



**Master 2 Promotion de la Santé et
Prévention**

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **12 septembre 2023**

**La prévention en santé sexuelle, de la
naissance du concept aux conflits de
territoires et inégalités sociales :
l'exemple de l'Hérault.**

Marina MATHIEU

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens et qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire, Déborah Riddel pour sa présence et son implication, sa réactivité, sa bienveillance et ses nombreux conseils constructifs.

Merci à mes camarades du groupe du lundi matin ainsi qu'à Delphine Moreau pour leur écoute bienveillante, leur soutien et leurs conseils.

Merci à mes camarades de la promotion 2022-2023 du Master 2 Promotion de la Santé et Prévention ainsi qu'à Marie-Renée Guevel, pour leur bienveillance et leur soutien sans faille tout au long de cette année.

Je remercie ma famille pour leur soutien depuis de nombreuses années maintenant et leurs encouragements.

Enfin, merci à Edgard pour son soutien au quotidien, dans les hauts et surtout dans les bas.

Sommaire

Introduction	2
Méthodologie.....	5
I. Les services de prévention en santé sexuelle	9
1. Histoire de la PMI et développement des centres de santé sexuelle.....	9
2. Des centres de santé sexuelle	14
3. L'Education à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle, une activité à part entière	18
II. Enjeux d'une coordination	25
1. La place des associations en santé sexuelle	25
2. Concurrence ou collaboration ?	30
III. Des territoires géographiques et professionnels aux inégalités sociales de santé.	37
1. Des territoires géographiques... ..	37
2. Aux territoires professionnels.....	42
3. Des inégalités sociales en santé sexuelle	46
Conclusion	50
Bibliographie	53
Liste des annexes	I
Annexe 1. Guide d'entretien	I
Annexe 2. Tableau descriptif des professionnels interrogés	III
Annexe 3. Mail d'invitation à la réunion du Planning Familial.....	V

Liste des sigles utilisés

AFCCC : Association Française des Centres de Consultation Conjugale

ARS : Agence Régionale de Santé

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic

CIDFF : Centre d'Information du les Droits des Femmes et des Familles

CODES34 : COmité Départemental d'Education pour la Santé - Hérault

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSS : Centre de Santé Sexuelle

DPMI : Direction de la Protection Maternelle et Infantile

DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

EICCF : Etablissements d'Information, de Consultation ou de Conseil Familial

EVARS : Education à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle

PEPA : Point Ecoute Parents Adolescents

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SDS : Services Départementaux des Solidarités

Introduction

En 2016 le Haut Conseil de Santé Publique fait le constat « que la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive, morcelée entre diverses institutions et répondant à plusieurs plans et politiques de santé publique, manque de lisibilité. » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2016). Suite à leurs recommandations naît la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 qui prétend dans son préambule s'inscrire « dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017). Cependant, aujourd'hui en 2023, l'offre paraît toujours bien "éparpillée" et peu coordonnée entre associations, secteur public et acteurs privés.

C'est ce qui m'a interpellée dès le début de mon stage à la Direction de la Protection Maternelle et Infantile (DPMI) de l'Hérault : le nombre d'acteurs différents intervenant en santé sexuelle, leurs approches et formations différentes et la complexité apparente de l'offre. Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) renommés Centres de Santé Sexuelle (CSS) en 2017 regroupent obligatoirement un médecin ou une sage-femme en charge des problématiques médicales ainsi qu'une Conseillère Conjugale et Familiale (CCF) pour la prise en charge psycho-sociale. C'est là une première spécificité de ces centres, l'association systématique et obligatoire des champs du médical et du social (Ledour, 2018).

Les Centres de Santé Sexuelle sont placés sous la responsabilité du Conseil Départemental et ainsi, pour ce qui est de l'Hérault, rattachés hiérarchiquement à la Direction de la Protection Maternelle et Infantile (DPMI) (Ledour, 2018). L'histoire des services de PMI et l'organisation qui en découle sont complexes. Des Services Départementaux des Solidarités (SDS) et Maisons des Solidarités (MDS) prennent place au sein des Services Territoriaux de Protection Maternelle et Infantile (STPMI). Au sein des SDS ont lieu les consultations de PMI réalisées par les médecins, sage-femmes et puéricultrices. Les consultations des CSS en « régie directe », c'est-à-dire réalisées par les professionnelles du département, ont lieu au même endroit, au sein des services de PMI, sur quelques demi-journées par semaine. Les CSS ne sont donc pas réellement représentés par un lieu physique, il s'agirait plutôt du nom que l'on donne à une plage horaire de consultation. Or, les consultations de gynécologie pour la prescription d'une contraception, appelées consultations de planification, peuvent également être proposées par les services de PMI. Alors en quoi diffèrent les consultations proposées par le CSS dans les mêmes locaux ? Dans ce mémoire, nous allons nous intéresser à la particularité de ces CSS en analysant leur contenu et la manière dont ils s'inscrivent sur le territoire.

Historiquement la mission de planification et d'éducation familiale, ou dirait-on aujourd'hui de santé sexuelle a souvent été déléguée par les départements à d'autres acteurs notamment des associations. L'une des plus connues est le Mouvement Français

du Planning Familial. La confusion est d'ailleurs très fréquente entre le nom des centres de planification et les centres « du Planning » (Ledour, 2018) et constitue peut-être l'une des raisons du changement de dénomination récent de ces centres. De nombreux CSS, si ce n'est la grande majorité, ont longtemps été en « régie indirecte » c'est-à-dire occupés par des associations ou des professionnels hospitaliers mais financés par le Conseil Départemental. A côté de cela, on retrouve de nombreuses associations qui travaillent dans le domaine de la santé sexuelle comme le Mouvement du Nid, l'Amicale du Nid, VivreSida, le CODES 34 (Comité Départemental d'Education pour la Santé), mais aussi des établissements médico-sociaux comme les CEGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) ou encore des institutions comme l'Agence Régionale de Santé qui dans leurs missions intègrent la prévention en santé sexuelle. L'Education Nationale est aujourd'hui tenue de proposer trois séances d'Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle par an et par élève. Les chefs d'établissement peuvent choisir de le faire « en interne » par l'infirmière scolaire, des professeurs, la Conseillère Principale d'Education ou bien de faire intervenir des professionnels extérieurs. Tous les professionnels travaillant dans les structures de prévention ont des formations initiales très différentes : éducateurs, médecins, conseillères conjugales et familiales, infirmières, chargés de mission de prévention, professeurs, assistantes sociales, sage-femmes... Leurs horizons différents pourraient faire la force et la richesse d'un travail commun. Mais n'est-ce pas davantage un frein au travail en coordination, mettant en jeu incompréhensions, divergences d'opinions et conflits de valeurs et engendrant des réflexes quasi concurrentiels ? Et qu'en est-il de la formation sur le sujet spécifique de la prévention en santé sexuelle de tous ces professionnels ?

Comme on peut le voir, la prévention en santé sexuelle se veut globale, transversale, dépassant la simple prévention des IST et IVG. La définition que propose l'OMS de la santé sexuelle est elle-même assez floue, très large et potentiellement interprétée différemment selon les personnes. A l'image de la définition de la santé, l'OMS définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués » (OMS, 2006). On peut ainsi se demander ce que cela signifie de travailler en santé sexuelle, ce que cela implique et quels professionnels cela concerne.

C'est dans ce contexte que la Direction de la Protection Maternelle et Infantile (DPMI) de l'Hérault souhaite réaliser un diagnostic de territoire. En effet, le service manque à ce jour de visibilité sur l'offre qui est proposée sur le territoire, sa répartition et les besoins des publics comme des professionnels sur le terrain.

Ce manque de connaissance de l'institution et des acteurs eux-mêmes de l'offre disponible sur le territoire pose question. Qu'en est-il de l'impact sur la prise en charge des personnes ? Les professionnels parviennent-ils à orienter les usagers ? Chaque professionnel a son domaine de compétences et ne pourra pas répondre à toutes les problématiques individuelles. Cela nécessite alors de pouvoir orienter les patients vers le bon organisme, la bonne personne, ce qui implique de les connaître et d'avoir un lien particulier pour que cela fonctionne en pratique. Cependant de nombreux dispositifs sont encore méconnus. Car la multiplicité d'acteurs et d'actions peut tout autant perdre le public comme les professionnels, qu'ils soient du domaine de la santé sexuelle ou non. Il semble donc indispensable que les professionnels travaillant sur cette thématique se connaissent tout d'abord, se repèrent, repèrent leurs différentes activités et créent du lien qui leur permette de travailler conjointement, plus efficacement et de manière à pouvoir envisager de couvrir une zone plus large grâce à des collaborations. Autrement dit, cela nécessiterait de créer un véritable réseau de coordination en santé sexuelle. C'est d'ailleurs ce que propose l'action n°10 de la feuille de route 2022-2024 de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 intitulée « Garantir une offre lisible, accessible et coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial pour plus de simplicité et d'efficacité. » (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

A l'heure actuelle il n'y a pas de réelle coordination ni même de simple interconnaissance entre les acteurs en santé sexuelle dans l'Hérault. Quels sont les freins à cette interconnaissance et qu'est-ce qui explique l'absence de coordination dans ce secteur ? Et plus largement, quelles sont les conditions nécessaires à la mise en place d'un réseau de coordination des acteurs en santé sexuelle dans le département de l'Hérault ?

Après avoir détaillé la méthodologie utilisée pour ce travail, nous nous pencherons sur le contexte actuel et historique dans lequel s'inscrivent les Centres de Santé Sexuelle de l'Hérault. Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons à la place des associations dans la prévention en santé sexuelle et les enjeux relationnels avec les autres acteurs et institutions qui en découlent. Enfin dans une troisième et dernière partie, nous analyserons l'impact des différences entre territoires géographiques sur la collaboration entre acteurs de santé sexuelle mais aussi à la question des luttes entre juridictions professionnelles.

Méthodologie

J'ai choisi de réaliser ma recherche avec une méthodologie qualitative inductive afin d'aller directement à la rencontre des acteurs sur le terrain. Devant l'ampleur du sujet, il me paraissait important d'aller au-devant des professionnels pour m'imprégner de la thématique et du contexte dans un premier temps mais aussi pour partir des réalités de terrain. Etant en stage en tant qu'interne de santé publique à la direction de la PMI j'ai également pu réaliser des observations notamment lors de réunions auxquelles j'ai demandé à participer en tant qu'observatrice. J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de différents acteurs en santé sexuelle afin d'investiguer leurs pratiques, leurs points de vue, leur vécu, leurs croyances. En effet, comme le précise Lynda Sifer-Rivière dans l'ouvrage *Les recherches qualitatives en santé*, « ce que permet l'entretien est l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés, leurs repères normatifs, leurs interprétations conflictuelles, l'analyse d'un problème délimité ou précis à travers les différents points de vue en présence, les enjeux, les systèmes de relation, le fonctionnement d'une organisation. » (Sifer-Rivière, 2016). Il me paraissait nécessaire d'échanger avec les acteurs sur ces questions plutôt que de les interroger via un questionnaire qui aurait manqué de finesse et donné des résultats moins nuancés et détaillés. L'ouverture dans les discussions sur des questions que je ne m'étais pas posée au départ était également un point que je ne voulais pas négliger n'étant pas moi-même formée au domaine de la santé sexuelle¹.

Ainsi, après une première question demandant aux personnes de se présenter et de présenter leurs missions, l'entretien abordait d'abord la thématique de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Les acteurs étaient amenés à s'exprimer sur leurs représentations et leurs pratiques à ce sujet. Dans une deuxième partie l'entretien abordait la thématique de la coordination entre acteurs. Ici, l'idée était qu'ils s'expriment sur l'organisation actuelle de la prévention en santé sexuelle sur le département et, le cas échéant, sur l'intérêt pour eux d'une coordination, ses avantages et ses limites. Le guide d'entretien était volontairement assez vaste avec de nombreuses questions qui me permettaient de l'adapter à la personne interrogée (médecin ou conseillère conjugale et familiale de CSS, d'associations, personnel de l'Education Nationale, ou encore de l'ARS) (Guide d'entretien Cf. Annexe 1).

¹ Suite à la phase socle des études de médecine j'ai choisi de me spécialiser en tant que médecin de santé publique. Avec un attrait important pour la prévention et promotion de la santé j'ai souhaité me former en intégrant ce Master 2. La prévention appliquée au champ spécifique de la santé sexuelle est un domaine que j'ai pu découvrir au cours de mon stage.

J'ai réalisé un premier repérage des acteurs intervenant en santé sexuelle sur le département en interrogeant mes responsables de stage ainsi que par des recherches sur Internet et une première phase de lectures sur le sujet. J'ai ainsi pu cibler les professionnels intervenant dans les centres de santé sexuelle du département (conseillères conjugales et familiales, sage-femmes et médecins) ainsi que les associations comme le Mouvement Français du Planning Familial ou Vivre Sida. Il m'a été difficile au début de répertorier les professionnels de CSS du département car la coordinatrice des centres de santé sexuelle me parlait toujours des mêmes professionnelles, une conseillère conjugale et familiale et une sage-femme de l'un de ces centres, à tel point qu'il me semblait qu'il n'y avait qu'un seul centre en fonctionnement sur le département. Ces deux professionnelles sont très impliquées dans le développement de l'activité de leur centre et travaillent de façon étroite avec la coordinatrice et la direction de la PMI.

J'ai ensuite procédé par effet « boule de neige » en contactant les personnes et associations mentionnées lors des entretiens. J'ai mené ainsi dix entretiens semi-directifs auprès d'une conseillère conjugale et familiale, d'un médecin et d'une infirmière de CSS du Conseil Départemental, d'une sage-femme, d'une infirmière et d'une responsable territoriale de PMI, du rectorat, de l'ARS et de 4 associations intervenant en santé sexuelle sur le département de l'Hérault (VivreSida, Le Mouvement du Nid, le CODES34 et Le Spot) (tableau descriptif Cf. Annexe 2). Je les ai sollicités par mail et j'ai été surprise par la rapidité de leurs réponses et leur intérêt pour ce travail. Cela montre qu'il y a à priori un réel besoin pour les professionnels travaillant dans ce domaine d'échanger sur ces questions, et peut-être une volonté de faire remonter les problématiques qu'ils rencontrent au niveau de la direction de la PMI, au sein du conseil départemental.

En effet, je me suis toujours présentée comme interne de santé publique, étudiante en Master 2 prévention et promotion de la santé, en stage à la direction de la PMI. Le fait de me présenter comme un membre de l'équipe de direction a pu être considéré par les professionnels du conseil départemental comme une opportunité d'exposer leurs difficultés, leurs demandes afin que « les choses changent », que leurs conditions de travail s'améliorent et que des mesures soient prises par la hiérarchie. En ce sens, cette casquette a pu m'aider à avoir des réponses rapides et favorables pour réaliser des entretiens avec ces professionnels, malgré leurs agendas déjà bien remplis.

Cela a pu avoir un impact différent sur les professionnels extérieurs au conseil départemental comme le CEGIDD et le Mouvement Français du Planning Familial que j'ai contacté à plusieurs reprises, sans réponse. Il y avait un certain sentiment de méfiance voire de concurrence de la part des acteurs associatifs ou d'autres institutions comme l'Education Nationale par exemple. Pour ceux ayant accepté l'entretien, leur première question était presque systématiquement « Mais pourquoi le conseil départemental s'intéresse à ça, à nous ? Quel est leur projet, leur objectif ? ». En effet, le fait que

l'institution veuille cartographier l'offre en santé sexuelle sur le territoire et ainsi savoir ce que font les autres acteurs en santé sexuelle qui ne sont pas directement financés par le conseil départemental ne va pas de soi. Ils se demandent quel intérêt y trouve l'institution, et peuvent se sentir menacés. Ils connaissent souvent mal les missions et le fonctionnement du Conseil Départemental. Cela a pu mettre un « froid » lors de certains entretiens comme avec l'Education Nationale. Je n'ai d'ailleurs pas demandé à enregistrer cet entretien devant la tension palpable dans les premiers échanges avec l'infirmière conseillère technique de la DSDEN (Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale).

Les relations entre la PMI et l'association militante du Mouvement Français du Planning Familial sont également tendues et ont pu constituer un frein à mon enquête. Il y a pour eux des enjeux politiques et de financements importants. Le Planning Familial est en partie financé par le Conseil Départemental via la PMI grâce à des subventions qu'ils reçoivent pour exercer la mission de prévention en santé sexuelle qui leur est déléguée. En effet, ils ont la gestion indirecte de deux centres de santé sexuelle sur le territoire. Or, une augmentation de financements demandée afin de mener un état des lieux de leur activité sur un territoire venait de leur être refusée. C'est un travail que le Conseil Départemental voulait mener directement et non via l'association, en réalisant un diagnostic incluant tout le département. Me présenter comme un membre de l'équipe dirigeante de la PMI m'a dans ce cas clairement fermé la porte de l'association. Ils n'étaient par la suite pas enclins à répondre à mes questions sur ce sujet.

