

Évaluation à mi-parcours de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

Collection

Avis et Rapports

Avril 2025

Évaluation à mi-parcours de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

À mi-parcours de la Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS), le HCSP a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS), avec plusieurs questions évaluatives, ainsi que la demande de préconisations en vue de la 3^e feuille de route de la SNSS.

À l'issue de ses travaux, le HCSP note que la SNSS représente un progrès important vers la coordination de politiques publiques nationales concernant la santé sexuelle. Depuis son lancement, de nombreuses mesures ont été prises, sur le plan des vaccinations, du dépistage des infections sexuellement transmissibles, de l'accès à la contraception, aux préservatifs, à l'interruption volontaire de grossesse, pour la santé sexuelle des personnes en situation de handicap, pour une meilleure coordination régionale en santé sexuelle.

Cependant, des marges de progression subsistent, en ce qui concerne l'information des jeunes et de leurs parents, la formation des professionnels qui les accompagnent, le développement et l'appropriation des divers canaux de communication, y compris numériques. Des efforts restent également à fournir dans la recherche vaccinale contre les infections sexuellement transmissibles ainsi que concernant la contraception masculine. La caractérisation et la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé demandent à être renforcées, ainsi que l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sanitaire.

Le manque d'un dispositif structuré de suivi-évaluation de la SNSS a été constaté, mais cette difficulté est en voie de résolution.

Dans ce contexte, les recommandations du HCSP s'inscrivent en appui aux progrès portés par la SNSS et ses feuilles de route, en proposant de les renforcer et compléter

Évaluation à mi-parcours de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

14 avril 2025

1 ^{ère} partie - ÉVALUATION À MI-PARCOURS ET PROPOSITIONS POUR LA 3 ^E FEUILLE DE ROUTE.....	2
INTRODUCTION.....	2
1. Contexte.....	2
2. Méthodologie.....	3
3. Préambule.....	4
AXE 1 - INVESTIR DANS LA PROMOTION EN SANTÉ SEXUELLE, EN PARTICULIER EN DIRECTION DES JEUNES, DANS UNE APPROCHE GLOBALE.....	7
1. Éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire.....	7
2. Promotion de la santé sexuelle des jeunes en situation de handicap notamment en établissements médico-sociaux.....	12
3. Consultations santé sexuelle des jeunes.....	15
4. Éducation à la santé sexuelle et espaces numériques.....	18
5. Formation en santé sexuelle des professionnels.....	21
AXE II - AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ EN MATIÈRE D'IST DONT LE VIH ET LES HÉPATITES VIRALES : PRÉVENTION, DÉPISTAGE, PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE.....	27
1. Prévention.....	28
2. Dépistage.....	35
3. Prise en charge thérapeutique.....	37
AXE III - AMÉLIORER LA SANTÉ REPRODUCTIVE.....	39
1. Contraception féminine et masculine.....	39
2. Interruption volontaire de grossesse.....	45
3. Infertilité.....	49
SUJETS TRANSVERSAUX.....	51
1. Coordination et lisibilité de l'offre en santé sexuelle.....	51
2. Suivi et évaluation de la SNSS.....	54
2 ^e partie - ANALYSE DES INDICATEURS.....	56
3 ^e partie - ANALYSE DES PROJETS RÉGIONAUX DE SANTÉ (PRS) DES ARS.....	87
CONCLUSION.....	91
SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS.....	92
RÉFÉRENCES.....	96
ANNEXES.....	108

1^{ère} partie - ÉVALUATION À MI-PARCOURS ET PROPOSITIONS POUR LA 3^E FEUILLE DE ROUTE

INTRODUCTION

1. Contexte

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par courrier du Directeur général de la santé (DGS) en date du 5 décembre 2023 pour évaluer la Stratégie Nationale de Santé sexuelle (SNSS) [1]. (Voir annexe 1).

Cette saisine comportait plusieurs demandes évaluatives :

- méthodologiques (pertinence et qualité des indicateurs retenus) ;
- d'impact (de la SNSS, à mi-parcours) ;
- de mise en œuvre (« plans régionaux de santé mis en place par les Agences Régionales de Santé (ARS) ») ;

ainsi que l'attente de propositions sur les « *chantiers à développer pour une troisième feuille de route* ».

La réponse à la saisine a été co-pilotée par deux commissions spécialisées du HCSP, la Commission spécialisée [Santé des enfants et des jeunes / approche populationnelle](#) et la Commission spécialisée [Déterminants de santé et maladies non-transmissibles](#), avec l'appui du Secrétariat général du HCSP. Le HCSP a réuni un groupe de travail constitué d'experts, membres de différentes commissions du HCSP, et d'experts extérieurs sollicités pour leurs compétences spécifiques, au regard des différents axes de la SNSS. (Voir annexe 2- composition du Groupe de travail)

Une réunion entre ce groupe de travail et la DGS, le 2 février 2024, a permis de préciser le calendrier et les priorités de la DGS. La première portait sur « *la pertinence et la qualité des indicateurs retenus pour le suivi de la SNSS* ». Elle devait être réalisée à court terme, car préalable à la collecte des données des indicateurs, nécessaire à toute approche évaluative. Le HCSP a communiqué son analyse des indicateurs à la DGS le 24 avril 2024, sous forme d'un document de travail : cette analyse est présentée dans la 2^e partie de ce rapport.

En juillet 2024, la DGS a transmis au HCSP les données recueillies pour une partie des indicateurs (données fournies par Santé publique France, par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) à partir du Système national des données de santé (SNDS), par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et issues de l'étude Epi-Phare).

Un temps d'échange avec le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), saisi par la DGS sur les enjeux du numérique pour les jeunes dans le champ de la santé sexuelle, a eu lieu le 30 août 2024. Il a permis de caractériser les périmètres de travail de chacune des deux instances.

2. Méthodologie

La SNSS rassemble, pour la première fois, un ensemble de politiques publiques d'ordres différents, relatives à la santé sexuelle de l'ensemble des populations vivant en France (hexagonale et outre-mer). Elle porte sur une période longue (2017-2030) et se décline en feuilles de route, à vocation de pilotage opérationnel : la première sur 2018-2020, qui a fait l'objet d'un bilan et la deuxième sur 2021-2024 dont le bilan n'était pas disponible¹.

Le premier travail du HCSP a consisté à analyser cet ensemble de documents, afin d'identifier leur structure, leurs relations, de caractériser leurs objectifs et leurs éléments de suivi et d'évaluation.

L'évaluation de l'atteinte des objectifs de la SNSS à mi-parcours s'est heurtée à plusieurs difficultés méthodologiques, dont les principales peuvent être brièvement résumées ainsi :

- la SNSS n'a pas été accompagnée, dès son lancement en 2017, d'un dispositif structuré permettant le suivi et le recueil d'indicateurs pour mesurer l'évolution vers ses objectifs² ;
- les données disponibles en 2024, à partir des indicateurs définis en 2023, sont partielles. Parmi celles qui sont disponibles, seule une partie permet une comparaison entre la période avant SNSS et la situation à mi-parcours de la SNSS.

Un niveau « méso », intermédiaire entre les orientations de politique publique (SNSS) et leur déclinaison opérationnelle (feuilles de route), a été choisi par le groupe de travail pour l'analyse et les préconisations. Pour des raisons de lisibilité, la structure du rapport reste proche de celle des trois premiers axes de la SNSS. Les axes suivants (« populations les plus vulnérables », « recherche connaissances et innovation », « outre-mer ») sont abordés de manière transversale. Un plan simple a été adopté pour chaque sous-partie : état des lieux, problématiques persistantes ou émergentes, recommandations.

La méthode de travail a été celle habituellement mise en œuvre par le HCSP, avec :

- analyse des documents (dont une bibliographie des rapports et de la législation, réalisée par le bureau de la politique documentaire des ministères sociaux) ;
- analyse des données des indicateurs fournies par la DGS ;
- auditions de structures et parties prenantes (annexe 3)

¹ Le bilan des actions de la 2^e feuille de route de la SNSS a été communiqué au HCSP le 19/02/2025. Il n'a donc pas pu être pris en compte dans l'analyse. Cependant, sa lecture, au moment de la finalisation de ce rapport, n'a pas conduit à en modifier les recommandations.

² La constitution d'un tableau de bord faisait partie des actions de la 2^e feuille de route de la SNSS. Le bilan de celle-ci, au début 2025, indique que ce travail est « en voie de finalisation ».

3. Préambule

La SNSS 2017-2030 s'est inscrite dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en se fondant sur ses principes fondamentaux que sont l'autonomie, la satisfaction et la sécurité. Elle répond aux constats du HCSP dans son rapport de 2016 [2] et à celui du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) en 2016 [3], d'un morcellement entre les institutions de la prise en charge de la santé sexuelle et d'un manque d'articulation entre les plans et politiques de santé publique. En 2017, le Conseil national du sida et des hépatites virales publiait des recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes [4].

Dans la même temporalité, de nombreux indicateurs liés à la santé sexuelle étaient peu satisfaisants, témoignant notamment (sans exhaustivité ni classement) de l'implication inachevée des établissements scolaires dans la mise en place de l'éducation à la sexualité, du nombre jugé important de grossesses non désirées et d'Interruptions volontaires de grossesse (IVG), de l'augmentation du nombre d'IST, notamment chez les jeunes, du nombre important de violences sexuelles et des discriminations sociales.

Ainsi, la stratégie repose sur une approche holistique de la santé sexuelle, intégrant ses dimensions psycho-sociales, émotionnelle et biomédicale. Historiquement centrée sur une vision biomédicale, cette approche a évolué vers une compréhension plus globale, en phase avec les définitions actuelles de la santé sexuelle³ et de l'éducation à la sexualité. Construite en concertation avec les acteurs de terrain, elle promeut une approche centrale et transversale des droits humains, permettant d'agir de manière adaptée sur la santé des populations.

La SNSS cherche à agir sur les déterminants de la santé sexuelle et à réduire les inégalités sociales et territoriales en mobilisant des leviers interdisciplinaires et intersectoriels. L'accent est mis sur une approche globale et positive de la promotion de la santé sexuelle, intégrant des enjeux de prévention à différents niveaux. Cette démarche vise à transformer les représentations sociales sur les normes de genre, les identités de genre et l'orientation sexuelle, tout en luttant contre les inégalités sociales et culturelles liées à la santé sexuelle.

L'objectif est de favoriser une sexualité autonome, sécurisée et respectueuse. L'engagement collectif des acteurs et la participation des communautés sont essentiels pour promouvoir la santé sexuelle aux niveaux individuel, collectif et environnemental. Enfin, la santé sexuelle étant un déterminant de la santé globale, elle intègre la prise en charge des spécificités en lien avec la vie affective, sexuelle et reproductive pouvant intervenir au cours de divers événements de la vie (grossesse, maladies chroniques, dysfonctions sexuelles, vieillissement, handicap).

La mise en œuvre de la SNSS implique la coordination de l'ensemble des instances publiques et privées aux niveaux national et local, en lien avec les interventions des professionnels et des associations. Elle s'appuie sur les dispositifs existants pour assurer une action concertée entre les administrations, les agences publiques, les collectivités territoriales, l'Assurance maladie, les professionnels de santé et les associations.

³ La santé sexuelle est « un état de bien-être physique, émotionnel, mental, associé à la sexualité ». Il s'agit donc d'une approche globale de la sexualité qui se veut positive et ne se limite pas aux aspects sanitaires. La santé sexuelle implique ainsi les questions de respect de soi et de l'autre, de plaisir et/ou de procréation.

Les ARS jouent un rôle clé en intégrant les objectifs de la SNSS dans les Projets Régionaux de Santé. Les professionnels de santé, en particulier ceux qui interviennent en premier recours, doivent être soutenus dans la structuration des parcours de soins et le développement de leurs compétences spécifiques de la santé sexuelle.

Le calendrier de la SNSS s'étend sur le long terme, en cohérence avec l'horizon 2030 fixé par les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies [5].

En résumé, la stratégie vise une approche globale et inclusive de la santé sexuelle, en luttant contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en renforçant la prévention et l'accès aux soins, et en s'appuyant sur une coopération intersectorielle pour garantir un accès universel aux droits et aux services de santé, en particulier ceux concernés par la santé sexuelle. Six axes ont été définis ainsi que des « cibles » à atteindre (Figures 1 et 2).

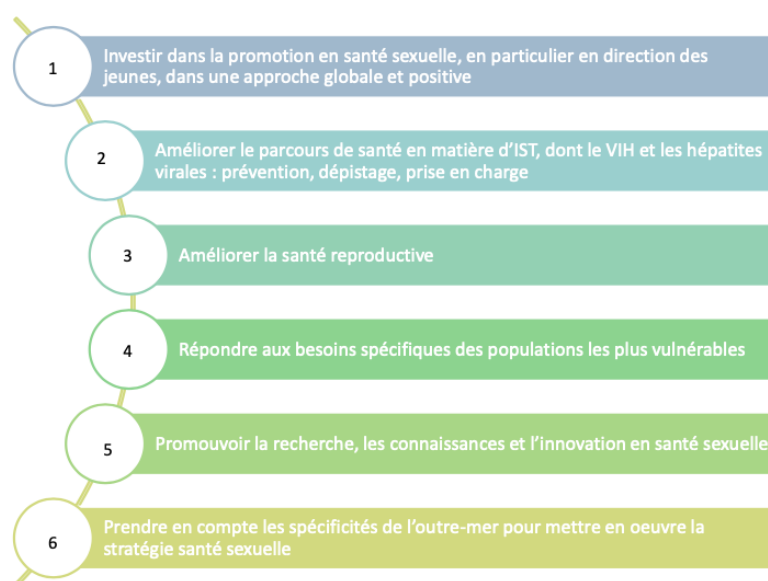


Figure 1- Les 6 Axes de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle

Cibles de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 :

	Promotion/Education Information	Parcours de santé en matière d'IST	Santé reproductive
D'ici 2020		<ul style="list-style-type: none"> • 95 % des PVVIH connaissent leur statut VIH ; 95 % des personnes connaissant leur séropositivité ont accès au traitement ; 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée, y compris chez les populations clés 	
D'ici 2023	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité tout au long de leur cursus 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture vaccinale chez les adolescents : 75 % pour le VHB, 60 % pour le HPV 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilité l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5 %)
D'ici 2030	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des professionnels de santé formés à la SSR 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture vaccinale chez les adolescents : 95 % pour le VHB, 80 % pour le HPV d'ici 2030 • 80% de couverture vaccinale chez les populations clés • Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien), y compris chez les populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction d'un 1/3 de l'indice de grossesses non désirées/prévues • Maintenir la syphilis congénitale à un bas seuil

Figure 2- Les cibles de la stratégie nationale de santé sexuelle

Deux feuilles de route ont été mises en œuvre pour décliner la SNSS.

