appuyant sur les connaissances actuelles, notamment dans le domaine du sida, de la contraception ou des MST. À travers différents chapitres, ils évoquent des thèmes aussi variés que la puberté, l'éveil de la sexualité et les prémices de la vie amoureuse, le premier rapport sexuel, la relation avec la famille et avec les amis, la contraception, les MST ou encore le sida.

Certains thèmes sont développés plus spécifiquement dans l'une ou l'autre version. Pour les filles, les auteurs ont davantage évoqué les différentes méthodes de contra-

ception et ont consacré un chapitre entier à l'interruption de grossesse, ainsi qu'à la consultation gynécologique. Dans la version garçon, l'accent a davantage été mis sur le problème des complexes, les troubles liés à l'acte sexuel ou encore les maladies génitales chez les hommes. Dans certains chapitres, les auteurs ont répertorié les questions souvent récurrentes que se posent les adolescents mais qu'ils n'osent pas toujours formuler. Elles concernent la puberté, le sexe, la relation avec les parents, l'acte sexuel, la prévention des MST et du sida chez les garçons ; la puberté et les changements du corps, l'acte sexuel, la pilule, l'IVG, les règles et les MST chez les filles. Chaque version s'accompagne d'un dictionnaire de l'amour et du sexe, regroupant des définitions de certains termes employés. Elle propose également différentes informations pratiques et adresses utiles : consultations gratuites, centres de dépistage anonymes et gratuits du sida, lieux d'écoute et d'accueil, sites Internet spécialisés dans la contraception ou la santé des jeunes, etc.

Paris : Éditions Albin Michel, 2001 : Fille : 231 p.; garçon : 183 p., 11, 44 €



Pour une rencontre soignante

Alain Froment

Dans cet ouvrage, l'auteur se penche sur la relation qui unit le médecin et son patient. Sa réflexion s'articule autour de cinq axes. Dans le premier chapitre, il expose quelques modèles relationnels décrits au cours des dernières années aux États-Unis. Tous se rejoignent sur des points majeurs : rejet du paternalisme, rejet de la conception selon

laquelle le médecin aurait une autorité morale. Il apporte également quelques critiques à ces modèles qui n'abordent pas certains aspects importants, tels que la nécessité de se soustraire à l'hégémonie du modèle biomédical. Le deuxième chapitre est axé sur la vulnérabilité du patient, souvent accrue par les comportements des personnels soignants. Le troisième chapitre met en valeur un modèle de relation soignante « d'homme à homme » où le médecin prend en compte l'avis du patient. Dans le chapitre suivant, l'auteur évoque le phénomène récurrent de la dévalorisation du moi et de l'estime personnelle que subit le malade. Il insiste particulièrement sur trois concepts qu'il juge essentiel pour instaurer une relation efficace entre soignant et soigné : le respect, la compassion et une certaine forme d'amour envers le patient. Dans le dernier chapitre, l'auteur évoque enfin l'importance de favoriser l'échange et de donner la possibilité au patient de participer réellement aux décisions qui le concernent en premier lieu.

Paris : Éditions des archives contemporaines, Une pensée d'avance, 2001 : 219 p., 18,30 €

Annuaire des associations de santé. Patients familles information éducation soutien

Bernard Tricot, Laure Tricot

L'annuaire des associations de santé est devenu aujourd'hui un véritable outil de référence, reflétant la richesse du tissu associatif dans le secteur sanitaire et social. La version 2001 répertorie près de 4500 associations, fournit 9100 adresses ou contacts, en informant l'utilisateur sur les activités et les structures de chacune. Toutes les informations fournies proviennent directement des associations et ont toutes été vérifiées par les auteurs. Quatre entrées permettent d'accéder à l'information. Le sommaire propose 42 rubriques qui regroupent les associations selon leur domaine d'activité : accidentés ou victimes, cancer, diabète, douleur, maladies rares, etc. Elles permettent notamment de voir quels sont les champs les plus actifs, tels que l'aide à l'enfance ou encore celui des maladies mentales et troubles psychiques. L'utilisateur peut également rechercher à partir de trois index : index par nom, par mots-clés ou par sigles.

Les associations répertoriées ici sont toutes présentées selon un même modèle. Chaque fiche indique la date de création, les personnes référentes, l'adresse et les activités de l'association. D'autres informations peuvent également être indiquées : nombre d'adhérents, objet de l'association, publications, zone géographique concernée ou encore adresses des différentes antennes locales pour les structures plus développées.

Gignac : B. Tricot Consultant, 2001 : 518 p., 47,41 €

Doris. Dos : Réinsérer Informer Soutenir

Ce CD-Rom est un programme d'éducation destiné aux personnes souffrant de lombalgies et à tous ceux qui souhaitent s'informer sur le mal de dos. La page d'accueil propose six entrées. Elle est précédée d'une série de six témoignages, chaque personne évoquant sa connaissance des lombalgies et son propre vécu. La première étape permet à l'utilisateur de qualifier et de mesurer sa douleur. Elle oriente ensuite la personne dans la découverte du CD-Rom, selon sa situation. La deuxième étape donne des éléments d'information sur le fonctionnement du dos : fonction des vertèbres, disques et muscles ; présentation des différentes déformations et des lésions du dos. La troisième étape donne des conseils pour prévenir les douleurs lombaires. Elle propose différents questionnaires pour savoir si la personne adopte de bonnes positions dans la vie quotidienne et le conseille dans le cas contraire. L'utilisateur peut également visionner un film montrant une famille au cours de ses activités quotidiennes. Il est alors invité à réagir lorsque les personnages prennent de mauvaises postures. Il trouvera également des informations concernant les activités physiques les plus appropriées ainsi que différents exercices d'assouplissement pour mieux entretenir son dos. L'étape suivante présente les méthodes les plus utilisées pour guérir ou diminuer la douleur : médicaments, infiltrations, rééducation, chirurgie et autres traitements. La dernière étape répertorie les différents interlocuteurs susceptibles d'informer plus amplement l'utilisateur. Un lexique est consultable par l'utilisateur à tout moment de son parcours.

Mediavita (136, rue Victor Hugo - 92300 Levallois-Perret), 1999, 1 u., coul.

