CRIPS SUD

CENTRE RÉGIONAL D'INFORMATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE

Les publications du CRIPS Sud

Dossier documentaire

# La santé sexuelle des jeunes : état des lieux

Novembre 2019

# SOMMAIRE


## Données de contexte sur la santé sexuelle des jeunes ..... 2

**L'entrée dans la sexualité** ..... 2
Âge médian au premier rapport sexuel
Une initiation toujours genrée
Comportement préventif à l'entrée dans la sexualité

**L'épidémiologie des IST chez les jeunes** ..... 5
Les infections à Papillomavirus Humain (HPV)
Les Chlamydiae
La couverture vaccinale (HPV, VHB)

**Les jeunes face au risque de grossesses non désirées** ..... 10
Les pratiques contraceptives
L'utilisation de la contraception d'urgence
Le recours à l'IVG

## L'offre de santé sexuelle à destination des jeunes ..... 15

**Des structures dédiées** ..... 15
Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)
Les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD)

**Prise en charge et prévention des IST** ..... 16
L'accès des personnes mineures à l'offre de prévention, de dépistage et à la prise en charge
Accès et rapport aux préservatifs
Vaccination
Recommandations et modalités de dépistage

**Accès à la contraception, à la contraception d'urgence et à l'IVG** ..... 19
Contraception
Contraception d'urgence
Interruption volontaire de grossesse (IVG)

## Conclusion ..... 21

## Bibliographie ..... 22

Depuis 2016 des avancées notables ont eu lieu en matière de santé sexuelle. En l'introduisant dans le code de la santé publique, la loi de 2016 est venue consacrer la notion de santé sexuelle. Cela s'est traduit par l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) qui fixe en la matière un cadre de référence national et des objectifs ambitieux à l'action publique, qui identifie clairement le public jeune comme une cible prioritaire.

En effet, l'adolescence constitue une période clé d'expérimentation et d'apprentissage des interactions sociales entre les individus notamment des sentiments amoureux et des relations sexuelles. C'est donc le moment privilégié pour identifier les risques et s'approprier durablement les notions de prévention, de respect de l'autre et de son propre corps. Les jeunes représentent une cible de prévention privilégiée car c'est à cette période que se construisent les représentations liées à la sexualité. Il est important de les aider à acquérir les clés pour effectuer des choix éclairés et adaptés à la prise en charge de leur santé sexuelle.

## Données de contexte sur la santé sexuelle des jeunes

Les représentations de la jeunesse souffrent d'une tension entre deux discours issus de ce que Michel Bozon appelle « la panique morale des adultes » **[9]** : l'un affirmant que la jeunesse est en danger et l'autre soulignant qu'elle est dangereuse. Ces discours sont directement liés à l'autonomisation et à l'émancipation de la sexualité des jeunes avec l'émergence et l'acceptation sociale d'une période dite de « jeunesse sexuelle ». Les idées reçues, les peurs et les fantasmes autour de la sexualité des jeunes sont nombreux et très souvent relayés dans les médias.

En matière d'éducation à la sexualité et de promotion de la santé sexuelle, il est essentiel de partir de leur vécu et de leur réalité, et que les professionnels-les s'appuient sur des données et des connaissances objectivées. S'il existe de nombreuses publications qui présentent des statistiques et des données épidémiologiques, plusieurs organismes tels que le Conseil National du Sida et des hépatites virales ou encore le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes pointent le manque de données socio-comportementales sur la sexualité des jeunes. Ils considèrent qu'une telle approche permettrait de mieux connaître la réalité de leurs pratiques, d'identifier les facteurs de vulnérabilité et les prises de risques auxquelles ils sont confrontés, et donc *in fine* d'améliorer l'efficacité des actions d'éducation qui leur sont dédiées.

La nouvelle enquête conduite par Santé publique France prévue en 2020 qui portera sur les sexualités et la santé sexuelle des Français, devrait permettre au lendemain des mouvements sociaux contre toutes les formes de harcèlement sexuel, d'analyser plus finement les évolutions des pratiques, y compris dans le monde virtuel, mais aussi des représentations, en tenant compte simultanément des rapports sociaux de genre, de classe et d'origine.

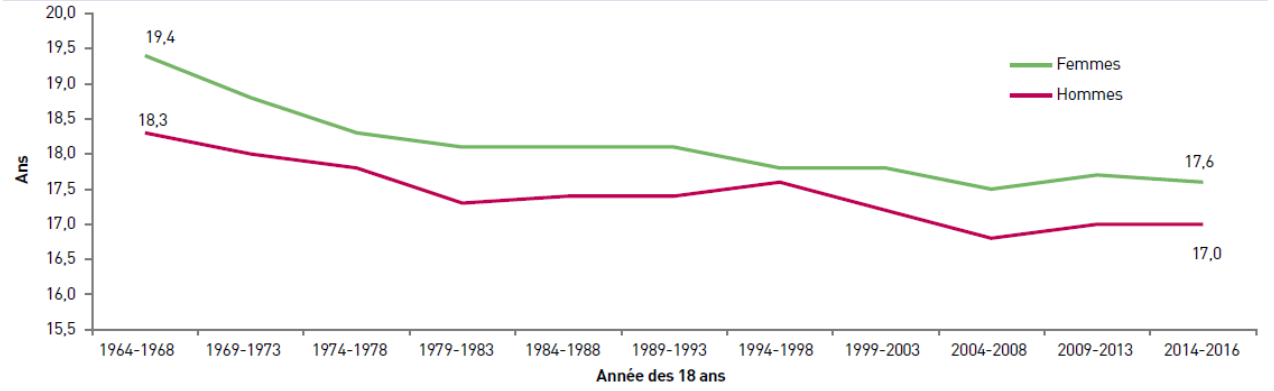
### L'entrée dans la sexualité

#### *Age médian au premier rapport sexuel*

Autrefois, l'entrée dans la sexualité était fortement corrélée à l'entrée dans la conjugalité, en particulier pour les femmes. La deuxième moitié du XXe siècle a été marquée par un abaissement de l'âge d'entrée dans la sexualité qui a principalement concerné les femmes, réduisant ainsi fortement l'écart qui pouvait exister entre les sexes. Les années 60-70 traduisent la dissociation progressive entre l'initiation sexuelle et la vie conjugale, la société reconnaissant progressivement aux femmes la possibilité d'une sexualité hors du cadre marital.

La large diffusion de la contraception moderne et la légalisation de l'avortement dans les années 1970 ou l'apparition du sida au milieu des années 1980 n'ont en revanche pas eu beaucoup d'influence sur l'âge des premières expériences sexuelles.

**GRAPHIQUE 1 | Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel en France selon l'année des 18 ans depuis 1964**




Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Contrairement à certaines idées reçues, les adolescents-es d'aujourd'hui n'entrent, en moyenne, pas plus tôt dans la vie sexuelle que les générations précédentes. D'après le dernier Baromètre santé, en 2016, l'âge médian au premier rapport sexuel, c'est à dire l'âge auquel la moitié de la population a déjà eu un rapport sexuel, est de 17 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles **[5]**. Cet âge médian n'a pas évolué depuis les années 80.

### *Une initiation toujours genrée*

Si aujourd'hui, les filles et les garçons connaissent leur premier rapport sexuel approximativement au même âge, les caractéristiques de cette première initiation attestent néanmoins d'une expérience toujours fortement genrée.

En effet, les jeunes filles s'initient ainsi plus souvent avec un-e partenaire plus âgé-e d'au moins deux ans (49,6% d'entre elles contre 19,2% des jeunes hommes) et qui a déjà eu des rapports sexuels. Elles sont également moins nombreuses que les hommes à débuter leur vie sexuelle avant 15 ans (6,9% contre 16,5%). Les initiations dites tardives, à partir de 19 ans, concernent quant à elles 33,2% des femmes et 23,1% des hommes. **[5]**

De la même façon, les raisons qui ont présidé à la survenue du premier rapport sexuel sont les mêmes qu'il y

**TABLEAU I | Caractéristiques du premier rapport sexuel chez les personnes de 18-29 ans en 2016 (%)**

| | Femmes | Hommes |
|---|---|---|
| Premier rapport avant 15 ans | 6,9 | 16,5 |
| Partenaire de même sexe | 1,0 | 3,2 |
| Souhait du premier rapport | | |
| À ce moment-là | 87,6 | 92,8 |
| Accepté mais pas vraiment souhaité | 10,7 | 6,9 |
| Forcé.e de le faire | 1,7 | 0,3 |
| Partenaire vierge | 35,7 | 50,2 |
| Premier.e partenaire plus âgé.e d'au moins 2 ans | 49,6 | 19,2 |
| Motif principal[1] | | |
| Amour/tendresse | 53,6 | 25,9 |
| Faire plaisir au partenaire | 2,8 | 1,6 |
| Désir | 25,8 | 47,0 |
| Curiosité | 9,9 | 11,9 |
| Pour faire comme les copains | 1,3 | 1,8 |
| Franchir une étape | 5,8 | 11,0 |
| Par défi/provocation | 0,8 | 0,8 |

Champ : femmes et hommes de 18 à 29 ans (N =1 288 femmes ; N = 1 242 hommes).
1. Les personnes ayant déclaré un premier rapport forcé ont été exclues (N = 1 112 femmes ; N = 1 097 hommes).
2. Les personnes qui ont eu leur premier rapport sexuel avec une personne de même sexe ont été exclues (N = 1 105 femmes ; N = 1 067 hommes).
Lecture : parmi les femmes âgées de 18 à 29 ans, 6,9 % ont eu leur premier rapport avant 15 ans.
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