La 1^{ère} feuille de route (2018-2020) [6] avait défini 26 actions à déployer sur une période de trois ans. Les 26 actions s'inscrivaient dans les chapitres suivants : améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle, améliorer l'offre générale de santé sexuelle, renforcer et adapter l'offre de santé sexuelle destinée aux populations et territoires prioritaires, coordonner et promouvoir la recherche en santé sexuelle, accompagner et développer les projets innovants.

Sous la présidence du professeur Patrick Yéni, un comité de pilotage, en étroite collaboration avec la DGS, a supervisé la mise en œuvre des orientations et assuré le suivi de leur déploiement. Ce comité a constitué six groupes de travail, chacun dédié à un axe spécifique, chargés d'élaborer les premières mesures de la SNSS selon trois critères : l'ampleur du besoin, la faisabilité sur trois ans et l'implication transversale des acteurs concernés. Chaque action intégrait des jalons, un ensemble d'acteurs opérationnels, une estimation budgétaire et des indicateurs de suivi. Au moment du bilan en 2020, 9 actions avaient été totalement réalisées, 17 étaient en cours et 1 était non engagée⁴.

La 2^e feuille de route 2021-2024 [7] a reposé sur les constats suivants publiés dans le Bulletin de santé publique VIH-IST (Virus de l'immunodéficience humaine-Infections sexuellement transmissibles) en décembre 2020 [8] : une baisse significative du recours au dépistage entre février et mars-avril 2020, bien plus marquée que les fluctuations mensuelles habituelles, le ralentissement du déploiement de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) alors qu'elle joue un rôle clé dans la réduction de l'incidence au sein des populations les plus exposées, une augmentation des risques liés aux violences intrafamiliales, aux discriminations, aux difficultés d'accès aux soins et aux ruptures de prise en charge. Ces données sont à interpréter dans le contexte de la crise sanitaire Covid-19 et des mesures de confinement prises par l'État.

Toutefois, cette période avait aussi favorisé certaines avancées, notamment le développement de la téléconsultation, l'assouplissement des conditions d'accès à l'IVG médicamenteuse en ville et l'allongement du délai légal de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (7 semaines de grossesse) [9], la prolongation de la validité des prescriptions périmées, ainsi qu'une mobilisation des réponses rapides de la Haute Autorité de santé (HAS) par les professionnels de santé.

La 2^e feuille de route a défini 30 actions et 7 déclinaisons ultra-marines donnant lieu à 5 groupes de travail sous la présidence du professeur François Dabis :

- 2 axes stratégiques : la promotion de la santé sexuelle et reproductive dans tous les lieux de vie ainsi que l'éducation à la sexualité et la formation des professionnels ; les parcours de santé sexuelle (IST, VIH, hépatites) et reproductive comportant les dépistages et prévention biomédicale et la prise en charge ;
- 1 axe support : les connaissances pour agir que sont les données, la recherche, les innovations, le suivi des indicateurs ;
- 2 axes opérationnels : la population générale et les populations clés, les spécificités outre-mer.

Adoptant sa démarche habituelle (analyse, auditions, travaux d'experts), le groupe de travail du HCSP propose ses recommandations **pour la 3^e feuille de route** avec son argumentaire. En accord avec la

⁴ L'action n° 27 : Permettre la primo-prescription de la PrEP (pre-exposure prophylaxies) par les médecins généralistes, ne faisait pas partie de la feuille de route mais a été ajoutée dans le bilan

DGS, le travail s'est concentré sur les 3 premiers axes de la SNSS et a abordé les axes transversaux 4 à 6 en les réintroduisant, quand cela était pertinent, dans les 3 premiers axes.

AXE 1 - INVESTIR DANS LA PROMOTION EN SANTÉ SEXUELLE, EN PARTICULIER EN DIRECTION DES JEUNES, DANS UNE APPROCHE GLOBALE

Préambule

L'enquête Envie de 2023 de l'Institut national d'études démographiques (Ined) s'est intéressée à la vie affective et aux relations intimes des jeunes de 18 à 29 ans. Elle montre que les modes de relations intimes sont diversifiés. « *Quatre jeunes adultes (18-29 ans) sur cinq ont connu au moins une relation amoureuse ou sexuelle dans l'année. Une majorité dit avoir été en couple (66 %), mais il est également fréquent d'avoir connu une histoire d'un soir (21 %) ou encore des relations suivies qualifiées par les jeunes de différentes manières (15 %). Les lieux d'études et de travail restent un espace de rencontre des couples tandis que les lieux publics et les applications de rencontre sont plus propices aux histoires d'un soir.* ». La part des applications de rencontre augmente, mais reste néanmoins minoritaire (21 %) [10].

D'après l'enquête « *Contexte des sexualités en France* » Inserm-ANRS-MIE⁵ de 2023, l'âge médian au premier rapport sexuel, depuis la fin des années 2010, augmente pour les deux sexes. En 2019-2023, l'âge médian atteint ainsi 18,2 ans pour les femmes et 17,7 ans pour les hommes. La remontée de l'âge médian au premier rapport sexuel s'observe également dans d'autres pays [11].

1. Éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire

Introduction

La SNSS a fait de cet objectif une priorité avec comme cible que « *100 % des jeunes aient reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) tout au long de leur cursus scolaire* ».

Cet objectif a été décliné :

- Dans la feuille de route 2018-2020
 - Action 1 : produire un plaidoyer interministériel pour promouvoir l'éducation à la sexualité ;
 - Action 6 : améliorer la communication en matière de prévention des IST et des grossesses précoces auprès des jeunes de 12-25 ans dans les territoires d'outre-mer ;
 - Action 24 : créer le volet « santé sexuelle » de la Boussole des jeunes destinée aux jeunes.
- Dans la feuille de route 2021-2024
 - Action 3 : renforcer les connaissances en santé sexuelle des jeunes dans le cadre du Service National Universel (SNU) ;

⁵ Agence Nationale de recherche sur le Sida et les hépatites virales-Maladies infectieuses émergentes.

- Action 5 : Renforcer l'éducation à la sexualité à l'École pour toutes et tous.

État des lieux

L'article L. 312-16 du Code de l'Éducation [12] prévoit depuis 2001 qu'une éducation à la sexualité⁶ soit organisée « *à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène, selon une durée qui peut varier en fonction de l'âge des élèves. Les séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes et sont conçues selon une approche globale, positive et bienveillante. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain et sensibilisent aux violences sexistes ou sexuelles ainsi qu'aux mutilations sexuelles féminines...* ».

La Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) n'a pas actuellement la possibilité de fournir des données sur le niveau de la réalisation des séances en l'absence de recueil systématique. Toutefois, lors de la vague 2018 de l'Enquête Nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) [13], les collégiens ont été interrogés sur les interventions sur la santé qu'ils avaient reçues depuis le début de l'année, 33,8 % des garçons et 31,7 % des filles ont déclaré avoir eu au moins une intervention d'éducation sexuelle. Cette thématique était abordée surtout en classes de 3^e (57 % des élèves) et de 4^e (46 % des élèves), bien moins souvent en 5^e et 6^e (respectivement 13 et 14 %). On notera que ces chiffres étaient en recul par rapport à l'enquête EnCLASS de 2014 où on comptait respectivement 67 %, 70 %, 24 % et 15 % des élèves de 3^e, 4^e, 5^e, 6^e répondant avoir bénéficié de séances. Cette intervention était animée le plus souvent par une personne extérieure à l'établissement (66,6 %) et plus rarement par une infirmière scolaire (35,7 %) ou par un professeur (29,3 %).

Deux circulaires du ministère de l'Éducation en 2018 [14] puis en 2022 [15] ont insisté sur la nécessité de mettre en œuvre des séances annuelles en matière d'éducation à la sexualité en précisant la manière dont celles-ci devaient se dérouler. Un groupe de travail élargi, associant des représentants du personnel de l'Éducation nationale, d'institutions partenaires, de la société civile (notamment de parents d'élèves) et d'associations, a élaboré un projet de programme qui a été rendu public pour consultation début mars 2024 [16] et a ensuite été retravaillé avant sa publication en février 2025 [17].

Ce programme Éducation à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle est structuré en 2 volets :

- Dans le 1^{er} volet, dédié au 1^{er} degré, **Éducation à la vie affective et relationnelle (EVAR) à l'école maternelle et à l'école élémentaire** « *les apprentissages portent sur la vie affective et relationnelle. Les questions liées à la sexualité ne sont pas abordées* ».
- Dans le 2nd volet, dédié au 2nd degré, **Éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité (EVARS) au collège et au lycée**, le programme incorpore en plus l'éducation à la sexualité. « *Les thématiques sont plus complexes. Elles incluent des notions biologiques d'anatomie et de reproduction, de prévention des risques, ainsi que des notions liées aux droits humains* ».

La Dgesco a inscrit la question de l'éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité dans la démarche de l'École promotrice de santé [18]. Cette démarche portée par le ministère de l'Éducation nationale depuis 2020 traite de la santé globale (au sens de l'OMS). Il s'agit là d'un indiscutable changement de paradigme dans la manière d'aborder la santé, passant d'une entrée par la prévention

⁶ Dans le cadre de l'Éducation nationale, le terme utilisé est « éducation à la sexualité » et non « santé sexuelle ».

des risques à une entrée par la promotion de pratiques favorables à la santé afin de renforcer le pouvoir d'agir des jeunes à travers, notamment, le levier du développement des compétences psychosociales [19], permettant d'améliorer les relations à soi et aux autres.

Ce nouveau programme vise à rendre plus effective la mise en œuvre des trois séances annuelles obligatoires prévues dans le Code de l'Éducation, qui ont rencontré des freins identifiés (voir infra). En précisant les thématiques pouvant être abordées lors des séances disciplinaires – telles que l'aspect biologique de l'éducation à la sexualité en sciences de la vie et de la terre, la perception du corps en éducation physique et sportive, ou encore l'égalité filles-garçons en histoire-géographie, en enseignement moral et civique et en français à travers la littérature – l'éducation à la sexualité s'affirme comme un sujet transversal. Elle s'inscrit non seulement dans les enseignements disciplinaires, mais aussi dans les actions éducatives, et relève ainsi de la responsabilité de l'ensemble de la communauté éducative [20].

Le nouveau programme devait être mis en œuvre à la rentrée 2024, mais il a été retardé notamment du fait des remaniements ministériels. Le programme a été validé par le Conseil Supérieur de l'Éducation le 29 janvier 2025, publié au Journal Officiel le 3 février 2025 [21] et la mise en œuvre officielle devrait intervenir à la rentrée 2025-2026 [22]. L'éducation à la vie affective et relationnelle et à la sexualité étant obligatoire depuis 2001, nombre de professeurs et de personnels sociaux et de santé de l'éducation nationale sont déjà formés à cet enseignement. Toutefois, pour mieux les accompagner, de nouvelles formations seront organisées à partir du second trimestre 2025. Des ressources pédagogiques et des outils pour mener les séances leur seront également proposés.

Les conventions générales entre les rectorats et les ARS (comportant un volet sur la santé sexuelle) se développent de plus en plus et constituent un véritable levier. Les comités territoriaux autour du développement des compétences psychosociales (COTER) – qui seront pilotés par les inspecteurs d'académie, un représentant départemental de l'ARS et un représentant du Conseil départemental – permettront de porter l'accent sur le développement des compétences psychosociales [23].

D'autres institutions ont donné un avis sur ce programme EVARS :

- Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a publié un avis et un rapport sur l'EVARS en septembre 2024 en émettant 3 préconisations [24] :
 - 1- *Rendre effective l'EVARS comme un droit pour l'émancipation des enfants et pour une société plus égalitaire*
 - 2- *Accompagner les familles, actrices de l'EVARS*
 - 3- *Reconnaître l'EVARS comme une éducation essentielle dans tous les lieux qui accueillent des jeunes*
- Le Conseil national du numérique (CNUM) a publié en septembre 2024 un dossier *Éveil à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Donner le pouvoir d'agir* avec plusieurs thématiques [25] :
 - Penser les personnes comme actrices de leur éveil*
 1. *Dans l'environnement éducatif, faire se rejoindre éducation à la sexualité et éducation aux médias et à l'information.*
 2. *Soutenir les réseaux d'échange de pairs-à-pairs dédiés.*
 - Reprendre le contrôle des réseaux sociaux*
 1. *Assurer une mise en œuvre maximaliste du cadre réglementaire actuel.*
 2. *Donner le pouvoir aux utilisateurs et aux créateurs.*

Concernant l'enseignement dispensé dans les établissements dépendant du ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire, plusieurs initiatives ont été conduites depuis 2017 via la Direction générale de l'enseignement et de la recherche (DGER), dans le cadre du plan d'actions qui porte sur la prévention de la haine anti-LGBTQI+⁷ et plus largement sur un accompagnement des jeunes LGBTQI+ dans leur parcours personnel, scolaire et professionnel, en vue de leurs réussites [26]. En revanche, aucune information n'est disponible sur le site internet de ce ministère quant à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité obligatoire depuis 2001.

Problématiques émergentes ou persistantes

Il faut souligner le travail considérable accompli par la Dgesco pour structurer un programme adapté à chaque âge et s'inscrivant dans l'École promotrice de santé comme d'autres actions telles les compétences psychosociales.

