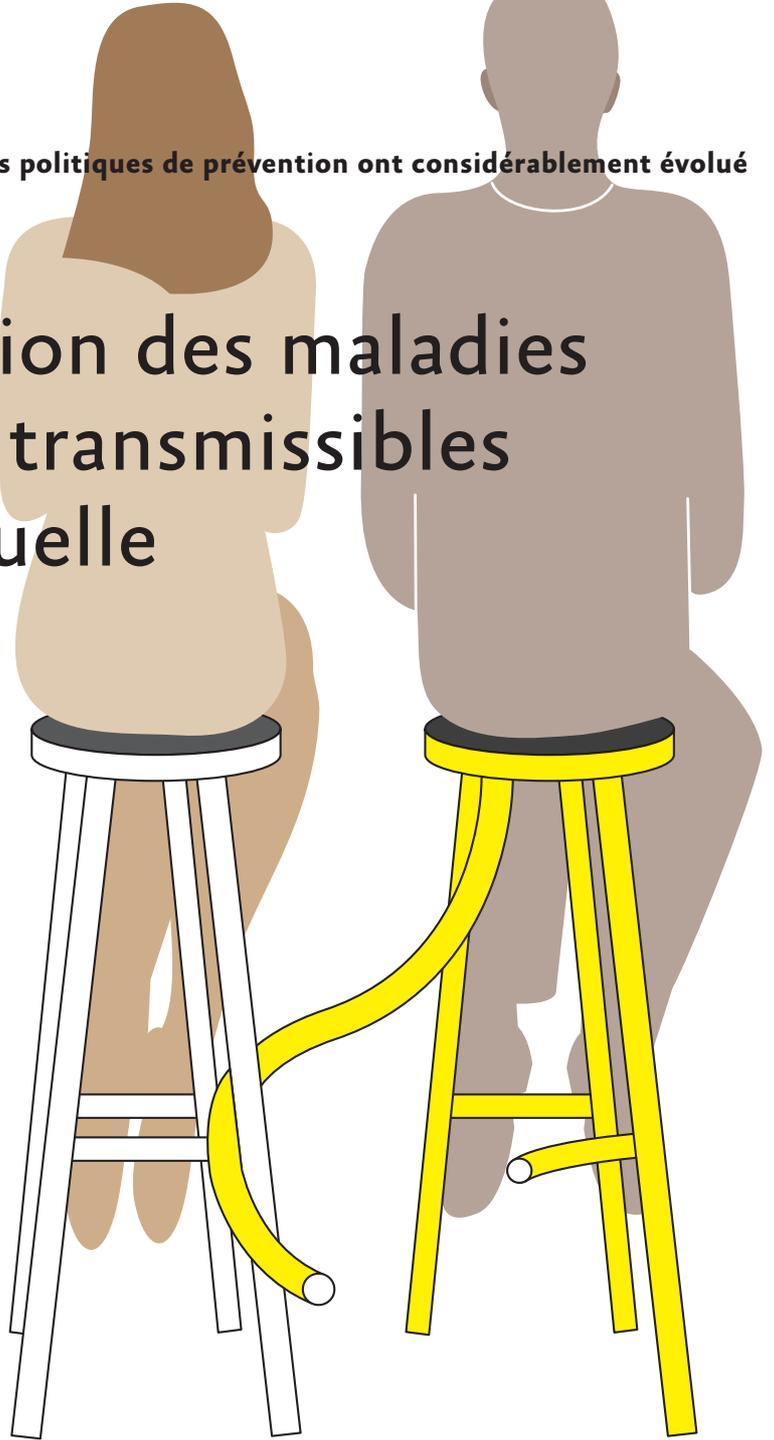


De la prévention des maladies sexuellement transmissibles à la santé sexuelle



Dr Frédérique Delatour,

chargée de mission Dépistage*,
Katell Daniault,
chargée de mission
Qualité de vie des
personnes atteintes*,

Dr Thierry Troussier,
chargé de mission Prévention*.

* Bureau Infections par
le VIH, IST et hépatites,
sous-direction de la
Prévention des risques
infectieux, Direction
générale de la santé.

La santé sexuelle telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002 est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou de handicap. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte ni discrimination ni violence. Ainsi, le concept de santé sexuelle ne se limite pas à l'absence de dysfonctions, de maladies ou de problèmes de santé (infertilité, avortement, infection

sexuellement transmissible-IST, etc.), mais se réfère à un « processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel associé à la sexualité » [1]. La notion de santé sexuelle et reproductive, très présente dans les programmes d'Onusida (Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida), tente de répondre aux difficultés d'un certain nombre de pays tout particulièrement touchés par le VIH et pour lesquels la grande majorité des infections à VIH est transmise sexuellement ou associée à la grossesse, à l'accouchement ou à l'allaitement. Des facteurs économiques et sociaux comme la pauvreté et l'inégalité entre les genres contribuent à la fois à la transmission du virus et à une mauvaise

santé sexuelle et reproductive. Ces programmes associent des initiatives relatives au VIH et celles qui visent la santé sexuelle, pour multiplier les chances de prévenir et de traiter les infections à VIH tout en mettant en place des services de planification familiale et de soins pour la femme et l'enfant, en apportant traitement et prise en charge aux personnes vivant avec le VIH.