Les points de vue d'autres associations ou professionnels auraient pu être intéressants mais du fait de la temporalité du stage par rapport à la réalisation du mémoire, cela n'a pas été possible (CIDFF, PEPA, AFCCC, CPTS, professionnels libéraux, infirmières de l'éducation nationale).

J'ai commencé à réaliser des entretiens et j'ai été frappée par l'enthousiasme des professionnels, du département comme associatifs, concernant mon travail. En effet, ils mentionnent tous à quel point c'est important et profondément utile de réaliser cet état des lieux de l'offre et des pratiques en prévention en santé sexuelle sur le département. Ils ont de réels besoins et problématiques qu'ils souhaitent exprimer et ils semblent trouver la place de le faire lors des entretiens. Ils sont également force de propositions, d'idées, d'initiatives pour améliorer les pratiques, la lisibilité du parcours pour les patients et in fine leur prise en charge. Ils semblent enthousiastes à l'idée d'une coordination et d'une collaboration entre acteurs sur le territoire.

J'ai pu ressentir une certaine « pression » suite à la présentation de mon travail. Comme s'ils m'attendaient au tournant, moi ou plutôt le Conseil Départemental. J'ai dû préciser lors des premiers entretiens que ce travail est le fruit de ma réflexion et de constatations réalisées lors de quelques mois de stage, que l'objectif est de décrire la

situation et de faire des propositions d'évolution/amélioration. Je leur ai précisé que j'espérais aussi que mon travail puisse influencer le Conseil Départemental sans pour autant pouvoir leur affirmer que des changements auront lieu. Une conseillère conjugale et familiale m'a un jour dit « Oui mais toi au moins, peut-être qu'on t'écouterà [à la direction]. » (Journal de terrain) faisant référence à ma position de « sachante » en tant que médecin et étudiante en Master 2.

Ma position d'interne en médecine m'a placée d'égale à égale avec les professionnels de santé. Ils trouvaient la place de s'exprimer facilement car je connais les terminologies, le langage qu'ils emploient. Pour autant, je n'ai pas ressenti de difficultés avec les autres professionnels du champ social. J'ai par contre eu plus de peine sur deux entretiens, avec l'infirmière conseillère technique de la DSDEN (Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale) et l'infirmière coordinatrice de l'ARS. Leur position hiérarchique supérieure a par moments inversé les rôles lors de l'entretien. Elles répondaient de manière brève puis me posaient une question en retour au sujet du projet du département ou des autres acteurs interrogés comme lors d'une réunion. Ces entretiens n'ont pas été des plus informatifs.

Après avoir retranscrit mes entretiens j'ai effectué une analyse thématique reprenant les sujets abordés lors de ceux-ci : l'organisation des centres de santé sexuelle ou associations (missions, horaires, fonctionnement, professionnels, publics, problématiques rencontrées), l'historique de l'institution ou de l'association, l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (horaires, lieux, classes, déroulé, outils utilisés, professionnels) et enfin le thème de la coordination avec les autres acteurs (intérêt, limites, modalités de mise en place).

J'ai en parallèle pu réaliser des observations discrètes de trois séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle menées auprès de collégiens en classe de 3^e par les professionnelles des CSS n°1 et 2. Elles ont accepté que je me joigne à elles lors de ces séances. J'étais présente autour de la table aux côtés des intervenantes mais ma seule intervention a été de me présenter² en début de séance comme l'a fait chaque personne présente. Au cours de la séance j'essayais d'être le plus discrète possible afin de ne pas influencer le déroulement et les discussions. Lors de la séance menée par le CSS n°2 j'ai pu m'installer légèrement en retrait du groupe. Je prenais des notes dans mon journal de terrain. Je n'avais pas préparé en amont de grille d'observation. J'avais peur que le fait de prendre des notes pendant la séance puisse déranger certains élèves, qu'ils se sentent en quelque sorte observés et moins libres dans leur parole mais cela ne m'a pas semblé être le cas finalement. Ils étaient rapidement pris dans la discussion et les échanges avec leurs camarades et les intervenantes et ne faisaient pas attention à moi.

² Je me suis présentée très simplement comme Marina, étudiante en médecine.

I. Les services de prévention en santé sexuelle

L'activité des centres de santé sexuelle est intimement liée à l'organisation des services de PMI du conseil départemental et a fortiori à leur histoire comme nous allons le voir dans cette partie.

1. Histoire de la PMI et développement des centres de santé sexuelle

L'histoire de ces institutions semble influencer directement l'organisation actuelle des services. Je me suis donc penchée sur l'histoire de la PMI ainsi que celle des centres de santé sexuelle.

En 1945, au sortir de la Seconde Guerre Mondiale sont créés les services de « Protection Maternelle et Infantile » (PMI) face à une augmentation croissante de la mortalité infantile, des abandons et des placements (Cadart, 2007). En effet, même si la petite enfance est un stade de la croissance reconnu depuis le XIIIe siècle comme nécessitant une attention particulière ce n'est que beaucoup plus tardivement que des mesures de protection seront mises en place. Suite à la création de l'hôpital des enfants trouvés ainsi que de l'assistance publique et la possibilité pour les femmes d'accoucher sous secret, c'est au début du XXe siècle que les services publics commencent à s'organiser autour de ces questions avec la naissance en 1904 de l'« aide sociale à l'enfance ». Tous les départements sont alors obligés d'avoir un lieu d'accueil ainsi qu'un bureau d'abandons. Quelques années plus tard naîtra la notion de « protection de l'enfance », l'objectif étant de réduire le taux de mortalité infantile, très important à l'époque. Grâce à Pierre Budin, pédiatre obstétricien et Adolphe Pinard, obstétricien aujourd'hui considéré comme le père de la puériculture, les mères peuvent alors revenir à la maternité pour des consultations gratuites jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Ce sont les prémices de ce qu'est aujourd'hui la PMI. En effet, Pierre Budin, pionnier de la pédiatrie moderne va parcourir la France pour faire en sorte que ces consultations offertes pour les nourrissons soient disponibles dans tous les territoires. Le 2 novembre 1945 sont créés les services de « Protection Maternelle et Infantile » par l'ordonnance n° 45-2720. En effet, la mortalité infantile jusque-là en baisse était de nouveau en augmentation depuis 1938 et atteignait « dans certains secteurs [...] le taux effrayant de 22 %, soit presque le quart des naissances »³. Un décret ainsi qu'un acte avaient été publiés respectivement en avril 1940 et décembre 1942 instituant un certain nombre de mesures pour la protection de la maternité et de l'enfance. Mais, dans un climat politique et social mis à mal par la guerre,

³ Journal Officiel du 05 novembre 1945, Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur le protection maternelle et infantile, p.13

ces mesures n'avaient jamais été mises en application et les services départementaux rendus obligatoires n'avaient toujours pas vu le jour. Il est donc décidé de reprendre ces textes et d'en créer un nouveau avec pour objectif de retrouver un taux de mortalité infantile similaire à celui de 1939 voir de l'abaisser « à la moyenne normale pour un pays civilisé ». Cette « mesure de salut public » établit que la protection médico-sociale maternelle et infantile s'organise au niveau du département divisé en circonscriptions, elles-mêmes divisées en secteurs. Le service de protection maternelle et infantile est confié au directeur départemental de la santé sous le contrôle de l'inspecteur régional de la santé. Dans chaque région est désigné un médecin consultant régional de pédiatrie chargé de rendre compte de l'activité à l'inspecteur régional. Pour ce qui est de l'activité des services sociaux c'est le préfet qui en fixe les modalités d'organisation pour chaque département. Chaque circonscription est pourvue d'un centre de protection maternelle et infantile où ont lieu des consultations de nourrissons, des consultations prénatales ainsi que des consultations « d'enfants du second âge » c'est-à-dire de 3 à 5 ans révolus. Les mesures de prévention se concentrent non seulement sur l'enfant en bas âge mais également sur la santé des parents et notamment celle de la mère. En effet, il est prévu un certain nombre d'exams médicaux obligatoires : trois au cours de la grossesse ainsi qu'un examen post-natal auxquels elles doivent se présenter sans quoi elles risqueraient de perdre les allocations versées. De plus, des primes sont versées aux femmes qui se présentent régulièrement aux consultations prénatales ainsi qu'aux cours de vulgarisation mis en place. Il est important de noter que le médecin chargé du service départemental de la protection maternelle et infantile est secondé par une assistante sociale chef. C'est la naissance d'un service alliant le médical au champ du social. La surveillance médicale et sociale des enfants avant l'âge scolaire devient une priorité et les visites à domicile par les assistantes sociales se mettent en place afin de mener cette mission de prévention.

Durant les vingt ans qui suivent les effets des services rendus par la PMI sont concrets et le taux de mortalité infantile diminue nettement atteignant 22 enfants pour 1000 en 1965.

En 1967 la loi du député Lucien Neuwirth autorisant la vente et l'usage de méthodes contraceptives est adoptée en France. Les textes d'application de cette loi, sortis en avril 1972, font pour la première fois mention d'EICCF pour Etablissements d'Information, de Consultation et de Conseil Familial ; et de CPEF pour Centres de Planification ou d'Education Familiale (Ledour, 2018). L'idée générale est d'organiser la prescription et le suivi des contraceptions nouvellement autorisées et d'informer le public au sein de structures spécialisées. En parallèle des consultations médicales, s'ajoute une mission à visée plus éducative au sujet de la régulation des naissances et de la vie conjugale et familiale, valeur ajoutée de ces établissements. La profession de conseillère conjugale et familiale est créée à cette occasion (Ledour, 2018).

Les EICCF (établissements d'information, de consultation ou de conseil familial) ne nécessitent pas la présence de professionnels médicaux. Ils sont souvent portés par des associations comme le Mouvement Français du Planning Familial et mettent en œuvre les missions suivantes (Décret n° 2018-169, 2018) :

- Informer sur les droits en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle et éduquer à leur appropriation, ainsi que contribuer au renforcement de l'estime de soi et au respect de l'autre dans la vie affective, relationnelle et sexuelle.
- Accompagner les personnes dans leur vie affective, relationnelle et sexuelle

Pour l'exercice de leurs missions, les EICCF font appel à des personnes formées à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle ou au conseil conjugal et familial en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle.

Les CPEF (centres de planification ou d'éducation familiale) eux proposent entre autre des consultations médicales. Ils comptent obligatoirement la présence d'un médecin ou d'une sage-femme. Ils exercent les activités suivantes (Article R2311-7 du Code de la Santé Publique) :

- Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ;
- Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés ;
- Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial ;
- Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L. 2212-4 ;
- Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.

Au fur et à mesure de l'évolution des législations, l'activité des CPEF s'est adaptée : dépénalisation de l'avortement, gratuité pour la délivrance de contraceptifs aux mineurs, dépistages des infections sexuellement transmissibles, obligation scolaire d'éducation à la sexualité, interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Cette diversité de missions ainsi que la médicalisation de la contraception ont peu à peu séparé les deux types de centres qui ont évolué différemment et se sont spécialisés, les CPEF sur un versant plutôt médical et les EICCF sur un versant plutôt éducatif et social (Ledour, 2018). Suite à la loi du 22 juillet 1983 sur la réforme de décentralisation les compétences du service public sont réparties entre l'Etat, les régions, les départements et les communes. Les départements récupèrent la responsabilité des missions du service public pour ce qui est de l'action sociale, de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance. Les CPEF intègrent alors

les services de Protection Maternelle et Infantile sous l'autorité du Président du Conseil Départemental (Cadart, 2007).

Les missions des CPEF sont décrites dans le Code de la Santé Publique (Articles L2311-1 à L2311-6) :

- informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse, pour ceux constitués dans des centres de PMI. Les CSS sont autorisés à pratiquer des interventions volontaires de grossesse médicamenteuses.
- délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes sans couverture sociale
- assurer de manière anonyme la prévention, le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle, sous la responsabilité d'un médecin ou d'une sage-femme, à titre gratuit pour les mineurs et personnes sans couverture sociale
- réaliser les vaccinations prévues par le calendrier des vaccinations

Les compétences dévolues au département, notamment les activités de promotion en santé sexuelle ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse sont exercées par le service départemental de protection maternelle et infantile (PMI), sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil départemental (Article L2112-1 du Code de la Santé Publique). L'une de ces missions est l'organisation des activités de promotion en santé sexuelle ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, dans les conditions décrites pour les organismes de planification, d'éducation et de conseil familial décrits comme étant les EICCF et CPEF. (Article L2112-2).

Ainsi les locaux de PMI intègrent les CPEF récemment créées. Dès lors, les services départementaux remplissent la mission qui leur est déléguée de promotion en santé sexuelle en parallèle des consultations prénatales et de suivi de l'enfant. Leur implantation dans un service de PMI et pas dans un autre est due aux volontés et affinités des responsables précédents comme me l'explique Françoise, infirmière de PMI :

« Parce que les locaux s'y sont prêtés, parce que ça a été une volonté aussi à l'époque du directeur d'agence et du et de l'adjoint de santé, et ça s'est fait comme ça. ».
(Françoise, une cinquantaine d'années, infirmière en Centre de Santé Sexuelle départemental n°2).

Chaque service de PMI sur le département avait auparavant son propre directeur. Ils ont évolué chacun de leur côté, certains mettant en place des activités de prévention en santé sexuelle et d'autres non. En 2018 puis en 2020, des changements majeurs ont eu lieu quant à l'organisation des services de PMI :

« . C'est-à-dire que ici, ça s'appelait plus une agence, ça s'appelait un STS. Maintenant c'est un STS, un service territorial de solidarité. Avant ça s'appelait une agence de la solidarité. Et avant on avait pas les maisons des solidarités, les MDS avant 2018, les MDS ça n'existait pas. C'est à dire que chaque agence comme la nôtre ici était autonome. Voilà, en 2018 les territoires ont été rattachés aux MDS et en 2022 les STPMI sont sortis des MDS, ils ont été rattachés qu'à la Direction de la PMI. » (Françoise, une cinquantaine d'années, infirmière en Centre de Santé Sexuelle départemental n°2).

Ce qu'explique Françoise, c'est que les différents services de PMI du territoire sont passés d'une direction indépendante à une direction générale. Cela explique pourquoi aujourd'hui chaque service de PMI a un fonctionnement et des modalités organisationnelles légèrement différents et surtout des activités plus ou moins investies, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle. Cela explique également le manque d'interconnaissance entre les professionnels de différents territoires sur le département qui travaillaient de manière complètement indépendante et deviennent aujourd'hui des collègues plus directs au sein d'une même institution. En effet, ce qui m'a le plus surpris lors de mes premières semaines de stage à la direction de la PMI est le manque de connaissance entre les professionnels des services de PMI et ceux des centres de santé sexuelle mais également entre professionnels de différents centres de santé sexuelle :

« C'est vrai qu'on travaille très peu en réseau. Il n'y a pas de coordination en soi. Donc moi j'ai pas une lecture de l'ensemble du département très facile. » (Christine, une quarantaine d'années, médecin gynécologue du CSS n°2).

Cette nouvelle organisation ne semble pas avoir été accompagnée pour les professionnels :

« On n'a pas de coordination par rapport à ça, moi je ne sais pas ce qui se fait à [autre CSS départemental] [...] nous on mène notre action comme on sait la mener d'année en année. Y a rien. » (Françoise, une cinquantaine d'années, infirmière en Centre de Santé Sexuelle départemental n°2).

Ce manque d'interconnaissance, tous les professionnels des centres de santé sexuelle départementaux, infirmières, médecins, sage-femmes ou conseillères conjugales et familiales me l'ont rapporté.

Les différents CPEF intégrés aux services de PMI ont également évolué de façon indépendante. J'ai pu apprendre via les entretiens et mes observations que chaque centre de santé sexuelle départemental a sa propre manière de fonctionner, notamment en ce qui concerne les interventions d'Education à la vie Relationnelle, Affective et Sexuelle réalisées auprès des jeunes en milieu scolaire.

2. Des centres de santé sexuelle

Le département de l'Hérault compte six Centres de Santé Sexuelle (CSS) et un Centre de Santé Sexuelle Communautaire. Trois de ces CSS ont la particularité d'être « en régie indirecte », c'est-à-dire qu'ils sont gérés par un organisme extérieur financé par le Conseil Départemental pour réaliser cette mission. Historiquement elle a souvent été déléguée au Mouvement Français du Planning Familial, qui gère aujourd'hui deux CSS sur le département, le troisième étant administré par l'hôpital de Béziers. Les trois autres CSS sont sous la direction directe de la DPMI (Direction de la Protection Maternelle et Infantile), au sein du Conseil Départemental. Les professionnels intervenant dans ces trois CSS sont des professionnels du département, rémunérés par le Conseil Départemental. Un CSS se compose obligatoirement d'un médecin ou d'une sage-femme pour la partie médicale et d'une conseillère conjugale et familiale pour la partie sociale, traduisant ainsi la valeur ajoutée de ces structures publiques où travailleurs du social et cliniciens travaillent en binôme afin de prendre en charge la personne dans sa globalité.