Un certain nombre de freins ont été identifiés par la Dgesco, à commencer par le manque de personnels formés et disponibles au niveau des établissements scolaires. En outre, la Dgesco fait face à des résistances qui s'expriment notamment lors de campagnes de désinformation impulsées par des groupes et associations qui s'opposent à l'éducation à la sexualité à l'École. Des pressions fortes s'exercent sur les personnels scolaires (chefs d'établissement, infirmiers scolaires, enseignants), sur les associations intervenant en milieu scolaire, et sur Santé publique France. Inversement en mars 2023, trois associations (Le Planning Familial, Sidaction et SOS Homophobie), ont déposé un recours contre l'État au tribunal administratif pour faire respecter la loi de 2001 relative à l'éducation à la sexualité [27]. Ces réactions illustrent bien les tensions qui traversent notre société autour de ces questions sensibles et qui n'épargnent pas l'École.

Dans les outre-mer, la délégation aux Outre-mer du CESE mobilisée par la saisine concernant « l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle » de cette instance [28] précisait que l'EVARS reste un sujet tabou en outre-mer, nécessitant une adaptation aux contextes sociaux et culturels locaux. Malgré l'obligation de trois séances annuelles en milieu scolaire depuis 2001 et les objectifs de la SNSS, de nombreux jeunes ultramarins, notamment à Mayotte, n'en bénéficient pas. Toujours selon la délégation aux Outre-Mer du CESE, la mise en œuvre de l'EVARS est freinée par des tabous, des stéréotypes, un manque de moyens et un soutien insuffisant aux associations spécialisées. Une approche adaptée, prenant en compte les spécificités locales, est essentielle pour assurer sa mise en place et ainsi améliorer son efficacité.

L'absence de mise en œuvre des 3 séances d'éducation à la sexualité annuelle, et les délais de mise en œuvre du programme EVARS, préoccupent de nombreuses institutions et associations. Le constat du recul de l'utilisation du préservatif chez les collégiens des classes de 4^e et 3^e dans la dernière enquête EnClass de 2022 [29] pourrait être un des indicateurs de carence des séances d'éducation sexuelle : les garçons indiquent lors de leur dernier rapport une utilisation du préservatif de 64,6 % en 2022 vs 78,6 % en 2014 ; les filles de 71,2 % en 2022 vs 72,6 % en 2014 . L'augmentation de la proportion des collégiennes de 4^e-3^e qui ne savent pas si un préservatif a été utilisé au cours de leur dernier rapport sexuel passant de moins de 5 % en 2014 et 2018 à 9 % en 2022, pourrait également en témoigner. Mais il faut noter que la baisse de recours au préservatif s'observe dans la majorité des

⁷ LGBTQI+ : LGBTQI désigne les personnes « lesbiennes, gays, bi, trans, queers, intersexes » et toutes celles dont l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont considérées comme minoritaires ; et le signe + pour que toutes les personnes se sentant concernées par la question de l'identité sexuelle puissent être incluses, quelle que soit leur situation.

pays de la région Europe de l'OMS et que la situation en France est moins marquée que dans d'autres pays [30].

Enfin, il convient de s'interroger sur l'absence de référentiel spécifique dans la formation initiale du Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur (BAFA) [31] dont le programme mentionne la sécurité physique et morale des mineurs et, dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet pédagogique, la sensibilisation aux risques liés, selon les circonstances, aux conduites addictives ou aux comportements, notamment sexuels. Un référentiel de formation paraît nécessaire d'autant que différents organismes de formation sont impliqués.

Recommandations du HCSP

- Mettre en œuvre l'obligation légale d'éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité en milieu scolaire, y compris dans les établissements agricoles et maritimes, par un appui/soutien au déploiement du programme de l'éducation nationale EVARS. Les modalités d'enseignement pourront demander à être adaptées aux contextes sociaux et culturels, notamment dans les territoires ultra-marins.
- Articuler ce déploiement avec celui d'autres plans et priorités (combattre toutes les violences sexistes et sexuelles, lutte contre l'homophobie et la transphobie, prévention de l'inceste et recueil de la parole des victimes...).
- Encourager les initiatives articulant les interventions entre EVARS et compétences psychosociales/santé mentale, fédérées dans la démarche « École promotrice de santé ».
- Favoriser l'identification par les établissements des structures de proximité agréées par l'Éducation nationale, qu'ils pourraient solliciter, si besoin, pour certaines séances d'EVARS (par exemple via un répertoire ou une cartographie thématique).

Évaluation, études, recherche

- Produire des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des dispositifs d'éducation à la sexualité (nombre de séances, contenus, niveaux scolaires) en fonction des caractéristiques sociales et territoriales des établissements (comme l'indice de position sociale des établissements).
- S'appuyer sur les enquêtes nationales récurrentes en milieu scolaire (Enquêtes de Climat Scolaire¹, Enquête EnClass) pour interroger les élèves sur leurs attentes et besoins.

2. Promotion de la santé sexuelle des jeunes en situation de handicap notamment en établissements médico-sociaux

État des lieux

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 [32] rénovant l'action sociale et médico-sociale a affirmé le droit au respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité des personnes accompagnées par un établissement ou un service social ou médico-social (ESMS). Cette même loi incite les établissements à s'engager dans un accompagnement favorisant le développement, l'autonomie en fonction des capacités, besoins, et âge de la personne. Ces droits ont été réaffirmés par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 [33] pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui définit le principe de non-discrimination à l'encontre de ces populations. Plus spécifiquement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), la loi prévoit l'obligation de dispenser une information et une éducation à la sexualité et à la contraception dans toute structure accueillant des personnes handicapées (article L.6121-6 3° du Code de la santé publique [34] et article L.312-16 du Code de l'éducation [35]). En 2010, la France a ratifié la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées qui met en avant la santé sexuelle (article 25) [36].

Plus récemment, la circulaire du 5 juillet 2021 sur la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap accompagnées en ESMS rappelle ces obligations en termes d'éducation, de sensibilisation et de prévention des violences [37]. Elle n'est cependant pas opposable juridiquement.

En février 2023, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) a présenté 13 propositions issues de plusieurs mois d'ateliers participatifs qui ont pris en considération la parole des personnes concernées, des proches et des professionnels [38].

Les propositions visent à garantir l'intimité dans les lieux de vie en définissant des espaces adaptés (taille minimale, espace modulable pour répondre aux besoins) et en assurant l'accès à du matériel adapté (aides techniques, sex toys...), à encourager la vie sociale en rendant les lieux plus ouverts et accessibles, à améliorer l'accès aux soins en santé sexuelle par des consultations adaptées et des financements dédiés, à pérenniser les centres ressources Intimagir [39], l'expérimentation sur l'assistance sexuelle, à proposer des formations obligatoires et adaptées aux professionnels et aux personnes en situation de handicap pour favoriser l'éducation et la sensibilisation.

Les centres ressources Intimagir ont été mis en place par l'État dans le cadre du Grenelle contre les violences conjugales de 2019, repris dans la stratégie de soutien à la parentalité 2018-2022 et la SNSS 2017-2030. Les centres ressources Intimagir sont en cours de déploiement dans toutes les régions de France. À noter que les outre-mer n'en disposent pas à date, à l'exception de La Réunion et de la Guyane. Ils écoutent, informent les personnes en situation de handicap sur leur vie intime, affective, sexuelle, la parentalité et les violences sexuelles. Et ils orientent vers des interlocuteurs adaptés à leurs besoins. Ils répondent également aux demandes des proches et des professionnels sur le sujet.

Expérimenté avec succès en Île-de-France, Bretagne et Normandie durant l'année 2023, le dispositif Handigynéco [40], un parcours de soins gynécologiques dédié aux femmes en situation de handicap accueillies dans certains établissements médico-sociaux (ESMS), se généralise sur le territoire français depuis 2024 [41]. Il repose sur l'intervention de sage-femmes libérales, volontaires, formées au handicap et à la pratique du « *counseling* ».

Problématiques émergentes ou persistantes

On dispose de peu d'information sur les difficultés et besoins spécifiques en fonction des différents types de handicap (et donc de la réponse spécifique à avoir en matière d'EVARS).

Un des enjeux majeurs de l'éducation à la sexualité pour les personnes en situation de handicap est la prévention et la prise en charge des violences sexuelles.

Entre 2011 et 2018, les personnes identifiées comme handicapées dans l'enquête « *Cadre de vie et sécurité* » du ministère de l'Intérieur déclarent plus souvent que le reste de la population avoir été victimes de violences physiques, sexuelles et verbales au cours des deux années précédant leur interrogation : 7,3 % ont subi des violences physiques et/ou sexuelles, autant ont été exposées à des menaces, et 15,4 % à des injures [42]. L'écart entre les personnes en situation de handicap et le reste de la population est plus important parmi les femmes que parmi les hommes, bien que les violences faites aux hommes en situation de handicap soient moins documentées [43].

La Drees en 2020 rapporte que 9,0 % des femmes en situation de handicap ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles, contre 5,8 % des femmes sans handicap [43]. En particulier, elles sont deux fois plus nombreuses à avoir subi des violences sexuelles (4,0 % contre 1,7 %). Les violences verbales : 18,1 % (vs 15,1 %) et les injures 8,2 % (vs 5,7%) sont elles aussi plus fréquentes que pour les femmes sans handicap.

Le sujet de la vie affective et sexuelle reste délicat à aborder pour les professionnels du secteur médico-social. La formation et les politiques d'établissement n'ont pas encore pleinement intégré cet enjeu. Les sites d'informations institutionnels de Santé publique France comme questionsexualite.fr, ne sont pas facilement accessibles aux personnes vivant avec certains handicaps.

L'enjeu de l'accessibilité aux soins et à la santé sexuelle nécessite l'adaptation des ressources mises à leur disposition comme notamment l'utilisation de la forme Facile à lire et à comprendre (FALC) [44].

Des associations développent des outils accessibles adaptés aux différents types de handicap, par exemple l'association Co-Actis propose [Le projet SantéBD](#), ou [Le projet HandiConnect.fr](#).

Enfin les lieux d'accueil ou de soins en santé sexuelle ne respectent pas toujours l'obligation d'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) aux personnes en situation de handicap prévue par l'arrêté du 20 avril 2017 [45]. Le Fonds territorial d'accessibilité⁸ a été mis en place en 2023 et permettra jusqu'en 2028 d'accompagner financièrement les établissements à la réalisation des travaux de mise en accessibilité.

⁸ [Fonds territorial d'accessibilité - Agence de services et de paiement \(ASP\)](#)

Recommandations du HCSP

- Poursuivre la mise en œuvre de la circulaire du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les ESMS et la rendre opposable en la transformant en instruction.
- Adapter à toutes les formes de handicap les informations validées des sites institutionnels sur la santé sexuelle de Santé publique France comme questionsexualite.fr et mettre à disposition des supports adaptés.
- Soutenir l'accessibilité des lieux d'accueil ou de soins en santé sexuelle prévue par l'arrêté du 20 avril 2017 pour les établissements recevant du public (ERP).
- Opérationnaliser sous la forme d'une feuille de route les préconisations de 2023 du CNCPPH sur la vie intime, sexuelle et affective. Certaines de ces propositions pourraient aussi s'appliquer aux personnes âgées.
- Poursuivre le déploiement des centres ressources Intimagir et du programme Handigynéco dans l'hexagone et en outre-mer.

Évaluation, études, recherche

- Mener des études sur les besoins et difficultés spécifiques en santé sexuelle selon les types de handicaps pour développer des réponses adaptées

3. Consultations santé sexuelle des jeunes

Introduction

Lors des consultations d'un professionnel de santé (médecin généraliste, pédiatre, gynécologue, sage-femme...) les jeunes peuvent avoir accès à des informations au sujet de leur santé sexuelle. Comme prévu par la première feuille de route 2018-2021 de la SNSS, la consultation longue IST/Contraception a été remplacée par une consultation longue au bénéfice de tous les jeunes. Cette « Première consultation de contraception, de prévention en santé sexuelle » bénéficie d'une cotation spécifique CCP pour les médecins et les sages-femmes [46].

État des lieux

Initialement dédiée uniquement aux jeunes filles âgées de 15 à 18 ans, cette consultation longue a été élargie aux jeunes femmes de moins de 26 ans en février 2022, puis aux jeunes hommes de moins de 26 ans en avril 2022. Cette consultation est prise en charge à 100 % au titre de l'Assurance maladie obligatoire, avec dispense d'avance de frais, mais elle ne peut être facturée qu'une seule fois par personne. Elle peut être réalisée par un(e) médecin généraliste, un(e) gynécologue, un(e) pédiatre ou un(e) sage-femme (pour les jeunes femmes). L'assurance maladie rappelle que, lors de cette consultation, le professionnel de santé « *délivre une information sur les méthodes contraceptives et sur les maladies sexuellement transmissibles* ».

En France, les 15-25 ans en 2024 représentent une population de 8 238 446 individus. D'après les données (non publiées) fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), en 2023, près de 700 000 jeunes ont bénéficié d'une consultation longue « santé sexuelle » cotée CCP. On constate une montée en charge du dispositif entre 2018 et 2023, qui n'est pas seulement due à l'élargissement progressif aux garçons et aux moins de 26 ans (Figure 3). Le nombre de garçons ayant bénéficié de cette consultation reste encore faible : en 2023, 9479 garçons âgés de moins de 15 ans, 40 823 entre 15-17 ans et 19 937 entre 18 et 26 ans, soit environ 1 garçon pour 10 filles.