1916 : création des dispensaires antivénéériens

En France, si l'idée de mettre en œuvre une stratégie visant à favoriser le bien-être de la personne est également assez récente, l'implication des pouvoirs publics pour limiter les conséquences

sur la santé des risques liés à la sexualité date du début du xx^e siècle. Elle s'est faite, à l'époque, dans une approche hygiéniste et s'est traduite par la création en 1916 de dispensaires antivénéériens (DAV) « dans le but d'éradiquer le péril vénérien qui risque de "réduire les qualités de la race française" ». Il s'agissait, pour le professeur Alfred Fournier, de proposer « des établissements aux consultations nombreuses, gratuites, faciles d'accès, ouvertes à des heures où l'ouvrier puisse s'y rendre sans préjudice pour son travail et pour sa bourse » [2].

Années 1960-1970 : légalisation de la contraception

L'approche institutionnelle en matière de sexualité évolue dans les années 1960-1970 avec l'apparition de la contraception et l'accès à l'IVG. Ainsi, le dispositif des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) mis en place par la loi Neuwirth en 1967 vise à donner aux femmes et à leurs partenaires les moyens de contrôler les naissances. Il s'agit de répondre aux besoins de la personne par une approche sanitaire, sociale et également éducative.

Aussi, au début des années 1980, la réponse institutionnelle aux risques liés à la sexualité s'organise-t-elle en complémentarité du secteur libéral, autour de deux dispositifs (DAV et CPEF), tous deux gérés par les collectivités locales (conseils généraux) et différents de par leurs objectifs, les publics qui y recourent et les modes d'intervention.

Années 1980 : l'épidémie du VIH/sida

Dans les années 1980, l'épidémie du VIH va considérablement faire évoluer ce paysage. Si l'enjeu est bien de limiter la diffusion du virus dans la population comme pour les maladies vénériennes, il apparaît qu'en l'absence de traitement efficace, l'approche doit être centrée sur la personne pour l'amener à adopter un comportement de prévention. De par les populations touchées, en particulier les publics homosexuels, les normes sur les représentations de la sexualité évoluent et s'élargissent. C'est au travers des dif-

FORMATION DES PROFESSIONNELS À LA SANTÉ SEXUELLE : UN DÉFI À RELEVER

La formation initiale et continue en santé sexuelle des professionnels de santé que ce soit pour les médecins ou les paramédicaux se trouve actuellement le plus souvent segmentée entre des enseignements universitaires multiples et non coordonnés qui portent sur la planification, la lutte contre le VIH et les IST et les approches socio-psychologiques des rapports de genre. D'après les recommandations formulées par l'Organisation mondiale de la santé en 2009, la formation en santé sexuelle et reproductive comprend les approches cliniques, psychologiques, sociales et de santé publique des différents aspects de la santé sexuelle et reproductive au regard des droits humains. La formation doit permettre le développement de compétences en counseling (approche bio-psycho-sociale) et en méthodologies d'intervention brève de type IEC (Information, Éducation et Communication); elle doit aussi permettre d'optimiser ou de conceptualiser des dispositifs d'intervention adaptés aux différents publics cibles. Cette formation est à différencier des formations de sexologue ou de sexualité humaine qui ont pour objectifs les prises en charge thérapeutiques des troubles sexuels. En France, actuellement, seule l'université Paris-Diderot propose un diplôme en santé sexuelle sur une année, formant seulement une quinzaine de professionnels par an. Des pistes de formation diplômantes sont actuellement à l'étude en partenariat avec d'autres universités.

T. T.

Pour en savoir plus

<http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-et-diu/454-conseiller-en-sante-sexuelle>

férents textes organisant les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'infection à VIH qu'apparaissent progressivement les notions d'information-conseil, de *counseling*¹ et d'entretien motivationnel² avec une approche centrée sur la personne.

Depuis leur création, les différentes études montrent que tous les types de publics consultent en CDAG :

jeunes, adultes, couples, hétérosexuels, homosexuels, bisexuels, transsexuels, mono ou multipartenaires, personnes qui se prostituent, précaires, migrants, etc. Si la grande majorité est séronégative, il n'en est pas moins vrai que l'entretien fait émerger d'autres problématiques telles que la reprise des comportements à risque, la recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST), le nombre constant de grossesses non désirées, les violences, l'impact des rapports de genre et des déterminants socioculturels. Ces constats ont amené à repenser l'approche institutionnelle de la prévention liée à la sexualité.