Les CSS en régie directe sont situés pour deux d'entre eux à Montpellier dont un dans un quartier prioritaire de la ville. Ces centres sont localisés au sein des Services Départementaux des Solidarités (SDS), autrement dit les locaux de la PMI. En effet, ces centres en régie directe n'ont pas de locaux physiques propres, ils ne sont pas visualisables. Au sein des structures de PMI, il ne s'agit pas d'un couloir particulier ni d'une salle de consultation où il serait noté « Centre de santé sexuelle ». Ce nom est donné à une plage horaire de consultation spécifique à la contraception et aux entretiens de conseil conjugal et familial qui ont lieu dans les locaux de la PMI et sont réalisés par des professionnels dédiés. Cela peut apporter une confusion pour les jeunes qui ne se rendent pas vraiment au centre de santé sexuelle mais à la PMI. Les différents professionnels (ceux de la PMI et ceux du CSS) travaillent dans les mêmes locaux mais ne communiquent pas, voire ne se connaissent pas. Il n'y a pas de transversalité au sein de ces services qui semblent finalement assez hermétiques. Ce sont des professionnels qui viennent une à trois demi-journées par semaine pour leurs consultations puis repartent. A tel point que

Christine, médecin gynécologue du CSS n°2 estime ne pas faire partie du personnel départemental :

« On est dans les murs, c'est le même bureau que peut partager la sage-femme [de PMI], c'est un petit peu particulier, c'est pas... Voilà on n'est pas vraiment dans les cases en fait. [...] Nous les intervenants dans les centres de santé sexuelle on n'est pas le personnel départemental. Donc on n'assiste pas aux réunions. Parce que je pense que le Département, la PMI doit avoir beaucoup de coordination, de réunions, de rencontres et tout ça. Mais nous on est un peu à part et donc nous on intervient pas forcément avec eux, et entre nous non plus. Les autres personnes qui interviennent, parce qu'il y a deux autres centres de santé sexuelle à Montpellier, je les connais pas spécialement » (Christine, une quarantaine d'années, médecin gynécologue du CSS n°2).

Ce sentiment de manque d'appartenance à l'institution est renforcé par la différence des statuts des professionnels des CSS qui ne sont pas clairs non plus. Certains comme Christine sont vacataires, donc extérieurs au service de PMI. Contrairement à un médecin de PMI qui est salarié de la PMI, les vacataires déclarent leurs heures à la fin de chaque mois pour être rémunérés. De plus, selon Christine, chaque professionnel a plusieurs casquettes car les consultations pour chaque centre de santé sexuelle n'ont pas lieu tous les jours de la semaine. Ainsi, chaque professionnel a une seconde activité.

« c'est un peu en effet flottant. C'est une activité qui est collée à autre chose quasiment toujours. Les CCF [conseillères conjugales et familiales], je sais pas si vous en avez déjà vues. Souvent, traditionnellement elles ont toujours autre chose. J'ai jamais... Leur formation... Elles sont pas à titre individuel conseillères. C'est toujours « ça » plus collé dessus CCF. Et c'est ça qui est compliqué. C'est ça... Qui est responsable ? Qui paye, qui embauche... ? Comment ça marche ? De structurer... En effet la structure est très floue, très variable. Ça fonctionne à un certain degré oui, on arrive à mailler le département. Tous les professionnels sont toujours hyper motivés, je pense que c'est ça. C'est un travail qui est très riche, très agréable. Mais on est un peu chacun dans notre coin. On n'a jamais les mêmes conditions, c'est pas uniformisé. Est-ce que c'est un idéal d'être uniformisés ? Peut-être pas. » (Christine, une quarantaine d'années, médecin gynécologue du CSS n°2).

Christine, par exemple, est médecin à l'hôpital de Béziers le reste du temps. Elle travaille une demi-journée par semaine pour le CSS de Béziers qui est en régie indirecte. Ce centre est situé au sein de l'hôpital, dans le service de gynécologie-obstétrique. C'est l'hôpital qui facture au département les actes réalisés. Christine est donc salariée de l'hôpital et non du conseil départemental. Les autres jours, quand elle n'est pas en CSS à Montpellier ou

Béziers elle travaille dans le service d'orthogénie de l'hôpital de Béziers. De la même manière Karine, conseillère conjugale et familiale a également une activité de « CSS » à Béziers une demi-journée par semaine en même temps que Christine, car elles travaillent toujours en binôme. Les autres jours elle garde son activité d'assistante sociale. Elle est également salariée de l'hôpital.

Quand elle travaille dans le CSS n°2, les demi-journées de Christine sont partagées entre des consultations gynécologiques et des interventions d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Au centre de santé sexuelle de Béziers, elle reçoit exclusivement des mineurs ou jeunes de moins de 25 ans alors que dans le CSS n°2 elle voit principalement des adultes en consultation. Ce centre de santé sexuelle ne reçoit que très peu de mineurs et jeunes adultes. Le public cible des CSS que ce soit pour les consultations individuelles ou des interventions collectives correspond aux jeunes de 15 à 25 ans. Mais d'un centre à l'autre les publics reçus sont différents.

Ainsi, dans le centre de santé sexuelle n°2 ce sont en majorité des femmes majeures en situation de précarité, qui consultent pour un suivi gynécologique ou la prescription de leur contraception. J'ai pu l'observer lors d'une après-midi de consultation à laquelle j'ai pu assister. La première femme reçue avait une quarantaine d'années. Elle est venue avec son nouveau-né en poussette. Elle se présentait pour le suivi et le renouvellement d'une contraception injectable que Christine lui avait précédemment prescrite. Christine lui demande comment se passe le traitement, mais également comment elle va, de manière plus générale, comment cela se passe avec le bébé etc (Journal de terrain). Selon la médecin, le service de PMI est reconnu dans le quartier et particulièrement bien identifié des femmes et notamment des mères qui y orientent leurs amies. Cependant, elle m'explique que les médecins et sage-femmes du service de PMI où se trouve le CSS n°2 ne réalisent que des consultations pré et post-natales. Ainsi, quand elles prennent rendez-vous, ces femmes n'étant pas enceintes sont placées sur le planning du centre de santé sexuelle et non des consultations de PMI malgré le fait qu'elles ne correspondent pas à l'âge du public cible :

« Ici c'est vraiment la santé sexuelle des femmes, des mères » (Christine, une quarantaine d'années, médecin gynécologue du CSS n°2).

Selon Christine, ces femmes ont grand besoin de ces consultations gynécologiques. Lors de la consultation suivante, une femme d'une trentaine d'années venait pour la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU aussi connu sous le nom de stérilet). Elle a pu poser toutes ses questions. Christine s'est assurée, avant de réaliser le geste de pose, que toutes les informations étaient claires pour la patiente qui semblait rassurée et confiante (Journal de terrain). Le centre permet aux femmes un accès facilité aux soins et notamment à la

contraception. En effet, les centres de santé sexuelle « sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. » (Article L2311-4 du Code de la Santé Publique). De plus, elles peuvent bénéficier des entretiens de conseil conjugal et familial pour lesquels elles sont demandeuses. La conseillère conjugale et familiale du centre étant bilingue en arabe, elle peut traduire les informations aux patientes arabophones ce qui facilite grandement les échanges.⁴

Le constat est le même pour Hélène dans le CSS n°1 où la tranche d'âge des personnes accueillies peut aller de 13 à 60 ans :

« on reçoit aussi des adultes et jusqu'à... 60 ans. Ou... pour un accès aux soins des femmes qui vivent à la rue, dans un milieu très très très précaire et qui croisent le chemin d'une éducatrice, qui disent « bah voilà, j'ai le même stérilet depuis 8 ans, ça fait 8 ans que j'ai pas vu une gynéco », c'est vrai qu'on a un partenariat qui est tellement étroit que, un coup de fil est passé, elle a rendez-vous la semaine d'après. C'est compliqué d'avoir un rendez-vous avec une sage-femme ou un gynéco en 1 semaine. Et du coup vraiment ce partenariat-là qui est précieux, mais c'est une facilité de travail ! » (Hélène, une quarantaine d'années, conseillère conjugale et familiale du CSS n°1).

On voit une différence marquante entre les CSS localisés dans les services de PMI des quartiers prioritaires de la ville avec le CSS de l'hôpital de Béziers. Ce dernier est situé dans l'hôpital au sein du service de gynécologie-obstétrique. Contrairement aux deux CSS précédents, ils reçoivent exclusivement des mineurs. Si une femme adulte prend rendez-vous, elle sera orientée directement vers la consultation de gynécologie classique du service. Ici, une offre est proposée aux deux types de publics, majeurs ou mineurs. Les rendez-vous du centre de santé sexuelle sont donc réservés aux mineurs et jeunes adultes jusqu'à 25 ans, le mercredi après-midi. Ils reçoivent presque exclusivement des filles pour des demandes de contraception ou bien de dépistages d'infections sexuellement transmissibles. En effet, la contraception reste une charge principalement féminine et on peut se demander dans quelle mesure l'accès à ce genre de consultations est rendu possible pour les garçons. Bien qu'inclus dans les enquêtes sur la santé sexuelle depuis l'épidémie de SIDA, les hommes restent en marge des questionnements sur la santé reproductive (Andro & Desgrées du Loû, 2009). La contraception masculine n'étant aujourd'hui que très peu démocratisée et les possibilités réduites (HAS, 2019) ce type de

⁴ Les trois femmes vues en consultation le jour de mon observation étaient d'origine arabe. Elles avaient entre 30 et 55 ans. Toutes parlaient français. Elles sont venues à pieds, seules ou accompagnées d'un enfant. Elles ont toutes accepté que je sois présente lors de la consultation.

consultations reste réservé aux femmes, bien qu'ils puissent les y accompagner. Les garçons peuvent tout de même avoir accès aux entretiens de conseil conjugal et familial, qu'ils investissent comme un espace sécurisant où ils peuvent poser leurs questions :

« ils s'interrogent sur leur relation à l'autre, quel que soit cet autre, après ça peut être des jeunes qui s'interrogent sur leur orientation sexuelle ou sur leur identité de genre et qui ont besoin d'un espace de parole pour pouvoir poser toutes les questions qu'ils se posent au moment de l'adolescence, en plein développement psychosexuel et ils n'ont pas d'autre espace pour pouvoir en parler. Et après c'est vraiment dans le mode relationnel quand c'est des débuts de vie amoureuse, surtout les jeunes filles se posent des questions sur ce qu'elles seraient prêtes à accepter ou pas dans leur relation. Souvent nous on est aussi dans cette interface-là. » (Hélène, une quarantaine d'années, conseillère conjugale et familiale du CSS n°1).

Ces questions sur les relations, le consentement, l'identité de genre ou encore l'orientation sexuelle font partie intégrante des thématiques abordées avec les jeunes lors des interventions en milieu scolaire d'Éducation à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle. Ces séances dont l'obligation depuis 2003 a été confortée en 2018, (Circulaire n° 2018-111 sur l'éducation à la sexualité, 2018) sont réalisées entre autres par les professionnelles des centres de santé sexuelle.

3. L'Éducation à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle, une activité à part entière

La circulaire Fontanet intègre en 1973 au programme de biologie une information sur la reproduction et y associe des séances d'éducation sexuelle facultatives, laissées à l'appréciation des chefs d'établissement et parents (Picod, 2013). L'« éducation sexuelle » est présentée à l'époque comme un moyen de lutter contre l'avortement, l'érotisme et la pornographie (Le Mat, 2018, p.107) mais elle a du mal à se faire une place face à l'« information sexuelle ».

Ce n'est que dans les années 80-90 que l'éducation à la sexualité dépasse véritablement la simple information sexuelle suite à la publication de la Charte d'Ottawa en 1986 qui pose les principes de la promotion de la santé (Le Mat, 2018). Le principe de base étant l'information des personnes leur permettant d'être responsables de leur santé et de leur bien-être, il s'applique largement à l'éducation à la sexualité. En 1996 l'éducation à la sexualité est imposée en milieu scolaire, envisagée comme « une éducation à la responsabilité, au rapport à l'autre, à l'égalité entre hommes et femmes » (Picod, 2013).

Ces interventions sont obligatoires à raison d'au moins trois séances annuelles pour chaque classe, de la primaire au lycée, comme l'indique la loi (Circulaire no 2003-027, 2003). A l'origine, les enseignants étant très peu formés sur ces questions, des partenariats se sont créés entre les établissements scolaires et les CPEF (Ledour, 2018). Or, il n'est pas précisé qui peut réaliser ces interventions, ni de quelle manière. La circulaire originale de 1973 fait mention du « tact » à adopter mais les limites sont floues (Le Mat, 2018, p. 108). Chacun peut finalement adapter son contenu de la manière qu'il l'entend.

Ainsi, le CSS n°1 se déplace dans les collèges et intervient généralement auprès des classes de 3^e. Elles sont le plus souvent deux, la conseillère conjugale et familiale et la sage-femme, accompagnées de l'infirmière scolaire. Comme j'ai pu l'observer, elles séparent d'emblée la classe en deux groupes, filles et garçons et chacune prend un groupe. Lors de la séance avec la première classe j'ai suivi le groupe des filles, accompagnée de la sage-femme du CSS n°1 et d'une sage-femme de PMI⁵. J'ai assisté à l'intervention avec les garçons lors de l'animation avec une seconde classe, réalisée par la conseillère conjugale et familiale du CSS n°1. L'infirmière scolaire n'était pas présente dans la classe ce jour-là. La disposition des salles de classe est modifiée pour que les participants et intervenants s'installent en cercle, ce qui permet de sortir du « cadre scolaire » et de faciliter les échanges.

Le déroulé peut varier en fonction des aléas, des questions des jeunes, de leur intérêt, mais la trame générale est celle-ci : premièrement, un tour de table permet à chacun de se présenter. Les règles de parole pour la séance sont choisies par les jeunes : « on ne se coupe pas la parole et éventuellement on lève la main pour parler », « on n'est pas obligées de parler », « on peut rire mais pas d'une autre personne », « on ne parle pas d'une histoire particulière ni de quelqu'un qui n'est pas présent » et « tout ce qui est dit reste dans la salle » (Journal de terrain). La sage-femme leur demande si elles savent dans quel cas elle a le devoir de lever le secret professionnel. Une jeune répond : « si il y a quelque chose de grave ». La sage-femme précise que cela est nécessaire « si on est inquiet pour votre santé ou que vous êtes en danger » mais que « ce n'est jamais fait dans le dos de la personne » (Journal de terrain).

Puis un photolangage autour de la question « qu'est-ce qu'une relation ? » ouvre les échanges. Les filles abordent ainsi de nombreuses thématiques : les différents types de relation (amicale, amoureuse, familiale, de travail, sexuelle), l'amour, le bonheur. L'intervenante pose de temps à autre des questions comme par exemple « Est-ce qu'il faut forcément être amoureux pour être heureux ? » (Journal de terrain). A l'unanimité les filles répondent que non. La discussion se fait dans la bienveillance avec parfois des rires qui

⁵ Cette sage-femme était présente pour se former à l'animation de ces sessions d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle afin d'en mettre en place dans son secteur de PMI.

dissimulent une certaine gêne des filles à prendre la parole ou à aborder certains sujets portant plus sur la sexualité. Lorsqu'on aborde le sujet de la relation mère-fille, on remarque que c'est un sujet sensible pour l'une des jeunes, l'intervenante change alors rapidement de sujet en interrogeant la suivante sur l'image qu'elle a choisie. Elles abordent ensuite les relations avec des personnes d'âge différent, la notion de majorité sexuelle, le viol, la consommation d'alcool, les règles et limites posées par les parents, ainsi que la relation à soi et l'acceptation de son corps. Les sujets abordés sont disparates et il n'y a pas d'ordre. Ils naissent de la description que chaque fille fait de son image. L'intervenante rebondit régulièrement sur ce qu'elles expriment pour approfondir les réflexions. Selon les professionnelles du CSS les garçons et les filles ne s'approprient pas les images de la même manière, « les filles vont plus profond » (Journal de terrain). En effet, j'ai pu observer que les garçons restent plus descriptifs par rapport aux images : « c'est un couple heureux, une relation amoureuse », « ça représente l'amour, ils ont fait un enfant et il est content, il a sa tête sur son ventre », « elle sourit, elle est contente, c'est une relation amoureuse » (Journal de terrain). Beaucoup de propos sexistes de la part des garçons m'ont surprise voire m'ont mise en colère : « il veut être gentil alors il fait le ménage pour aider sa femme », « c'est logique que les footballeurs hommes soient mieux payés », « un mec bien c'est un mec gentil, qui la bat pas quoi » (Journal de terrain). Ils ont une vision très négative des relations de couple, les filles étant selon eux des manipulatrices. La conseillère conjugale et familiale garde son calme face à ces propos et interroge le groupe « vous êtes d'accord ? vous êtes sûrs ? » afin que la réflexion et les réponses viennent d'eux. Malgré tout, lorsque la majorité s'accorde autour d'un commentaire stéréotypé, elle leur donne son avis en restant dans la bienveillance et sans jugement. Cela a été difficile pour moi de ne pas répondre dans ces situations.

