



Le *bip* est édité par Presscode pour l'association Arcat.

Directeur de la publication et rédacteur en chef : Jean-Marc Borello (jmb@groupe-sos.org)  
Directeur de la rédaction : Gilles Dumoulin (gd@presscode.fr)  
Coordnatrice : Juliette Troussicot (juliette.troussicot@groupe-sos.org)  
Secrétaire de rédaction : Yvonnick Dugast (yvonnick.dugast@groupe-sos.org)  
Direction artistique : Rémi Balligand (remi.balligand@presscode.fr)  
Maquette : Alexander Raima (alex.raima@presscode.fr)

Edition et diffusion : Presscode  
Philippe Morthon (editions@groupe-sos.org)  
www.presscode.fr  
26, La Canebière - 13001 Marseille  
Impression : Imprimerie Nouvelle Groupe Jouve  
45800 Saint-Jean-de-Braye  
Commission paritaire en cours.  
Dépôt légal à parution.  
Les articles et graphismes du *bip* sont la propriété exclusive du journal.

Arcat est une association Loi de 1901.  
94-102, rue de Buzenval  
75020 Paris  
Tél. : 01 44 93 29 29  
Fax : 01 44 93 29 30  
Directeur : Thibaut Tenailleau

Délégation générale du Groupe SOS :  
379, avenue du Président-Wilson,  
93210 La Plaine Saint-Denis.  
Tél. : 01 55 87 55 55  
Fax : 01 87 55 55 35  
Le Groupe SOS se compose de neuf associations :  
SOS Drogue International,  
SOS Habitat et Soins, SOS Insertion et Alternatives, Arcat, JCLT, Collège Coopératif de Paris, Crescendo, Auxilia et Le Kiosque Info Sida.  
Il rassemble aujourd'hui près de 2 000 salariés et 130 centres sanitaires et sociaux et structures d'insertion.  
[www.groupe-sos.org](http://www.groupe-sos.org)

Education à la sexualité des jeunes

ÉDITO

## Parents, école, médecine du travail : tous concernés

**D**e plus en plus d'actions de sensibilisation et de prévention portant sur le VIH/sida sont organisées dans les entreprises. Elles sont mises en place le plus souvent à l'initiative des services de médecine du travail, parfois en partenariat avec des associations, telles qu'Arcat. Lors de ces événements, les intervenants rencontrent des salariés, pères et mères de famille, toujours plus nombreux à s'inquiéter des risques de transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les adolescents. Leurs craintes sont justifiées : une majorité de jeunes sexuellement actifs ne se protègent pas et connaissent mal les modes de transmission du VIH

et des IST, même s'ils ont le sentiment inverse. Depuis la mise en place du système de surveillance à la fin du premier trimestre 2003 jusqu'au 31 décembre 2004, 699 cas d'infection par le VIH chez des jeunes de 15 à 24 ans ont été notifiés à l'Institut national de veille sanitaire (InVS), ce qui représente 12 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité VIH notifiées. Quatre sur cinq de ces jeunes ont entre 20 et 24 ans (1).

Les parents veulent mieux comprendre les risques encourus par leurs enfants, mais ils préfèrent parfois leur fournir des brochures d'information et de prévention plutôt que d'aborder ce sujet directement avec eux, par gêne

ou crainte de la contre-productivité d'une telle démarche. La brochure *Majeur dès 15 ans* d'Arcat (2) a d'ailleurs été conçue à cet effet. Elle peut servir de point de départ pour un dialogue entre parents et enfants, tout comme les conseils de médecine du travail et les campagnes de prévention des différentes organisations.

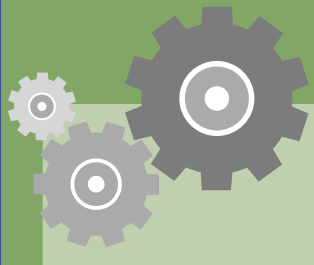
Mais dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH et des IST, l'action publique est primordiale et c'est logiquement en milieu scolaire qu'elle doit prioritairement prendre place. ■

(1) Source : Infection par le VIH et sida chez les jeunes de 15 à 24 ans, France, données au 31 décembre 2004, InVS.