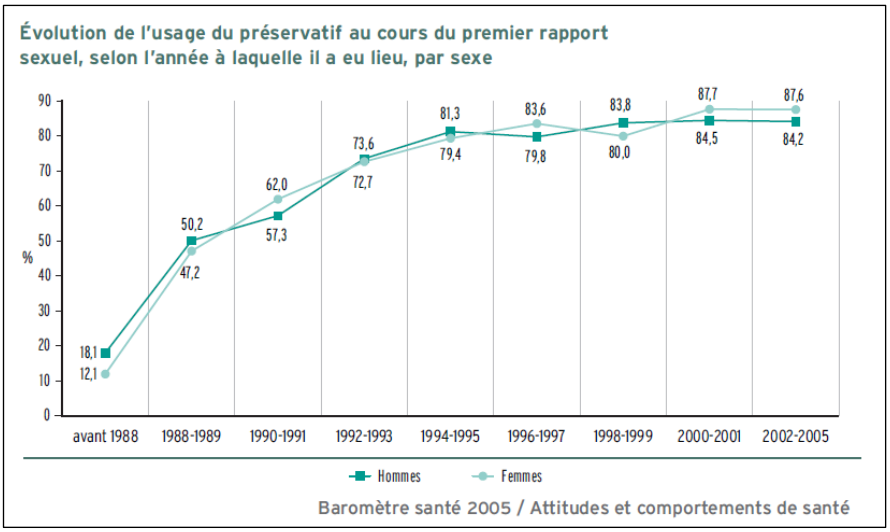
a dix ans. Elles renvoient à la prééminence du registre affectif pour les femmes et de celui du désir pour les hommes. Ainsi, alors que 53,6% des femmes évoquent que l'amour ou la tendresse sont à l'origine de leur souhait de ce premier rapport, seuls 25,9% des hommes placent ces enjeux comme les plus déterminants. Les hommes évoquent avant tout le désir sexuel (47,0 % contre 25,8%).

Si la grande majorité des personnes interrogées déclarent avoir souhaité ce premier rapport « à ce moment-là », les femmes sont néanmoins un peu moins nombreuses que les hommes dans ce cas (87,6% contre 92,8%). Elles rapportent également plus souvent avoir cédé aux attentes de leur partenaire (10,7% contre 6,9%), voire avoir été forcées à avoir ce rapport (1,7% contre 0,3%).

Les données du Baromètre santé montrent bien qu'en matière de sexualité les différences genrées, même si elle se construisent tout au long des trajectoires affectives et sexuelles, sont déjà opérantes dès l'entrée dans la sexualité.

### *Comportement préventif à l'entrée dans la sexualité*

S'il n'y a pas eu depuis les années 80 d'évolution marquée dans le sens d'une précocité au premier rapport sexuel, d'autres aspects de cette expérience se sont modifiés, et notamment la place qu'y occupe le préservatif. Depuis 30 ans, le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel a régulièrement et très fortement augmenté, pour se stabiliser autour de 85% depuis les années 2000 (contre 14% en 1985).




Le préservatif apparaît donc comme un code d'entrée dans la sexualité, témoignant de l'impact des campagnes et actions de prévention. Néanmoins si l'utilisation du préservatif est élevée lors des premiers rapports avec un-e nouveau-elle partenaire, elle est beaucoup moins constante dans le temps. Par ailleurs, les enquêtes montrent que la probabilité d'utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel augmente avec le niveau d'études et qu'a contrario, elle baisse avec la précocité de ce premier rapport.

Toutefois, les données concernant l'utilisation et la perception de l'efficacité du préservatif montrent que si le préservatif reste une norme préventive pour les jeunes, chez l'ensemble des personnes interrogées son intérêt et son efficacité semblent de moins en moins compris et la confiance dans l'outil apparaît en baisse. **[8]**

Ces éléments montrent l'importance d'adapter et de redynamiser les messages de promotion du préservatif auprès de ce public.

## L'épidémiologie des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) chez les jeunes

De façon convergente, les données disponibles montrent que les jeunes sont fortement exposés-es au risque de contracter une infection sexuellement transmissible. Celles-ci peuvent se transmettre y compris lors de rapports bucco-génitaux, de caresses ou par simple contact intime.

Ainsi, d'après les données fournies par Santé Publique France au CNS dans le cadre de son avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes **[13]**, les jeunes âgés-es de 15 à 24 ans représentent environ 40% des IST (VIH, syphilis, gonocoque, et chlamydia) rapportées en 2013-2014.

S'agissant du public jeune, il convient de distinguer deux réalités épidémiologiques bien différentes :

- les IST qui de par leur fréquence, leurs modes de contaminations et leurs transmissibilités élevées concernent potentiellement tous-tes les jeunes (et ce dès l'entrée dans la sexualité) parmi lesquelles on trouve notamment les infections à Chlamydia et celles à Papillomavirus Humains.
- celles plus ciblées qui concernent des jeunes présentant des vulnérabilités spécifiques (usagers-ères de produits psychoactifs, Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), migrants-es, jeunes en situation de précarité, en situation de prostitution, sous main de justice…) parmi lesquelles on trouve le VIH, la syphilis, la LGV, les hépatites, les gonococcies.

### *Les infections à Papillomavirus Humain (HPV)*

L'infection de la sphère anogénitale par les HPV est très fréquente et s'acquiert, la plupart du temps, dans les cinq années suivant les premiers rapports sexuels (40% dans les deux ans).

Au cours de leur vie, on estime à 80% le nombre de femmes qui seront exposées à ces virus. Dans la majorité des cas, l'infection s'élimine naturellement en 1 à 2 ans après la contamination. Toutefois, dans 10% des cas, cette infection persiste et peut entraîner des lésions précancéreuses au niveau des cellules du col de l'utérus. Ces lésions peuvent soit régresser, soit persister ou évoluer vers un cancer du col de l'utérus. En France, en 2016, 35 000 femmes ont été traitées pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus et 50% d'entre elles avaient moins de 39 ans. Chaque année, près de 3 000 femmes sont touchées par un cancer du col de l'utérus et 1 100 en décèdent **[18]**.

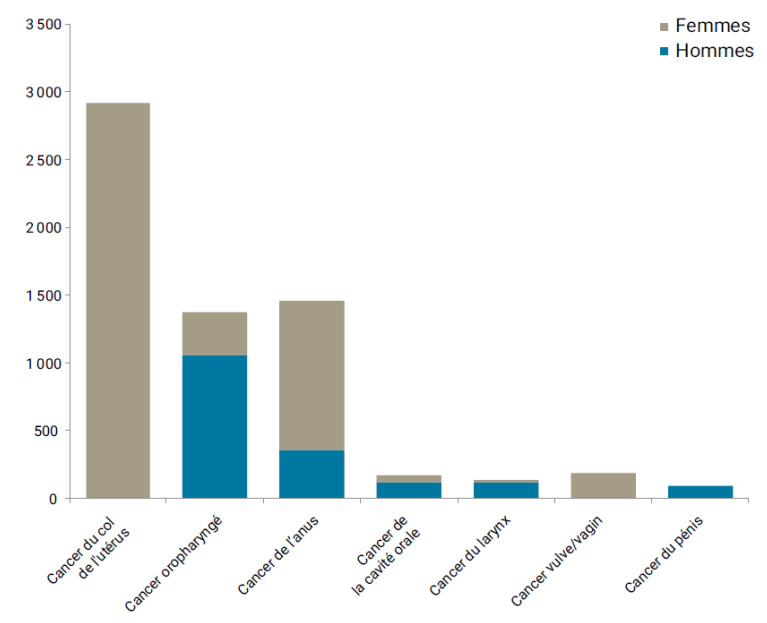



**FIGURE 1** : Nombre estimé de nouveaux cas de cancers liés aux HPV (France, 2015)

Source : (4). Traitement : Institut national du cancer, 2018.

Les HPV à haut risque sont en cause dans 100% des cancers du col de l'utérus, qui représentent eux-mêmes environ 70% des cancers dus aux HPV. Ils sont également responsables d'autres cancers dont la fréquence est un peu plus rare :