Dans un second temps, les intervenantes utilisent comme outils un « conte » dans lequel l'histoire vraie d'un couple, anonymisée, est présentée aux jeunes avec des pauses régulières afin qu'ils s'interrogent sur leurs propres réactions face aux situations exposées, qu'est-ce qu'ils auraient dit ? Qu'est-ce qu'ils auraient fait ? Ce moment permet également aux intervenantes de présenter les moyens de contraception de façon contextualisée et d'évoquer la contraception d'urgence et l'IVG en plus de réflexions sur le consentement, la grossesse etc. J'ai pu voir cet outil utilisé avec le groupe des garçons. Lors de la séance précédente avec les filles, la discussion lors du photolangage était fluide et très riche. La sage-femme a fait le choix de ne pas l'interrompre et de réaliser l'animation avec ce seul outil, les sujets de la relation de couple, de la contraception, de l'IVG et de la grossesse ayant été abordés au cours des échanges.

Enfin, quelques minutes à la fin de la séance sont dédiées au « retour en mixité » où via des rapporteurs, les filles présentent les photos choisies et les thèmes abordés aux garçons et vice versa. Selon la conseillère conjugale et familiale, ce moment permet de

balayer des stéréotypes de genre, chaque groupe pouvant répondre à l'autre sur des questions qu'ils souhaiteraient leur poser. La séance dure environ 2h. A la fin de la séance, quatre filles ont pris en photo les coordonnées du centre de santé sexuelle (et aucun garçon).

Les sage-femmes, la conseillère conjugale et familiale et l'infirmière scolaire prennent alors un temps pour débriefer les deux séances de la matinée. Elles échangent avec l'infirmière à propos des jeunes qu'elles ont trouvé en difficulté sur certains sujets et qui pourraient vivre des situations difficiles. Il sont souvent plusieurs à se rendre chez l'infirmière scolaire dans les jours qui suivent une intervention.

Dans le CSS n°2 l'intervention a lieu dans les locaux de la PMI. Les collègues étant relativement proches géographiquement, les élèves se déplacent sur une demi-journée accompagnés de l'infirmière scolaire et généralement d'un professeur ou d'un assistant de vie scolaire. L'infirmière scolaire assiste à l'intervention. En effet Christine m'indique que d'un point de vue légal les élèves ne peuvent pas être laissés seuls sans un représentant de l'éducation nationale. Ils sont souvent deux car c'est le minimum pour réaliser le trajet depuis le collège avec une trentaine d'élèves. S'il y a un autre accompagnant que l'infirmière scolaire par exemple un professeur ou un assistant de vie scolaire, la personne qui mène la séance demande aux jeunes s'ils acceptent qu'il reste ou s'ils préfèrent qu'il reparte. La séance est généralement réalisée par la médecin gynécologue du CSS. Elle est accompagnée d'une conseillère conjugale et familiale ainsi que d'une infirmière ou d'une sage-femme. La séance commence en classe entière, filles et garçons mélangés. Je remarque que leur placement autour de la grande table centrale est assez homogène, il n'y a pas un côté de filles et un côté de garçons. La médecin introduit la séance en faisant référence au cours de SVT sur la puberté. Elle leur demande « de quoi est-ce que vous vous souvenez ? Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur la puberté ? ». Les élèves évoquent rapidement les hormones, les changements physiques, psychologiques... Ainsi démarre la discussion, les jeunes se répondent entre eux, se complètent, posent des questions. Ils partent des changements physiques de la puberté pour ensuite aborder les changements psychologiques, « on n'a plus la même mentalité » (Journal de terrain). Lorsque des stéréotypes de genre se glissent dans la discussion, les réponses ne tardent pas, comme par exemple à la question « qui doit faire le premier pas ? » certaines filles répondent que c'est aux garçons. Ceux-ci répondent immédiatement « Non, les filles aussi peuvent, peu importe » (Journal de terrain). Ce n'est pas toujours la médecin qui remet en question les propos des uns et des autres mais les élèves entre eux. Ils évoquent la réputation, le mariage, le poids de la famille, de la religion et de certaines cultures, le manque de respect et les violences conjugales mais aussi l'homosexualité, l'homophobie et les grossesses non désirées.

Quelques jours/semaines avant l'intervention, l'infirmière scolaire distribue aux élèves un questionnaire évaluant leurs connaissances, notamment sur la contraception et les IST. Ils peuvent également poser leurs questions ou mentionner les thématiques qu'ils aimeraient voir aborder lors de la séance dans un encadré libre. Ces questionnaires sont lus par les intervenantes avant la séance et leurs permettent de repérer les éventuels sujets importants à aborder pour les jeunes. Lors de la séance que j'ai pu observer elles n'avaient pas pu les lire en amont faute de temps et l'ont fait au décours de la séance afin de vérifier que rien n'avait été oublié. Françoise me rapporte lors de notre entretien que les jeunes se saisissent rarement de cet espace libre sur les questionnaires. Environ 1h avant la fin de la séance les filles et les garçons sont séparés en deux groupes. On fait visiter aux filles (et pas aux garçons) les locaux et notamment le bureau de consultation gynécologique. Les garçons eux vont dans une autre salle et commencent d'emblée les discussions en demi-groupe autour des moyens de contraception et des questions à propos de la sexualité qu'ils n'auraient pas osé poser en classe entière. Lors de mon observation je suis restée avec le groupe des filles qui, après avoir fait rapidement le tour du service, sont de nouveau invitées à prendre place dans la salle. Elles peuvent alors poser les questions qu'elles souhaitent. C'est aussi à ce moment-là que leur sont présentés les moyens de contraception. La médecin montre aux filles la planche anatomique féminine. Françoise m'explique que c'est toujours le médecin ou la sage-femme qui animent le groupe de filles. Selon elle, il est important qu'elles puissent aborder les aspects plus « techniques » liés à la grossesse et à la contraception. Elle ne se sent pas à même de pouvoir répondre à toutes les questions qu'elles pourraient poser malgré le fait d'être une femme d'une cinquantaine d'années avec une formation d'infirmière. Les méthodes de contraception sont présentées les unes après les autres par la médecin avec un passage très rapide sur le préservatif, présenté plus en détail aux garçons selon Françoise. Elle m'explique qu'avec les filles les questions autour des règles, de l'IVG, de la grossesse et de l'accouchement sont abordées, ce que j'ai pu observer, alors que chez les garçons on abordera plutôt des questions par rapport aux relations sexuelles, à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle. La séance prend fin et les élèves sont invités par l'infirmière scolaire à remplir un questionnaire d'évaluation dans les jours qui suivent.

On voit bien que la manière de mener ces interventions malgré de nombreuses similitudes diffère sur certains points. La médecin a plus de facilités à introduire la séance en partant de données biomédicales. Elle présente les moyens de contraception comme elle pourrait le faire lors d'une consultation. La conseillère conjugale et familiale qui a une formation d'assistante sociale a plus d'affinités pour les questions qui tournent autour des relations, du consentement, des violences sexistes et sexuelles. On voit que la formation initiale des professionnels a un impact sur le déroulé des interventions. En fonction de

l'intervenant et de son expérience, la séance n'est pas la même. Il en est de même en fonction des classes et des niveaux des élèves.

Réaliser ces interventions auprès d'élèves de 13 à 15 ans autour d'un sujet tel que le sexualité ne va pas de soi et demande aux professionnels une grande capacité d'adaptation. Or, les intervenants en Education à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle (EVRAS) ne sont pas tous formés comme me l'explique Hélène, CCF du CSS n°1 :

« Chaque établissement scolaire est libre de réaliser ces séances comme il le souhaite. Donc ça peut vouloir dire en interne, par le prof de SVT. Ou l'infirmière, qui explique devant toute la classe comment mettre un préservatif à des classes de 5^e [dit sur un ton ironique] parce que c'est arrivé... Et du coup ces temps ne sont pas forcément faits par des professionnels qui sont formés en éducation à la vie affective et sexuelle. Alors, je ne dis pas que ce sont des personnes qui n'ont pas de compétences mais pas ces compétences spécifiques là. Et pour moi c'est indispensable. » (Hélène, CCF du CSS n°1.)

Certains comme Françoise et la conseillère conjugale et familiale du CSS n°2 ont pu suivre des formations dispensées par des organismes comme le CRIPS Ile de France (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes).

« on a été formées au CRIPS en 2010 et 2011. On est montées à Paris au CRIPS qui nous a formées sur deux fois une semaine je crois, sur les outils, comment aborder les jeunes en collectif. On a pas mal parlé à l'époque des IST, des addictions. Les préservatifs là pour ce préservatif, voilà ça, c'était. » (Françoise, une cinquantaine d'années, infirmière au CSS n°2).

D'autres comme Christine se forment « sur la tas ». Leur formation initiale permet à la majorité des professionnels de PMI et de CSS d'avoir les connaissances nécessaires pour réaliser ces séances. Cependant, il n'est pas inné pour la majorité d'entre eux d'animer un groupe d'élèves de 13 à 15 ans. Cela ne fait pas partie de leurs formations respectives. De plus, il est nécessaire d'avoir les outils et méthodes appropriées pour aborder des sujets de santé sexuelle qui peuvent être sensibles. Comme me l'explique Françoise, une actualisation continue des connaissances est nécessaire pour pouvoir répondre au mieux aux questions des élèves :

« Mais là, maintenant, moi j'aimerais bien avoir des notions un petit peu plus approfondies par rapport, voilà à tout ce qui tourne autour des réseaux sociaux, comment on peut l'aborder. Parce que les jeunes en savent cent fois plus que nous. [...] Moi y a des

fois y a des gamins qui me posent des questions, je sais pas de quoi ils parlent et je le lui dis, je lui dis, écoute, là je peux pas te répondre sincèrement, tu me parles de quelque chose que je sais pas. » (Françoise, une cinquantaine d'années, infirmière au CSS n°2).

Enfin, au cours ou au décours de ces séances, des révélations peuvent être faites par les élèves aux intervenants à propos de violences subies. Une entrée précoce dans la sexualité ou des comportements à risque sont des marqueurs de risque de violences subies actuelles ou passées (Ledour, 2018). Il faut alors être à même de savoir écouter, recueillir les propos des victimes et appliquer les démarches nécessaires. « L'appartenance des CPEF au service départemental de PMI et la proximité institutionnelle avec ses autres acteurs sensibilisent les professionnels des CPEF au repérage des violences. » (Ledour, 2018). Des professionnels non formés à ces questions et qui ne sont pas du domaine de la protection de l'enfance peuvent être en difficulté face à ces situations. Cela peut mener à une perte de chance pour l'enfant si les démarches ne sont pas réalisées dans les règles ce qui entraîne une perte de temps et d'information.

Comme nous l'avons vu précédemment il n'y a pas que des professionnelles du conseil départemental qui interviennent lors de ces séances mais également des associations.

II. Enjeux d'une coordination

Parmi les différents acteurs intervenant dans la prévention en santé sexuelle sur le département, nous pouvons trouver plusieurs associations qui participent de près ou de loin à l'accompagnement des personnes sur ces questions. Nous verrons dans cette partie quelle place est faite aux associations, quel est leur rôle et comment elles s'articulent avec les autres acteurs du département.

1. La place des associations en santé sexuelle

De nombreuses associations interviennent en promotion de la santé sexuelle sur le département : le Mouvement Français du Planning Familial, le PEPA, le CIDFF, et bien d'autres encore. J'ai pu rencontrer les responsables de plusieurs d'entre elles dont VivreSida, le Mouvement du Nid, le CODES34 (Comité Départemental d'Education pour la Santé) et Le Spot, centre de santé sexuelle communautaire porté par l'association AIDES (association de lutte contre le sida et les hépatites en France et en Europe).

VivreSida est une association de lutte contre le Sida créée en 1995 basée à Sète. Elle est présidée par Marc, un homme d'une cinquantaine d'années ayant une formation d'éducateur. Il est accompagné dans ses missions par Julie, une trentaine d'années, qui a une formation initiale d'assistante sociale et qui s'est formée récemment en tant que conseillère conjugale et familiale. L'association a pour missions l'accueil des personnes concernées soit par les hépatites soit par le VIH à qui ils proposent de la médiation en santé, de l'aide administrative ainsi que la possibilité d'un suivi psychologique. Ils réalisent également du dépistage par TROD (test rapide d'orientation diagnostique) du VIH et des hépatites B et C dans les locaux de l'association ainsi que du dépistage hors les murs. Ils accompagnent cette action d'une intervention de prévention et d'information auprès des jeunes en insertion dans les Missions Locales autour du Bassin de Thau, dans les lycées professionnels ou au CFA (Centre de Formation des Apprentis). Ils réalisent lors de la plupart de leurs actions une ou deux heures d'information collective où ils abordent la santé sexuelle de manière générale avec des PowerPoint comme supports. Ils proposent ensuite des entretiens individuels pour ceux qui le souhaitent. Ils sont intervenus pendant une vingtaine d'années dans les établissements scolaires mais leur financement par l'ARS pour cette mission a été arrêté. Ils auraient aimé intervenir dans des établissements scolaires tout en réalisant des TROD ce qui est impossible pour l'Education Nationale. En effet, cela impliquerait d'une certaine manière de réaliser des consultations et des examens dans l'enceinte des établissements ce qui n'est pas autorisé par les règlements. Un adulte

extérieur à l'institution ne peut pas être laissé seul avec un ou plusieurs élèves. L'association ne souhaitant pas réaliser d'interventions sans y coupler une proposition de dépistage, ils ont préféré cibler leur action sur d'autres publics. Ils interviennent dans les CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) et au SUS (association Solidarité Urgence Sétoise pour les personnes sans domicile fixe). Auprès de ce public ils ne réalisent pas d'interventions collectives comme avec les jeunes mais ils interviennent à l'accueil de jour où les personnes viennent par exemple prendre leur café le matin. Ils les rencontrent et leur proposent un entretien au cours duquel ils donnent des informations de prévention et réalisent le dépistage. Ils dépistent ainsi en moyenne 40 à 50 personnes sur quatre matinées par an, avec un taux de positifs assez important selon Marc, le président de l'association. Ils interviennent également auprès des publics migrants au CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile). Ils sont souvent confrontés à la barrière de la langue et ne peuvent pas réaliser les mêmes interventions qu'auprès des jeunes. Cependant, ils se servent d'images pour expliquer ce qu'est le VIH et comment s'en protéger. Enfin, ils travaillent avec l'association Concerthau⁶ et interviennent auprès de femmes d'origine maghrébine pour la majorité. Selon eux, ils ont appris à aborder les sujets de sexualité de façon neutre :

« cette question de la neutralité, notamment quand on va dans certains lieux comme à Concerthau face à des femmes maghrébines, on n'a pas intérêt à avoir un discours qui soit religieux ou quoi que ce soit hein, ou hyper féministe parce que ça peut les heurter, c'est pas du tout adapté, on va pas leur dire « quittez vos maris parce qu'ils vous trompent ou parce qu'ils ont plusieurs femmes ». Par contre on leur fait prendre conscience que voilà, il y a des femmes elles savent, elles nous disent « moi je sais ce que j'ai fait mais lui je sais pas trop, des fois il va là-bas au pays » bah voilà si t'as des doutes tu fais les tests et voilà. Mais on va pas lui dire « c'est pas bien ce qu'il fait », on n'est pas là pour juger les modes de vie des uns et des autres. Je trouve que la neutralité ça permet aussi la longévité qu'on a à l'association. » (Marc, une cinquantaine d'années, éducateur et président de l'association VivreSida).

Ils adaptent leur intervention à chaque public qu'ils rencontrent. Cependant, ils ont une vision bien définie de ce que devraient aborder les séances d'éducation à la sexualité auprès des jeunes :

« Je sais que certaines sage-femmes de PMI interviennent dans ces groupes, tout ça mais c'est... C'est pas ciblé sur des prises de risque et tout, c'est du photolangage, c'est sur la vie amoureuse de façon générale, c'est très flou, en tout cas pour ce que nous en disent les jeunes ça répond pas aux questions sur la sexualité. Nous on était sur du concret. Dès

⁶ Association d'éducation populaire qui œuvre pour l'insertion et la redynamisation sociale.

la 3^e on répondait, les risques, les IST, les muqueuses, la taille du sexe, la durée du rapport, les questions que eux nous posaient hein. Et ça, ça n'est plus fait. Après voilà je sais pas. Je sais plus ce qui se fait. Je sais qu'on a tendance à faire des théâtres forums, des trucs, mais on est sur, on n'est pas sur le concret. » (Marc, une cinquantaine d'années, président de l'association VivreSida).