Une nouvelle approche : contribuer à la promotion de la santé

À l'instar de ce qui est déjà réalisé dans de nombreux pays industrialisés, un nouveau paradigme plus positif de la sexualité peut être proposé au travers du concept de santé sexuelle et reproductive (SSR). La stratégie qui en découle n'a plus pour seul objectif de résoudre les problèmes liés à sexualité, mais doit contribuer à la promotion de la santé. Ceci suppose une approche multidimensionnelle des déterminants de santé et des difficultés en lien avec l'exercice de la sexualité et un processus éducatif qui doit être mis en œuvre dès le plus jeune âge. Le dispositif d'accompagnement et de prise en charge des personnes – en mutualisant les moyens, les structures et modes d'intervention et de communication – ne doit plus segmenter les pathologies ou les dysfonctionnements, ni les publics. La formation des professionnels doit leur permettre d'aborder l'ensemble des questions de sexualité (orientation sexuelle, difficultés d'en parler, contraception, prévention des IST, violences sexuelles, dysfonctions sexuelles, etc.).

À ce jour, l'Angleterre et les Pays-Bas ont déjà mis en œuvre et évalué ce type de stratégie. L'impact en est posi-

L'ESSENTIEL

- D'une approche hygiéniste de la lutte contre les IST, fortement liée à l'urgence de la situation dans les années 1980, centrée sur la lutte contre le VIH/sida, on est passé à une approche comportementale plus globale, promue par l'OMS.
- La santé sexuelle est désormais clairement définie comme un état de bien-être.
- La France, comme la majorité des autres nations, intègre peu à peu ce nouveau paradigme.

tif avec des résultats probants sur les indicateurs synthétiques de SSR³, mais aussi en termes de service rendu à la population grâce à la mutualisation des moyens et des compétences (guichet unique, formation pluridisciplinaire, standardisation des pratiques, et de l'évaluation) [3, 4].

En France, l'approche de santé sexuelle s'inscrit progressivement dans le champ institutionnel au travers d'actions portées notamment par l'Éducation nationale et le ministère en charge de la Santé. L'Inpes s'est ainsi approprié cette thématique et plusieurs actions visant à améliorer la santé sexuelle des personnes ont été inscrites dans le plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014. C'est en ce sens que doit être pensé le processus de rénovation du dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH, des hépatites et des IST et l'expérimentation de centres de santé sexuelle ainsi que le préconise l'Inspection générale des Affaires sociales en 2010 [5]. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Pan American Health Organization, World Health Organization. *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*. 2000 : 58 p.

[2] Le Naour J.-Y. Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918). *Annales de démographie historique*, 2002, vol. 1, n° 103 : p. 112. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=ADH_103_0107

[3] Progress and priorities – working together for high quality sexual health. *Review of the National Strategy for Sexual Health and HIV*, 2008 : 80 p. En ligne : www.medfash.org.uk/uploads/files/p17abl1iai1e961d438j2pjl1rp7p.pdf

[4] Vanwesenbeeck I. *Sexual health behaviour among young people in the Netherlands*. Sexual Health Forum, Brussels, 13 mars 2009.

[5] Inspection générale des Affaires sociales (Igas), Jourdain-Menninger D., Lecoq G. *Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)* [Rapport]. Paris : Igas, 2010 : 80 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000044-evaluation-de-la-mise-en-oeuvre-de-la-recentralisation-de-la-lutte-contre-les-infections>

1. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel; grossesses non programmées (IVG et grossesses à terme) chez les femmes de 15 à 19 ans; utilisation de la contraception lors du premier rapport sexuel.

2. « Relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face » (English H.B., English A.C. *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*. New York: Ed. D. Mac Kay & Co, 1958 : p. 127).

3. « Méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider les changements de comportement en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller W.R. *Motivational interviewing with problem drinkers*. *Behavioural Psychotherapy*, 1983 : vol. 11, n° 2 : p. 147-172.

En ligne : <http://dx.doi.org/10.1017/S0141347300006583>).

La direction générale de la Santé a élaboré une fiche de formation pour aider le personnel soignant à avoir une approche centrée sur la personne.

Former les professionnels de santé au respect des identités sexuelles

Katell Daniault, chargée de mission Qualité de vie des personnes atteintes, bureau Infections par le VIH, IST et Hépatites, sous-direction de la Prévention des risques infectieux, direction générale de la Santé.

La santé sexuelle nécessite un environnement légal, politique et réglementaire dans lequel les droits sexuels de tous les individus sont respectés, notamment la liberté de choisir son orientation sexuelle. Selon une enquête de 2012 sur la discrimination dans l'Union européenne (Eurobaromètre de la Commission européenne), il apparaît que la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est considérée comme la

deuxième forme de discrimination la plus répandue au sein de l'Union européenne. En France, comme dans bon nombre de pays méditerranéens, la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est jugée particulièrement répandue : 61% des répondants pensent qu'elle est répandue dans leur pays, chiffre supérieur à la moyenne européenne, soit 46% [1]. Une enquête associative auprès de personnes vivant avec le VIH montre qu'en 2009, en France, 39% des participants estiment avoir subi une discrimination pour un autre motif