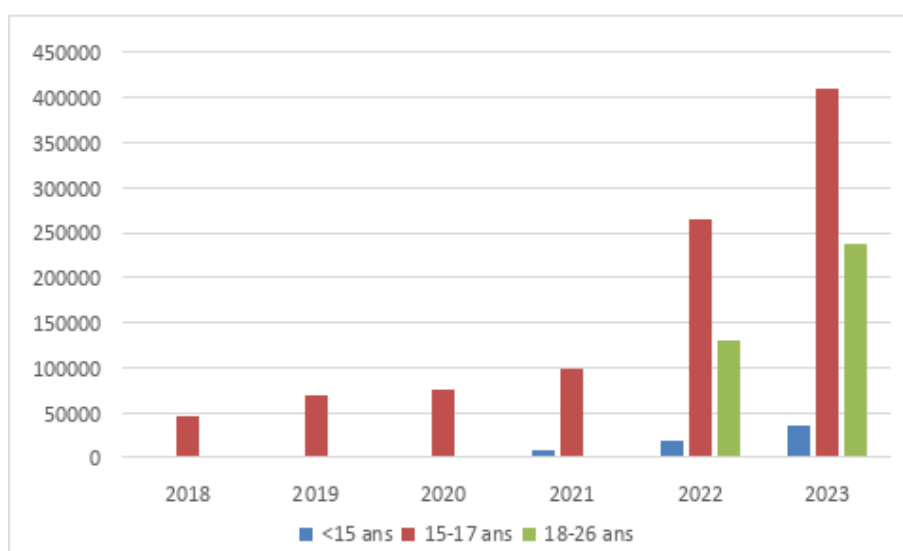


Figure 3 - Nombre de jeunes ayant bénéficié d'une consultation longue santé sexuelle entre 2018 et 2023 (données fournies par la CNAM, non publiées)

Ces consultations sont assurées à 44 % par des médecins généralistes, 30 % par des sages-femmes, 19 % par des gynécologues-obstétriciens. La part des pédiatres est négligeable, y compris pour les moins de 15 ans, mais il est possible que cette consultation soit cotée par les pédiatres comme une des consultations obligatoires du suivi des enfants et adolescents (prévues à 11-13 ans et à 15-16 ans).

Au point de vue qualitatif, le contenu de cette consultation devait être encadré par un référentiel et la production d'une fiche mémo de la HAS qui a été saisie en 2019, mais n'a pas encore rendu ses travaux. L'action 11 de la feuille de route 2018-2021 précise que cette consultation doit proposer une approche globale de la santé sexuelle soit : la contraception, la prévention et le dépistage précoce des IST, mais aussi le repérage des situations de violence, de discrimination liée à l'orientation sexuelle et une sensibilisation aux risques liés à la consommation de substances psychoactives.

Même si la montée en charge de l'utilisation de cette cotation entre 2018 et 2023 est importante, nous pouvons constater qu'elle n'est pas suffisamment utilisée actuellement. De plus, il est probable que le besoin d'échanges avec un professionnel de santé se répète à des temps différents dans la vie du jeune.

Problématiques émergentes ou persistantes

Nous ne disposons d'aucune évaluation sur le contenu de ces consultations, sur les thématiques abordées, sur les profils socio-démographiques des jeunes bénéficiaires, ni sur son impact sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles (IST). Le référentiel de consultation prévu par la 1^{re} feuille de route n'est pas encore produit par la HAS à ce jour. Divers dispositifs existent pour aborder les questions de santé sexuelle et affective, en dehors de la consultation CCP : les consultations en centres de santé sexuelle ou au Planning familial, la consultation obligatoire à 16 ans, le dispositif « Mon bilan prévention » pour les 18-25 ans [47,48], les consultations en maison des adolescents ainsi que le suivi gynécologique par un médecin ou une sage-femme. Cependant, la multiplicité de ces offres n'est pas lisible et soulève des questions : les jeunes les connaissent-elles ? Y ont-ils recours ? Comment les utilisent-ils ? Répondent-elles pleinement à leurs besoins en matière de santé sexuelle ?

Recommandations du HCSP

- Renforcer l'information sur l'existence de la consultation longue santé sexuelle (CCP) auprès des jeunes et sur l'absence d'avance de frais, *via* les sites d'information (sante.fr, sites de Santé publique France, ameli.fr), les associations, les ESMS, les services de santé scolaire et universitaire et les réseaux sociaux (notamment institutionnels), en veillant à inclure les jeunes hors système scolaire et/ou suivis par d'autres institutions (sociale, judiciaire, pénitentiaire...).
- Relancer la saisine de la HAS prévue dans la feuille de route 2018-2020 pour produire un référentiel sur le contenu et les objectifs de la consultation cotée CCP incluant la communication avec les adolescents.

Évaluation, études, recherche

- Évaluer la consultation CCP sur le plan qualitatif : quelles populations en bénéficient, quelle est leur satisfaction, quels sont leurs besoins supplémentaires, comment se fait l'articulation avec les autres dispositifs existants ?

4. Éducation à la santé sexuelle et espaces numériques

État des lieux

Internet, le numérique et les réseaux sociaux sont des espaces en ligne pouvant intervenir dans la construction de l'identité, notamment sexuelle et de genre. Ces espaces contribuent à la socialisation à la sexualité et à la vie affective [49]. Plusieurs mécanismes de recherche d'information et d'interaction sociale en ligne interviennent, avec divers usages actifs (interaction avec les contenus et messages) ou passifs (simple observation) [50]. Les Français, en particulier les jeunes, sont connectés, ils s'informent *via* des réseaux sociaux ou sur internet mais ont accès à des informations de qualités variables. La promotion de la santé sexuelle doit donc également se faire par le numérique.

C'est d'autant plus cohérent que l'enquête Inserm *Contexte des sexualités en France* (CSF) de 2023 [11] rapporte que la sexualité numérique est très présente aujourd'hui. Les jeunes ont un besoin d'identification aux pairs, d'appartenance à un groupe, ces besoins sont également présents *via* leurs consommations numériques [51] [52]. Il conviendra cependant de proposer des relais fiables et scientifiquement validés aux jeunes pour éviter leur mise en danger. Plusieurs organismes institutionnels d'éducation s'emparent de ces outils pour fournir des informations fiables et valides sur Internet et les réseaux sociaux, avec des formats se voulant adaptés aux publics cibles notamment le site de Santé publique France Onsexprime.fr, le site internet de Fil Santé Jeunes intégrant les questions de santé sexuelle. Les campagnes du dispositif Onsexprime sont déclinées dans une perspective d'approche globale de la santé sexuelle des adolescents *via* des vidéos diffusées sur *YouTube*, *Snapchat* et *TikTok* qui sont aujourd'hui les réseaux sociaux préférés des adolescents mais aussi sur le site onSEXprime.fr, la page Facebook et YouTube de Santé publique France (campagne Askip en 2020-21 et 2023 ; campagne Sexotuto en 2021-22).

D'autres comptes de réseaux sociaux sont des initiatives individuelles non institutionnelles visant à apporter des contenus plus ou moins ciblés [53]. Cependant, peu d'individus, notamment les jeunes, connaissent les ressources en ligne existantes.

La consultation des sites de Santé publique France ([Le site d'informations fiables sur la sexualité des jeunes. | Onsexprime](#) ; [Tout savoir sur la sexualité | QuestionSexualité](#)) ont été analysées : Question Sexualité : 5 617 908 visiteurs uniques, Onsexprime : 2 136 675 visiteurs uniques, Sexosafe : 554 997 visiteurs uniques en 2024 (données non publiées fournies par Santé publique France).

La communication pour promouvoir les sites validés est nécessaire et devrait être renouvelée régulièrement. Ces sites peuvent être également proposés aux parents pour leur permettre d'accompagner leur enfant dans la santé sexuelle dès le plus jeune âge en leur indiquant d'autres supports numériques validés comme la plateforme d'information et d'accompagnement à la parentalité numérique [Accueil - Je Protège Mon Enfant](#) où une page est dédiée à la protection contre la pornographie. Cependant, ces initiatives numériques ne font pas encore l'objet d'évaluations par la recherche scientifique sur les différentes dimensions attendues : atteinte, acceptabilité, attractivité, faisabilité et effets sur les indicateurs de santé sexuelle.

Problématiques émergentes ou persistantes

Des problématiques liées au numérique vis-à-vis de la santé sexuelle ont été recensées par l'Unesco [54] notamment :

- la désinformation sur des questions de santé sexuelle et reproductive ;

- les cyberviolences et le harcèlement en ligne pouvant être prolongés dans d'autres sphères sociales comme l'école ;
- la perpétuation des normes de genre, notamment au regard de l'avènement des comptes masculinistes ou d'autres comptes de réseaux sociaux ;
- les comparaisons interindividuelles face à l'exposition aux contenus en ligne, pouvant engendrer des problématiques de santé mentale ;
- la prostitution en ligne, notamment via les nouvelles plateformes numériques ;
- l'accès (précoce) à la pornographie [55], pouvant influencer les pratiques sexuelles ou en tout cas la représentation que les enfants et les jeunes peuvent s'en faire (violences, relations femme-homme stéréotypées, rapports sexuels scénarisés et systématisés, etc.) [56].

Ces problématiques peuvent impacter le vécu des individus (dépression, tentative de suicide par exemple), tout particulièrement parce que les pratiques dans les espaces numériques peuvent se perpétuer au sein des lieux de vie physique (harcèlement en ligne prolongé à l'école par exemple).

Des problématiques spécifiques à l'accès à l'information en ligne sont :

- les difficultés d'accès à des ressources fiables et valides en matière de santé sexuelle, notamment face au grand nombre de contenus en ligne existants et face aux autres usages numériques ;
- les niveaux de littératie digitale divers, engendrant des inégalités d'accès à ces ressources ;
- les difficultés d'atteinte des populations notamment par les initiatives institutionnelles que ce soit la population générale ou les populations cibles .

Enfin, les parents peuvent être démunis face à la santé sexuelle et aux nouveaux usages du numérique de leurs enfants. Ils ne savent pas toujours comment se positionner (usage du contrôle parental, communication autour des questions de santé sexuelle, notamment via Internet).

Recommandations du HSCP

- Renforcer la littératie numérique en mettant un accent spécifique sur les populations cibles afin de doter les individus des compétences nécessaires pour rechercher, accéder et intégrer des informations sur la santé sexuelle, notamment dans l'EVARS.
- Informer et sensibiliser les parents aux enjeux du numérique dans l'éducation à la sexualité de leurs enfants en leur diffusant les ressources d'information en ligne validées.
- Appliquer effectivement à Internet la loi interdisant l'accès à la pornographie des mineurs (article 227-23 du Code pénal) et développer une stratégie éducative concrète autour des questions liées à la pornographie et ses usages (levée du tabou et construction de messages éducatifs constructifs et non stigmatisants).

Évaluation, études, recherche

- Actualiser les connaissances scientifiques sur les usages du numérique liés aux questions de santé sexuelle, notamment auprès des différents publics (jeunes, adultes, populations spécifiques).
- Développer la recherche pour documenter l'efficacité des actions d'éducation à la sexualité par le numérique pour la promotion de la santé sexuelle.

5. Formation en santé sexuelle des professionnels

Dans la SNSS ce chapitre d'adresse aux professionnels de santé, du médico-social, de l'éducation, de la justice et des médias intervenant dans le champ de la santé sexuelle et de l'éducation à la sexualité.

Formation des professionnels de l'Éducation nationale État des lieux

La formation initiale à l'éducation à la sexualité dans les instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation (Inspé) comporte une petite partie commune de sensibilisation au sujet limitée à une sensibilisation générale. Chaque académie dispose d'une équipe de pilotage, formée lors de séminaires nationaux et animée par la Dgesco qui impulse des formations locales pour les intervenants en établissement. Un module accéléré est envisagé pour former davantage de personnel, notamment face aux sujets complexes comme la pornographie. Toutefois, le nombre exact de personnes formées n'est pas connu.

La Dgesco a commencé à développer un parcours M@gistère⁹ sur les bases de l'éducation à la sexualité afin que les professionnels aient des éléments d'information pour débiter dans l'éducation à la sexualité, dans le cadre de la discipline qu'ils enseignent. M@gistère est également ouvert à l'enseignement privé sous contrat.

Elle développe aussi des ressources pédagogiques accessibles sur le portail Eduscol [20] qui propose des ressources (les violences sexistes et sexuelles, la prostitution des mineurs, les IST, etc.) ainsi que des pages générales (comment mettre en œuvre une séance, comment constituer une équipe de pilotage, etc.).

Les personnels sociaux et de santé scolaire et les personnels éducatifs, qui connaissent les élèves, sont légitimes pour préparer et animer les séances. De plus, sur des sujets spécifiques abordés dans le second degré, des associations ou des centres de santé sexuelle ayant un agrément peuvent co-animer avec le personnel de l'Éducation nationale les séances dédiées à l'éducation à la sexualité et apporter des éléments complémentaires d'expertise.

Les interventions des étudiants du service sanitaire en santé ont vocation à s'intégrer aux projets des établissements scolaires, en proposant des apports complémentaires [57].

Problématiques émergentes ou persistantes

On ne dispose pas de données, disponibles au niveau national, sur les formations à la santé sexuelle des personnels de l'Éducation nationale : nombre, typologie des personnels formés, types de formation.

⁹ M@gistère est le MOOC de l'Éducation nationale) [M@gistère](#)

Recommandation du HCSP

- Inviter le ministère de l'Éducation nationale à structurer un système d'information minimal qui permette de suivre le ratio : nombre et types de personnels formés/ nombre d'élèves d'un territoire.

Formation des professionnels de santé

État des lieux

Formation initiale

Dans le 1^{er} cycle des études de santé, a été instauré en 2018 le Service Sanitaire des Étudiants en Santé (SSES). Il concerne la majorité des étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, sciences infirmières, kinésithérapie – l'extension aux autres formations, prévue en 2019, n'ayant pas été formalisée à date). Il vise à les former aux enjeux de la prévention et de la promotion de la santé en les impliquant dans des actions concrètes auprès de publics prioritaires. Ils interviennent dans divers lieux (écoles, entreprises, etc.) sur des thématiques de santé publique, dont la santé sexuelle.

Concernant les 2^e et 3^e cycles, plusieurs pistes ont été proposées : « Faire évoluer la maquette de la Formation Spécialisée Transversale (FST) « Médecine et biologie de la reproduction » en approfondissant l'enseignement sur la santé sexuelle » et « Publier une instruction interministérielle relative aux développements de la santé sexuelle en associant un enseignement interdisciplinaire et un stage en santé sexuelle ».

La SNSS prévoyait d'intégrer la thématique de la santé sexuelle dans le cadre de la réforme du 3^e cycle des études des professionnels de santé (Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie (CNEMMOP)) ; d'élaborer des maquettes de formation en santé sexuelle pour la formation initiale des médecins, des pharmaciens, des sages femmes et des infirmiers, sur le modèle des maquettes de formation existantes pour les études en maïeutique. Il ne semble pas que ces projets aient été mis en œuvre, ou très partiellement. La formation de certaines spécialités médicales inclut des thématiques en santé sexuelle dans le 3^e cycle. Par exemple, au cours du DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale, des compétences en santé sexuelle sont mobilisées autour de « familles de situations » : adolescente lors de sa première consultation gynécologique, ou pour un rapport à risque d'IST ou de grossesse non désirée, etc.[58] [59].