Le mouvement du Nid est une association militante qui agit sur les causes et les conséquences de la prostitution. Elles accueillent et accompagnent des personnes en situation de prostitution mais ont également comme objectif de faire du plaidoyer politique, de l'information et de la sensibilisation. Leur action de prévention auprès des jeunes s'inscrit dans ce cadre. L'association est agréée par le Ministère de l'Education Nationale pour pouvoir intervenir en milieu scolaire et intervient principalement dans des collèges et des lycées mais également dans des missions locales. De plus, il y a de plus en plus de demandes pour que l'association intervienne dans des écoles primaires. Ce sont les établissements scolaires qui viennent à leur rencontre pour organiser les interventions et leur planning est complet dès novembre. Cette année les intervenantes de l'association ont dû refuser une dizaine d'établissements faute de disponibilité. Elles réalisent des interventions toutes les semaines. Trois à quatre jours par semaine sur leur planning sont dédiés aux interventions auprès des jeunes. La région et le conseil général ont mis en place le dispositif Génération égalité qui finançait trois associations dont le Planning Familial, le CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles), et Prévention Plurielle, pour intervenir dans les lycées qui, sans cela, n'avaient pas les moyens de faire venir des professionnels pour réaliser les interventions d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Ces associations interviennent dans les classes de seconde selon un déroulé type construit avec la région. Le Mouvement du Nid ainsi que d'autres associations ont intégré le dispositif dans un deuxième temps afin de renforcer les effectifs d'intervenants. Ces derniers sont autorisés à intervenir de la manière dont ils le souhaitent mais en contrepartie ils sont financés pour intervenir dans moins de lycées que les trois associations partenaires historiques.

Les interventions sont réalisées par Maëva, salariée de l'association et une étudiante en service civique, avec l'appui de bénévoles. Elles gardent la classe complète et sont toujours accompagnées d'un personnel de l'éducation nationale, un professeur ou l'infirmière scolaire. Elles travaillent principalement lors des interventions sur les relations hommes-femmes et sur les question de stéréotypes de genre et de violences sexistes et sexuelles. Elles n'abordent pas de façon détaillée l'information sur la contraception par exemple, n'étant pas qualifiées pour cela selon Maëva.

A côté des CSS gérés par le département, deux CSS sont confiés au Mouvement Français du Planning Familial, association militante créée en 1956 afin de défendre le droit

à la contraception, à l'avortement et à l'éducation à la sexualité. Cette association a néanmoins toujours été en lien étroit avec l'Etat pour la mise en œuvre des politiques de santé sexuelle (Romerio, 2022). En effet pendant de nombreuses années c'est cette association qui réalisait une grande partie des consultations liées à la contraception ou encore des interventions d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire.

Or aujourd'hui, alors que la direction de la PMI souhaite réinvestir la prévention en santé sexuelle sur le département, l'Education Nationale prend ses distances avec l'association militante. C'est ce que m'explique lors de notre entretien l'infirmière conseillère technique de la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale, accompagnée de l'assistante sociale conseillère technique. Selon elles, pour aborder ces thématiques avec les jeunes un discours basé seulement sur le médical ne fonctionne pas et il en est de même pour un discours militant. En effet, elles insistent sur le fait qu'une co-construction des interventions est nécessaire entre l'Education Nationale et les associations.

« S'ils arrivent clés en main ça ne passe jamais » (Sophie, une cinquantaine d'années, infirmière conseillère technique à la DSDEN de l'Hérault).

On touche ici à la question de la neutralité de l'Education Nationale, principe que se doivent de respecter les enseignements (Le Mat, 2018, p.115). Les infirmières scolaires sont les garantes du respect de cette neutralité, leur présence étant obligatoire lors des séances d'Education à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle.

« Il faut une discussion avant et après l'intervention sur ce qui va se faire et comment cela s'est passé, sur les souhaits de chacun, sur comment est la classe, quels sont les besoins particuliers de chaque classe, leur niveau de connaissance, d'attention, d'écoute, les problématiques propres à chaque classe... Il faut également une adaptation de l'association par la suite par rapport aux retours des élèves, aux questions qui ont émergé les années précédentes etc. Il faut partir de ce que savent les élèves et engager un dialogue. » (Sophie, une cinquantaine d'années, infirmière conseillère technique à la DSDEN de l'Hérault).

Ainsi, l'éducation nationale cherche de plus en plus à collaborer avec les services départementaux pour la réalisation de ces séances obligatoires auprès des élèves.

Plusieurs associations sont agréées par la Ministère de l'Education Nationale ou l'Académie pour délivrer ces interventions comme le Planning Familial, le Mouvement du Nid, l'AFCCC, le PEPA ou encore le Colosse au Pied d'Argile. Cependant, le choix de l'intervenant revient aux chefs d'établissements. C'est pourquoi dans certains collèges des professionnels libéraux interviennent, notamment des sage-femmes alors que cela est

interdit comme me l'indique Sophie. En effet, ces professionnels ne peuvent pas faire de « publicité » pour leur activité et c'est le cas lorsqu'ils orientent les élèves vers leurs consultations qui sont payantes et non gratuites comme dans les CSS ou auprès des associations. C'est alors la responsabilité du chef d'établissement qui est mise en jeu s'il y avait un problème au cours ou au décours de l'animation.

L'éducation nationale a rencontré des problèmes avec certaines associations, notamment avec celles qui n'avaient pas l'agrément. En effet, il est arrivé que certaines d'entre elles soient prises au dépourvu et n'accompagnent pas les élèves lorsque ceux-ci leur ont fait part, par exemple, de violences subies, le cadre de ces séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle favorisant ce type de confidences. Or, ce type de révélation nécessite un accompagnement qui demande du temps à l'issue de la séance pour gérer la situation. Ce temps supplémentaire n'est généralement pas comptabilisé dans la prestation des associations qui interviennent. Cette charge est alors reportée sur les infirmières scolaires ce qui peut les mettre en difficulté, notamment si elles n'étaient pas présentes lors de la séance et des révélations, car elles se retrouvent à gérer seules un cas complexe ou délicat. Parfois les intervenants associatifs font les déclarations sans donner de noms par exemple, ce qui ne vaut rien par la suite pour la prise en charge qui est impossible si on ne connaît pas l'identité de l'enfant. Il semble y avoir de grosses difficultés de ce point de vue-là dans le travail avec les associations. Hélène, conseillère conjugale et familiale au CSS n°1 me fait ce même retour, normalement « *c'est celui à qui on révèle qui doit faire l'écrit* ». Il peut y avoir un manque de formation des professionnels qui ne sont pas du domaine de l'aide sociale à l'enfance et qui réalisent des séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle.

D'un point de vue financier, le travail avec des associations sur ces interventions peut également soulever quelques problématiques. En effet, Sophie, infirmière conseillère technique de la DSDEN m'explique qu'il y a pu y avoir parfois des incohérences. Les associations qui interviennent en milieu scolaire demandent généralement des subventions au département, à la région, à l'ARS ou à l'Académie pour cela, en répondant à des appels à projets. Cependant, l'Education Nationale n'a pas de retour sur ce qui a été fait et dans quels établissements de même que l'ARS ou le département. Les chefs d'établissement ne communiqueraient ces données que directement avec le Ministère si cela leur est demandé m'indique Sophie. C'est là un point important, personne ne sait vraiment ce qui est fait, par qui et où. D'ailleurs, il est arrivé que certaines associations facturent des interventions à certains établissements alors qu'elles avaient obtenu des subventions pour y intervenir. L'intervention des professionnels du département évite ce genre de problèmes puisqu'ils sont rémunérés directement par le département pour réaliser ces missions. Ainsi, il n'y a aucuns frais supplémentaires pour les établissements scolaires lorsqu'ils interviennent.

Suite à ces différentes problématiques Sophie, infirmière coordinatrice technique à le DSDEN, m'explique que les infirmières scolaires privilégient maintenant au maximum le travail avec les personnels du conseil départemental pour venir faire les interventions.

Malgré tout, le manque de personnels ne permet pas de couvrir le nombre de séances par élève requis par la loi (circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003) à savoir trois séances par an et par élève. C'est ce que me confirme Sophie. Même sans avoir accès au détail de ce qui est fait en terme d'EVARS dans chaque établissement, elle « *ne connaît pas un établissement qui en fait une [intervention] par an et par élève* » (Sophie, une cinquantaine d'années, infirmière conseillère technique à la DSDEN de l'Hérault).

Alors comment allier le travail des associations à celui des CSS ? On comprend qu'une forme de concurrence se génère entre les différents acteurs qui interviennent auprès d'un même public. Pourtant, un travail en commun et l'instauration d'un dialogue pourrait permettre de combler les manques et de mieux répartir l'offre sur le territoire.

2. Concurrence ou collaboration ?

L'évolution de l'éducation à la sexualité dispensée aux jeunes dans les établissements scolaires a peu à peu créé un « marché concurrentiel entre les associations de terrain qui interviennent dans les établissements » (Le Mat, 2018, p.119) afin de répondre aux convictions éthiques et morales de chacun, chefs d'établissements et parents d'élèves.

En effet, dans les termes employés par les professionnels on retrouve souvent des mots du registre commercial faisant référence au mécanisme de concurrence : « visibilité », « se faire connaître », « travailler avec ». Comme me l'explique Hélène, se sont parfois elles qui vont au-devant des chefs d'établissements et infirmières scolaires pour « vendre » leur intervention :

« nous on est un centre de planification qui a été relancé en interne relativement récemment donc avec mes collègues on a fait ce travail de se refaire connaître auprès de nos partenaires potentiels. Et ça a été l'occasion de réactiver une volonté de certains établissements scolaires de pouvoir proposer des séances d'éducation à la sexualité » (Hélène, une quarantaine d'années, conseillère conjugale et familiale du CSS n°1).

Malgré tout, tous s'accordent à dire qu'il y a du travail et de la place pour tout le monde. En ce qui concerne les interventions d'Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle, certaines classes bénéficient de plusieurs séances réalisées par des acteurs différents. Selon la conseillère conjugale et familiale, cette diversité d'acteurs et donc

d'approches peut être enrichissante pour les jeunes et permettre que plus de classes puissent avoir accès à ces séances. Cependant elle met en avant le fait que tous n'ont pas la même documentation et évoque à demi-mot les enjeux éthiques qui peuvent exister :

« on est intervenues dernièrement dans un lycée où il y avait plusieurs acteurs en santé sexuelle et c'est super mais on n'a pas non plus la même documentation. Nous quand on intervient dans les établissements scolaires, on n'est pas là pour faire la pub de notre service. » (Hélène, une quarantaine d'années, conseillère conjugale et familiale du CSS n°1).

En effet, comme j'ai pu en discuter avec d'autres professionnels, quelques personnes ont pu user de ces interventions pour inciter les jeunes à venir consulter dans leur établissement, l'anonymat des mineurs n'étant pas garanti ni la gratuité des séances, ce qui est obligatoire dans les CSS. Hélène ne ressent pas pour autant de sentiment de concurrence :

« On est là pour expliquer les missions de notre service mais aussi de nos collègues. En tout cas moi, ma manière de travailler, ce sont vraiment mes collègues et pas du tout des concurrents dans ce vaste domaine qu'est le champ de la santé sexuelle puisqu'on travaille ensemble et en fonction des associations on n'est pas tous ouverts les mêmes jours, sur le même territoire et je trouve qu'on est vraiment complémentaires. Et puis, en ce qui concerne l'intime, ça me semble fondamental aussi d'être à l'aise avec le ou la professionnelle qu'on va avoir pour pouvoir parler de ces questions très très personnelles. Et si on n'est pas à l'aise avec tel professionnel de telle structure bah heureusement qu'il y a d'autres professionnels d'autres structures avec qui on va peut-être s'autoriser l'expression d'une parole parce que les relations humaines qui vont se... euh... se réaliser à ce moment-là le rendront possible » (Hélène, une quarantaine d'années, conseillère conjugale et familiale du CSS n°1).

Le nombre de séance d'EVRAS par établissement étant largement inférieur à celui prévu par la loi, une coordination des différents acteurs, départementaux et associatifs permettrait de répartir l'offre sur le territoire et de mettre en place des projets de plus grande ampleur comme ce qui a pu être fait dans un collège où est intervenue Hélène :

« Là le dernier établissement scolaire avec qui on a travaillé et qui sont vraiment très investis quant aux questions d'éducation à la sexualité, l'assistante sociale et l'infirmière scolaire font un niveau de classe en binôme, le Planning Familial intervient sur un autre niveau de classe, et nous ils nous ont demandé d'intervenir encore sur un autre

niveau de classe. » (Hélène, une quarantaine d'années, conseillère conjugale et familiale du CSS n°1).

Mais réunir des acteurs autour d'un même projet peut se révéler compliqué. Au-delà de méthodes de fonctionnement et d'organisation différentes, la définition et la conception de l'éducation à la sexualité diffèrent et le terme même de santé sexuelle ne fait pas l'unanimité parmi les acteurs de santé sexuelle. Dans son enquête sur la mise en œuvre de politiques publiques de santé sexuelle au sein de trois associations du Planning Familial, Alice Romerio énonce qu'au sein même de l'association militante du Planning Familial, le facteur organisationnel ainsi que le facteur individuel influencent la mise en œuvre de la prévention en santé sexuelle et de l'éducation à la sexualité auprès des jeunes (Romerio, 2022). D'une association à l'autre, le discours et les pratiques diffèrent. Beaucoup d'acteurs interrogés demandent ce que signifierait « être en bonne santé sexuelle ». En effet, le terme santé renvoie au fait d'être en bonne ou en mauvaise santé. Quelque chose qui serait trop binaire pour juger d'un « bien-être ultime dans tous les aspects de sa sexualité » (OMS).

« Moi c'est un truc qui me fait peur. « Santé sexuelle » j'aime pas ce mot. Ça fait sérieux, ça fait très... Bah santé ça fait médecin, ça fait, on va me surveiller, on va me juger. Moi santé c'est ça, c'est quand je vais chez le dentiste ou chez l'ophtalmo, c'est ça la santé. En tout cas la première fois où on a entendu ça on s'est dit « mmmh » et maintenant on commence à s'habituer » (Julie, une trentaine d'années, conseillère conjugale et familiale de l'association VivreSida).

Les acteurs définissent ce terme de santé sexuelle globalement de la même façon, avec cependant des points plus ou moins mis en avant, notamment de par leur statut et formation. Les médecins et infirmiers vont souvent mettre en avant les aspects biomédicaux, le fait qu'une bonne santé sexuelle est associée à la protection contre les IST et les grossesses non désirées. Les travailleurs sociaux et CCF mettront plus en avant le fait de ne pas être victime de violences, notamment conjugales, le respect du consentement, de son orientation sexuelle, de son identité de genre (Gelly, 2011). Aurore Le Mat décrit ainsi deux « éthiques sexuelles », l'une à l'approche naturaliste et l'autre à l'approche sociale (Le Mat, 2018, p. 626-627). Pour les associations et professionnels du social on retrouve une certaine volonté de démedicalisation de l'éducation à la sexualité. Malgré tout, tous s'accordent sur le fait que la « santé sexuelle » est un concept touchant la personne dans sa globalité. Pour chacun, faire de la prévention en santé sexuelle vise à prévenir tant les IST et les grossesses non désirées que les violences sexuelles et sexistes.

Selon les professionnels de la prévention en santé sexuelle, la réalisation de ces séances par les professeurs de SVT ou enseignants d'autres matières ne serait pas optimale. En effet il est nécessaire que les enseignants sortent de l'« information sexuelle » (Le Mat, 2018) des cours de biologie encadrés par une objectivité scientifique synonyme

de neutralité, abordant l'anatomie et les mécanismes de reproduction pour aller vers l'« éducation sexuelle » (Le Mat, 2018). Cependant, des formations sont aujourd'hui dispensées par les Académies, qui permettent de donner aux professionnels de l'Education Nationale qui les suivent une légitimité et un cadre sécurisant pour aborder les questions de sexualité avec les élèves (Le Mat, 2018, p.406). C'est également le moyen de déployer un discours institutionnel homogénéisé en éducation à la sexualité.

C'est justement cette logique institutionnelle que recherchent certains professionnels du département aujourd'hui. Selon Françoise, l'interconnaissance et la coordination des professionnels du département serait enrichissante :

« Oui, parce que déjà pour partir dans l'idée que si on a un message à donner de la part de la même institution, qu'on ait le même message et les mêmes modalités d'intervention, moi ça, ça me conforterait. Et parce que du coup on pourrait être transposables d'un territoire à l'autre. Si vraiment la DPMI fait un choix d'étendre cette mission à part entière, c'est à dire avoir des agents rattachés au centre de planification, au centre de santé sexuelle pour développer cette action, moi je suis tout à fait d'accord. Et j'adhère à 200% parce que je pense que du coup on pourrait intervenir beaucoup plus largement. Du coup, si on intervient plus largement et si on est des professionnels formés, qu'on soit formés à l'identique de manière à pouvoir, voilà donner la parole aux jeunes, la même » (Françoise, une cinquantaine d'années, infirmière en Centre de Santé Sexuelle départemental n°2).

Elle évoque en effet le fait que des professionnels d'une même institution devraient avoir un discours similaire face aux jeunes, ce qui leur donnerait une plus grande légitimité et visibilité en tant qu'« entité propre ». C'est ce qu'exprime également Hélène, conseillère conjugale et familiale du CSS n°1. Selon elle, il est important qu'il y ait une cohérence et une continuité dans le discours des différents professionnels de prévention en santé sexuelle que peuvent rencontrer les jeunes afin de réellement leur apporter une aide, des informations, des réponses et non de la confusion.

En effet, le cadre posé par la circulaire est large et permet à différentes visions de poser leur discours, qu'il soit basé sur une approche plus biomédicale ou sociale, axé sur les rapports de genre ou l'orientation sexuelle.

