Île de la Réunion : centres de santé sexuelle et intervenants en milieu scolaire

Anh-Dao Nguyen,
médecin inspecteur de santé publique, agence régionale de santé océan Indien, délégation de l'île de la Réunion,
Joëlle de Boisvilliers,
infirmière, coordinatrice adjointe, Réseau périnatal Réunion (Repère),
Sylvie Boukerrou,
sage-femme, coordinatrice, Réseau périnatal Réunion (Repère).

Confrontée au problème de la persistance d'un haut niveau de grossesses non désirées à l'adolescence – sept fois plus élevé que pour l'ensemble du territoire français – la Réunion a pris l'initiative de développer des actions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, bien avant les instructions ministérielles de 2003 [1]. Ainsi, au plan départemental d'éducation sexuelle dans les collèges de 1994 a succédé, en 1996, le programme régional de santé « Santé sexualité ». À partir de 2009, des adultes-relais, portés par deux associations (Association réseau prévention suicide – ARPS et l'association départementale de la Réunion du Mouvement français pour le planning familial – MFPF-AD 974), ont mené dans certains collèges et lycées des actions de prévention et d'information, sous forme d'ateliers collectifs et d'écoute individuelle. La même année ont été créées des structures hospitalières, appelées Dépist, qui assurent des fonctions à la fois de centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et de centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), par la suite réunis dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagostic (Cegidd). Les actions se sont également étendues aux écoles primaires avec la création d'une bande dessinée [2] servant de support aux enseignants pour aborder avec les enfants le programme d'éducation à la sexualité et à la vie affective.

L'éducation à la sexualité et à la vie affective jalonne ainsi le parcours éducatif des enfants et des adolescents. Compte tenu de la diversité des intervenants (enseignants, professionnels de santé et du secteur social, animateurs de prévention), une réflexion a été initiée pour garantir la cohérence des discours et des pratiques d'intervention.

Un dispositif intégré de prévention et de soins par territoire de santé

Implantés dans chacun des trois territoires de santé de la Réunion, les Dépist se sont transformés progressivement en centres de santé sexuelle, à la faveur du Schéma d'organisation des soins [3] et de la réforme des CDAG et des Ciddist [4]. Au-delà des missions de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, les centres de santé sexuelle proposent une offre d'orthogénie (prise en charge des interruptions volontaires de grossesse – IVG et planification familiale) et s'articulent avec les consultations hospitalières d'addictologie afin de favoriser une approche globale des conduites à risques. Le centre de l'Ouest est adossé en outre à un réseau d'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales. Les trois centres ont vocation à s'engager également dans les actions de prévention primaire dans le cadre de leurs missions hors les murs.

Tenant compte de cette offre, l'agence régionale de santé océan Indien (ARS OI) a décidé – en concertation avec le rectorat, le département, la région et les opérateurs associatifs et hospitaliers – de structurer les modalités d'intervention en milieu scolaire, sur la base d'un projet EVA à expérimenter en trois axes :

- structurer le maillage territorial des opérateurs associatifs, de façon à favoriser l'articulation avec les centres de santé sexuelle et faciliter ainsi l'orientation des personnes en difficulté ;
- cibler les établissements scolaires prioritaires selon les critères établis par le rectorat ;
- acter, dans la charte régionale, le principe d'intervention en binôme. Le binôme est constitué d'un intervenant extérieur et d'un personnel de l'Education nationale (ou d'un intervenant associatif, et d'un professionnel de santé ou du secteur social d'un centre de santé sexuelle).