Mais les enseignements délivrés sont variables d'une faculté à l'autre : malgré l'intention de la SNSS, il n'a pas été élaboré de contenu global.

Pour les **sages-femmes**, la formation en santé sexuelle est très importante car elle touche à un aspect fondamental de la santé reproductive et maternelle. La sage-femme est susceptible d'être confrontée à des questions de sexualité à chacune de ses consultations. La formation initiale comprend de nombreuses heures de gynécologie – contraception, de psychologie, de sexologie, d'éducation en santé sexuelle (prévention, dépistage et traitement des IST, prévention des grossesses non désirées,

etc.). Elle prépare les futurs professionnels aux principales formes d'exercice de la profession, notamment aux questions de santé sexuelle. La formation continue est cependant indispensable.

Parmi les autres professionnels de santé qui peuvent avoir un rôle à jouer dans l'éducation à la sexualité, la formation initiale est peu développée et s'oriente préférentiellement sur les risques (IST, grossesses non désirées...). Cependant, du fait de leurs missions et de l'évolution de celles-ci, une formation plus complète sur la santé sexuelle paraîtrait pertinente.

Les pharmaciens, au-delà de la dispensation des médicaments, jouent un rôle clé en premier recours, conseil et orientation. En santé sexuelle, leur mission s'est renforcée avec la délivrance de la contraception d'urgence, nécessitant un accompagnement global : évaluation du contexte, respect des délais, prévention des IST et orientation si besoin.

Les infirmiers, étant donné les publics qu'ils accompagnent, peuvent régulièrement être amenés à parler de santé sexuelle dans tous les secteurs d'exercice : infirmiers scolaires, libéraux, en Protection maternelle et infantile (PMI), dans les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) ou encore dans les centres médico-sociaux.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont leur rôle à jouer d'une part, en matière d'écoute et d'accueil de la parole des patients et de prise en charge de certains troubles sexuels féminins et masculins et, d'autre part, de prévention et d'orientation vers d'autres soins spécifiques si besoin. Ils sont sollicités dans leur pratique par la prise en charge de certaines pathologies qui affectent profondément l'individu dans sa dimension corporelle, psychique, relationnelle et sexuelle. Selon les besoins, les suivis sont parfois longs et soutenus, une relation de confiance s'instaure, propice à des révélations d'ordre intime.

Les chirurgiens-dentistes peuvent notamment être amenés à faire le diagnostic de lésions buccales en rapport avec des IST [60].

Formation continue

L'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la promotion de la santé sexuelle auprès de la population doivent avoir à leur disposition des ressources claires et validées sur lesquelles s'appuyer. Dans la feuille de route 2018-2020, l'action n°2 proposait de « Former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire ». À la suite du travail des experts mobilisés, l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) a adapté sa note de cadrage pour les actions de Développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé sur la période 2020 à 2022. L'orientation prioritaire de la fiche de cadrage n°2 était intitulée « promotion de la santé sexuelle » [61].

En 2023, la note de cadrage de l'ANDPC définissant les orientations triennales pour 2023-2025 précise les axes spécifiques en santé sexuelle :

« 18. Promotion, prévention et prise en charge en matière de santé sexuelle » accessible à l'ensemble des professionnels de santé.

« 150. Santé sexuelle de l'homme » pour les urologues.

D'autres orientations plus générales permettent d'élargir l'offre de formation DPC en santé sexuelle comme : « Promotion de la vaccination et amélioration de la couverture vaccinale », « Repérage et

conduite à tenir face aux violences ou suspicions de violences faites aux adultes », « Repérage et conduite à tenir face aux violences et suspicions de violences faites aux enfants », « Démarche intégrée de prévention » (uniquement pour les médecins généralistes), « Intégration des recommandations dans la pratique » (uniquement pour les médecins généralistes) ou encore « Prise en compte des spécificités de prise en charge des patients en situation de handicap » .

La plupart de ces orientations sont ouvertes aux médecins et aux sages-femmes.

En plus du DPC, les professionnels de santé peuvent se former lors de congrès professionnels ou de diplômes universitaires. Les sages-femmes, les infirmiers et les médecins ont également la possibilité de se former par le biais de leur fonds d'assurance formation.

Formation à distance

Depuis 2020 la formation à distance a connu un essor considérable. Concernant la santé sexuelle, plusieurs plateformes au contenu scientifiquement validé sont accessibles gratuitement pour la formation des professionnels de santé :

- [FormaSanteSexuelle - Plateforme d'apprentissage en ligne](#) créée par la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), le Collège de Médecine Générale (CMG) et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), avec le soutien de la DGS. FormaSanteSexuelle est ouverte à tout public, avec des « parcours métier » pour les médecins, infirmiers, sage-femmes, pharmaciens. Elle a intégré FormaPrep, qui concernait spécifiquement la prophylaxie pré-exposition au VIH.
- Le MOOC¹⁰ (cours en ligne) « La santé sexuelle pour tous » de l'université Paris Cité [La santé sexuelle pour tous \(partie 1\) - Cours - FUN MOOC](#).
- Le MOOC de l'Unesco *Rights, sex and education* [MOOC Rights, Sex and Education - Chaire UNESCO SS&DH](#)

Problématiques persistantes ou émergentes

Le HCSP a été chargé d'évaluer le Service Sanitaire des Étudiants en santé (SSES). Dans son rapport intermédiaire de mars 2021 [62], il identifie des points à améliorer, notamment la qualité de la formation des étudiants aux méthodes d'intervention et de communication en prévention, ainsi que l'articulation du SSES avec les dispositifs régionaux de prévention, en particulier ceux de l'Éducation nationale. Par ailleurs, les thématiques d'intervention possibles étant nombreuses, les étudiants ne sont pas formés à toutes : seule une partie d'entre eux bénéficie d'apports en santé sexuelle.

On ne dispose pas de lisibilité, ni d'indicateurs, concernant les apports en santé sexuelle dans les formations initiales de la plupart des professions de santé.

Bien que des ressources et plateformes adaptées existent, leur promotion et leur intégration dans les formations initiales et continues méritent d'être renforcées.

¹⁰ Massive Open Online Course

Recommandations du HCSP

- Renforcer la formation en santé sexuelle dans la formation initiale de l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et intégrer la santé sexuelle dans les Examens Cliniques Objectifs Structurés (Ecos). L'élaboration d'un référentiel socle, minimal de connaissances, intégrant les manières d'aborder la santé sexuelle avec un patient, pourrait être une piste.
- Maintenir et promouvoir une offre de formation en santé sexuelle pour l'ensemble des professionnels de santé.
- Promouvoir les Centres de santé sexuelle et les Cegidd comme terrains de stage pour accueillir des étudiants en santé.

Formation des professionnels du médico-social, de la justice et des médias

Divers professionnels, hors des domaines de la santé et de l'éducation, peuvent être amenés à traiter des questions liées à la sexualité :

- ceux exerçant dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ou dans le secteur de la justice, confrontés aux préoccupations des personnes qu'ils accompagnent ou encadrent ;
- ceux impliqués dans la médiation et la diffusion d'informations à travers les médias (presse, réseaux sociaux, vidéos, télévision), abordant ces thématiques dans leurs contenus.

La recommandation HAS « *Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS* » parue en février 2025 souligne, après avoir réalisé une revue de littérature, l'insuffisance de formation initiale des professionnels du secteur ESSMS ainsi que les difficultés pour trouver des ressources pour la formation continue [63]. Le manque de formation entraîne un sentiment de manque de légitimité des professionnels pour aborder les sujets de la vie affective et sexuelle et perpétue certains tabous, notamment auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, ou des personnes en situation de handicap. L'absence de supports adaptés freine l'évolution des pratiques et des représentations, renforçant la crainte des professionnels d'être intrusifs ou de commettre des erreurs.

La HAS insiste sur le fait que tous les professionnels, y compris administratifs et techniques, devraient être formés selon leurs fonctions et missions au sein de l'ESSMS afin d'éviter les jugements basés sur des représentations personnelles : « *Les professionnels doivent être formés pour aborder ces sujets de manière appropriée, en utilisant des supports adaptés et en collaborant avec des partenaires, proches et associations si nécessaire* ». L'usage d'un vocabulaire précis et commun aux professionnels constitue une étape clé pour soutenir la vie affective et sexuelle des individus et encourager leur autodétermination.

Pour garantir un positionnement professionnel adapté et compétent, il est essentiel de créer des outils de référence tels que des guides, chartes ou documents précisant les principes éthiques et déontologiques de la structure. Ces ressources doivent être partagées avec tous les acteurs

concernés afin de promouvoir une gestion réfléchie et maîtrisée des informations (confidentialité, protection des données personnelles, etc.). Cette approche repose sur des formations interdisciplinaires, des temps de réflexion dédiés et des groupes d'analyse de la pratique pour prévenir l'isolement des professionnels.

La question de la vie affective et sexuelle dans les ESSMS fait l'objet d'attentes, de réflexions et propositions (voir supra) et maintenant d'une recommandation de la HAS : ce sont des évolutions notables, dont la mise en œuvre demandera à être suivie.

Il est beaucoup plus difficile d'appréhender les contenus de formation du fait de la grande diversité des autres professions visées par la SNSS : les bilans des deux premières feuilles de route témoignent de mises en œuvre très partielles.

Recommandations du HCSP

- Mettre en œuvre la recommandation de la HAS de février 2025 « *Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS* ».
- Choisir des « cibles prioritaires » parmi les autres professions visées par la SNSS, en matière de formation, initiale et continue. Il pourrait notamment s'agir des professionnels sociaux via les Instituts Régionaux du Travail Social (IRTS), ou des professionnels de la justice, intervenant auprès des publics particulièrement exposés (adolescents ou des jeunes adultes, victimes de violences sexuelles et sexistes etc.)

AXE II - AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ EN MATIÈRE D'IST DONT LE VIH ET LES HÉPATITES VIRALES : PRÉVENTION, DÉPISTAGE, PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Introduction

Depuis les années 2010, un consensus scientifique et politique s'est construit, au niveau mondial et national, pour viser la fin des épidémies d'IST en 2030 [1] [64]. Cet espoir se fonde notamment sur l'usage préventif des traitements antirétroviraux dans l'infection par le VIH (traitement comme prévention, TasP¹¹ ; traitement pré-exposition, PrEP¹², etc.), sur l'éradication de l'hépatite C grâce aux antiviraux à action directe, sur le déploiement des vaccinations (hépatite B, papillomavirus) et toujours sur l'usage des préservatifs, ainsi que sur une politique active de dépistage du VIH et des autres IST.

Les avancées vers la fin des épidémies sont cependant plus laborieuses qu'on l'aurait souhaité : ce but ne sera vraisemblablement pas atteint en 2030, au niveau mondial comme en France [64] [65].

Dans notre pays, les découvertes de séropositivités VIH baissent modestement depuis plus de dix ans. Leur nombre remonte cependant un peu depuis 2020, même si, en 2023, elles restaient d'environ 10 % inférieures à ce qu'elles étaient en 2012 [66].

Les IST hors VIH et hépatites virales sont en réaugmentation depuis la fin des années 1990, et plus encore depuis les années 2000, en France comme dans beaucoup d'autres pays [67] [68] [69].

Ces préoccupations s'inscrivent néanmoins dans un contexte de progrès : concernant le VIH, le nombre de décès a chuté de manière drastique, en France et dans le monde, avec l'arrivée des traitements hautement efficaces, et poursuit sa baisse [70], « *l'arsenal de prévention continue à se développer* » [65], le nombre de contaminations, modélisé par Santé publique France, diminue légèrement sur la période 2012 – 2022 [66] avant de se stabiliser en 2023. Les dépistages des IST sont en nette augmentation [66], grâce à des progrès techniques (PCR) et à un accès facilité par plusieurs mesures réglementaires. La concertation entre professionnels de santé, institutions et pouvoirs publics, société civile et représentants des populations-clés (groupes vulnérables, exposés), qui trouve son origine dans la lutte contre le VIH/sida, reste très active en France, contribuant à la qualité et à l'acceptabilité des mesures prises [71].

La création des CoReSS (Coordination régionale de la santé sexuelle), succédant aux Corevih (coordination régionale de la lutte contre le VIH et des IST) [72], effective au 15 mars 2025, témoigne d'une volonté de prise en compte globale de la santé sexuelle, intégrant la lutte contre le VIH/sida. Cette évolution structurelle demandera cependant à être évaluée. Il faudra s'assurer qu'on gagne une approche synergique de l'ensemble des enjeux, sans perdre les atouts construits au cours des années par les Corevih : épidémiologie, cohérence d'approche territoriale en matière de prévention, de dépistage, de prise en soins et d'accompagnement des personnes atteintes, formation continue...

¹¹ *Traitement As Prevention*

¹² *Pre-Exposure Prophylaxis*

Les facteurs de succès et les points de vigilance pour réduire significativement et, si possible, éradiquer les épidémies d'IST sont bien identifiés, au niveau mondial comme en France [64]. Les mesures s'adressent, d'une part, au grand public, en matière de prévention, d'autre part et de manière complémentaire, aux groupes les plus exposés ou en situation de vulnérabilité, aujourd'hui souvent appelés « populations-clés ».

La prévention sera abordée dans le paragraphe de ce rapport qui lui est consacré. La prise en compte des besoins de santé des populations-clés, qui peuvent associer plusieurs facteurs de vulnérabilité, demande à être maintenue et renforcée, comme le soulignent l'Organisation mondiale de la Santé [64] et la SNSS (qui lui consacre son axe IV). Tous les publics concernés, sur tout le territoire français, hexagone comme outre-mer, doivent pouvoir bénéficier d'une qualité préventive, de dépistage, thérapeutique en phase avec l'état des connaissances. L'actualité politique oblige à rappeler que la réduction de l'AME, Aide médicale de l'État, aurait des effets négatifs pour la santé publique, y compris sur le plan économique [73] [74] [75].