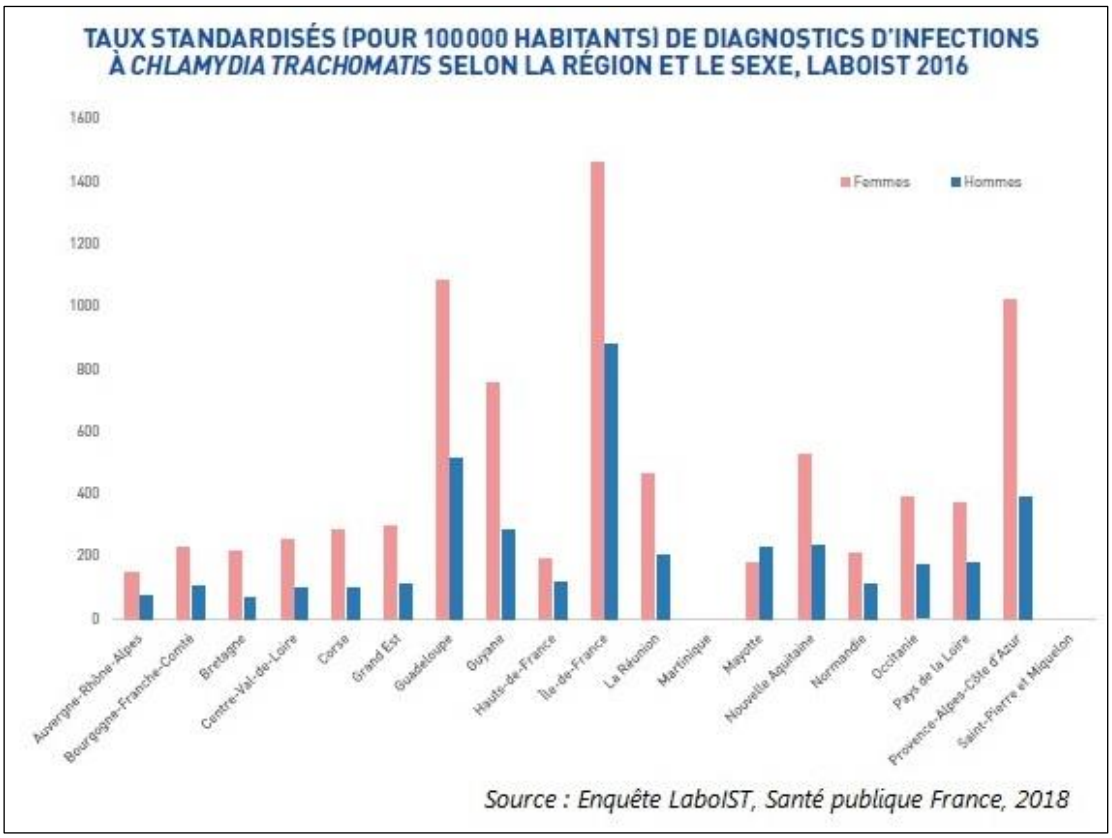
- 88% des cancers de l'anus (soit 1100/an),
- 70% des cancers du vagin (soit 300/an),
- 50% des cancers du pénis,
- 43% des cancers de la vulve (soit 500/an),
- et entre 13% et 56% des cancers de l'oropharynx selon les régions géographiques.

Dans son avis de janvier 2017 **[13]**, le Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) regrette que « *bien que l'infection par le HPV soit fréquente et pose des problèmes de santé publique, son incidence et celle de ses complications (à l'exception du cancer du col de l'utérus) ne font pas l'objet d'une surveillance épidémiologique structurée.* »

### *Les Chlamydiae*

Chlamydia trachomatis est un des agents bactériens les plus fréquemment impliqués dans les IST. L'infection à Chlamydia trachomatis constitue un enjeu de santé publique en raison de ses séquelles potentielles, dont les plus fréquentes sont les douleurs pelviennes chroniques, les grossesses extra-utérines et l'infertilité.

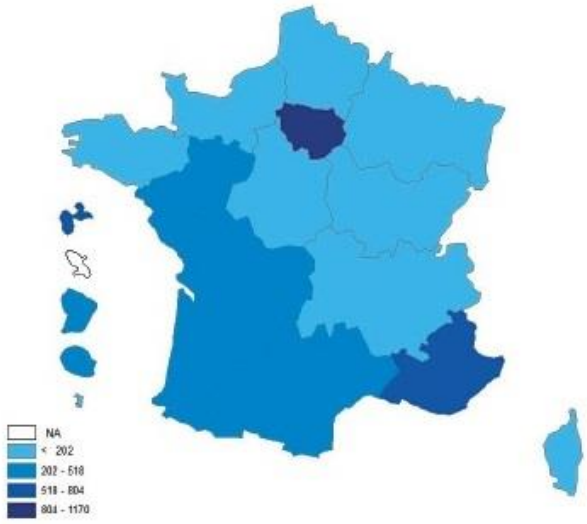
L'enquête LaboIST **[22]** a estimé pour l'année 2016 à 267 097 le nombre d'infections à Chlamydia diagnostiquées en France. Les données de l'enquête montrent de grandes disparités régionales. L'Île-de-France est la région qui présente le taux le plus élevé (1 481/100 000 habitants de plus de 15 ans), la région PACA étant également bien au-dessus de la moyenne nationale et en deuxième position des régions métropolitaines.



Une prédominance de l'infection à Chlamydia est constatée chez les femmes avec un taux de diagnostics de 592/100 000 contre 380/100 000 chez les hommes.

Parmi les femmes, la classe d'âge des 15-24 ans présente de très loin les taux de diagnostics les plus élevés que ce soit en Île-de-France (5 682/100 000), dans le reste de la métropole (1 357/100 000) ou dans les régions ultramarines (1 761/100 000). Pour Santé publique France, la prédominance des infections à Chlamydia chez les jeunes femmes reflète probablement en partie les recommandations d'un dépistage systématique et gratuit des jeunes femmes dans les centres dédiés que sont les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) et les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF).

**TAUX STANDARDISÉS (POUR 100000 HABITANTS) DE DIAGNOSTICS D'INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* SELON LA RÉGION, LABOIST 2016**




**TAUX DE DIAGNOSTICS (POUR 100000 HABITANTS) D'INFECTIONS A *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* SELON LA REGION, LE SEXE ET L'AGE, LABOIST 2016**

| Infections à *Chlamydia* | Taux de diagnostics pour 100 000 habitants | | |
|---|---|---|---|
| | Métropole hors IDF | IDF | DOM |
| Hommes 15-24 ans | **329** [301 - 357] | **1867** [1330-2404] | **485** [253-718] |
| Hommes 25-59 ans | **167** [153-181] | **1072** [795-1349] | **248** [117-378] |
| Hommes 60 ans et + | **6** [5,4-6,7] | **60** [44-76] | **13** [2-24] |
| Femmes 15-24 ans | **1357** [1223-1492] | **5682** [4155-7208] | **1761** [885-2637] |
| Femmes 25-59 ans | **233** [215-252] | **1129** [802-1456] | **403** [204-601] |
| Femmes 60 ans et + | **4,9** [4,5-5,3] | **52** [40-64] | **10** [5-15] |

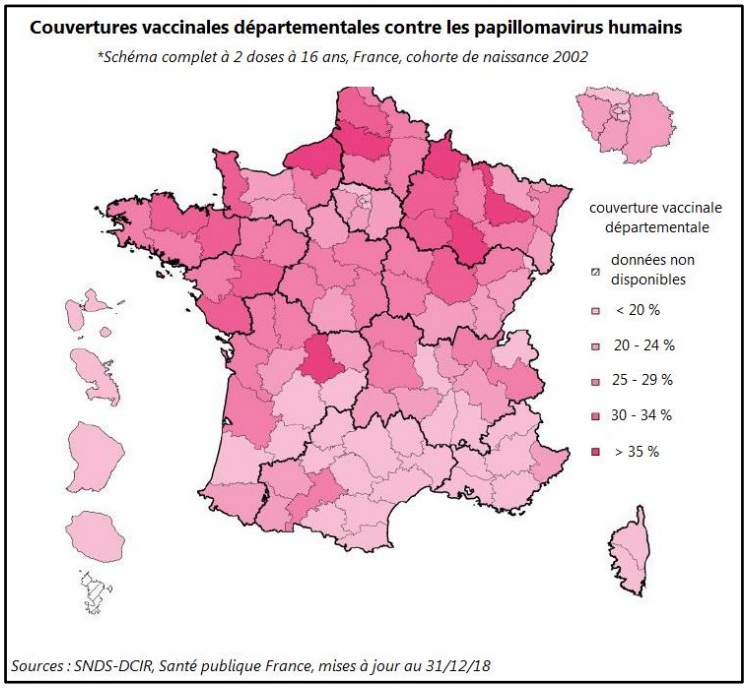
Les données de l'enquête LaboIST montrent aussi une multiplication par trois des taux de diagnostics par rapport à la précédente enquête de 2012. Si cette augmentation peut être expliquée par une possible sous-estimation en 2012, une amélioration des pratiques de dépistage et de la sensibilité des tests utilisés, elle traduit également pour Santé publique France une possible augmentation de l'incidence elle-même (nouvelles contaminations).

## *La couverture vaccinale (HPV, VHB)*

*Contre les infections à papillomavirus humains*

Depuis la mise sur le marché des premiers vaccins contre les HPV en 2007, la couverture vaccinale (CV) française n'a jamais dépassé 30%. En dépit de l'efficacité prouvée du vaccin dans la lutte contre les infections à HPV et d'une littérature scientifique indépendante démontrant leur sécurité, la couverture vaccinale est très mauvaise notamment en raison de la forte défiance à l'égard de cette vaccination et de l'organisation générale de l'activité vaccinale.

Pour l'année 2018, la couverture vaccinale est de 23,7% pour les jeunes filles de 16 ans. Les données montrent une légère hausse de ce taux depuis 2016 qui pourraient témoigner, selon Santé publique France, de l'impact positif de l'abaissement de l'âge de la vaccination à 11 ans mais peut être également du renforcement récent de la communication autour de la vaccination. **[27]**




Là encore, on observe de fortes disparités régionales, avec en région PACA une des couvertures les plus faibles de France.

**Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles**
(« schéma complet » : 3 doses pour les jeunes filles nées avant 2000 et 2 doses ensuite)

| Année de naissance | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| France | 25,3 | 22,4 | 17 | 15,7 | 13,2 | 19,5 | 21,4 | 23,7 |
| Paca | 22,4 | 19,8 | 14 | 12,6 | 9,8 | 14,4 | 15,5 | - |
| Alpes-de-Haute-Provence | 18 | 17 | 12 | 9,8 | 8,1 | 9,6 | 11,9 | - |
| Hautes-Alpes | 22 | 18,4 | 12 | 10,8 | 5,5 | 9,3 | 10,4 | - |
| Alpes-Maritimes | 22,8 | 22,8 | 16,6 | 15,9 | 13,4 | 18,6 | 18 | - |
| Bouches-du-Rhône | 23,2 | 19,7 | 13,9 | 12,1 | 9,2 | 14 | 16 | - |
| Var | 23,2 | 19,7 | 14,7 | 13,6 | 9,5 | 14,6 | 15,4 | - |
| Vaucluse | 18,5 | 15,9 | 10 | 8,3 | 7,6 | 10,8 | 11,8 | - |

*Source : SNIIRAM-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/18*

Les analyses du Baromètre santé montrent qu'elle est parmi les vaccinations qui recueillent le plus d'opinions défavorables.