Plus généralement sur l'entièreté du département la demande reste importante. Des collaborations à plus ou moins grande échelle entre institutions et associations permettraient de s'organiser pour que chaque classe ait enfin trois séances par an comme le veut le loi. Cela pourrait aussi permettre d'innover et de proposer des animations plus adaptées et plus attractives en faisant intervenir par exemple des associations culturelles

pour travailler avec les jeunes sur ces thématiques autour du dessin, de la musique etc. (Romerio, 2022).

De plus, la collaboration entre institutions et associations permettrait d'améliorer la prise en charge des jeunes lors de situations plus complexes. C'est la demande notamment des professionnels plus isolés sur le territoire [à l'extérieur de Montpellier] comme l'éducateur et la CCF de l'association VivreSida :

« on essaye d'avoir des réseaux de réponse pour faciliter le parcours des personnes que l'on repère » (Marc, une cinquantaine d'années, président de l'association VivreSida).

En effet, les personnes que reçoit l'association sont souvent en grande précarité et l'accès aux soins peut se révéler être un vrai parcours du combattant comme l'illustrent l'éducateur et la CCF en me donnant l'exemple d'un monsieur qu'ils avaient vu la veille. Cet homme avait été dépisté il y a deux ans et était porteur d'une hépatite. Il avait alors été orienté par l'association vers l'hôpital pour qu'il réalise des examens. Mais le monsieur est revenu à l'association car il n'arrivait pas à obtenir de rendez-vous.

« Ca nous a pris une heure et demi, et on n'a pas trouvé à l'hôpital... On a trouvé sur le privé et enfin... Des appels téléphoniques « tapez 1, tapez 2, tapez 3 », on n'a jamais personne en face, en tout cas à l'hôpital on n'a réussi à avoir personne. Ni par téléphone, ni par internet pour prendre un rdv parce qu'il n'y avait pas la bonne case à cocher donc on ne pouvait pas prendre rdv. En privé on a réussi à avoir quelqu'un et on a eu une partie de la réponse mais pas la totalité. Il a fallu qu'après on appelle une association, pour les hépatites, qui elle nous a donné une info, c'était pour un fibroscan, un truc particulier mais, eh beh sur Sète c'est pas possible, je sais pas pourquoi... Le seul endroit où c'est possible c'est Montpellier ou, par l'intermédiaire de cette asso on sait qu'à Béziers tel jour, à telle heure il y aura un fibroscan. Donc ce lien-là, le monsieur nous l'a dit, « moi si vous aviez pas été là j'aurai abandonné en fait, j'aurai jeté le téléphone et tout », il nous disait comme ça. C'est un monsieur qui a un téléphone basique, il n'a même pas Internet, il ne serait jamais arrivé à avoir ces rdv. Donc nous c'est ce travail là qu'on veut faire mais en amont. C'est-à-dire que quand on oriente on veut être sûrs que la personne elle a une réponse correcte, dans les bons délais, enfin voilà. Ce monsieur on a eu de la chance qu'il soit revenu. En fait il a été réorienté par un de nos partenaires chez qui nous on a fait la démarche de se faire connaître. » (Marc, une cinquantaine d'années, président de l'association VivreSida).

Pouvoir travailler en partenariat avec des spécialistes à l'hôpital et des médecins généralistes par exemple et créer un réseau à l'échelle de la ville de Sète leur serait très utile pour orienter les personnes qu'ils rencontrent plus rapidement et qu'ils soient pris en

charge avant de se décourager et de renoncer aux soins. Car comme nous pouvons le voir à travers cet exemple, les services de soins ne sont pas accessibles à tous malgré leur existence sur le territoire. Ces personnes ne sont souvent pas prises au sérieux, elle ne sont pas toujours reçues aimablement par les personnels d'accueil et ne savent pas que les remboursements par la sécurité sociale sont les mêmes dans les structures privées par exemple.

De plus, la difficulté d'accès au système de santé soulève des questions éthiques. Il n'est pas éthique de proposer des interventions de prévention en santé sexuelle et de dépistage si le parcours de soin n'est pas adapté et disponible ensuite pour prendre en charge ces personnes. C'est ce qu'évoque Marc de l'association VivreSida :

« Dépister des gens et les laisser dans la nature, ça ne me satisfait pas et je trouve que ça sert à rien. Tu lui donne une info dont il avait pas besoin et tu le laisse dans la nature avec ça, sans réponse. C'est vraiment pas cool. C'est choquant. J'étais trop mal à l'aise avec ça, c'est pour ça qu'on a mis en place des accompagnements physiques. » (Marc, une cinquantaine d'années, président de l'association VivreSida).

En ce qui concerne les professionnelles de PMI dont les services sont situés à l'extérieur de Montpellier comme à Mauguio ou Lunel, elles voient surtout un intérêt à collaborer avec les Centres de Santé Sexuelle en régie directe ou bien les médecins généralistes ou gynécologues locaux. En effet, malgré la présence proche d'un CSS géré par le Planning Familial et d'un centre de périnatalité elles « n'ont pas confiance » et préfèrent trouver des solutions pour l'orientation de leurs patientes avec l'une des professionnelles du CSS n°1 situé à Montpellier, quitte à ce que cette dernière se déplace. Les situations des jeunes mineures reçues en PMI sont parfois voire souvent complexes.

Anne-Sophie, sage-femme à la PMI de Mauguio, me présente le cas toujours non résolu lors de notre entretien d'une jeune mineure de l'Aide Sociale à l'Enfance qu'elle a vue pour une IST. Or, la sage-femme ne pouvait pas prescrire et administrer le traitement à la PMI car le service ne fait pas de soins curatifs, ce n'est que de la prévention. La responsable territoriale de PMI, l'infirmière de PMI comme la sage-femme ne savaient pas où orienter la jeune pour le traitement, selon elles la jeune avait été préalablement au CSS du Planning Familial et cela ne s'était pas bien passé. Et pour ce qui est du centre de « périnat » elles ne connaissaient pas assez bien ses missions et n'ont pas eu confiance pour y envoyer la patiente. De plus, Anne-Sophie m'explique que pour les jeunes, devoir consulter à nouveau pour ce genre de problématique est très compliqué. Ce sont des jeunes qui sont dans des situations personnelles difficiles et qui n'ont pas envie de raconter leur histoire plusieurs fois de suite. Créer une alliance thérapeutique avec ces jeunes demande du temps. Le fait de devoir les réorienter vers un autre professionnel signifie prendre le risque qu'elles n'y

aillent pas et les perdre de vue ensuite. Ainsi, on constate que dans certains territoires de l'Hérault, les prises en charge ne sont pas aussi simples et rapides qu'à Montpellier où l'on peut référer la patiente à une collègue presque immédiatement lorsque le Centre de Santé Sexuelle est situé dans les locaux de la PMI. Si la coordination entre différents professionnels pourrait se révéler intéressante afin d'harmoniser les pratiques, il ne faut pas oublier que les territoires sont parfois radicalement différents et peuvent freiner cette homogénéisation. Les moyens de prise en charge et d'intervention ne peuvent donc pas être « calquées » d'un territoire à l'autre.

III. Des territoires géographiques et professionnels aux inégalités sociales de santé

Le département n'est pas homogène et se découpe entre zones rurales et zones urbaines, plus ou moins pourvues en termes de prévention en santé sexuelle et d'accès au système de santé en général. Cependant, d'autres paramètres entrent en compte lorsque sur un territoire les professionnels ne se saisissent pas de l'offre disponible. Les juridictions professionnelles qui se chevauchent particulièrement dans le domaine de la santé sexuelle peuvent finalement créer plus d'inégalités sociales de santé comme nous le verrons dans cette dernière partie.

1. Des territoires géographiques...

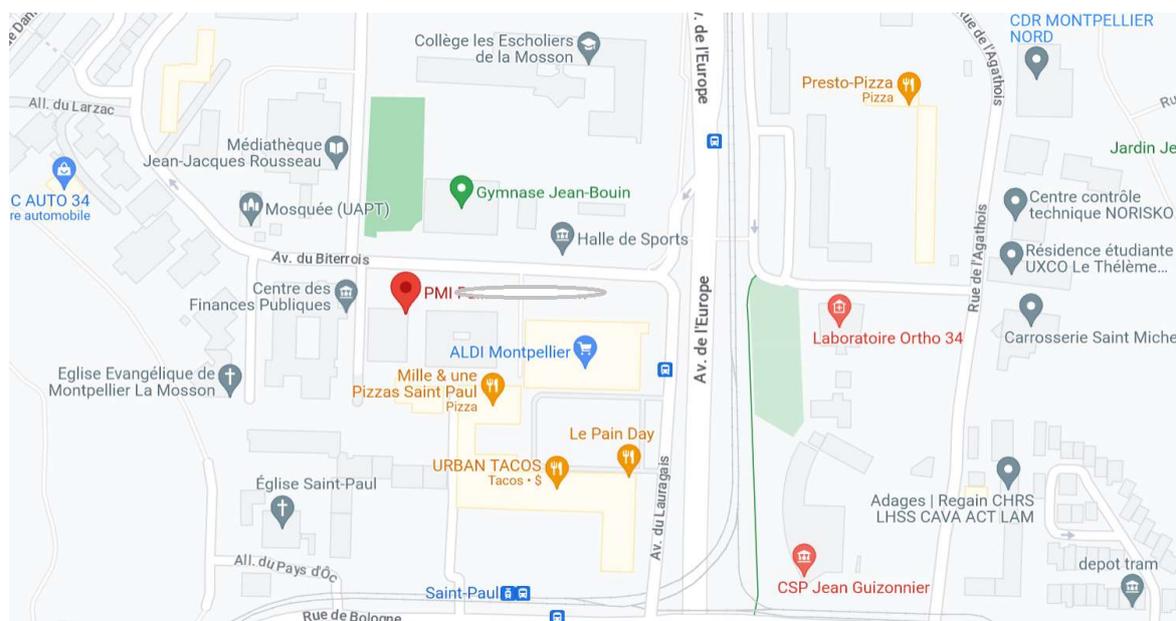
Dans l'Hérault trois Centres de Santé Sexuelle sont situés à Montpellier, dont un en régie indirecte par le Planning Familial proche du centre-ville. Les deux autres sont situés dans les Services Départementaux des Solidarités [locaux de la PMI], l'un dans un quartier prioritaire du nord de la ville et l'autre plus au sud. Sur le reste du département, on trouve un Centre de Santé Sexuelle en régie directe ouvert une fois par semaine le lundi à Sète, un Centre de Santé Sexuelle en régie indirecte à l'hôpital de Béziers qui réalise des permanences à Pézenas ainsi que deux Centres de Santé Sexuelle en régie indirecte par le Planning Familial à Lunel et Agde. Le centre de Lunel est ouvert le mercredi de 12h30 à 17h sans rendez-vous, le centre d'Agde le mercredi également de 17h à 20h, sans rendez-vous. Des permanences sont organisées par les professionnelles des CSS de Montpellier à Clermont l'Hérault, Gignac et Lodève, villes situées à 30 – 45 min en voiture de Montpellier.

faciliter la venue des jeunes mineurs en consultation dans ce centre malgré le fait qu'il semble à première vue moins facilement accessible.



Carte 2. Localisation des services de PMI du CSS n°1.

Nous avons vu plus tôt que très peu de jeunes et de mineurs consultent au CSS n°2. On peut se demander si sa localisation n'entrave pas la discrétion nécessaire du fait qu'elle se trouve à côté des services de l'assurance maladie et du centre des finances publiques, à deux pas d'un collège et en face d'un gymnase.



Carte 3. Localisation des services de PMI du CSS n°2.

Comme on peut le voir sur la carte (Carte 3.) le CSS n°2 se situe dans la même rue qu'une petite zone commerciale dans laquelle on retrouve un supermarché ainsi que

différents services comme La Poste ou encore des banques et de la restauration rapide. J'ai pu observer en m'y rendant qu'il y a beaucoup de passage dans la rue, des piétons notamment des jeunes, et des voitures. De plus, on retrouve plusieurs lieux de culte à proximité immédiate : une mosquée, une église et une église évangélique.

On peut faire l'hypothèse que tous ces éléments peuvent constituer des freins à la consultation pour les jeunes malgré le fait que le service soit à proximité d'une résidence étudiante, d'un collège et d'une mission locale et qu'il y ait un arrêt de tram et plusieurs arrêts de bus. En effet, le CSS n°2 étant situé dans un quartier prioritaire de la ville où la population est majoritairement maghrébine et où la religion a un poids important, il peut être mal vu que des jeunes mineurs se rendent dans les locaux de la PMI. Il y a peut-être d'autres lieux dans le quartier où les jeunes se sentent plus à l'aise pour consulter (médecins généralistes, gynécologues). Une autre hypothèse est qu'ils sortent de leur quartier pour aller plus loin dans un lieu où ils sont sûrs qu'ils ne seront pas reconnus par un passant ou un membre de leur famille. La dernière hypothèse enfin pourrait être qu'ils ne consultent pas, rejoignant ainsi un constat qu'ont pu faire de nombreux chercheurs en sociologie de la santé. Il est notamment démontré à travers diverses études ethnographiques que les patients issus des classes populaires avaient tendance à moins consulter ou consulter plus tardivement les professionnels de santé (Boltanski, 1971; Loretti, 2021; Peretti-Watel, 2012).

Comme nous l'avons vu plus tôt, pour consulter au CSS de Béziers il faut se rendre dans un service de gynécologie qui par définition est un service spécialisé dans la prise en charge de femmes. Les garçons n'ont pas de consultation spécifique à laquelle ils pourraient se rendre pour se renseigner sur la contraception. Pour ce qui est des dépistages Christine, médecin du CSS n°2 soumet l'hypothèse qu'ils se rendent plutôt dans les CEGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles). Cela peut également être intimidant pour les jeunes filles de se rendre à l'hôpital dans un tel service. Comme me le précise Christine, l'anonymat de ces consultations est également mis en question. En effet en se rendant à l'hôpital les jeunes femmes peuvent croiser de nombreuses personnes, que ce soit parmi les patients ou les agents qui y travaillent. Cependant, l'accès est facilité grâce aux transports en commun et à la signalétique avec de nombreux arrêts de bus et panneaux indiquant le service de consultation.

Au-delà de la localisation précise des CSS sur le département c'est parfois l'environnement à plus large échelle qui impacte la prise en charge des personnes.

C'est le cas à Mauguio, commune située à environ 13 km de Montpellier où se trouve un service de PMI. La ville étant « à proximité » de Montpellier, les personnes sont

systématiquement redirigées vers les services qu'offre cette dernière. En effet, les professionnelles de PMI ne pouvant réaliser que très peu d'actes curatifs, les patientes sont orientées « en ville » pour recevoir un traitement, ou pour la pratique d'IVG par exemple. Cependant, comme me l'explique Anne-Sophie, sage-femme du service de PMI de Mauguio, les patientes qu'elle reçoit sont souvent en difficulté pour se déplacer jusque dans le centre-ville n'ayant pas toujours de véhicules personnels, d'autant plus si ce sont des mineures. Elles n'ont pas toujours accès aux transports en commun, la seule possibilité pour se rendre à Montpellier depuis Mauguio étant de prendre le TER. De plus, cela peut être très compliqué, notamment pour les mineurs de trouver un autre moment pour consulter à nouveau un autre professionnel de santé. En effet, elles doivent souvent s'absenter lors des cours pour consulter aux heures d'ouverture. Or, si elles ne veulent pas que leurs parents soient au courant cela peut être compliqué car leurs absences sont notifiées.

La situation est différente sur la commune de Lunel. Ici, on retrouve plusieurs acteurs en santé sexuelle mais les professionnelles de PMI ne se saisissent pas de l'offre locale.

La commune de Lunel, située à une trentaine de kilomètres de Montpellier, compte un centre de santé sexuelle en régie indirecte, un service de PMI, un centre de périnatalité comptant une sage-femme ainsi que des sage-femmes libérales. Malgré cela, la prise en charge des jeunes n'est pas optimale. Les professionnelles de la PMI et notamment la sage-femme ont des difficultés à orienter leurs patientes vers des médecins, gynécologues ou sage-femmes pour la prise en charge curative. Comme le dit très bien la Responsable territoriale de PMI « *on a un petit peu un, un millefeuille d'intervenants* » (Sylvie, une quarantaine d'années, responsable territoriale de PMI). En effet, chacun travaille isolément et il semble y avoir un manque important de connaissance des missions de chacun.

« *Moi je suis très partagée parce qu'en plus Clémentville [clinique à Montpellier dont dépend le centre périnatalité] je les connais pas beaucoup comme structure donc... En fait, je je, je réfléchissais hier, je n'ai même pas le le projet de de service du centre de périnat. Donc, peut-être que si j'avais le projet, je comprendrais aussi pourquoi la sage-femme va sur d'autres champs de compétence.* » (Sylvie, une quarantaine d'années, responsable territoriale de PMI).