(2) Disponible sur [www.arcat-sante.org](http://www.arcat-sante.org)

**AU SOMMAIRE :**

**COMMENT ÇA MARCHE ?** EDUCATION À LA SEXUALITÉ DES JEUNES : UNE APPROCHE TRANSVERSALE  
**LE POINT SUR...** COUP D'ENVOI DE VITALE 2



## COMMENT ÇA MARCHE ?

# Education à la sexualité des jeunes :

Il n'est sans doute pas besoin de rappeler qu'avec 7 000 nouvelles contaminations au VIH par an, les actions de prévention ne peuvent plus se cantonner à la seule information médico-sociale, mais doivent prendre en compte tous les aspects de la vie affective et sexuelle des personnes, notamment des jeunes. Depuis trente ans en France, les adolescents se sont vus progressivement reconnaître leur sexualité et le cadre institutionnel et légal d'une éducation en milieu scolaire est aujourd'hui largement posé. En 1996, l'éducation sexuelle à l'école prend une nouvelle signification en devenant éducation à la sexualité. Puis la loi de 2001 généralise et rend obligatoire la tenue de trois séances annuelles aux niveaux primaire et secondaire de la scolarité (2). Ouverte aux expériences de trois pays voisins, la Suisse, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, la journée organisée par le Crips tentait aussi de poser, en présence d'un public nombreux, les enjeux d'une éducation à la sexualité dans un contexte marqué par une perte notable d'intérêt pour le thème du sida.

### Comprendre ce qui se joue à son insu

C'est Nicole Athéa, médecin gynécologue et auteur d'un livre remarqué sur la sexualité expliquée aux adolescents, qui a posé la problématique générale (3). Si prévention et éducation à la sexualité ont partie liée, il faut éviter le piège qui consisterait à prévenir contre (les risques liés à) la sexualité et préférer à cette signification celle de venir avant. La prévention, a-t-elle rappelé, n'est pas une discipline scolaire reposant sur la transmission de connaissances biologiques et anatomiques. Peu nombreu-



*Les 64<sup>e</sup> rencontres du Crips Ile-de-France avaient pour thème « Quelles approches pour une éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents ? » (1). Interventions et débats ont réaffirmé, au-delà des différentes modalités de l'action publique d'un pays à l'autre, l'importance d'une approche qui ne soit pas seulement informative. L'expérience des Pays-Bas incline en faveur d'un rôle complémentaire et actif des parents.*

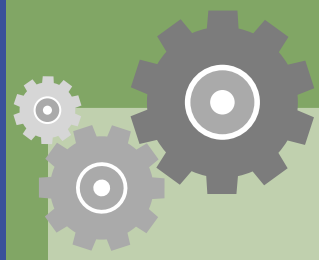
ses, les informations nécessaires pour se protéger sont en majorité acquises par les adolescents. Dès lors, qu'est-ce qui se joue en priorité pour que ces informations soient transformées en actes ? Partant de son expérience clinique, Nicole Athéa a posé trois dimensions de la personne, qu'elle juge indispensables à une véritable protection : avoir une bonne estime de soi, donner un sens à son comportement et ne pas se trouver en situation d'exclusion sociale. Mais pour atteindre ces objectifs, encore faut-il comprendre ce qui se joue à son insu en termes de rapports de force entre garçons et filles – comment une fille peut-elle

se protéger si elle a intériorisé que l'initiative revient toujours au garçon ? – mais aussi en termes psychologiques et sociaux, culturels ou religieux. Il est donc essentiel de créer un espace de parole avec les adolescents pour aborder avec eux tous ces sujets.

### Les enseignants ou des intervenants extérieurs ?

Première question : qui doit intervenir ? Si l'éducation à la sexualité ne repose pas sur un unique enjeu de connaissance, qui est légitime pour parler aux élèves ? Pour la France, Jeanne-Marie Urcum, médecin conseiller au ministère de l'Éducation nationale, a rappelé

que les enseignants, qui connaissent très bien leurs élèves, jouent parfaitement leur rôle lorsqu'ils parlent de sexualité avec eux, la prévention des risques étant généralement confiée à des spécialistes extérieurs. Cela n'empêche pas les enseignants d'avoir un avis partagé, les uns reprochant à leur établissement de confier cette tâche aux seuls professeurs de sciences de la vie (avec un accent mis sur l'information), les autres estimant qu'ils ne sont pas suffisamment formés pour jouer ce rôle. Monique Weber, responsable pédagogique de la Fondation Profa, en Suisse romane, s'est étonnée de cette dispute spécifiquement fran-



# une approche transversale

çaise. Dans son pays, l'« éducation sexuelle » est reconnue comme un droit de la personne et d'intérêt public. Mais considérant que les enseignants ont des relations de pouvoir (ou d'évaluation) avec leurs élèves qui ne leur permettent pas d'aborder des problèmes personnels et confidentiels, les cantons francophones préfèrent confier cette tâche à des intervenants extérieurs. Autre cas encore, celui des Pays-Bas qui, d'après des études comparatives, ont un taux de grossesses chez les jeunes filles nettement plus bas qu'aux Etats-Unis (et en Europe). Comme en France, ce sont les enseignants, dans le cadre de cours de biologie, qui dispensent une éducation à la sexualité. Mais celle-ci, outre qu'elle met l'accent sur les aspects relationnels (valeurs, attitudes, communication, capacité à négocier), est notamment soutenue par des services de santé très accessibles et un travail constant de sensibilisation des médias. Responsable des programmes de Rutgers Nisso Group (4), Paulien Van Haastrecht a refusé de parler pour son pays de « formule magique » : les Pays-Bas, a-t-elle dit, ont, comme les autres, des difficultés liées à la montée du multiculturalisme et à la persistance de l'homophobie, mais les parents jouent eux-mêmes un rôle pragmatique d'information qui amène les jeunes à mieux se protéger.