Par ailleurs, l'étude Verger réalisée en 2014 auprès de 1500 médecins généralistes montre que près d'un tiers d'entre eux ne propose que très rarement cette vaccination alors même qu'une étude a montré que le premier facteur ayant un impact significatif sur la probabilité des filles d'être vaccinées était le fait d'avoir un médecin traitant favorable à la vaccination. **[18]**

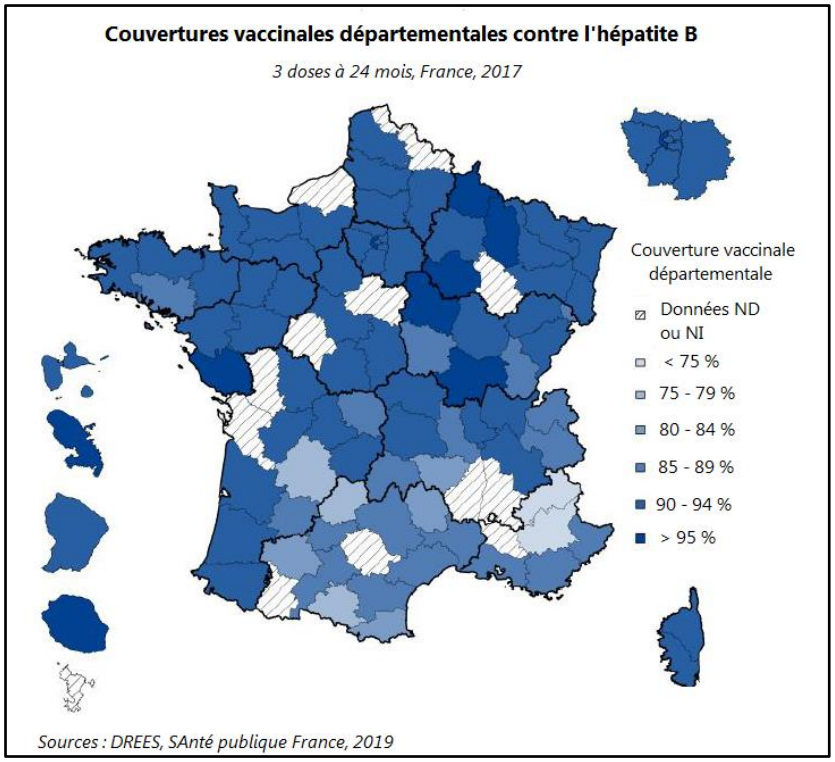
Cette situation française est atypique par rapport à ce qui est observé dans la majorité des pays européens voisins et des autres pays qui ont recommandé cette vaccination et qui affichent des taux de couverture vaccinale très supérieurs (>75 % au Royaume-Uni, Portugal, Islande, Australie, Nouvelle-Zélande, etc.). Certains pays ont fait le choix de vacciner tous-tes les adolescents-es, quels

que soient leur sexe et leur orientation sexuelle, notamment pour des raisons épidémiologiques mais aussi d'ordre éthique. C'est d'ailleurs aujourd'hui ce que préconise la SNSS et un sujet de réflexion pour la Commission Technique des Vaccinations (CTV) rattachée à la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2017.

C'est dans ce contexte que la SNSS recommande l'adoption d'une stratégie de vaccination anti-HPV universelle des jeunes filles et jeunes garçons de 11 à 13 ans, mais aussi de redéfinir les outils et le discours de la communication en direction des professionnels-les de santé et de l'éducation, des jeunes et des parents notamment en améliorant l'information sur le rapport bénéfices/risques de la vaccination. Elle fixe un objectif de 60% de couverture vaccinale de HPV chez les adolescentes en 2023 et de 80% en 2030.

*Contre le virus de l'hépatite B*

Avec l'arrivée en 2008 d'un vaccin hexavalent, la couverture vaccinale anti-VHB française chez les moins de 24 mois a fortement progressé, passant de 27,6% en 2003 à 68,6% en 2010 et 91,3% en 2017 **[27]**. Mais elle est très insuffisante et sans progression chez les adolescents-es, puisque moins de la moitié étaient vaccinés en 2015. Par ailleurs entre 2012 et 2014, près de 80% des cas d'hépatites aigues B déclarés en France relevaient d'une indication vaccinale et auraient donc pu être évités par la vaccination **[30]**.




Bien qu'en amélioration, la couverture vaccinale des adolescents-es et des adultes continue d'être influencée par l'impact fort qu'ont eu les polémiques survenues entre 1998 et 2008 sur les risques d'effets indésirables. Depuis, plusieurs études ont permis de montrer l'absence de lien entre la vaccination contre le virus de l'hépatite B et des effets indésirables graves, que ce soit en termes d'atteintes neurologiques de type sclérose en plaques, ou d'autres maladies auto-immunes. Pourtant, les analyses du Baromètre Santé montrent qu'elle est toujours la vaccination qui recueille le plus d'opinions défavorables.

A l'échelle locale, on observe là encore une forte hétérogénéité interdépartementale avec un gradient Nord Sud marqué et une région PACA qui se situe en dessous de la moyenne nationale (pour les départements dont on dispose de données exploitables).

**Couverture vaccinale (%) par le vaccin VHB**
(3 doses à 24 mois)

| Année | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|
| France | 83 | 88 | 90 |
| Alpes-Maritimes | 79 | 83 | ND |
| Bouches-du-Rhône | 77 | 83 | 87 |
| Hautes-Alpes | 52 | 55 | 65 |

*Source : SNIIRAM-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/17*

La SNSS recommande donc d'améliorer la couverture vaccinale dans le cadre du rattrapage de la vaccination anti-VHB notamment en renforçant la promotion du rattrapage, en redéfinissant les outils et le discours de la communication sur la vaccination anti-VHB et en mobilisant les structures de prise en charge que sont les CeGIDD, les CPEF et les centres de santé. Elle fixe un objectif de 75% de couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents-es en 2023 et de 95% en 2030 afin de répondre à la préconisation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'une couverture vaccinale de 3 doses à 90% permettant d'imaginer une éradication de l'hépatite B.

## Les jeunes face au risque de grossesses non désirées

### *Les pratiques contraceptives*

Depuis la loi du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth, qui autorise la fabrication et la commercialisation de la contraception orale, la couverture contraceptive des femmes françaises n'a cessé de croître.

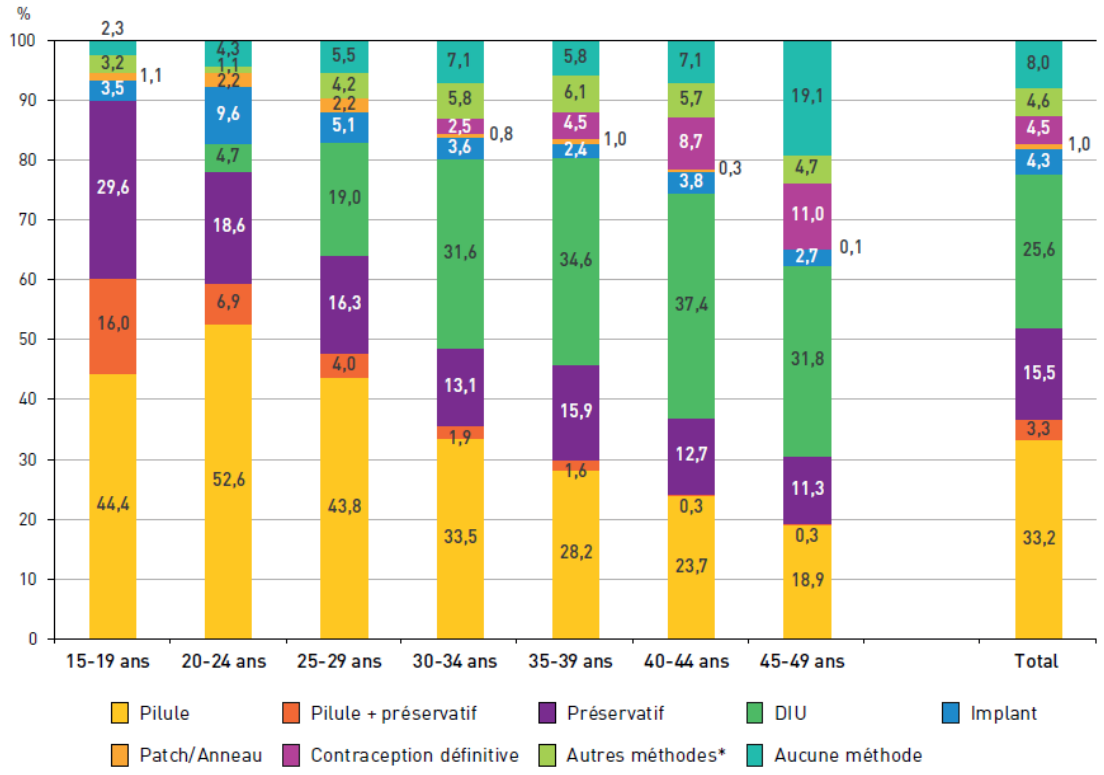
D'après les derniers résultats du Baromètre santé de 2016 **[24]**, parmi les femmes qui sont exposées au risque de grossesse non désirée (c'est à dire ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant), seules 8% n'utilisent aucune méthode contraceptive. Ce chiffre est stable par rapport à 2013. Chez les plus jeunes, cette couverture est encore plus importante puisque seules 2,3% des 15-19 ans et 4,3% des 20-24 ans n'utilisent pas de méthode contraceptive.