A plusieurs reprises Sylvie mentionne ne pas connaître « les champs de compétence » des autres intervenants du département, ce qui semble entraîner chez elle un sentiment de méfiance. Comparativement, elle se montre très favorable à créer du lien avec les sage-femmes libérales de la commune, car elle connaît leurs missions et leurs limites. Ici, la problématique ne semble pas tant venir de la distribution de l'offre sur le

territoire mais plutôt des missions similaires des différents intervenants qui peuvent se recouper.

2. Aux territoires professionnels.

Comme décrit précédemment, la cadre, la sage-femme et l'infirmière du service de PMI de Lunel ne comprennent pas pourquoi des mineures sont reçues par la sage-femme du centre de périnatalité ou le CSS voisin, géré par le Planning Familial. Il y a de l'ambiguïté sur le rôle et les missions de chacun.

« On a rencontré la sage-femme du centre de périnat qui est là depuis août je crois. Enfin, depuis cet été, et c'est une personne qui a envie de développer une activité sur le territoire, mais elle commence à faire des choses que nous on fait. Euh, du style, elle propose des pesées jusqu'aux enfants qui auraient 5 ans. On a beau lui expliquer que c'est un peu notre champ de compétence, mais bon, elle se fait plaisir. [...] Elle voit beaucoup de jeunes, de jeunes ados, donc elle, elle, elle s'est mise sur le créneau du Planning Familial. Donc je sais qu'il y a des tensions à ce niveau-là, entre les 2 entités. » (Sylvie, une quarantaine d'années, responsable territoriale de PMI).

La sage-femme de PMI, de par sa formation initiale a les compétences pour recevoir des jeunes mineurs pour des consultations relatives à la contraception et les prendre en charge. Mais il en est de même pour la sage-femme du centre de périnatalité qui est formée au suivi des jeunes enfants tant qu'ils sont en bonne santé. Les fiches de poste des professionnelles de PMI mentionnent la planification et l'éducation familiale comme faisant partie intégrante de leurs missions. Cependant, en ce qui concerne le travail réel, leur activité se tourne principalement vers des consultations prénatales.

La norme réglementaire décrite dans le Code de la Santé Publique est d'avoir 16 demi-journées de consultation prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitantes de 15 à 50 ans sur le département (Code de Santé Publique article R21 12-5). En 2019 la majorité des départements n'atteint pas ces chiffres avec seulement 26 départements sur 83 qui atteignaient ou dépassaient la norme.

Les données de la DREES issues de l'enquête Aide sociale décrivent l'activité des services départementaux de PMI en 2016 et 2019. Le nombre de consultations de planification et d'éducation familiale est globalement très faible et en baisse dans l'Hérault à l'image des chiffres nationaux (4281 consultations soit 16,5 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2019 contre 4967 consultations soit 19,5 pour 1000 femmes en 2016). Ces

chiffres sont très inférieurs à la moyenne nationale qui est de 42,8 consultations de planification et éducation familiale pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2019. Il y a eu en 2019 dans l'Hérault plus d'entretiens de conseil conjugal en PMI que de consultations de planification et d'éducation familiale, à l'inverse des chiffres nationaux. Cependant, le nombre d'entretiens réalisés diminue tout de même entre 2016 et 2019 passant respectivement de 6190 entretiens soit 24,3 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans à 5393 entretiens soit 20,8 pour 1000 femmes. Ces chiffres mêlent à la fois les consultations de planification et de conseil conjugal réalisées par les professionnelles de PMI et par les professionnelles des centres de santé sexuelle qui se trouvent dans les locaux des PMI. En comparaison le nombre de consultations pré et post natales et des visites à domicile réalisées par la PMI est de 30,2 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans dans l'Hérault en 2016 et passe à 31,5 pour 1000 en 2019. La part la plus importante de l'activité des services de PMI reste les consultations et visites à domicile pour les enfants de moins de 6 ans avec dans l'Hérault en 2019, 29 229 consultations et visites à domicile soit 394,8 consultations pour 1000 enfants de moins de 6 ans.

On retrouve donc sur la commune de Lunel trois offres différentes de prévention en santé sexuelle mais il y reste des manques à combler. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'orientation des patientes reste très complexe quand elles nécessitent des soins curatifs alors qu'il y a des professionnels pouvant les accueillir sur la commune. C'est en quelque sorte un millefeuille d'acteurs et d'institutions qui paradoxalement créé des manques.

A ces questions s'ajoute le manque de communication entre l'institution et l'association sur ce territoire qui crée un climat de tension. Comme l'explique Morgane Jouvenet dans son analyse des travaux d'Andrew Abbott, sociologue contemporain travaillant sur la dynamique des territoires professionnels, les délimitations entre territoires professionnels, pourtant souvent visibles dans le cadre hospitalier notamment par le code vestimentaire ou le langage utilisé, n'est pas toujours évidente et souvent remise en cause à l'occasion de conflits. On peut s'en rendre compte en analysant l'activité concrète quotidienne des personnes, sur le terrain (Jouvenet, 2022). Il y a ici, en plus d'une inadéquation entre le travail prescrit et le travail réel (Brangier & Valléry, 2021) pour les professionnelles de PMI, un enjeu juridictionnel car elles s'adressent au même public que l'association ce qui peut entraîner un sentiment de concurrence. Les « luttes juridictionnelles » (Abbott, 1988) se jouent pour l'essentiel sur le terrain. Du fait qu'à l'heure actuelle les professionnelles de la PMI ne réalisent que très peu ou pas de consultations auprès de mineures - contrairement à l'association du Planning familial au sein du CSS,

renforce le sentiment de légitimité de ce dernier et participe à ancrer ces activités sur le territoire et auprès du public.

Cette question de légitimité, Françoise, infirmière en CSS l'évoque également. En effet elle s'exprime sur les avantages que pourrait apporter une coordination des professionnels des centres de santé sexuelle du département :

« Bah pour moi, déjà, on aurait peut-être une meilleure légitimité pour aborder les jeunes. Parce que, leur dire que voilà, c'est quelque chose qui fait partie... Nous, on introduit en disant que ça fait partie de leur programme de l'éducation nationale. Mais il y a des lois. Et on voit bien que par région, par département, cette loi, elle peut pas être instituée de la même manière parce que ça dépend des moyens de l'éducation nationale, principalement. Si les départements font le choix, et parce que ça reste une mission des centres de santé sexuelle, l'action peut vraiment prendre son assise telle que la loi l'indique, et telle que la mission la conçoit au sein des services de santé sexuelle, ça veut dire des moyens. Donc qui dit moyens, dit professionnels formés. Moi je pense qu'on aurait une meilleure lisibilité pour pouvoir dispenser cette action et à plus large échelle. Et avec une coordination. On aurait une entité propre et on serait entre guillemets plus reconnus. » (Françoise, une cinquantaine d'années, infirmière en Centre de Santé Sexuelle départemental n°2).

Selon elle, le fait que les professionnels d'une même institution soient coordonnés sur au moins une mission qui est celle des interventions en santé sexuelle auprès des élèves apporterait de la légitimité à cette action. En effet, si on reprend le concept de juridiction professionnelle, le fait que tous les professionnels du département travaillent de manière similaire ou cohérente permettrait de poser clairement les limites de leur juridiction que ce soit en termes géographiques sur le territoire mais aussi par rapport aux missions qu'ils remplissent. Comme l'écrit Morgane Jouvenet : « C'est le travail concret réalisé sur le terrain qui permet de valider l'aptitude à gérer une tâche ou répondre à une problématique spécifique. » (Jouvenet, 2022). Ainsi cette mission est rendue visible pour le public mais aussi pour les professionnels extérieurs. En effet, la « juridiction » du Planning Familial semble établie sans conteste. Cela ne fait aucun doute pour Françoise qui ne voit d'ailleurs pas d'intérêt à travailler ou créer du lien avec l'association :

« si en termes de partenaires, vous parlez du Planning, j'ai envie de dire non parce qu'ils sont suffisamment autonomes. Et sur le plan... je veux dire ils ont une reconnaissance le planning. Ils ont des budgets d'État, ils ont des budgets départementaux, ils ont des professionnels de santé, ils ont des permanences, enfin, c'est vraiment une structure existante. » (Françoise, une cinquantaine d'années, infirmière en Centre de Santé Sexuelle départemental n°2).

Le fait que Françoise emploie plus haut le terme de « structure existante » est intéressant. En effet, les centres de santé sexuelle départementaux n'ont pas de locaux spécifiques mais sont plutôt des plages de consultations qui ont lieu dans les locaux des PMI. Les deux centres de santé sexuelle en régie indirecte gérés par l'association du Planning Familial sont eux des bâtiments dédiés et repérés.

De nombreux professionnels de santé ou du social font aujourd'hui la confusion entre l'association militante et les centres de santé sexuelle. Comme l'explique l'infirmière coordinatrice de l'ARS, à la mention des centres de santé sexuelle (anciens centres de planification et d'éducation familiale) de nombreux professionnels répondent « Ah oui, le planning ! ». L'association est reconnue comme ayant le monopole de la prévention en santé sexuelle. En effet, historiquement l'association a été la première à s'intéresser à ces questions et était au cœur des luttes féministes pour la légalisation de la contraception et de l'avortement (Romerio, 2022). Par la suite, avec le développement des centres de planification et d'éducation familiale, les départements ont souvent délégué le travail à l'association à qui ils laissaient les centres en gestion indirecte contre des financements.

Finalement, c'est la question de la gouvernance dans le domaine de la prévention en santé sexuelle qui se pose. De qui relève la mission d'organisation et de maillage du territoire ? A l'institution départementale à qui incombe la mission de prévention en santé sexuelle selon les textes, ou bien à une association qui l'a historiquement toujours mise en œuvre et qui est aujourd'hui reconnue des professionnels et du public ? Les deux peuvent œuvrer en parallèle, tout le monde ne souhaitant pas passer la porte de cette association militante qui peut avoir un discours assez tranché comme le rappelle Hélène, conseillère conjugale et familiale en centre de santé sexuelle départemental. Mais les limites entre les missions, les « juridictions » de chacun sont floues. Comme l'explique Morgane Jouvenet dans son article synthétisant une partie du travail du sociologue Andrew Abbott, les juridictions des professions que nous pouvons ici rapprocher aux acteurs sont en constante évolution et remises en question par des phénomènes de concurrence. Toute profession – acteur – qui ne prend pas pleinement sa place se voit remplacé (Jouvenet, 2022). C'est ce que j'ai pu observer en participant à une réunion organisée par le Planning Familial, réunissant divers acteurs en santé sexuelle dont le conseil départemental dans le but d'échanger sur les pratiques et d'initier un travail de coordination (Mail d'invitation Cf. Annexe 3). Le conseil départemental était invité, au même titre que d'autres associations ou professionnels, et non organisateur d'une telle réunion. On voit bien que l'association ayant le monopole historique sur les sujets de santé sexuelle cherche à prendre la tête de ce réseau d'acteurs.

La décentralisation permet certes aux décideurs d'être au plus proche de leur territoire et de prendre des décisions adaptées aux besoins de la population locale. Cependant, l'investissement dans le développement de la prévention en santé sexuelle dépend entièrement des volontés politiques départementales. De plus, le manque d'instance nationale ne permet pas de mettre en place une réelle politique en matière de prévention dans le domaine (Cadart, 2007). C'est que l'on peut voir avec la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030. En effet, seul une des 10 personnes interrogées connaissait l'existence de ce guide de recommandations d'actions à mettre en place publié par le Ministère des affaires sociales et de la Santé. Pour ce qui est de la direction, une lecture ainsi qu'une synthèse des différentes feuilles de route a été faite mais aucune action concrète n'en a découlé. De nombreuses actions font référence à des travaux de grande ampleur à mettre en place au niveau national, comme par exemple l'objectif 3 : « Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, du médico-social, de l'éducation et de la justice et des médias intervenant dans le champ de la santé sexuelle et de l'éducation à la sexualité » (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017) avec parmi les actions revoir la formation des professionnels de santé ou de l'éducation nationale. Les départements ont peu de marge de manœuvre sur ces objectifs. Ainsi il y a un décalage entre ce qui est voulu au niveau national et ce qui peut être réalisé par les départements à qui incombent les missions de protection maternelle et infantile et de prévention en santé sexuelle.

Finalement, l'inégale répartition de l'offre sur le territoire, le chevauchement de missions entre plusieurs acteurs et le manque d'investissement auprès de certains publics contribue à renforcer les inégalités sociales de santé.

3. Des inégalités sociales en santé sexuelle

Les inégalités sociales de santé, qui se manifestent par des disparités dans l'accès aux soins et dans les résultats de santé entre différentes populations, sont un enjeu majeur dans le domaine de la santé publique. Dans ce contexte, la prévention en santé sexuelle émerge comme une problématique cruciale. L'objectif premier étant de diminuer les inégalités sociales de santé en offrant notamment aux mineurs parfois en situation de précarité une solution de consultation gratuite et anonyme, des manques se créent paradoxalement pour d'autres populations ou territoires. La prévention en santé sexuelle reflète et influence les inégalités sociales existantes.

Ces inégalités résultent d'une combinaison de facteurs socioéconomiques, culturels et structurels. Les disparités en matière d'accès aux soins, de niveau d'éducation, de revenu et de statut social créent un environnement où certaines populations sont désavantagées en termes de santé et de bien-être. Les services de PMI, créés pour que chaque mère puisse avoir accès à un suivi de grossesse et du nourrisson, ainsi que les Centres de Santé Sexuelle proposent des services gratuits et anonymes dans des quartiers prioritaires de la ville afin de pallier à ce déséquilibre et d'offrir à ces populations une offre de santé accessible. Mais les inégalités sociales de santé ne se limitent pas uniquement à l'accès aux soins médicaux. Elles englobent également des aspects tels que l'éducation, le logement, l'emploi et le statut socioéconomique, qui tous jouent un rôle dans la manière dont les individus abordent leur santé sexuelle.

Comme nous avons pu le voir, la prévention en santé sexuelle englobe un ensemble d'actions visant à informer, éduquer et fournir des moyens de protection dans le domaine de la santé sexuelle. La prévention en santé sexuelle a un rôle important dans la réduction des risques de maladies, de grossesses non désirées et de traumatismes psychologiques liés à la sexualité. Ces risques sont plus fréquents dans les populations précaires et en particulier chez les femmes. Les populations défavorisées, en raison de leurs conditions socioéconomiques précaires, ont souvent un accès limité à l'information, aux services et aux ressources en matière de santé sexuelle. Les inégalités dans l'accès à une éducation à la sexualité complète et adaptée aux différentes tranches d'âge contribuent à la propagation d'idées fausses et de comportements à risque. Les adolescents issus de milieux sociaux moins favorisés peuvent être désavantagés en matière d'éducation à la sexualité en raison de la qualité variable de l'enseignement dans certaines écoles, ce qui les expose davantage à des risques de grossesses non désirées, d'IST ainsi qu'à des situations de violences conjugales ou intrafamiliales. Les interventions d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle réalisées par des professionnels de la prévention dans les collèges permettent aux élèves de tous milieux sociaux d'avoir accès à l'information en santé sexuelle, sujet qu'ils ne peuvent parfois pas aborder à la maison. C'est l'un des principaux objectifs de ces séances comme me l'indiquent Hélène, Françoise ou encore Christine :

« ils ont énormément de questionnements, des sources d'information qui sont de très mauvaise qualité en principe, on a besoin de vraiment recadrer énormément leur... leurs idées sur le sujet. Dans notre secteur particulièrement, on a un très faible niveau de connaissances, donc il faut... voilà c'est vraiment... impressionnant le avant et après qu'on arrive à avoir, à apporter quelque chose d'important. Et visiblement unique, pour beaucoup d'élèves. L'entourage familial, qui peut être un premier repère

pour la plupart des enfants sur les apprentissages, sur la puberté ou leur santé, visiblement en tout cas est très peu présent sur notre population. Et leur niveau... Malheureusement les enseignants sont face à des difficultés visiblement. L'apprentissage n'est pas à un niveau très élevé dans les collèges de notre territoire. Et du coup en effet, la connaissance du corps, la connaissance de la reproduction n'est pas suffisante pour permettre une bonne santé dans ce domaine. Donc on est très contents de pouvoir intervenir.» (Christine, une quarantaine d'années, médecin gynécologue du CSS n°2).

Cependant, malgré la présence de ces différents services, les inégalités sociales demeurent et il peut même s'en créer de nouvelles. En effet comme nous l'avons vu précédemment l'accès à ces services reste limité. Il est intéressant de noter qu'historiquement, les actions préventives de terrain ont toujours été privilégiées auprès des jeunes scolarisés, laissant de côtés les personnes déscolarisées ou les personnes en apprentissage déjà rentrées dans le monde du travail (Berlivet, 2000). Comme nous avons pu le voir précédemment, les interventions auprès de ces publics sont souvent réalisées par les associations, comme VivreSida par exemple. Les centres de santé sexuelle sont théoriquement destinés à un public jeune de 15 à 25 ans. Et les consultations réalisées par les services de PMI sont majoritairement des consultations de suivi de grossesse et du nourrisson. Le suivi gynécologique hors grossesse des femmes de 25 à 65 ans, qui ont des difficultés d'accès au système de santé et pour qui il peut être très compliqué d'obtenir un rendez-vous chez un gynécologue, n'est pas assuré. Or, cela peut accroître les risques pour la santé de ces femmes car c'est dans cette tranche d'âge qu'ont lieu les dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein entre autres.