Chaque maladie infectieuse ayant ses spécificités préventives et thérapeutiques et chaque axe de la promotion de la santé sexuelle reposant sur des approches plurielles, il existe un risque d'une fragmentation du discours et de l'action. Aussi, conformément à la SNSS et à l'avis du HCSP qui l'a précédée, il est nécessaire de rappeler que la santé sexuelle est un tout. Elle demande à être inscrite dans la durée et abordée de manière cohérente, globale et positive, dans une visée de promotion de la santé.

Sans contradiction avec la nécessité de cette approche globale, mais pour des raisons de lisibilité, les notions de prévention, dépistage, prise en soin thérapeutique seront abordés successivement, même si ces trois domaines sont interdépendants.

1. Prévention

État des lieux

A – Volet grand public

La prévention des IST destinée au grand public s'appuie principalement sur :

- la promotion de la santé sexuelle intégrant l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, la prévention des violences et des stigmatisations et discriminations ;
- les moyens de prévention larges (contre la majorité des IST) que sont les préservatifs externe (dit masculin) et interne (dit féminin) ;
- les vaccinations.

La promotion de la santé sexuelle (axe I de la SNSS) est abordée au chapitre précédent de ce rapport.

L'usage des préservatifs paraît en baisse modérée, mais durable, en France comme dans d'autres pays européens et américains [76]. Ainsi, les premiers résultats de l'enquête Contexte des sexualités en France (CSF) 2023 [11], de l'Inserm, publiés en novembre 2024, mentionnent « *Une prévention limitée lors de nouvelles relations sexuelles* » et « *Une baisse de la prévention en début de vie sexuelle* », par rapport à la précédente édition (2006). « *Le pourcentage d'usage du préservatif lors du*

premier rapport sexuel a diminué pour atteindre 75,2 % chez les femmes et 84,5 % chez les hommes au cours de la période la plus récente. »

Cette baisse paraît aussi concerner les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), public particulièrement exposé au VIH et aux IST [77]. L'usage systématique du préservatif est passé de 46 % en 2017 à 28 % en 2023. Cette baisse s'inscrit cependant dans un contexte de déploiement de la PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH), avec une utilisation passant de 5 % en 2017 à 25 % en 2023.

Le préservatif ne fait pas l'objet d'une action spécifique dans la 2^e feuille de route de la SNSS. Cependant, le remboursement (2018), puis la gratuité pour les moins de 26 ans (2023) de certaines marques (y compris internes ou « féminins » depuis 2024 [78]) ont permis d'accroître leur diffusion, selon les données (non publiées) de la CNAM, atteignant près de 540 000 assurés en 2023. Santé publique France a édité en 2023 et 2024 une affiche sur la gratuité des préservatifs pour les moins de 26 ans et d'autres initiatives ont relayé l'information [79].

Après des périodes d'hésitation des politiques publiques, les vaccinations contre l'hépatite B et contre le HPV (papillomavirus) font désormais l'objet de stratégies affirmées.

La vaccination contre l'hépatite B fait partie, depuis 2018, de celles qui sont obligatoires pour le nourrisson. La question principale est maintenant celle du rattrapage des adolescents et des jeunes nés avant 2018, dont beaucoup ne sont pas encore entrés dans la sexualité, et des adultes potentiellement exposés (origine ou voyage dans des pays d'endémie, exposition lors de rapports sexuels...).

La campagne de proposition systématique de vaccination contre le HPV au collège a été mise en place pendant l'année scolaire 2023–2024 et reconduite en 2024–2025. Elle a demandé une mobilisation très importante. Santé publique France estime qu'elle s'est accompagnée d'une augmentation moyenne de 24 points de la vaccination une dose chez les filles (soit 62 % des filles) et de 22 points chez les garçons (soit 48 % des garçons) (vaccination en collège et en ville) à l'issue de 2 campagnes [79].

L'augmentation du taux de vaccination pour la première dose est restée nettement plus faible dans les outre-mer (+11 points pour les garçons et +14 points pour les filles, avec une couverture moyenne de 20 % et 30 % respectivement) et en Corse (+16 points chez les garçons et +19 points chez les filles, atteignant une couverture finale de 25 % et 39 % respectivement), comparée à d'autres régions de l'hexagone. En effet, la progression a été plus marquée, allant de +19 points chez les garçons et +24 points chez les filles en région PACA (couverture finale de 38 % et 56 % respectivement) à +33 points chez les garçons et +31 points chez les filles en Bretagne, où la couverture a atteint 67 % et 81 % respectivement.[79]. On ne dispose pas de données concernant les taux de vaccination en fonction de l'indice de position sociale des collèges, alors que certaines données précédentes montraient un gradient social pour cette vaccination, comme pour beaucoup d'autres mesures de prévention [80].

L'étude PreHPV réalisée dans les écoles durant les années 2021-2022 a montré une augmentation en moyenne de 5,5 % [3,1-7,9] de la couverture vaccinale des adolescents quand la vaccination était réalisée dans les établissements scolaires, tandis qu'aucun effet n'a été observé avec l'éducation et la motivation des adolescents et la formation des médecins généralistes. L'augmentation du taux de vaccination était d'autant plus élevée que l'accès au médecin généraliste était faible dans les villes (8,6 % IC95% [5,4-11,9] versus 2,1% IC95% [-1,2-5,5]), avec une interaction statistiquement

significative. Il est intéressant de noter que, dans cette étude, ni le niveau socio-économique des adolescents ni leur sexe n'ont eu d'impact significatif sur la couverture vaccinale, favorisant ainsi une réduction des inégalités lorsque la vaccination est effectuée en milieu scolaire [81].

Différents articles scientifiques font état de développements, non aboutis à ce jour, de vaccins contre le gonocoque (dont la thérapeutique devient plus complexe, avec le développement important de résistances aux antibiotiques), contre la syphilis (avec ses risques d'atteintes neurologiques et de syphilis congénitale) et contre l'herpès simplex [82] (dont les formes génitales et anales impactent sévèrement la qualité de vie sexuelle).

Le niveau d'information sur l'herpès simplex reste faible en France, tant en termes de données épidémiologiques que de connaissances, par la population, de la nature de la maladie (encore fréquemment appelée « bouton de fièvre »), des modes de transmission, de prévention et de traitement. Une méta-analyse de 2022 [82], indique, pour l'Europe, une séroprévalence de l'herpès simplex de type 2 de 12,4 % dans la population générale, de 27,8 % chez les HSH, de 46,0 % chez les personnes vivant avec le VIH et de 63,2 % chez les travailleurs du sexe. Une autre méta-analyse européenne [83] montre, par ailleurs, le rôle croissant de l'herpès simplex de type 1 (classiquement oral) dans les lésions génitales.

B - Volet populations les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST

Pour ces publics, la doctrine française (Stratégie nationale de santé sexuelle) et internationale consiste en la proposition et le développement d'une « prévention diversifiée » (ou « combinée »). Elle offre une palette de méthodes adaptées à la situation, aux besoins, aux possibilités de la personne ; méthodes pouvant être associées si besoin. Cette offre est complexe, technique dans certaines de ses composantes : comme pour l'offre contraceptive (qui peut aussi être un besoin des mêmes personnes), l'information et le conseil revêtent un rôle essentiel, pour un choix adapté.

Dans les 2 feuilles de route, au total 19 actions ont ciblé les populations les plus exposées dont 10 spécifiquement pour les ultra-marins. Ainsi, un ensemble de mesures et d'initiatives a contribué à développer l'accès à la prévention diversifiée/combinée.

De façon non exhaustive, nous pouvons mentionner les initiatives suivantes :

- les Cegidd, créés en 2016 (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) ;
- les campagnes de Santé publique France, telle « *Tout le monde se pose des questions sur la sexualité* », rediffusée fin 2024 ;
- la possibilité de primo-prescription de PrEP par les médecins généralistes à partir du 1^{er} juin 2021, après l'avoir rendue accessible et remboursée en milieu spécialisé en 2016 ;
- l'offre de formation continue en ligne et gratuite proposée par la Société française de lutte contre le sida (SFLS) avec un ensemble de partenaires (FormaPrep, devenue FormaSantéSexuelle) ;
- les centres de santé sexuelle d'approche communautaire [84] (voir paragraphe à ce sujet).

L'accès et l'adhésion à l'offre de prévention restent des enjeux forts. Au vu des données de Santé publique France, il apparaît que les HSH nés en France ont un meilleur accès à cette offre, sans pour autant que l'on arrive à un contrôle de l'épidémie au sein de cette population. À l'inverse, parmi les personnes nées à l'étranger (principalement en Afrique sub-saharienne et aux Caraïbes), notamment les femmes et les HSH, on ne voit pas d'amélioration (figure 4), ce qui peut être mis en relation avec des conditions sociales et économiques défavorables à la connaissance, l'appropriation et la possibilité de mettre en œuvre les démarches préventives [70].

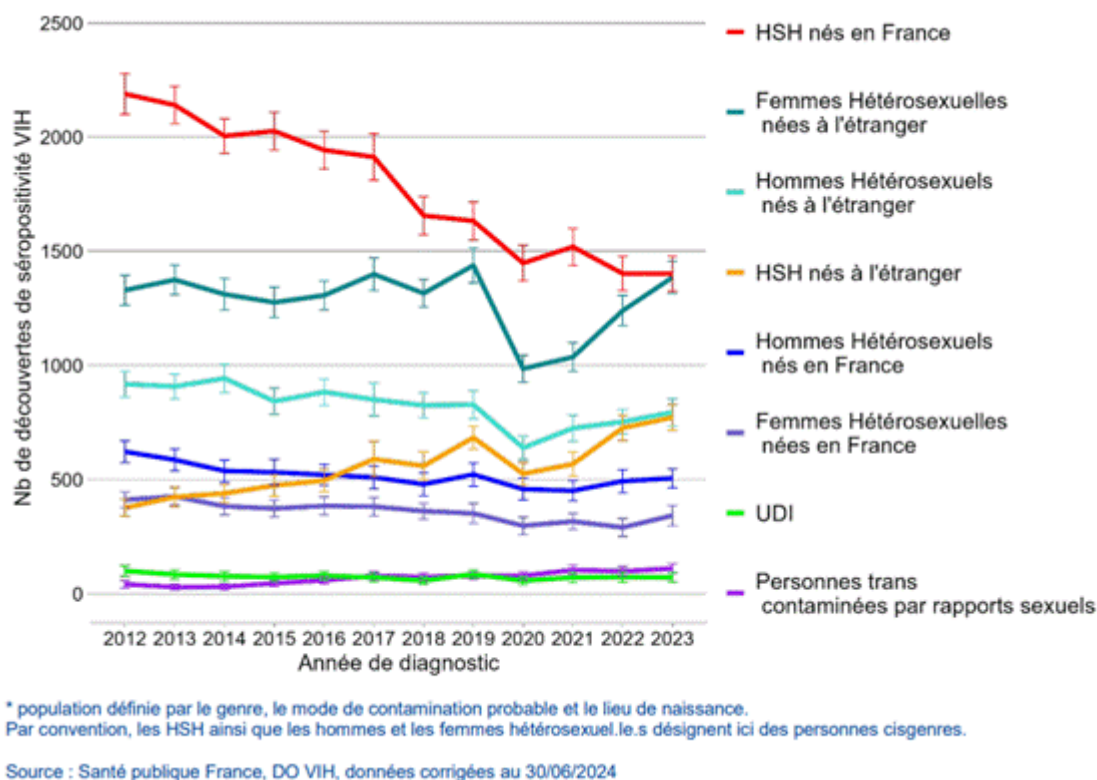


Figure 4 - Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population, France, 2012-2023 [66]

La survenue d'une épidémie de virus Mpox en 2022, se transmettant lors de rapports intimes, a suscité une réponse rapide associant professionnels de santé, pouvoirs publics et associations, avec un suivi épidémiologique soutenu [85]. Une campagne de vaccination gratuite auprès des populations exposées (majoritairement HSH multipartenaires) a été déployée et des ressources d'information ont été mises à disposition (Mpox info service, avec une ligne téléphonique et un site internet). Le pic épidémique a été de courte durée en France (juin-septembre 2022), mais l'épidémie reste présente à bas bruit [86].

Focus sur la PrEP (traitement pré-exposition, prévention du VIH)

En France, on estime que 59 326 personnes utilisaient la PrEP à la fin juin 2024. Ce nombre est en augmentation depuis la mise à disposition de ce traitement préventif en 2016. Cependant, le nombre de nouveaux utilisateurs connaît une légère baisse (-8 %) si l'on compare juillet 2023 - juin 2024 à l'année précédente [87].

La PrEP est accessible à l'ensemble des prescripteurs depuis 2021 et la part des médecins généralistes et des Cegidd est devenue majoritaire (52 % au premier semestre 2024), par rapport à l'hôpital.

Les utilisateurs de la PrEP restent principalement des hommes résidant en Île-de-France ou dans une grande métropole, avec une faible proportion de personnes en situation de précarité. Cependant, la part des autres territoires augmente progressivement, ainsi que celle des femmes (5,7 % au premier semestre 2024) et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (9,2 % au premier semestre 2024). Malgré une évolution, la PrEP reste peu diffusée dans les outre-mer (2,4 % au premier semestre 2024, pour 4 % de la population française) [87].

La mise à disposition de la PrEP est sous-tendue par la volonté de la rendre accessible à l'ensemble des populations les plus exposées au VIH [88], mais il faut constater que cet objectif n'est pas encore atteint.

Les nouveaux antirétroviraux injectables à durée d'action prolongée (cabotégravir, lénacapavir) pourraient contribuer à la rendre plus attractive pour les publics concernés, et plus efficace en réduisant les difficultés d'observance. À date, le cabotégravir n'est pas disponible en France dans l'indication PrEP actuellement, malgré un avis favorable de la HAS du 29 mai 2024 [89]. Le dossier du lénacapavir a été déposé à l'Agence européenne du médicament (EMA) au début 2025.