Plus de sept femmes sur dix (71,8%) recourent à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception (pilule, DIU, implant, patch, anneau, injection, stérilisation tubaire, vasectomie du conjoint).

Il existe de fait une « norme contraceptive » très prégnante qui a préconisé jusqu'à peu :

- le préservatif (souvent en association avec la pilule) en début de vie sexuelle ;
- la pilule pour les jeunes femmes dès qu'une relation de couple stable s'installe ;
- le Dispositif Intra-Utérin (DIU) pour les femmes déjà mères.

**FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge**




Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

En France, si la contraception orale est globalement majoritaire parmi toutes les femmes, de fortes disparités existent en fonction de leur âge. Sa fréquence maximale d'utilisation est enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4%) et les 20-24 ans (59,5%). Son utilisation diminue par la suite pour concerner moins de la moitié (47,8%) des 25-29 ans et plus qu'un tiers (35,4%) des 30-34 ans.

Au début des années 2000, de nouveaux moyens de contraception ont fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et sont désormais commercialisés, diversifiant ainsi l'offre faite aux femmes. La mise à disposition de nouvelles méthodes hormonales (l'implant contraceptif depuis 2001, le patch et l'anneau vaginal depuis 2004) a entamé un début de diversification des pratiques contraceptives des françaises. La controverse intervenue fin 2012 autour des pilules dites de 3ème et de 4ème générations semble également avoir contribué à assouplir un modèle contraceptif fortement centré sur la pilule, alors même que de nombreuses femmes en soulignaient le caractère contraignant.

En effet une baisse du recours à la pilule est constatée chez toutes les femmes, avec une diminution significative entre 2013 et 2016. Depuis 2010, les reports s'effectuent vers le DIU (+ 6,9 points), le préservatif (+ 4,7 points) et l'implant (+ 1,9 points). Ces résultats globaux cachent cependant des tendances très différentes selon l'âge des femmes.

**TABLEAU 1 | Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception**

| | 2010[1] | 2013[2] | 2016[3] | Évolution 2010-2016 |
|---|---|---|---|---|
| **15-19 ANS** | | | | |
| Pilule | 48,3 | 49,7 | 44,4 | → |
| Pilule + préservatif | 19,1 | 14,7 | 16,0 | → |
| Préservatif | 25,1 | 24,7 | 29,6 | → |
| DIU | 0,0 | 0,2 | 0,0 | → |
| Implant | 0,5 | 4,1 | 3,5 | ↗ |
| Patch/Anneau | 0,0 | 2,2 | 1,1 | ↗ |
| Autres méthodes* | 1,2 | 1,7 | 3,2 | → |
| Aucune méthode | 5,8 | 2,7 | 2,3 | → |
| **20-24 ANS** | | | | |
| Pilule | 60,1 | 54,3 | 52,6 | ↘ |
| Pilule + préservatif | 11,0 | 12,9 | 6,9 | → |
| Préservatif | 9,0 | 13,7 | 18,6 | ↗ |
| DIU | 1,6 | 5,2 | 4,7 | ↗ |
| Implant | 2,9 | 4,1 | 9,6 | ↗ |
| Patch/Anneau | 1,9 | 1,5 | 2,2 | → |
| Autres méthodes* | 2,1 | 3,7 | 1,1 | → |
| Aucune méthode | 11,4 | 4,6 | 4,3 | ↘ |

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.
Un test $\chi^2$ simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).
1. Enquête Fecond 2010.
2. Enquête Fecond 2013.
3. Enquête Baromètre santé 2016.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif n'a que peu évolué. La désaffection de la pilule a été relativement faible dans cette tranche d'âge et n'a pas donné lieu à une diversification des méthodes, si ce n'est un début de recours à l'implant. On peut noter également une augmentation de l'utilisation du préservatif.

Chez les femmes de 20-24 ans, la diminution de l'utilisation de la pilule s'est faite progressivement entre 2010 et 2016 et s'est accompagnée d'une diversification des méthodes. De façon significative, les jeunes femmes se sont reportées vers le préservatif dont l'usage a doublé entre 2010 et 2016 (de 9,0% à 18,6%). Sur cette même période, le DIU et l'implant ont également fortement progressé passant respectivement de 1,6% à 4,7% et de 4,1% à 9,6%, même si leur utilisation reste encore marginale.

A noter que cette diversification s'est portée en partie vers des méthodes plus fiables dont l'efficacité ne dépend pas de l'observance.

### *L'utilisation de la contraception d'urgence*

Lors de la mise sur le marché du Norlevo®, des craintes ont été exprimées de voir la contraception d'urgence remplacer l'utilisation d'une contraception régulière, craintes qui ne se sont pas réalisées. La couverture contraceptive a, au contraire, continué de s'élargir et l'usage de la contraception d'urgence semble répondre dans la majorité des cas à celui pour lequel elle a été conçue, à savoir une méthode de rattrapage des échecs ou erreurs de contraception.

**Utilisation (en %) de la contraception d'urgence au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'âge des femmes. Baromètre santé 2016, France métropolitaine**

| Âge (ans) | 15-19 N=155 | 20-24 N=375 | 25-29 N=504 | 30-39 N=1 165 | 40-49 N=1 196 | Total N=3 395 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Une seule fois | 15,0 | 5,5 | 6,2 | 4,1 | 1,1 | 4,4 |
| Plusieurs fois | 6,4 | 4,3 | 2,5 | 1,1 | 0,3 | 1,8 |
| **Au moins une fois** | **21,4** | **9,8** | **8,7** | **5,2** | **1,5** | **6,2** |

Population d'étude : femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois, non enceintes, non ménopausées, ne déclarant pas une contraception définitive.

25 septembre 2018 | BEH 29

En France, en 2016, 6,2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois. C'est parmi les femmes âgées de 15-19 ans qu'a été trouvée la proportion d'utilisatrices la plus élevée (21,4%). Puis la proportion déclinait rapidement avec l'âge, passant de 9,8% parmi les 20-24 ans à 5,2% parmi les 30-39 ans et à 1,5% parmi les 40-49 ans. **[22]**

La majorité des utilisatrices (70,0%) n'ont eu recours à la contraception d'urgence qu'une seule fois dans l'année. Parmi celles y ayant eu recours plusieurs fois, les femmes les plus jeunes étaient les plus concernées : chez les moins de trente ans, une femme sur trois (33,6%) ayant eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 mois rapportait au moins deux épisodes de prise contre une femme sur cinq (22,0%) parmi les trente ans et plus. Les résultats montrent également que le profil des utilisatrices n'a que peu évolué depuis la précédente enquête.

Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif ces 15 dernières années, l'utilisation de la contraception d'urgence n'a pas progressé en France. Depuis 2005, les chiffres de ventes sont très stables (autour de 1 million de boîte vendues) alors même que différentes enquêtes convergent pour montrer un recours insuffisant à la contraception d'urgence en cas de rapport non ou mal protégé.

D'après les résultats du Baromètre Santé 2016 **[23]**, les mesures destinées à faciliter l'accès à contraception d'urgence pour les femmes mineures bénéficient d'une bonne notoriété chez les plus jeunes. En effet, les moins de 25 ans savent à 84% que l'autorisation parentale n'est pas nécessaire, à 86,4% qu'elle est délivrée sans ordonnance et à 82,9% qu'elle est gratuite pour les mineures.

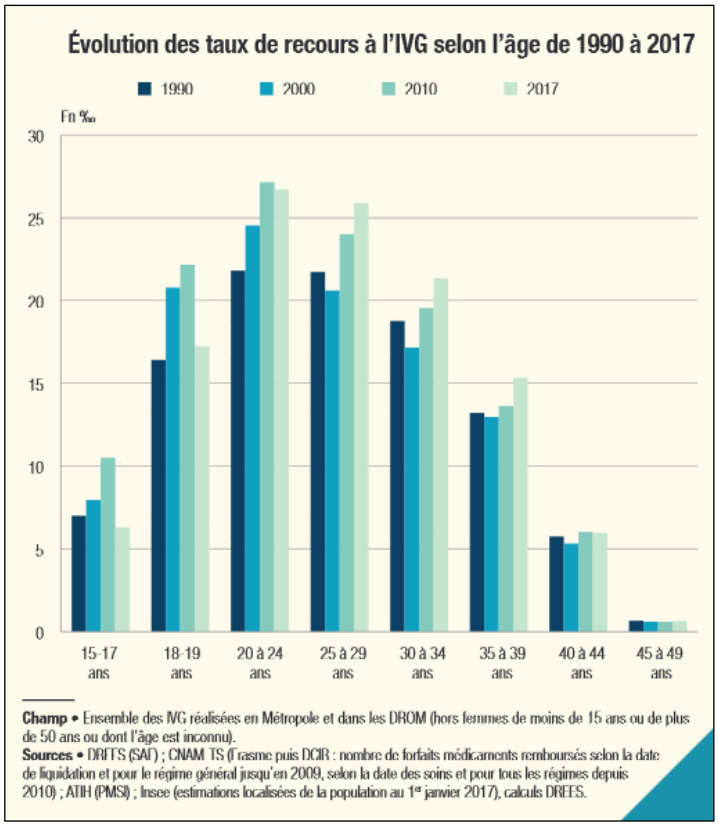
Pour une partie l'insuffisance du recours à la contraception d'urgence s'explique par la non identification du risque de grossesse. L'enquête FECOND **[6]** rapporte ainsi que seule 1 femme sur 4 déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours du dernier mois a eu recours à cette méthode de rattrapage. Dans une enquête de 2011, l'INED **[7]** constatait que l'identification d'un risque de grossesse est insuffisante : en témoigne le fait que parmi les femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG), neuf sur dix n'avaient pas utilisé la contraception d'urgence car elles n'avaient pas identifié le risque.