Les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique ce qui implique plus de grossesses à risque ainsi qu'un défaut de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus (HCE, 2017). En effet, 6,5% des ouvrières contre 1,6% des cadres n'ont pas de contraception (HCE, 2017). L'accès aux services de santé est souvent compliqué pour ces femmes qui disposent rarement d'un moyen de transport individuel. Elles manquent également de temps, car elles occupent souvent des emplois aux horaires atypiques et ont la charge de la famille et des enfants (Fassin et al., 2000). La santé passe souvent après d'autres préoccupations notamment familiales et financières, le manque de moyen étant un frein supplémentaire à l'accès aux soins de ces femmes. Les coûts financiers associés aux contraceptifs et aux consultations médicales, ainsi que la stigmatisation sociale entourant les questions de sexualité, peuvent empêcher les populations défavorisées de rechercher des soins et des conseils. Des freins culturels et symboliques les éloignent souvent du système de santé que l'on connaît (HCE, 2017). Par

conséquent, les inégalités sociales persistent et se renforcent dans le domaine de la santé sexuelle (Bretin & Kotobi, 2016).

L'un des enjeux afin de diminuer ces inégalités est la formation des professionnels de santé afin qu'ils soient sensibles aux questions de diversité et de stigmatisation, ainsi que la promotion d'une éducation sexuelle inclusive et accessible. Il est nécessaire de mettre en place des programmes adaptés aux besoins spécifiques des populations défavorisées.

Conclusion

Dans ce mémoire nous nous sommes intéressés à l'organisation des services de prévention en santé sexuelle disponibles sur le département de l'Hérault, à leur fonctionnement ainsi qu'à la manière dont ils s'articulent entre eux. En effet, le constat de départ était que les acteurs intervenant en santé sexuelle sont nombreux et proviennent de secteurs différents (institutions publiques, associations ou secteur privé). Par ailleurs, selon les professionnels notamment, l'offre ne correspond pas aux besoins et il reste de nombreux manques à combler, principalement pour ce qui est des séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS). Enfin, pour de nombreux professionnels en santé sexuelle, l'orientation de leurs patients vers une prise en charge médicale reste la principale difficulté.

Afin de mieux identifier les enjeux permettant d'améliorer la prévention en santé sexuelle sur le département de l'Hérault, j'ai choisi d'interroger différents professionnels du domaine lors d'entretiens semi-directifs. La diversité des personnes interrogées était recherchée (médecins, conseillères conjugales et familiales et infirmière de centres de santé sexuelle départementaux, sage-femme, infirmière et responsable territoriale de PMI, présidents et professionnels associatifs, éducation nationale, ARS etc.) afin d'avoir une vision globale de ce qui se joue sur le département. J'ai également pu réaliser des observations discrètes ou participantes lors de réunions, de consultations ou encore de séances d'EVARS.

L'histoire et la création des services de PMI puis des Centres de Planification et d'Education Familiale devenus Centres de Santé Sexuelle influence grandement l'organisation actuelle de ces services. En effet, les différents services de PMI du département, alors appelés agences, fonctionnaient indépendamment et avaient chacun leur propre directeur. La mission de planification dévolue à la PMI a pu être particulièrement développée dans certaines agences en fonction des volontés individuelles et politiques de l'époque. Cette offre a pris de l'ampleur à la naissance des centres de planification. Or les services ont évolué en parallèle. Chaque centre a continué à travailler de manière indépendante des autres tout en s'isolant petit à petit des équipes de PMI.

De ce fait, chaque centre a un fonctionnement propre, notamment en ce qui concerne l'EVARS. Ces séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle pourtant obligatoires depuis 2003 selon la loi et inscrites dans les programmes scolaires de l'Education Nationale ne sont toujours pas réalisées en nombre suffisant. En effet, chaque classe de l'école primaire à la terminale ne reçoit pas trois interventions de sensibilisation par an. Pourtant, les acteurs qui en proposent sont nombreux : professionnels de centres de santé sexuelle, associations, agréées par le Ministère de l'Education Nationale ou non, professionnels de l'Education Nationale ou encore professionnels de santé libéraux. Le

cadre légal étant vague concernant le contenu de ces séances de prévention auprès des jeunes, chaque intervenant a sa propre manière de procéder. Cela peut être bénéfique pour certains élèves qui, au fur et à mesure de leur cursus scolaire ont ainsi accès à différentes approches concernant les questions autour de la santé sexuelle. Mais cela peut parfois être contre-productif et confusant si les informations données sont contradictoires.

Ainsi, une coordination et une collaboration de ces différents professionnels serait bénéfique afin d'échanger sur les pratiques et d'homogénéiser l'action de prévention sur le département. Cependant, les différents territoires du département ne font pas face aux mêmes problématiques. Certaines villes sont extrêmement éloignées du système de santé concentré entre Montpellier et Béziers. L'orientation des patients repérés par les acteurs de prévention peut être très complexe, à la fois dans les zones rurales mais aussi dans de plus grands centres urbains. De vastes zones du département sont quant à elles totalement dépourvues d'offre de prévention en santé sexuelle.

Au contraire, sur certains territoires le trop grand nombre de professionnels intervenant auprès d'un même public peut générer des tensions. En effet, la prévention en santé sexuelle se situe au carrefour entre différentes juridictions professionnelles. Ainsi, certains professionnels jugent que d'autres empiètent sur leurs missions en s'appropriant un public et des actions qui ne seraient pas les leurs. Il peut également y avoir une incompréhension entre les missions qu'un professionnel peut accomplir de par sa formation et les missions qu'il a sur un poste de travail spécifique. C'est notamment le cas des sage-femmes qui sont formées à la prévention en santé sexuelle. Or, lorsqu'elles travaillent en PMI ce n'est pas une de leurs missions principales. Le manque de confiance et le sentiment de concurrence entre les acteurs, dû principalement au manque de connaissance qu'ils ont les uns des autres, nuit à la prise en charge des patients sur ces territoires alors qu'une offre importante de prévention et de soins est disponible.

Enfin, des inégalités sociales de santé persistent dans l'accès à la prévention en santé sexuelle. Même si les professionnels accueillent généralement toute personne qui se présente, le public ciblé par les centres de santé sexuelle est restreint. Ce sont donc les associations, et non les services de l'Etat, qui vont vers les populations les plus défavorisées. Il serait pertinent de s'intéresser, dans une étude ultérieure, à l'avis des usagers quant à l'organisation des services de prévention en santé sexuelle sur le département, afin de connaître leurs réels besoins.

Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions*.
- Andro, A., & Desgrées du Loû, A. (2009). La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart*, 52(4), 3-12.
<https://doi.org/10.3917/autr.052.0003>
- Berlivet, L. (2000). *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)* [Doctorat de sciences politiques]. Rennes 1.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations.*, 26(1), 205-233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>
- Brangier, É., & Valléry, G. (2021). Tâche et activité. In *Ergonomie : 150 notions clés* (p. 485-491). Dunod. <https://www.cairn.info/ergonomie-150-notions-cles--9782100822126-p-485.htm>
- Bretin, H., & Kotobi, L. (2016). Inégalités contraceptives au pays de la pilule. *Agone*, 1(58), 123-134.
- Cadart, M.-L. (2007). L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui. Entre médical, social et politique. *Informations sociales*, 140(4), 52-63. <https://doi.org/10.3917/inso.140.0052>
- Décret n° 2018-169, 2018-169 (2018).
- Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., & Leclerc, A. (2000). *Les inégalités sociales de santé* (La Découverte).
- Gelly, M. (2011). *Des risques sexuels en apesanteur sociale ? L'éducation sexuelle française en milieu scolaire à la fin du XXe siècle, mémoire de Master de Sociologie*. EHESS.
- HAS. (2019). *Contraception chez l'homme*. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-homme.pdf>
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2016). *Santé sexuelle et reproductive*.
- HCE. (2017). *La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité* (2017-05-29-SAN-O27; p. 4). Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes.
[Marina MATHIEU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2023](https://haut-conseil-</p></div><div data-bbox=)

egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf-2.pdf

Jouvenet, M. (2022). L'occupation des territoires et la formation des collectifs. Des dynamiques professionnelles et académiques dans la sociologie d'Andrew Abbott. *Sociologie*, 13, 79-97.

Le Mat, A. (2018). *Parler de sexualité à l'école : Controverses et luttes de pouvoir autour des frontières de la vie privée* [These de doctorat, Université de Lille].
<https://www.theses.fr/2018LILUD009>

Ledour, V. (2018). Les Centres de planification et d'éducation familiale : Cinquante ans d'évolution, de la contraception des mères à la santé sexuelle des jeunes. *Enfances et Psy*, 77, 66-73.

Loretti, A. (2021). *La fabrique des inégalités sociales de santé. Enquête sur la prise en charge des malades du cancer*. (Presses de l'EHESP).

Circulaire no 2003-027, (2003).

Circulaire n° 2018-111 sur l'éducation à la sexualité, (2018).

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de santé sexuelle Agenda 2017—2030*.

Ministère des solidarités et de la santé. (2021). *Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021—2024*.

Peretti-Watel, P. (2012). *La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire*. (Presses de l'EHESP).

Picod, C. (2013). Education à la sexualité au collège et au lycée. *La revue de santé scolaire et universitaire*, 20, 13.

Romerio, A. (2022). Des féminismes de terrain. *Sociologie*, 13(4), 421-437.

Sifer-Rivière, L. (2016). Chapitre 4. Enquêter par entretien : Se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 86-101). Armand Colin.
<https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-86.htm>

Liste des annexes

Annexe 1. Guide d'entretien

Généralités

1/ Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter et présenter les missions de (*structure, association, professionnel...*) ?

- ➔ *Quelles actions / interventions de prévention en santé sexuelle ?*
- ➔ *Dans quels lieux ?*
- ➔ **Quels publics ?**
 - *Age*
 - *Genre*
- ➔ **Professionnels avec qui vous travaillez**
 - **Répartition / différences des missions de vos collègues**
 - **Complémentarité / Travail en binôme**
- ➔ *Qu'est-ce que la santé sexuelle selon vous ?*

2/ Quelles sont **les demandes** des différents publics que vous recevez ?

3/ Qu'est-ce qui est à disposition du public en termes de santé sexuelle aujourd'hui sur le département ?

4/ Avez-vous entendu parler de la Stratégie Nationale en Santé Sexuelle ?

- ➔ Pouvez-vous m'en dire plus ?

5/ Est-ce que dans le cadre de vos missions vous faites de **l'éducation à la vie affective relationnelle et sexuelle** ?

Si oui, pouvez-vous m'en dire plus ?

- ➔ Est-ce que vous pouvez m'expliquer ce que cela **signifie** ? / Qu'est-ce que c'est ?
- ➔ Où cela a lieu ?
- ➔ A destination de qui ?
- ➔ Par qui ?
- ➔ Comment ça se réalise **en pratique** ?
 - Dans quelles **classes** ?
 - Avec **combien d'élèves** ?
 - Est-ce qu'il y a **plusieurs séances** ?
 - **Qui** intervient ?
 - Comment est **structurée** une séance ?
 - Quels **sujets** sont abordés ?
 - Comment ils sont choisis ?

- Quels **outils** utilisez-vous ? Ou quelles **méthodes** ?
- ➔ Quel est l'**objectif** ?

Réseau de Santé Sexuelle – Coordination

1/ Avez-vous des **partenaires** avec qui vous collaborez ou qui ont les mêmes missions ?

- ➔ Comment est-ce que votre activité se coordonne avec celle des autres acteurs en santé sexuelle ?

2/ Est-ce que vous seriez intéressé par la mise en place d'un réseau de santé sexuelle ?

3/ Selon vous, quelle forme cela prendrait ?

4/ Qui ferait partie de ce réseau ?

5/ Quels seraient les avantages apportés par la création de ce réseau ?

6/ Au contraire quelles seraient les limites que vous voyez ?

Annexe 2. Tableau descriptif des professionnels interrogés

Nom (pseudonymisé)	Age	Formation ou profession	Institution ou Association
Hélène	Une quarantaine d'années	Assistante sociale et conseillère conjugale et familiale	Centre de Santé Sexuelle départemental n°1
Christine	Une quarantaine d'années	Médecin généraliste avec formation complémentaire en gynécologie	Centre de Sante Sexuelle départemental n°2, Centre de Sante Sexuelle de l'hôpital de Béziers
Françoise	Une cinquantaine d'années	Infirmière	PMI et Centre de Santé Sexuelle départemental n°2
Marc	Une cinquantaine d'années	Educateur	Association VivreSida
Julie	Une trentaine d'années	Assistante sociale et conseillère conjugale et familiale	Association VivreSida
Maëva	Une quarantaine d'années	Master en intervention et développement social	Association Le Mouvement du Nid
Marie	Une quarantaine d'années		CODES 34
Yves	Une cinquantaine d'années	Coordonnateur du Spot Montpellier	Le Spot, centre de santé sexuelle d'approche communautaire
Sophie	Une cinquantaine d'années	Infirmière coordinatrice technique	Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

Anne	Une cinquantaine d'années	Assistante sociale conseillère technique	Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale
Nathalie	Une quarantaine d'années	Infirmière coordinatrice des services de prévention	Agence Régionale de Santé
Anne-Sophie	Une quarantaine d'années	Sage-femme	PMI
Sylvie	Une quarantaine d'années	Responsable territoriale de PMI	PMI
Fabienne	Une cinquantaine d'années	Infirmière	PMI

Annexe 3. Mail d'invitation à la réunion du Planning Familial

Madame, Monsieur,

Le Planning familial de l'Hérault vous propose de co-construire et co-animer une rencontre entre les **acteurs de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle** (EVARS).

Les objectifs de cette proposition sont de mobiliser les acteurs de EVARS dans l'Hérault en vue de construire un réseau d'échanges pour :

- Identifier collectivement les besoins des territoires ;
- Echanger sur les pratiques et mutualiser : approches et outils en fonction des personnes rencontrées (enfants, adolescent.es, handicap, non francophones, MNA etc.) ;
- Développer une veille et une communication commune sur l'importance et la nécessité de l'EVARS sur le territoire ;
- Mettre en commun et co-construire un message commun autour des enjeux de l'EVARS auprès des financeurs.

Nous vous proposons une **première rencontre en visio** pour échanger sur vos attentes et besoins en vue de l'organisation de cette **journée d'échanges en Juin 2023**.
Pouvez-vous renseigner le Framadate ci-après pour convenir d'une date commune pour cette réunion s'il vous plait ? <https://framadate.org/nv2KEpsQfXHfFaaYp>

N'hésitez pas à revenir vers nous pour échanger et à transférer ce mail aux personnes/structures qui vous paraissent pertinentes.

Nous espérons vous voir nombreux.ses.

Bien cordialement,

Le Planning Familial 34



[Découvrez nos formations](#)

04 67 64 62 19

27, rue de Substantion, Montpellier



MATHIEU

Marina

12 septembre 2023

Master 2 Promotion de la Santé et Prévention

Promotion 2022-2023

La prévention en santé sexuelle, de la naissance du concept aux conflits de territoires et inégalités sociales : l'exemple de l'Hérault.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

En 2016 le Haut Conseil de Santé Publique fait le constat « que la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive, morcelée entre diverses institutions et répondant à plusieurs plans et politiques de santé publique, manque de lisibilité. » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2016). Ainsi, dans ce mémoire nous nous intéresserons à l'organisation des services de prévention en santé sexuelle disponibles sur le département de l'Hérault, à leur fonctionnement ainsi qu'à la manière dont ils s'articulent entre eux. En effet, le constat de départ est que les acteurs intervenant en santé sexuelle sont nombreux et proviennent de secteurs différents (institutions publiques, associations ou secteur privé). Par ailleurs, selon les professionnels notamment, l'offre ne correspond pas aux besoins et il reste de nombreux manques à combler, principalement pour ce qui est des séances d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS). Enfin, pour de nombreux professionnels en santé sexuelle, l'orientation de leurs patients vers une prise en charge médicale reste la principale difficulté. L'histoire des services de PMI et de la création des centres de santé sexuelle impacte grandement l'organisation actuelle. Chaque centre ayant son propre fonctionnement, les pratiques ne sont pas homogènes sur le territoire, notamment en ce qui concerne l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Sur le département, tous les territoires ne font pas face aux mêmes problématiques. Alors que certains sont sous-dotés, d'autres ont une offre importante de prévention et de soins dont les professionnels ne se saisissent pas. En effet, la prévention en santé sexuelle est au cœur de luttes entre juridictions de professions. Ainsi, des inégalités sociales de santé persistent quant à l'accès aux services de prévention en santé sexuelle.

Mots clés :

Santé sexuelle ; prévention ; centres de santé sexuelle ; EVARS ; centres de planification et d'éducation familiale ; promotion de la santé ;

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.