## Sexualité et identité sexuelle

Deuxième question. Comment mener ce qui relève d'une réflexion sur l'intime... tout en protégeant l'intimité de chacun ? En évoquant les précautions à prendre pour qu'une éducation à la sexualité ne fasse pas irruption dans l'espace privé de chacun, les médecins français ont suscité quelques

inquiétudes dans la salle. Ne risque-t-on pas alors de renvoyer définitivement les jeunes homosexuels à leur espace intime tout en renforçant la norme hétérosexuelle ? Une question dont le Royaume-Uni a choisi de s'emparer en incluant dans les programmes scolaires des « cours » sur l'identité sexuelle et l'homosexualité. Pour Simon Forrest, chercheur sur le sida, la loi intervient dans un contexte où l'homosexualité, bien que plus visible, est toujours mal perçue, et où les hétérosexuels sous-estiment leurs risques de contamination par le VIH. Elle comprend donc des mesures qui imposent aux personnels administratifs des établissements secondaires d'aborder le sujet, de soutenir cette décision sans s'effrayer des réactions négatives des parents et d'aider les enfants à en parler librement. « Nos pays ont un devoir de montrer une tolérance. La question de

*l'identité sexuelle est accessible aux jeunes »,* ajoute le chercheur.

## Une attention à porter à son corps dès le plus jeune âge

Enfin, au cours des échanges, on est sorti du débat sur l'adolescence *stricto sensu* pour faire état de toutes les actions menées auprès des plus jeunes. En Suisse, par exemple, les interventions se font dès l'école enfantine (nos maternelles), dans un souci de prévention des abus sexuels mais également pour traiter de manière progressive l'affectivité et la sexualité (à partir du corps et de ses sensations, de la différence entre les sexes, etc.). Aux Pays-Bas, une école primaire sur cinq est concernée par une approche également progressive, soit à l'appréciation du professeur, soit à l'aide d'un programme spécifique adapté à chaque âge, autour des questions que se posent les enfants sur la relation à l'autre, l'amour...

On a aussi plaidé pour que, dès le plus jeune âge, les enfants apprennent à mieux connaître leur corps et à prendre soin de lui sur tous les plans. Rendez-vous est pris pour que l'éducation à la sexualité fasse l'objet d'une approche transversale et depuis le plus jeune âge. Une préoccupation qui, au regard des statistiques démographiques et sanitaires, devrait forcément être mondiale. ■

*Sylvie Malsan*

(1) 9 juin 2006, amphithéâtre de la MGEN, Paris.

(2) En 2005, 63,7 % seulement des collèves ont mis en place des séances d'éducation à la sexualité ; seules 25 % d'entre elles sont inscrites dans les projets d'établissement.

(3) Parler de sexualité aux ados. Une éducation à la vie affective et sexuelle, Paris, Eyrolles/Crips. Nicole Athéa est « médecin d'adolescents » et référent pour le Crips.

(4) Institut hollandais de recherche et d'éducation à la santé.

## Education à la sexualité en milieu scolaire : les grandes étapes législatives en France

1976. Une première circulaire, après la loi de 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG), enjoint d'introduire progressivement la sexualité dans les programmes de biologie, à des fins d'information scientifique et de préparation de la vie familiale et sociale.

1996. Une nouvelle circulaire rend obligatoire un minimum de deux heures d'éducation à la sexualité dans les emplois du temps des élèves de 4<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> au sein des collèges et des lycées professionnels. Elle est soutenue par un programme de formation des enseignants et personnels de l'éducation nationale. Le titre de la circulaire introduit l'idée de prévention du sida en milieu scolaire et passe de la notion d'éducation sexuelle à celle d'éducation « à la sexualité ».

2001. La loi du 4 juillet relative à l'IVG et à la contraception inscrit dans le code de l'éducation la tenue

de trois séances annuelles consacrées à l'éducation à la sexualité, par groupes d'âges homogènes, dans les écoles, les collèges et les lycées. Elle précise que ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements, ainsi que d'autres intervenants extérieurs.

2003. Une circulaire sur l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées présente l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme « une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen ». La mission d'éducation de l'école est qualifiée comme complémentaire « du rôle de premier plan joué par les familles ».

En savoir plus : supports pédagogiques du ministère de l'Éducation nationale (<http://eduscol.education.fr/D0060/pedagogie.htm>).