Pour une autre partie des femmes, le recours à la contraception d'urgence peut pâtir de connaissances erronées (notamment en ce qui concerne ses délais d'utilisation) ou encore d'idées reçues sur son efficacité et sa non dangerosité pour la santé. En effet, si 97,5% des répondants-es 15-19 ans connaissent la contraception d'urgence, seuls-es 70,2% la perçoivent comme efficace et 47,3% la perçoivent comme risquée pour la santé. **[23]**

Ces résultats montrent que la promotion de la contraception d'urgence comme complément à une contraception régulière doit être soutenue et qu'elle doit s'accompagner d'une information sur les délais d'utilisation et sur l'efficacité de cet outil.

### *Le recours à l'IVG*

En 2018, 224 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 209 500 en métropole. Leur nombre est relativement stable depuis 2006, avec un taux de recours de 15 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans la métropole et de 27,8 dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) **[28]**.




Après une augmentation entre 2000 et 2014, le taux global de recours à l'IVG est en légère baisse depuis. L'évolution selon les tranches d'âge est plus différenciée. La diminution des taux de recours se poursuit ainsi chez les moins de 20 ans depuis 2010, alors que les taux ont plutôt tendance à croître parmi les 25-39 ans.

Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27,3 IVG pour 1 000 femmes, tandis que les taux continuent à décroître chez les femmes de moins de 20 ans, atteignant 6 pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 17,4 parmi les 18-19 ans.

Les données fournies par la DREES montrent que les écarts régionaux perdurent avec des situations très différentes. Ainsi en 2018, parmi les régions de France métropolitaine, la région PACA présente de loin le plus fort taux d'IVG avec un taux de 22 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et un taux de 8,1 pour 1 000 chez les mineures âgées de plus de 15 ans. On note également les mêmes tendances à la baisse depuis la fin des années 2000.

La situation française se caractérise donc par un très fort taux de couverture contraceptive et un recours important à l'IVG qui reste stable. Cette situation s'explique par l'existence de deux mouvements qui se compensent statistiquement et qui caractérisent ce que certains appellent le paradoxe contraceptif français. En effet, d'un côté, grâce à la diffusion de la contraception, le nombre de grossesses non prévues diminue mais de l'autre, en cas de grossesse non prévue, la probabilité du recours à l'avortement augmente.

Le nombre d'IVG, y compris chez les plus jeunes, ne s'explique pas principalement par un défaut de couverture contraceptive puisque celle-ci est très importante. Les études ont montré que deux tiers des grossesses non prévues surviennent sous contraception. Cette situation s'explique d'une part par le fait que même en cas d'utilisation optimale, aucun moyen de contraception n'est fiable à 100% et que d'autre part, les accidents (rupture de préservatif, oubli de pilule, …) sont inhérents à l'utilisation même d'un moyen de contraception.

Selon l'INED, 33% des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie **[7]**. Cela montre que l'IVG n'est pas un évènement exceptionnel, qu'elle constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive des femmes et doit donc être prise en compte en tant que telle. Tous les professionnels-les souhaiteraient voir diminuer le nombre d'IVG « évitables » mais les facteurs qui conduisent à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre sont multiples et complexes.

# L'offre de santé sexuelle à destination des jeunes

L'absence de ressources financières, de couverture santé indépendante des parents, d'autonomie dans la gestion de leur emploi du temps constituent pour nombre de jeunes des freins quant à l'accès à l'offre de santé sexuelle. Pour pallier à cette situation, des dispositions et modalités particulières ont été créées au fur à mesure pour renforcer l'accès des jeunes à l'offre de soins et leur permettre une prise en charge de leur santé sexuelle de façon autonome.

Pour les jeunes, la possibilité de s'affranchir de l'autorité parentale est un enjeu majeur. C'est pourquoi, par dérogation au principe de l'autorité parentale et pour un nombre limité d'actes médicaux, le législateur a supprimé l'exigence de consentement des titulaires de l'autorité parentale et a introduit un droit au secret ou à l'anonymat au bénéfice des personnes mineures, sans référence à un âge civil. Limité à certains actes et dans certaines conditions, cela s'applique notamment pour l'accès à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse, à la prise en charge des usagers-es de drogues ou encore au dépistage et au traitement des IST.

## Des structures dédiées

Dans le domaine de l'offre en santé sexuelle, les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) et les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) sont les deux opérateurs publics qui jouent un rôle essentiel, notamment en direction des jeunes.

### *Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)*

Les centres de Planification et d'Éducation familiale (CPEF) ont été créés par la loi Neuwirth du 28 décembre 1967. Financés par les conseils départementaux dans le cadre des missions de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ils peuvent être portés par des structures relevant de collectivités publiques (conseils départementaux, communes, hôpitaux, etc.) ou d'organismes privés à but non lucratif. Les CPEF sont des lieux d'écoute et de parole, d'information et de prévention, de consultation et de suivi médical pour toute question ou besoin ayant un lien avec la vie sexuelle et relationnelle. Ils constituent un opérateur public essentiel de la promotion de la santé sexuelle, tout particulièrement pour les jeunes.

Le personnel minimum nécessaire à un CPEF est un-e médecin, avec des connaissances particulières en matière de planification familiale, et une conseillère conjugale et familiale ; mais le centre peut être plus étoffé et s'adjoindre infirmiers-ères, sages-femmes, assistants-es sociales, …

Au fur et à mesure, les missions initiales rattachées à la planification familiale ont été renforcées et élargies dans une approche globale de santé sexuelle. A l'heure actuelle, les missions des CPEF concernent : la réalisation de tests de grossesses ; la prescription et délivrance de la contraception ; la délivrance de préservatifs ; la délivrance de la contraception d'urgence ; l'accompagnement et l'orientation des demandes d'IVG ; la réalisation de dépistage du VIH/sida et des IST ; la prise en charge et le traitement de certaines IST et depuis peu la vaccination (VHB, HPV).

### *Les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD)*

Tout comme les CPEF, ils peuvent être portés par les départements, des structures hospitalières ou encore des associations. Issus de la fusion des CDAG et des CIDDIST, ils centralisent leurs anciennes missions en les élargissant à la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle et de prévention combinée. Leurs missions regroupent donc aujourd'hui : la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et les hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ; la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ; la prescription et la délivrance de la contraception et de la contraception d'urgence ainsi que la vaccination (VHA, VHB et HPV), la prise en charge et le suivi du traitement post-exposition la prévention des autres risques liés à la sexualité (violences ou dysfonctions sexuelles etc).

La création des CeGIDD a été pensée pour conjuguer l'efficacité des moyens de prévention, du dépistage et des antirétroviraux, en valorisant ainsi la diversité et la complémentarité des outils et des usages.

## Prise en charge et prévention des IST

### *L'accès des personnes mineures à l'offre de prévention, de dépistage et à la prise en charge*

Dans un avis du 15 janvier 2015 **[12]** sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale, le CNS avait alerté sur l'absence de garantie effective du droit au secret pour la personne mineure. En effet, contrairement au dispositif d'anonymisation mis en œuvre dans le champ de la contraception et de l'IVG, les pouvoirs publics n'ont ni prévu ni organisé le secret de la prise en charge financière par l'assurance maladie des traitements et interventions des personnes mineures ayant sollicité le secret sur leur état de santé concernant les IST.

Concernant le principe de dérogation de l'autorité parentale dans le cadre de la prise en charge des IST, la loi du 26 janvier 2016 **[3]** est venue renforcer cette possibilité en permettant aux médecins et aux infirmiers-es de s'affranchir de l'autorisation parentale pour effectuer une action de prévention, un dépistage et pour traiter une IST. Les professionnels-les peuvent aujourd'hui se référer à l'article L. 1111-5-1. qui stipule que *« Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »*

Par ailleurs, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle recommande que soient étudiées l'opportunité et la faisabilité d'une levée de l'obligation d'accompagnement par un-e adulte du-de la mineur-e dans le cadre de la prévention, des dépistages des IST et de leur traitement. Le CNS recommande quant à lui de conforter et d'organiser la participation des médecins généralistes à la lutte contre les IST chez les jeunes notamment en offrant aux mineurs-es un accès gratuit et confidentiel au dépistage et au traitement en consultation de médecine de ville.

Il propose également cette levée d'obligation d'accompagnement dans le cas des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés par des CeGIDD, des structures associatives et des dispositifs de prévention habilités. Le CNS souscrit notamment à l'idée de permettre aux infirmiers-ères scolaires de proposer et de réaliser des TROD au cas par cas.

### *Accès et rapport aux préservatifs*

Les données dont on dispose concernant l'utilisation et la perception de l'efficacité du préservatif montrent que si le préservatif reste une norme préventive pour les jeunes, chez l'ensemble des personnes interrogées son intérêt et son efficacité semblent de moins en moins compris et la confiance dans l'outil apparaît en baisse. Dans son avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes publié en 2017 **[13]**, le Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) note ainsi que « *son utilisation semble déconnectée par rapport à une réflexion globale de prévention*. ». Ces éléments montrent l'importance d'adapter et de redynamiser les messages de promotion du préservatif auprès de ce public.