L'émergence de besoins de formations croisées

Au démarrage du projet expérimental, les intervenants associatifs et hospitaliers ont été interrogés sur leurs besoins de formation. Le questionnaire [5] a exploré les champs des connaissances, des techniques d'intervention, de la gestion des situations individuelles et de la posture à adopter. La lecture croisée des réponses a permis de construire un cahier des charges [6] de formation visant à consolider les

L'ESSENTIEL

- À la Réunion, le nombre de grossesses chez les mineures demeure particulièrement élevé.
- L'éducation à la sexualité et, plus largement, la santé sexuelle font l'objet d'un dispositif territorial spécifique ; en particulier, trois centres de santé sexuelle dispensent information et accompagnement, ainsi que des formations généralisées pour les intervenants en milieu scolaire.

compétences des intervenants dans trois domaines. Théorique, le premier domaine porte sur le développement des savoirs nécessaires pour pouvoir répondre aux questions des jeunes sous les angles biologique, médical, juridique et psychosocial. D'ordre méthodologique, le deuxième domaine consiste en l'acquisition de techniques d'intervention en ateliers collectifs, de conduites d'entretiens individuels en dehors du soin et de méthodes de travail en réseau et en binôme. Le troisième domaine concerne la mise en pratique des savoirs et de la pratique réflexive, amenant les intervenants à réfléchir sur leur posture, sur la portée de leurs interventions. Pour cela, il a été décidé de recourir à des exercices de simulation filmés. Le programme de formation a été confié au Réseau périnatal Réunion (Repère), en raison de son implication dans la formation médicale par simulation filmée.

Une formation en deux étapes

En réponse au cahier des charges, Repère a décliné un programme de formation en deux temps. Une formation théorique a d'abord été réalisée en 2013-2014, durant cinq jours consécutifs, avec pour objectifs globaux l'acquisition des savoirs en sexualité et en fécondité, la maîtrise des techniques d'intervention visant à faire émerger la parole sans qu'elle ne déborde sur le vécu individuel et la construction de séances allant au-delà de la simple information sur les risques sexuels. Ces notions théoriques sont indispensables à un animateur de séance sur l'éducation à la sexualité et à la vie affective [7].

Une formation a été ensuite dispensée en 2016, sur deux jours consécutifs et un jour à distance pour mettre en pratique les savoirs transmis. Elle a consisté en des mises en situation en binôme, à partir de thèmes incontournables en éducation à la sexualité : interruption volontaire de grossesse, contraception, puberté, infections sexuellement transmissibles, comportements addictifs et sexualité, identité sexuelle, sexualité et loi, impact de la e-sexualité [8]. Les mises en situation ont été filmées et suivies d'un compte-rendu critique avec les formateurs.

Un bilan encourageant en termes de développement des compétences

Afin de fournir des indicateurs fiables sur la qualité et sur l'efficacité des actions de formation proposées, des évaluations individuelles auprès des intervenants formés ont été mises en œuvre, sous forme d'auto-questionnaires avant la formation et à son issue. La mise en pratique des savoirs a été évaluée sur la base d'une grille d'observation. Les outils d'évaluation ont été élaborés à partir d'un référentiel spécifique de compétences, conformément aux nomenclatures édictées dans les textes législatifs et réglementaires [9]. En fin de formation, Repère a remis à chaque participant un livret et une attestation de compétences.

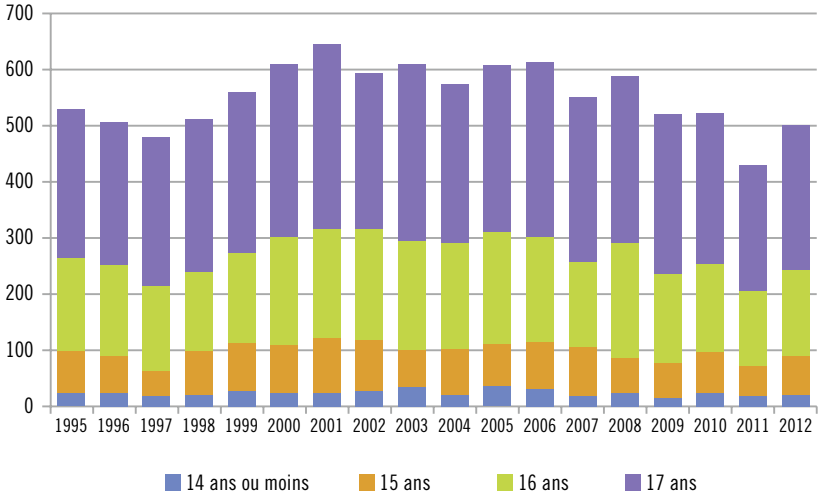
L'analyse des réponses obtenues, par catégories socio-professionnelles, a confirmé l'hétérogénéité du profil des intervenants (enseignants, animateurs, infirmiers, travailleurs sociaux, médecins), dont la majorité ne justifiait que d'une à deux années d'expérience. Plus des deux tiers ont déclaré avoir amélioré ainsi leurs pratiques. Par ailleurs, alors que les questions relatives à la maîtrise de la fécondité étaient leur principal point faible lors de l'évaluation préalable à la formation, plus des deux tiers d'entre eux avaient amélioré notablement leurs connaissances à l'issue de la deuxième session de formation. La moitié des intervenants restait toutefois mal à l'aise sur la conduite à tenir en cas de révélation de violences sexuelles et, parmi ces derniers, la moitié a déclaré avoir également besoin d'approfondir les connaissances sur le lien entre addictions aux substances et sexualité.