Focus sur les centres de santé sexuelle d'approche communautaire

Associant prévention, dépistage et orientation vers les soins, les centres de santé sexuelle d'approche communautaire ont été créés par des associations, à Lyon, Paris, Montpellier et Marseille, dans un cadre expérimental (article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018). L'expérimentation a pris fin en novembre 2023 [84].

Les conclusions du rapport d'évaluation [90] réalisé par le pôle santé publique des Hospices civils de Lyon, indiquent que ces centres apportent une plus-value pour l'accès aux soins. Leur démarche communautaire les a conduits à se centrer sur les publics LGBTQI+ et travailleurs du sexe. Cependant, les publics migrants ont été moins atteints et les actions hors les murs (pour aller vers les publics plus éloignés du soin) sont restées limitées pour des raisons de financement.

Les instances de l'innovation en santé (Comité technique et Conseil stratégique) ont exprimé un avis favorable au passage dans le droit commun. Cette orientation permet de mobiliser le Fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss)[91] pour une période transitoire, avec en perspective la pérennisation des centres existants et l'ouverture de nouveaux. Le texte réglementaire est attendu pour 2025.

Problématiques émergentes ou persistantes

Concernant le grand public :

La mise en œuvre de la prévention est encore insuffisante, elle ne s'est pas accompagnée d'une limitation de la dissémination des IST. La crise Covid-19, qui a réduit les contacts entre les personnes, a entraîné une baisse transitoire des dépistages et des IST, mais depuis les taux d'IST augmentent, dépassant les taux observés avant la crise Covid-19, sauf pour le VIH [66].

Les enjeux de prévention des IST auprès du grand public restent ainsi persistants et centrés sur :

- l'utilisation du préservatif dans les situations à risque ;
- la réalisation des vaccinations, notamment contre l'hépatite B, avec un rattrapage ciblé pour les jeunes nés avant 2018 et les adultes exposés (origine ou séjour dans des pays d'endémie, exposition sexuelle...). De même, la vaccination contre le papillomavirus doit être renforcée. Ces efforts doivent être proportionnels aux inégalités d'accès et de recours à la vaccination, ainsi qu'adaptés aux facteurs identifiés d'hésitation vaccinale ;
- le développement et l'évaluation de vaccins contre le gonocoque, la syphilis, et le virus herpès simplex.

Concernant les populations les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST :

Lors de la concertation précédant la transformation des Corevih (comités de coordination de la lutte contre le VIH et les IST) en CoReSS (comités de coordination régionale de la santé sexuelle), les acteurs des Corevih ont exprimé des préoccupations concernant le maintien de la qualité épidémiologique.

La connaissance et l'accès à une prévention diversifiée/combinée correspondant aux besoins et situations des personnes doivent continuer à être améliorés. Le fait que le TPE (traitement post-exposition au VIH) soit disponible uniquement à l'hôpital en limite fortement l'accès, surtout la nuit ou le week-end, où le public doit s'adresser aux services d'urgence (cf. action 15 de la feuille de route 2021 2024).

Malgré les actions mises en place, les personnes nées à l'étranger restent parmi les plus vulnérables, avec des taux d'IST plus élevés, un accès et un recours moindres à la vaccination et à la PrEP. Parmi elles, les femmes, ainsi que les HSH, cumulent fréquemment plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Recommandations du HCSP

Concernant le grand public :

- renforcer la communication sur les préservatifs (externe et interne) dans tous les milieux et aux différents âges de la vie ;
- répondre à l'hésitation vaccinale, en renforçant la formation des professionnels de santé et en y associant une communication accessible et adaptée vers les publics ;
- adapter les mesures et la communication aux publics et aux territoires, avec une attention particulière aux outre-mer où l'implication des acteurs locaux et des communautés devrait être incontournable ;
- poursuivre le déploiement de la vaccination contre le papillomavirus dans les collèges et ESMS en l'intégrant à la démarche globale d'éducation à la santé, et notamment à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle.

Concernant les populations les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST :

- maintenir une approche globale de la santé sexuelle et de la prévention, intégrant les actions de lutte contre les discriminations et stigmatisations et contre les violences sexuelles et rapports sexuels non consentis ;
- poursuivre les démarches visant à améliorer la connaissance et faciliter l'accès à une prévention diversifiée/combinée correspondant aux besoins et situations des populations-clés, par :
 - l'information (Santé publique France) ;
 - la formation des professionnels (initiale et continue avec l'exemple de FormaSantésexuelle) ;
 - les démarches de proximité en s'appuyant sur les CoReSS et en soutenant les acteurs agissant avec ces publics.
- poursuivre le déploiement de la PrEP en proximité des publics ; faciliter l'accès au TPE (traitement post-exposition)

Évaluation, études, recherche

- Évaluer la possibilité d'associer le rattrapage vaccinal contre l'hépatite B à la proposition de vaccination anti HPV dans les établissements scolaires.
- Caractériser la mise en œuvre de la vaccination HPV en collège au regard de la situation sociale (par exemple, indice de position sociale de l'établissement scolaire) et territoriale (identifier d'éventuelles zones de moindre accès).
- Soutenir activement la recherche vaccinale (gonocoque, herpès, syphilis...).

2. Dépistage

État des lieux

Le nombre de dépistages du VIH et des autres IST est en nette augmentation [66], depuis plusieurs années (après une forte baisse en 2020 avec les restrictions aux déplacements lors de l'épidémie de covid-19). Cette augmentation correspond à la mise en œuvre de l'objectif 3 de l'axe II de la SNSS, confortée par les actions mentionnées dans ses deux premières feuilles de route.

La hausse des dépistages provient à la fois d'innovations techniques (tests rapides d'orientation diagnostique, auto-tests, etc.) [68] et de mesures simplifiant l'accès aux dépistages et permettant leur réalisation en proximité des lieux de vie et de sociabilité des publics, par des acteurs associatifs, par des professionnels de santé, par l'accès direct au laboratoire avec VIH test puis Mon test IST [92].

Cette hausse du nombre de tests réalisés s'inscrit cependant dans un contexte d'augmentation des IST (autres que le VIH et les hépatites virales).

Concernant le VIH « *il demeure dans tous les groupes de transmission une proportion de personnes trop tardivement diagnostiquées, notamment parmi les populations migrantes et les plus précaires, qui contribue de façon majeure à la poursuite de l'épidémie. On estime ainsi à 10 756 le nombre de personnes qui, en 2023, étaient porteuses du VIH mais l'ignoraient.* » [93] note le Conseil national du sida, s'appuyant sur des données modélisées par Santé publique France dans un travail qui prenait en compte le lieu de contamination et la date d'arrivée en France des personnes nées à l'étranger. Parmi les personnes ignorant leur séropositivité, 36 % étaient des HSH (26 % nés en France, 10 % à l'étranger), 60 % des hétérosexuels (31 % nés à l'étranger, 29 % en France), et 4 % concernaient des personnes transgenres et des usagers de drogues par voie intraveineuse.

Cependant, cette proportion de dépistage à un stade avancé de l'infection par le VIH diminue [66] (environ 30 % de diminution depuis 2020 pour atteindre 43 % de diagnostics tardifs ou avancés en 2023) ce qui est signe d'un progrès vers l'objectif de réduction de « l'épidémie cachée » (terme qui désigne la proportion significative de personnes atteintes par le VIH qui n'ont pas connaissance de leur statut sérologique. De ce fait, elles ne bénéficient pas des traitements antirétroviraux et de leur efficacité préventive [94].

En 2023, la proportion de diagnostics tardifs reste plus élevée chez les hétérosexuels (51 % en 2023) que chez les HSH (32 %). Chez les hétérosexuels, elle est plus élevée chez les hommes (48 % chez ceux nés en France et 60 % chez ceux nés à l'étranger) que chez les femmes (respectivement 41 % et 50 %).

Santé publique France publie périodiquement les données détaillées relatives au VIH (BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire, et aux autres IST (Bulletin VIH et IST bactériennes). Parmi les points-clés, outre l'augmentation générale des dépistages :

- ce sont les HSH qui se font davantage dépister et parmi lesquels les diagnostics de VIH et IST sont les plus fréquents. Conformément aux recommandations, leur taux de dépistage augmente. Cependant, une partie d'entre eux se fait peu ou pas dépister. Pour ceux qui sont multipartenaires, la fréquence de dépistage reste souvent inférieure aux recommandations de la HAS [94];

- les régions où les dépistages (VIH et autres IST) sont les plus fréquents correspondent à celles de plus fortes épidémies : Guyane, Antilles et Île-de-France ;
- les diagnostics tardifs VIH concernent toutes les populations, mais plus fortement celles nées à l'étranger (voir supra)
- les diagnostics d'IST bactériennes augmentent pour les hommes comme pour les femmes, dans les différentes classes d'âge, y compris après 50 ans.

En l'absence de veille sanitaire dédiée, on ne dispose pas de données de ce type concernant l'herpès simplex.

Problématiques émergentes ou persistantes

Infection par le VIH : les progrès demandent à être poursuivis : on estimait que 94 % des personnes séropositives étaient diagnostiquées en 2022 [70], pour un objectif fixé à 95 % [1]. Cependant, la part des diagnostics « tardifs » reste importante (43 %) (voir supra) [66].

Une meilleure caractérisation des publics exposés demande une « *connaissance plus fine (...) selon le contexte territorial et social* », indique le chapitre relatif à l'épidémiologie des *Recommandations de prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST : rapport d'experts*. Il formule un ensemble de propositions techniques et méthodologiques [95].

La connaissance des publics demande également d'identifier leurs freins à l'accès au dépistage, voire plus généralement à la santé, et les manières de les lever, ce qui se fonde sur l'expérience et les savoirs des acteurs de proximité [71], notamment associatifs, et les sciences humaines et sociales. Le « sur-mesure », « l'aller-vers », adaptés aux publics et aux territoires, la médiation en santé, l'interprétariat, l'information accessible et adaptée demandent à être soutenus.

Autres IST : face à leur développement, dans un contexte de progrès de l'accès au dépistage, la préoccupation reste d'atteindre les publics exposés moins en lien avec l'offre de prévention et de soin, en raison de leur situation sociale ou géographique.

Le dépistage de la syphilis augmente, surtout chez les femmes, ainsi que le nombre de dépistages positifs, chez les femmes comme chez les hommes. La population la plus touchée reste en premier lieu les HSH. La syphilis congénitale demeure très rare, difficile à documenter notamment dans le SNDS, (4 à 6 cas par an entre 2004 et 2007, soit 0,7 cas pour 100 000 naissances), mais en légère augmentation depuis 2000. La Guyane connaît une situation particulière avec une recrudescence de cas donnant lieu à une attention soutenue.

Le HCSP, en 2015, dans son avis sur la visite médicale des étrangers primo-arrivants [96], a recommandé un bilan de santé comprenant un dépistage des IST dans les quatre mois suivant l'arrivée. Ces recommandations sont reprises dans l'Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [97]. En juin 2024, une recommandation conjointe de plusieurs sociétés savantes¹³ a précisé le bilan de santé à réaliser [98].

¹³ La Société française de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), la Société française de pédiatrie (SFP) et la Société française de lutte contre le sida (SFLS)

Recommandations du HCSP

- Poursuivre les efforts pour atteindre les populations les plus exposées au VIH, aux hépatites virales, aux IST, notamment les personnes migrantes, en soutenant les acteurs de proximité.
- Proposer le dépistage des IST lors de la prise en charge de la grossesse, non seulement aux femmes, mais aussi à leur conjoint ou partenaire. Pour la syphilis, s'assurer de la présence de la sérologie dans le dossier (notamment pour les grossesses déclarées tardivement).
- Mettre effectivement en place un bilan de santé comprenant un dépistage des IST dans les quatre mois suivant l'arrivée des personnes migrantes, conforme aux recommandations du HCSP et des sociétés savantes.

3. Prise en charge thérapeutique État des lieux

Concernant l'infection par le VIH, la prise en charge thérapeutique, en France, a une efficacité qui dépasse les objectifs nationaux et ceux de l'Organisation mondiale de la santé (plus de 95 % des personnes dépistées en traitement, plus de 95 % des personnes en traitement ayant une charge virale indétectable). Ces taux sont l'un et l'autre de 97 % en 2022, en légère augmentation par rapport à 2018 [95].

La prise en charge des personnes porteuses d'une hépatite C chronique a été transformée par les antiviraux à action directe, qui permettent la guérison virologique dans 98 % des cas. Celle de l'hépatite B chronique a été fortement améliorée par les traitements antiviraux, offrant le plus souvent un contrôle virologique prolongé permettant de prévenir les complications, mais, à l'instar du VIH, sans guérison [95].

Les modalités de traitement de l'infection par le VIH et des hépatites virales chroniques sont clairement définies, périodiquement actualisées dans un rapport d'experts pluridisciplinaire, associant les représentants des publics exposés et patients, réalisé sous l'égide du Conseil national du sida (CNS) et de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales – maladies infectieuses et émergentes (ANRS – MIE). Ce rapport fait référence [95].

En 2021, les IST autres que le VIH et les hépatites virales ont fait l'objet d'une saisine de la HAS par le CNS et l'ANRS-MIE. Il s'agit d'actualiser les recommandations précédentes, datant de 2016. Cette saisine a fait l'objet d'une note de cadrage de la HAS au début 2022 [68], avec pour objectif « *un référentiel utilisable et opposable, au standard de qualité aujourd'hui exigible de telles recommandations, et permettant seul des comparaisons avec les recommandations internationales. On précise ici, que dans le domaine des IST cela n'a jamais été fait dans notre pays.* »

Dans ce cadre, en lien avec la HAS, le rapport d'experts précédemment mentionné a été doté, en 2024, de nouveaux chapitres sur la prise en charge des patients atteints d'infection à *Trichomonas*

vaginalis, de phtirose, de condylomes ano-génitaux, d'herpès génital. Au début 2025, le travail de la HAS concernant les autres IST était toujours en cours.

Problématiques émergentes ou persistantes

VIH et hépatites virales : l'efficacité de la prise en charge thérapeutique est conditionnée au maintien de l'offre de soin (médecins) et d'accompagnement (travailleurs sociaux, éducation thérapeutique du patient, psychologues, interprétariat) ; l'accompagnement étant particulièrement nécessaire pour les personnes en situation complexe. Ce maintien est mis en tension par les difficultés budgétaires des hôpitaux, alors que les files actives croissent du fait de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes. La situation à distance des grandes villes est souvent préoccupante, dans l'hexagone comme dans les outre-mer.