C'est pourquoi la SNSS insiste sur la nécessité de continuer à promouvoir comme outils de base de prévention des risques liés à la sexualité les préservatifs (interne et externe) et recommande de :

- rendre accessible pour tous l'usage des préservatifs en associant sa promotion à des actions ciblées d'éducation, de dépistage ou de prise en charge psychosociale ;
- développer et diversifier le « marketing social » des préservatifs dans des approches spécifiques à chaque population clé ;
- développer leur accessibilité et la diversification de l'offre avec des modèles plus qualitatifs et donc plus attractifs ;
- assurer leur mise à disposition effective dans les collèges et les lycées, les universités (distributeurs, infirmerie) dans de bonnes conditions.

Les préservatifs sont disponibles à l'achat dans de nombreux lieux : pharmacies, supermarchés, distributeurs automatiques, …
Depuis 2018, certaines marques de préservatifs externes peuvent être remboursées par l'assurance maladie à hauteur de 60%, s'ils ont été prescrits par un-e médecin ou une sage-femme. La délivrance, sous forme de boîtes de 6, 12 ou 24 préservatifs, s'effectue en officine de pharmacie sur présentation d'une prescription.

Il est également possible de s'en procurer gratuitement auprès d'un CeGIDD, d'un CPEF, des associations de lutte contre le VIH et dans de nombreuses structures accueillant des jeunes.
Depuis 2006, l'accessibilité a été renforcée au sein même de l'Education nationale. En effet, depuis la circulaire n°2006-204 du 2 décembre 2006 **[1]** et celles venues compléter le dispositif initial, il est prévu la présence dans chaque lycée de deux distributeurs de préservatifs à 20 centimes dont la maintenance et l'approvisionnement doivent être assurés par l'établissement.

Les différentes circulaires insistent sur le fait que « *parallèlement, la mise à disposition de préservatifs dans les infirmeries sera poursuivie* » mais sans fournir de cadre précis. En pratique, la disponibilité de préservatifs de façon gratuite dans les infirmeries scolaires est largement assurée dans les lycées. Néanmoins, faute de cadre précis, les modalités de mise à disposition sont très variables d'un établissement à l'autre (en libre accès à l'entrée de l'infirmerie, dans le bureau de l'infirmier-ère, uniquement sur demande, …) avec des choix opérés qui peuvent avoir un impact fort sur l'accessibilité effective.

En revanche dans les collèges, la mise à disposition de préservatifs est laissée à l'appréciation des personnels infirmiers et apparaît dans la pratique aléatoire et limitée à une distribution sur demande. Le CNS considère que l'absence de positionnement et de directives claires de la part de l'institution

est préoccupante au regard de la proportion non négligeable d'élèves qui entrent dans la sexualité durant leur scolarité au collège.

## *Vaccination*

La vaccination constitue un outil de prévention primaire qui a fait ses preuves en permettant l'éradication de nombreuses maladies. C'est pourquoi, dans le cadre de son axe II, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle se fixe comme objectif d'augmenter la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale notamment contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et contre l'hépatite B (VHB).

### *Contre les infections à papillomavirus humains*

En France, la vaccination contre les infections à Papillomavirus humains (HPV) est recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans et dans le cadre du rattrapage vaccinal, pour les jeunes filles entre 15 et 19 ans. Dans la population masculine, la vaccination HPV est recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans chez les HSH pour réduire leur risque de condylomes, de lésions précancéreuses et de cancers anaux. Elle est aussi recommandée chez les personnes immunodéprimées.

**TABLEAU 1. EFFICACITÉ ATTENDUE DES VACCINS CONTRE LES HPV**

| LOCALISATIONS | COL DE L'UTÉRUS | | ANUS | VULVE | VAGIN | CONDY-LOMES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | HSIL* | CANCER | | | | |
| **CERVARIX®** HPV 16-18 | 47 % | 71 % | 78 % | 40 % | 55-60 % | 0 |
| **GARDASIL®** HPV 16-18 + 6-11 | 47 % | 71 % | 78 % | 40 % | 55-60 % | 90 % |
| **GARDASIL®9** HPV 16-18-6-11 + 31, 33, 45, 52, 58 | 81 % | 90 % | 80 % | >40 % | >55-60 % | 90 % |

*HSIL : lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade.

Disposant d'une autorisation européenne de mise sur le marché depuis 2015, le Gardasil®9 qui contient cinq génotypes d'HPV à haut risque additionnel par rapport au vaccin Gardasil® est recommandé dans le calendrier vaccinal français.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) recommande désormais que la vaccination soit initiée par Gardasil®9 **[16]**:

- chez les jeunes filles non vaccinées antérieurement ; selon le schéma à 2 doses chez celles âgées de 11 à 14 ans révolus ; à 3 doses chez celles âgées de 15 à 19 ans révolus.
- chez les HSH jusqu'à l'âge de 26 ans (3 doses)

La vaccination ne protégeant pas contre tous les HPV liés au cancer du col de l'utérus, le dépistage par frottis qui identifie les lésions précancéreuses doit être réalisé tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 ans à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non.

### *Contre le virus de l'hépatite B*

En France, la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire, pour tous les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018, et recommandée chez les enfants et les adolescents-es dans le cadre du rattrapage vaccinal jusqu'à l'âge de 15 ans.

### *Recommandations et modalités de dépistage*

Le dépistage est un élément clé de la réduction de la prévalence des IST dans la population et du risque de complications à long terme. Au regard du contexte épidémiologique chez les jeunes, les différentes recommandations insistent sur la nécessité de les inciter au dépistage des IST car elles sont souvent asymptomatiques et peuvent avoir de graves conséquences pour la santé (infertilité, cancer du col de l'utérus...) alors même qu'il existe des traitements efficaces.

Le dépistage des personnes infectées par une IST, en permettant le diagnostic précoce et la mise en route rapide d'un traitement, apporte à la fois un bénéfice individuel aux personnes diagnostiquées (diminution de la morbidité et de la mortalité) et un bénéfice collectif (diminution de l'incidence).

Les principaux enjeux de santé publique dans la lutte contre les IST en France sont actuellement le retard au diagnostic et donc à la prise en charge médicale, ainsi que l'incidence qui reste élevée dans certains groupes de population, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les migrants-es originaires d'Afrique subsaharienne. C'est pourquoi la HAS insiste sur la nécessité d'orienter le dépistage vers les populations les plus à risque, selon les données épidémiologiques disponibles, et de s'appuyer sur les outils de dépistage et de traitement efficaces. La Stratégie Nationale de Santé Sexuelle recommande de favoriser le dépistage répété des populations les plus exposées au VIH. Elle appelle à un renforcement de l'offre de dépistage et à la mobilisation de l'ensemble des acteurs-rices afin notamment d'agir sur les « occasions manquées » de dépistage dans le parcours de soin. Chez les jeunes, il est recommandé de procéder à des dépistages associés notamment pour la recherche de Chlamydia et gonocoque (en raison de la prévalence importante). La HAS recommande ainsi un dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans. **[17]**

Pour ce faire, elle propose de développer toutes les nouvelles approches qui peuvent favoriser la proximité et l'atteinte des populations clés. Outre le développement des actions par Smartphones ou autres moyens de communication, elle invite à poursuivre et intensifier les actions d' « aller vers », dans les lieux de vie, de sociabilisation ou de formation où se trouvent les publics identifiés. Ce mode opératoire développé depuis longtemps chez les acteurs-rices de terrain notamment associatifs-ves et/ou communautaires s'est étendu à des acteurs-rices plus institutionnels-les. C'est ainsi que les CeGIDD ont fait évoluer leur pratique à travers l'obligation de développer des activités « hors les murs » et des approches innovantes en s'associant notamment l'expertise des acteurs-rices de terrain, en direction des publics les plus vulnérables : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, travailleurs-ses du sexe, usager-ères de drogues, migrants-es d'Afrique sub-saharienne.

## Accès à la contraception, à la contraception d'urgence et à l'IVG

### *Contraception*

La contraception désigne les moyens qu'une femme peut utiliser en amont ou pendant un rapport sexuel pour prévenir la survenue d'une grossesse non désirée.

De manière générale, la contraception est accessible à toutes les femmes depuis la loi Neuwirth de 1967, y compris pour les mineures. Elle est disponible sur prescription médicale d'un-e médecin, d'un-e gynécologue ou d'un-e sage-femme *(exceptés les préservatifs et les spermicides)*. Certains moyens contraceptifs sont remboursés par l'assurance maladie à hauteur de 65% *(certaines pilules contraceptives, certaines marques de préservatifs externes, les implants contraceptifs, les dispositifs intra-utérins (DIU) et les diaphragmes)*.

Il est à noter que pour éviter toute interruption de traitement entre deux consultations, les infirmiers-ères et les pharmaciens-es sont autorisés-es à renouveler une prescription de pilules contraceptives datant de moins d'un an, pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum.

Pour les mineures, la possibilité de s'abstenir du consentement parental et de bénéficier d'un accès confidentiel et gratuit a été prévu dès 1974 et renforcé régulièrement par le législateur. A l'heure actuelle, plusieurs dispositifs permettent un accès spécifique pour les jeunes :

- Les CPEF peuvent prescrire, délivrer (et poser si besoin) tout moyen de contraception (y compris ceux qui ne sont pas remboursés) de façon gratuite et confidentielle à toute mineure ou toute majeure sans couverture sociale.
- Depuis le 1er juillet 2016, la loi prévoit un accès gratuit (au tarif de la sécurité sociale) et couvert par le secret à la contraception pour les mineures d'au moins quinze ans en médecine de ville et pris en charge par l'assurance maladie. Elle prend en compte les examens biologiques nécessaires à la contraception, les consultations médicales annuelles et de suivi ainsi que les frais de pose et de retrait. Seuls les moyens contraceptifs remboursés sont disponibles et les surcoûts sont à la charge de la jeune femme.
- Le « PASS Santé Jeunes » est un dispositif régional qui permet aux jeunes de 15 à 25 ans d'accéder de façon confidentielle et gratuite à un ensemble de prestations médicales concernant la prévention et l'accès à la contraception. Ce chéquier se compose de coupons qui permettent de régler des consultations médicales, des examens biologiques, la délivrance de son moyen de contraception ainsi que l'achat de 20€ de préservatifs. Le surcoût reste à la charge du-de la bénéficiaire. Le PASS permet d'être autonome pour une période d'un an.