## LE POINT SUR...



## Coup d'envoi de Vitale 2

Le ministre de la Santé a lancé, le 20 septembre dernier à Sartrouville, la carte individuelle Vitale 2 avec photo, plus complète et plus sécurisée. Cet outil antifraude à 2,70 euros pièce, également clef d'accès au futur dossier médical personnel (DMP), sera déployé progressivement à partir de novembre 2006 et jusqu'à fin 2010.

Outre les informations administratives habituelles, la carte à puce Vitale 2 présentera de nouveaux avantages par rapport aux premières cartes vertes diffusées depuis 1998. Individuelle pour chaque personne âgée de 16 ans et plus, Vitale 2 offrira à la fois une sécurisation accrue (1), et une plus grande capacité de stockage des données. Elle sera dotée d'une capacité de stockage de 32 Ko alors que Vitale 1 ne disposait que de 4 Ko). A partir de 2007, elle pourra ainsi contenir des informations sur la couverture complémentaire, indiquera le nom du médecin traitant déclaré par le patient et, le cas échéant, son refus express quant au don d'organes (2). Depuis la réforme de l'assurance-maladie de 2004, le législateur a prévu de doter Vitale 2 d'un volet d'urgence (en attente d'un décret) et de lui apposer une photographie, afin de limiter les utilisations abusives et frauduleuses. Cette nouvelle carte sera considérée comme un outil antifraude (présence de la photo du titulaire devant être conforme à celle de sa carte d'identité nationale et à la liste d'opposition), Vitale 2 sera aussi le sésame pour accéder de manière sécurisée au DMP (dossier médicale personnel)

avec l'autorisation du patient. Extérieurement, Vitale change peu de look, la nouvelle carte à puce conserve sa couleur verte et se distinguera surtout par la photo et la lettre V gravée en braille pour les non-voyants.

### Une diffusion progressive

Vitale 2 sera la première carte à puce conforme au standard défini par l'Etat pour l'administration électronique. L'assurance-maladie commencera à diffuser la carte

maladie remplacera progressivement toutes les cartes Vitale 1 par des Vitale 2. Le cap des 11,6 millions de cartes Vitale 2 devrait être franchi en 2007, puis la montée en charge sera de 14,8 à 16,9 millions par an pour atteindre un total de 59 millions de cartes individuelles en circulation en 2010. Le coût unitaire de Vitale 2 est estimé à 2,70 euros, dont 50 centimes pour la photo ce qui porte la facture totale du renouvellement du parc à près de 160 millions d'euros.

### Le législateur a prévu de doter Vitale 2 d'un volet d'urgence (en attente d'un décret) et de lui apposer une photographie, afin de limiter les utilisations abusives et frauduleuses.

Vitale 2 au mois de novembre. Les premières cartes seront distribuées en premier lieu en Bretagne, puis dans les Pays de la Loire et les autres régions au début de l'an prochain. Les caisses la réserveront tout d'abord aux nouveaux titulaires et aux assurés sociaux qui ont besoin de renouveler leur précédente carte, volée, perdue ou détériorée. Puis, à compter du printemps 2007 et jusqu'à fin 2010, l'assurance-

maladie remplacera progressivement toutes les cartes Vitale 1 par des Vitale 2. Le cap des 11,6 millions de cartes Vitale 2 devrait être franchi en 2007, puis la montée en charge sera de 14,8 à 16,9 millions par an pour atteindre un total de 59 millions de cartes individuelles en circulation en 2010. Le coût unitaire de Vitale 2 est estimé à 2,70 euros, dont 50 centimes pour la photo ce qui porte la facture totale du renouvellement du parc à près de 160 millions d'euros.

suivre. Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a confié à la Miss (Mission pour l'informatisation des systèmes de santé) le soin de mener une grande concertation avec l'ensemble des acteurs – industriels, professionnels de santé comme patients – sur leurs attentes, afin de mettre en œuvre une stratégie globale en matière de systèmes d'information, dont le DMP constitue la pierre angulaire.

### LE DMP en 2010

La généralisation du DMP pourrait s'effectuer à un rythme industriel sur trois ans, à partir du début du second semestre 2007. Le DMP se déploierait donc jusqu'en 2010, tout comme la carte Vitale 2. Le DMP doit servir de « levier pour l'informatisation » à l'hôpital, notamment à travers le plan Hôpital 2012. La part des dépenses d'informatique hospitalière doit être portée au minimum à 3 % d'ici à 2012 contre 1,7 % aujourd'hui. ■

Marianne L'Hénaff

(1) Cryptage pour les fonctions d'authentification et de signature électronique.

(2) Après avoir pris connaissance des dispositions de la loi Caillavet sur le consentement présumé.

Source : Le Quotidien du médecin du 21/09/2006 - N° 8013.