Lors de ses rencontres annuelles avec les associations, l'ARS OI a pu échanger avec les participants associatifs sur l'impact du transfert des savoirs. L'approfondissement des savoirs théoriques ainsi que la méthodologie de travail en binôme et en réseau sont unanimement appréciés, au point qu'un atelier de construction d'outils communs a pu se mettre en œuvre avec Repère. La formation par simulation filmée a suscité beaucoup de réflexions. La présence de la caméra a gêné certaines personnes, alors que d'autres l'ont intégrée comme outil d'analyse des pratiques. La majorité des intervenants a déclaré accepter d'être observé, avec ou sans caméra, lors des séances d'intervention dans les établissements scolaires, dans le cadre d'une évaluation externe. Enfin, certaines personnes regrettent que la formation, trop centrée sur la sexualité, n'ait pas suffisamment exploré les dimensions éducative et affective.

La nécessité d'aller vers les parents

À ce jour, l'ensemble de ce dispositif n'a pas eu d'impact sur le niveau des naissances d'enfants de mères mineures à la Réunion, surtout chez les 15 ans et moins (*voir figure 1*).

Figure 1 : Évolution du nombre de naissances de mères mineures à la Réunion.



Source : Insee, état civil.

La relative stabilité du nombre des naissances chez des mères âgées de 15 ans et moins conduit fortement à s'interroger sur le contexte familial. Or, de l'avis de tous, les parents sont très difficiles à mobiliser, et l'école ne semble pas être le milieu idéal pour les atteindre. Pour construire le lien avec les parents, il est nécessaire d'explorer des pistes innovantes d'interventions. Parmi celles-ci figure le programme de prévention de transmission générationnelle des problématiques familiales, développé au Québec et en France pour les thématiques des addictions et des violences intrafamiliales. Une étude est actuellement en cours pour évaluer sa transférabilité dans le champ des grossesses à l'adolescence et à la Réunion [10].

Accroître le nombre d'heures d'éducation à la sexualité

La dynamique partenariale engagée entre les partenaires institutionnels – rectorat, département et région – et les opérateurs associatifs et hospitaliers constitue l'atout majeur du travail réalisé, même si les résultats d'impact ne sont pas à la hauteur attendue. Sur ce point, certains opérateurs n'ont pas hésité à questionner l'efficience des deux heures annuelles d'éducation à la sexualité par classe. Pour répondre à ces interrogations, au-delà de l'auto-évaluation réalisée sur un support régional commun [11], une évaluation externe est à mettre en place ; l'ARS OI y travaille, en rédigeant un cahier des charges qui intégrera les sciences sociales. ■

SANTÉ SEXUELLE : CHIFFRES ET TENDANCES

Quel est l'état de nos connaissances sur la santé sexuelle ? Ce champ d'études s'est construit autour des risques et des pathologies. Ainsi, les données produites au cours du temps (en particulier par l'Inserm) concernent les risques infectieux et les grossesses non prévues.