Néanmoins, cet accès gratuit en médecine de ville et CPEF ne concerne à l'heure actuelle que les mineures de plus de 15 ans, ce qui soulève la question de l'accès pour les mineures de moins de 15 ans qui pour l'instant doivent en assumer le coût. C'est pourquoi, le gouvernement a souhaité s'emparer de cette inégalité en prévoyant dans son avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 d'étendre la prise en charge à toutes les mineures.

### *Contraception d'urgence*

La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport sexuel non ou mal protégé.

Autorisée depuis 1999, la contraception d'urgence est disponible en pharmacie sans prescription médicale. En ce qui concerne les mineures, la contraception d'urgence est disponible en pharmacie de façon anonyme et gratuite sur simple déclaration orale de la minorité d'âge. Elle est également accessible de façon confidentielle et gratuite dans les CPEF, les CeGIDD, les infirmeries scolaires et pour les étudiantes dans les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS).

Pour les majeures, une ordonnance est nécessaire pour bénéficier d'un remboursement par l'assurance maladie (à hauteur de 65%).

Deux méthodes sont possibles et ont un mécanisme d'action différent :

- Les pilules hormonales contraceptives d'urgence qui permettent de bloquer ou de retarder l'ovulation. Elles se présentent sous la forme d'un seul comprimé à prendre à n'importe quel moment du cycle, le plus rapidement après le rapport à risque et au plus tard dans les trois

jours pour la contraception au lévonorgestrel (hormone progestative), dans les cinq jours pour la contraception à l'ulipristal acétate.

- Les dispositifs intra-utérins au cuivre qui empêchent la fécondation par effet toxique sur les spermatozoïdes et l'ovule et également l'éventuelle implantation d'un ovule fécondé en provoquant une inflammation de la muqueuse utérine. Il doit être posé dans les cinq jours qui suivent le rapport sexuel à risque au maximum.

### *Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)*

Depuis la légalisation de l'IVG grâce à la loi Veil de 1975, de nombreuses dispositions légales sont venues renforcer et simplifier son accessibilité.

Aujourd'hui, l'IVG est accessible à toutes les femmes. Elle est prise en charge à 100% par l'assurance maladie ainsi que les actes qui y sont liés.

Pour les mineures, elle est accessible sans le consentement parental ou du représentant légal à condition d'être accompagnée par une personne majeure de son choix. Dans ce cas, elle pourra être réalisée de manière confidentielle et gratuite. Contrairement aux majeures, un entretien psychosocial préalable et une consultation d'information sur les méthodes de contraception post-IVG restent obligatoires.

Deux méthodes sont aujourd'hui accessibles :

- L'IVG médicamenteuse peut-être réalisée jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée et jusqu'à 9 semaines lorsqu'elle a lieu dans un centre de santé. Elle doit être réalisé par un-e médecin généraliste conventionné-e, un-e gynécologue ou un-e sage-femme dans un cabinet de ville, un CPEF ou un centre de santé.
- L'IVG chirurgicale peut-être réalisée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. Elle ne peut être réalisée que dans un centre de santé par un-e médecin.

## Conclusion

Les données dont on dispose sur la santé sexuelle attestent d'un décalage notable entre certains discours médiatiques très souvent alarmistes et la réalité décrite dans la littérature scientifique. L'état des lieux de l'offre de santé sexuelle à destination des jeunes montre que depuis plusieurs décennies de nombreux progrès ont été réalisés (multiplication des dispositifs, simplification des accès et des procédures, …) même s'il reste encore des choses à améliorer comme par exemple l'accès des mineures de moins de 15 ans à la contraception ou encore l'accessibilité de certaines structures en termes géographiques et d'amplitude horaire.

Si certains freins relèvent de la législation, la sous-utilisation des dispositifs et des outils favorables à sa santé sexuelle sont parfois directement liés à un manque d'information, à la méconnaissance de l'offre de santé sexuelle, des dispositifs dédiés, ou encore à la persistance d'idées reçues. C'est pourquoi tous les rapports et enquêtes sont venus réaffirmer la nécessité d'accentuer et de renforcer les politiques de santé en direction des jeunes et notamment en ce qui concerne l'éducation à la sexualité. Ils ont également rappelé l'importance de prendre en compte l'ensemble des jeunes notamment les plus en marge du système de santé, ainsi que la nécessité d'impliquer l'ensemble des lieux de prise en charge et de socialisation des jeunes.

# Bibliographie

*Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Sud.*


**[1] Circulaire n°2006-204 : Installation des distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels**
MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2006, n°46, pp. 2562-2563

**[2] Décret n° 2015-1621 du 9 décembre 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic mentionnés à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique**
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, PREMIER MINISTRE, MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
Journal Officiel de la République Française, 2015, n°0287, p. 22842

**[3] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**
Journal Officiel de la République Française, 2016, n°0022

**[4] Décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine**
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
Journal Officiel de la République Française, 2017, n°0102, 2 p.

**[5]** BAJOS N, RAHIB D, LYDIE N
**Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre**
Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 6 p.

**[6]** BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C, EQUIPE DE L'ENQUÊTE FECOND
**La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?**
Population & Sociétés, 2012, n°492, 4 p.

**[7]** BARIL E, TOULEMON L, MAZUY M
**Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété**
Population & sociétés, 2015, n° 518, 4 p.

**[8]** BELTZER N, SABONI L, SAUVAGE C, SOMMEN C
**Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 : situation en 2010 et 18 ans d'évolution**
Paris : ORS Ile-de-France, 2011, 153 p.

**[9]** BOZON M,
**Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable**
Agora débats/jeunesses, n°60, 2012, p. 121-134

**[10]** CIRE PACA - SANTE PUBLIQUE FRANCE
**Infections sexuellement transmissibles**
Bulletin de Santé publique, 2018, 8 p.

**[11]** CIRE PACA - SANTE PUBLIQUE FRANCE
**Vaccination**
Bulletin de Santé Publique, 2018, 11 p.

**[12]** CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES
**Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge**
Paris : CNS, 2015, 14 p.

**[13]** CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES
**Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes**
Paris : CNS, 2017, 81 p.

**[14]** COUR DES COMPTES
**La prévention et la prise en charge du VIH**
Paris : Cour des comptes, 2019, 140 p.

**[15]** HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE
**Santé sexuelle et reproductive**
Paris : HCSP, 2016, 90 p.

**[16]** HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE
**Avis relatif à la place du vaccin GARDASIL 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains**
Paris : HCSP, 2017, 17 p.

**[17]** HAUTE AUTORITE DE SANTE
**Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis – Synthèse**
Saint-Denis : HAS, 2018, 4 p.

**[18]** INSTITUT NATIONAL DU CANCER
**Papillomavirus et cancers**
Boulogne-Billancourt : InCA, 2018, 8 p.

**[19]** MAILLOCHON F
**L'initiation sexuelle des jeunes : un parcours relationnel sexuellement différencié**
La Santé de l'homme, 2012, n°417, pp. 46-48

**[20]** MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
**Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020**
Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2018, 50 p.

**[21]** MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
**Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030**
Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017, 73 p.

**[22]** NSEIKOUNDAM NGANGRO N, BOUVET DE LA MAISONNEUVE P, LE STRAT Y, FOUQUET A, VIRIOT D et al.
**Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016**
Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 6 p.

**[23]** RAHIB D, LYDIE N
**Baromètre de santé publique France 2016. Contraception. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés**
Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 5 p.

**[24]** RAHIB D, LE GUEN M, LYDIE N
**Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent**
Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p

**[25]** RAHIB D, LYDIE N
**L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants.**
BEH, n°29, 2018, pp. 590-595

**[26]** SANTE PUBLIQUE FRANCE
**Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) - Rénago, Rénachla et RésIST : données au 31 décembre 2016**
Saint-Maurice : InVS, 2018, 12 p.

**[27]** SANTE PUBLIQUE FRANCE
**Vaccination**
Bulletin de Santé Publique, 2019, 12 p.

**[28]** VILAIN A
**Les interruptions volontaires de grossesse en 2018**
Etudes et résultats, 2019, n° 1125, 7 p.

**[29]** VAILLANT L,
**Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé**
2018, 102 p.

**[30]** VAUX S, PIOCHE C, BROUARD C., PILLONEL J., BOUSQUET V, et Al.
**Surveillance des hépatites B et C**
BEH, n°24, 2017, 28 p.

**Pôle de Marseille**
5, rue Saint-Jacques
13006 Marseille
Tél : 04 91 59 83 83
Fax : 04 91 59 83 99
email : crips.marseille@lecrips.net

**Pôle de Nice**
6, rue de Suisse
06000 Nice
Tél : 04 92 14 41 20
Fax : 04 92 14 41 22
email : crips.nice@lecrips.net

Site internet : sud.lecrips.net

CRIPS SUD

N° SIRET : 391 262 508 00057 - N° déclaration d'activité : 93 13 16 58 213