L'épidémie de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en France métropolitaine est considérée, selon la typologie développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme une épidémie concentrée, c'est-à-dire qu'elle atteint de manière disproportionnée certains groupes de la population et n'affecte que très peu la population générale. Le nombre de nouvelles contaminations par an (taux d'incidence) est estimé à 17 cas pour 100 000 personnes. Ce taux est particulièrement élevé chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) – 1 006 pour 100 000 – et chez les hommes et les femmes nés dans un pays d'Afrique subsaharienne, respectivement 29 fois et 69 fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle française. D'un point de vue géographique, les taux d'incidence sont les plus élevés en Île-de-France – 39 pour 100 000 – et dans les départements français d'Amérique – 59 pour 100 000 –, principalement en Guyane – 147 pour 100 000.

Le paysage contraceptif français se caractérise par une forte couverture médicale et un schéma stéréotypé : l'entrée dans la sexualité est accompagnée du préservatif, puis rapidement de la pilule. Ainsi, 33 % des femmes de 15-17 ans utilisaient le préservatif en 2013, 47 % la pilule et 12 % utilisaient les deux. Entre 18 et 24 ans, c'est la pilule qui est de loin le contraceptif le plus utilisé (dans plus de 65 % des cas). L'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU) s'installe après 25 ans, avec 16 % d'utilisatrices à cet âge et jusqu'à 35 % entre 45 et 49 ans. La contraception définitive, quant à elle, n'intervient qu'après 40 ans (10 %). Malgré une bonne couverture contraceptive, le nombre de grossesses non prévues reste important, et près de deux tiers des interruptions volontaires de grossesse (IVG) interviennent chez des femmes utilisant une contraception ; ceci met en évidence des défauts d'utilisation ou d'adéquation du contraceptif (*source* : Inserm).

Sources

- Santé publique France. *Infection à VIH et Sida* [page Web]. 10 juin 2013. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Incidence-de-l-infection-par-le-VIH
- Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*, mai 2014, n° 511 : 4 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
- Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*, 2011, n° 1 : p. 116-147.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ministère de l'Éducation nationale. *L'Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*, 2003, circulaire n° 2003-027, 17 février 2003. En ligne : http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm

[2] Chevallier L., Téhem. *Zizi, Zézette, zistoir lamour.* Saint-Denis : Des bulles dans l'Océan, 2010 : 72 p.

[3] Agence régionale de santé océan Indien. *Périnatalité. Les actions de santé publique. Schéma d'organisation des soins. Projet de santé Réunion-Mayotte 2012-2016.* Saint-Denis : ARS OI, 2016 : p. 143-147. En ligne : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/PRS/PRS2012/VDEF_24_juillet/PRS_schemas_org_des_soins_24_07.pdf

[4] Direction générale de la santé. *Instruction relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles*, 2015, DGS/RI2 n° 2015-195, 3 juillet 2015. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-07/ste_20150007_0000_0043.pdf

[5] Agence régionale de santé de l'océan Indien. *Questionnaire d'évaluation des besoins de formation des intervenants en éducation à la sexualité et à la vie affective auprès du public scolaire.* ARS OI, mars 2013.

[6] Agence régionale de santé de l'océan Indien. *Cahier des charges Formation des intervenants en éducation à la vie affective et sexuelle.* ARS OI, août 2013.

[7] Programme EVA. *Formation niveau 1.* Repère, Novembre 2013, avril 2014, mai 2014.

[8] *Programme de formation niveau 2.*

[9] *Référentiel de compétences et de savoirs de l'intervenant en Éducation à la vie affective et sexuelle.* Repère, 2015.

[10] Lebreton M.-A. *Approche préventive innovante des grossesses à l'adolescence. Étude de faisabilité d'un programme de leur transmission générationnelle à l'île de la Réunion.* [Mémoire de master 2 de santé publique et environnement]. Dijon : UFR des sciences de santé de Dijon, septembre 2016.

[11] *Auto-évaluation des interventions en sexualité dans les établissements scolaires selon la liste prioritaire fixée par l'ARS – année scolaire 2015/2016.*