L'Aide médicale d'état (AME) est l'un des éléments nécessaires à la prise en soins des publics parmi les plus vulnérables [73].

Concernant les autres IST : l'actualisation des recommandations et la production d'un référentiel sont attendus, conformément à la lettre de cadrage de la HAS. Les stratégies de traitement par antibiothérapie en sont un point-clé, au regard du développement des résistances aux antibiotiques.

Recommandations du HCSP

- Lors de la publication des recommandations de la HAS sur les IST, assurer la diffusion et l'appropriation par l'ensemble des professionnels concernés, notamment la mise à jour de la formation initiale et continue des prescripteurs.
- Proportionner les moyens hospitaliers à la file active et à ses caractéristiques (précarité sociale, situations complexes, etc.).

AXE III - AMÉLIORER LA SANTÉ REPRODUCTIVE

Introduction

Le rapport de la Cour des comptes de mai 2024 [99] sur la politique de périnatalité montre que les principaux indicateurs de la santé périnatale – mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité maternelle – mettent en évidence une performance très médiocre de la France par rapport aux autres pays européens (22^e rang européen pour la mortalité périnatale) tout particulièrement dans les outre-mer où les indicateurs sont durablement plus défavorables que dans l'hexagone. Par ailleurs la natalité baisse de façon continue (-5,3% entre 2016 et 2021), ce qui représente un enjeu sociétal qui concerne d'autres pays développés que la France [100].

La SNSS a fait le choix d'exclure de son champ la santé maternelle et infantile et l'assistance médicale à la procréation (AMP), considérant qu'elles sont traitées par des politiques nationales spécifiques. Une cohérence et une articulation de ces politiques avec cette stratégie devaient être assurées. Mais les différents dispositifs semblent évoluer de façon séparée :

- le dernier plan de Périnatalité date de 2007 ;
- la Protection maternelle et infantile (PMI) est confrontée à d'importantes difficultés comme en atteste le rapport Peyron [101] ;
- les Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (DSRP) (qui ont remplacé les réseaux de périnatalité) ont dans leurs missions depuis 2015 de faciliter l'accès à l'IVG, de proposer des actions dans le champ des violences faites aux femmes [102], mais la Fédération française des réseaux de santé périnatale (FFRSP) n'a pas été associée à la conception de la SNSS et des feuilles de route ;
- l'articulation avec les dispositifs de lutte contre les violences sexuelles, et les violences intrafamiliales, mériterait aussi d'être explicitée.

Sous réserve des réflexions précédentes, on constate que l'axe III est centré sur la contraception et l'accès à l'IVG et décliné en fonction de :

- l'amélioration des connaissances des professionnels (formation initiale et continue) ;
- l'amélioration des connaissances des personnes et de l'accès (notamment la prise en charge par l'Assurance-maladie) à tous les modes de contraception possibles, y compris les modes définitifs, adaptés aux besoins et pas seulement aux ressources ;
- un meilleur accès à l'IVG.

1. Contraception féminine et masculine

Dans l'atlas européen 2024 [103] sur les politiques en matière de contraception (accès aux contraceptifs, Planning familial et information en ligne), la France est au 3^e rang derrière le Royaume-Uni et le Luxembourg.

La SNSS s'est fixé comme priorité de réduire d'un tiers le nombre de grossesses non désirées et non prévues en permettant aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles.

État des lieux

Les différentes études et enquêtes [11] [104] [105] [106], bien que basées sur des méthodologies et des échantillons variés, révèlent une évolution similaire de l'usage de la contraception et du type de contraceptif au fil du temps, les 3 moyens principaux étant la pilule, le Dispositif Intra-Utérin (DIU) et les préservatifs. Elles soulignent également que le choix du mode de contraception varie en fonction de l'âge des femmes.

Cependant, l'absence de recours à un moyen contraceptif a augmenté au fil des années, passant en moyenne de 7,4 % en 2016 à 9 % en 2023 [11] avec des variations selon les groupes d'âge. La hausse la plus marquée concerne les 18-29 ans, dont le taux est passé de 4,3 % en 2016 à 8,7 % en 2023. Selon l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2021 [105], la proportion de femmes sans contraception est passée de 8,3 % en 2016 à 11,8 % en 2021. À l'inverse, le Baromètre Santé 2016 [104] indiquait une tendance à la baisse, avec un taux moyen passé de 13,6 % en 2010 à 8 %, en 2016.

La fréquence d'utilisation de la contraception orale a diminué au cours des années bien que restant majoritaire jusqu'en 2023 malgré la « crise de la pilule » en 2012 sur les risques des pilules de 3^e et 4^e générations [107]. Les résultats du Baromètre Santé 2016 [104] montrent que la pilule restait le contraceptif le plus utilisé en 2010 et 2016 (passant de 45 % à 36,5 % des femmes de 15-49 ans), notamment chez les femmes de moins de 25 ans (stable à 60 %). Concernant le dernier moyen de contraception utilisé avant la grossesse, l'enquête ENP 2021 révèle une diminution de l'utilisation de la pilule au fil des années, passant de 73,8 % en 2010 à 62,9 % en 2016, puis à 52,6 % en 2021. L'étude CSF 2023 montre une tendance similaire chez les 18-49 ans, avec une baisse de 56,4 % en 2000 à 26,8 % en 2023. L'analyse des remboursements par l'Assurance maladie entre 2014 et 2019 indique que, bien que la contraception orale reste le moyen le plus prescrit parmi les méthodes remboursées, son utilisation a également diminué, toutes pilules confondues. Toutefois, les prescriptions d'œstroprogestatifs ont diminué de 15,9 %, tandis que les pilules microprogestatives ont augmenté de 57 % au cours des cinq années étudiées.

Le DIU commence à être utilisé de manière modeste chez les 20-24 ans, avec 4,7 % en 2016, puis connaît une adoption plus importante, avec un gradient d'utilisation entre 25 et 49 ans : 19 % chez les 25-29 ans et 34,7 % chez les 30-44 ans [104]. Toutes tranches d'âge confondues, l'utilisation du DIU a augmenté de 18,7 % en 2010 à 25,6 % en 2016 selon le Baromètre Santé 2016 [104], de 9,5 % en 2016 à 14 % en 2021 selon l'ENP 2021 [105], et de 21,6 % en 2000 à 29,9 % en 2016, puis 32,1 % en 2023 selon l'étude CSF 2023 [11], qui inclut aussi l'implant. En 2023, le DIU devient le moyen de contraception le plus utilisé avant la pilule [11]. L'analyse des données du SNDS 2014-2019 confirme cette augmentation avec une hausse des prescriptions de 25,4 % [106].

Le préservatif seul reste un moyen utilisé passant de 10,8 % en 2010 à 15,5 % en 2016. Chez les plus jeunes (15-19 ans), il est soit utilisé seul pour 29,6 % d'entre eux ou associé à la pilule pour 16 % d'entre eux selon le Baromètre Santé 2016. Selon l'ENP 2021, l'utilisation est stable 11,1% en 2016 et 12,3 % en 2021 et l'étude CSF 2023 montre une utilisation moyenne de 15,9 % en 2016 et 18,6 % en 2021 sur la tranche des 18-49 ans.

Les autres méthodes hormonales (patch, implant, anneau) sont plus souvent adoptées par les femmes entre 20 et 24 ans que par leurs aînées.

Concernant la prévention au premier rapport sexuel entre 2019 et 2023 (contraception orale et préservatifs), l'enquête CSF 2023 [11] montre qu'elle a connu une augmentation considérable dans les années 80 et les années 90, puis un maximum de 98,3 % pour les femmes et 97,1 % pour les hommes en 2004-2006. Mais l'utilisation de contraceptifs lors du premier rapport sexuel a diminué pour atteindre 87,2 % chez les femmes et 92,3 % chez les hommes qui ont commencé à avoir des rapports sexuels entre 2019 et 2023. Il en est de même de l'usage du préservatif qui est de 75,2 % chez les femmes et 84,5 % chez les hommes dans cette période récente.

Le taux de grossesses sous contraception n'ayant pas conduit à une IVG reste stable à 9,1 % dans l'ENP 2021 [105]. Concernant les grossesses non désirées ou survenues trop tôt, leur fréquence atteint 16 % par an dans l'hexagone, mais est nettement plus élevée dans les territoires ultramarins: 23,7 % à La Réunion, 28,6 % en Guadeloupe, 32,8 % en Martinique, 29 % en Guyane et 27,5 % à Mayotte [105].

L'étude CSF 2023 met en évidence une progression des grossesses non désirées au cours des cinq dernières années, atteignant 34,7 % contre 28,9 % en 2016. Cette hausse est particulièrement marquée chez les femmes âgées de 18 à 29 ans, dont la proportion est passée de 42,5 % en 2016 à 51,6 % en 2023 [11].

D'après des données (non publiées) fournies par l'Assurance maladie à partir du SNDS, la délivrance de la contraception hormonale d'urgence qui augmentait régulièrement depuis 2017 a doublé entre 2022 et 2023. Ces chiffres sont ceux de la délivrance, mais ne permettent pas de connaître l'utilisation réelle qui en est faite. Par ailleurs, la SNSS mettait en avant la prescription à l'avance selon les recommandations de la HAS (action 16 de la feuille de route 2021-2024), ces recommandations datent de 2013 [108] et ont été mises à jour en 2019. La loi de financement de la Sécurité Sociale de 2023 va plus loin car elle a autorisé la délivrance sans ordonnance à toutes les femmes et la prise en charge à 100 % sans avance de frais [109].

L'analyse par tranche d'âge de la contraception d'urgence montre que cette augmentation concerne essentiellement les 18-25 ans et les plus de 26 ans et un peu les moins de 18 ans. (Figure 5).

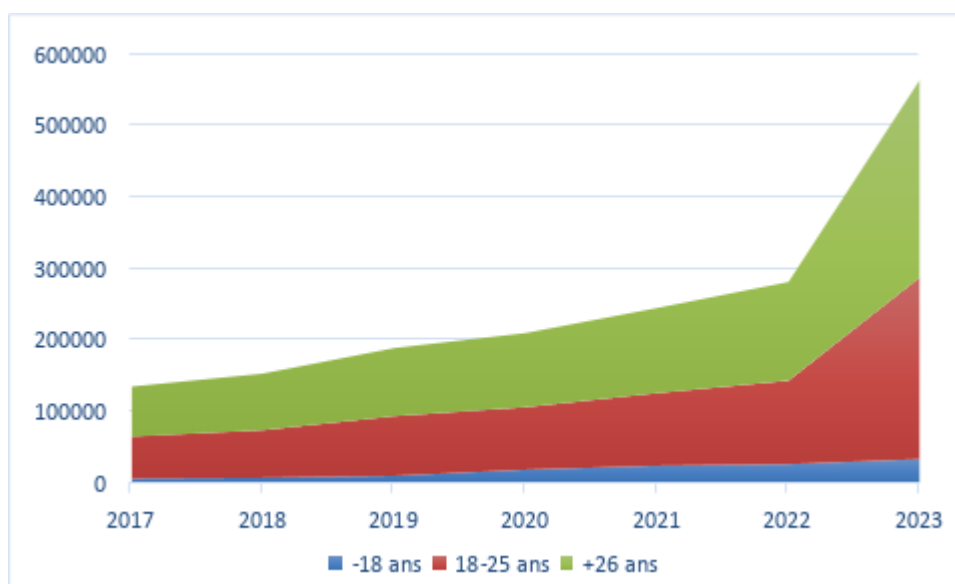


Figure 5-Délivrance de la contraception d'urgence par tranche d'âge entre 2017 et 2023 (données de la CNAM d'après le SNDS non publiées)

Focus sur les inégalités sociales de santé

Une étude de l'Ined [110] à partir des données de l'Assurance maladie de 2019, a comparé les prescriptions de contraception entre les femmes à faible niveau de revenus (bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou d'une aide pour complémentaire santé) et les autres femmes. Les femmes à faible niveau de revenus étaient moins nombreuses à utiliser des contraceptifs prescrits comparées aux autres femmes (36 % contre 46 %, $p < 0,001$). Parmi les femmes à faible niveau de revenus ayant recours à la contraception, on observait l'usage de méthodes différentes : à 20-24 ans, elles avaient recours plus souvent que les autres femmes à des contraceptifs oraux (60 % contre 77 %, $p < 0,001$) et à des implants (22 % contre 9 %, $p < 0,001$), tandis qu'à 40-44 ans, elles faisaient moins souvent le choix des DIU que les autres femmes au même âge (18 % contre 30 %, $p < 0,001$). Dans un contexte national d'accès gratuit aux soins médicaux pour ces femmes, on constatait une moindre utilisation de contraceptifs prescrits comparé aux autres femmes dans tous les âges de la vie reproductive et même des différences dans les modes d'usage. Ainsi, les obstacles que les femmes à faible niveau de revenus peuvent rencontrer dans l'accès et le choix de leur contraception ne sont pas seulement financiers. Leurs préférences pourraient être le maintien d'une grossesse imprévue ou la pratique d'une contraception non médicalisée. De plus, l'accès à un prescripteur peut être rendu difficile par méconnaissance, éloignement géographique ou culturel, ou même discrimination et refus de soins.

Focus sur la contraception des moins de 18 ans

D'après des données (non publiées) de la CNAM issues du SNDS, on constate une augmentation de 13,7% des prescriptions de contraception hormonale entre 2022 et 2023. Les prescriptions de DIU aux femmes de moins de 18 ans restent marginales malgré les recommandations de pratiques du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) : « *La contraception intra-utérine peut être proposée aux adolescentes et aux nullipares (grade B) puisqu'elle s'accompagne d'une très bonne efficacité¹⁴ et d'un taux élevé de continuation au prix d'un risque faible de complications (non supérieur à celui observé dans les autres tranches d'âge et chez les femmes ayant déjà accouché) (NP2)* ».

Focus sur la contraception définitive

Dans le cadre de l'étude Epi-phare, un rapport sur l'état des lieux de la vasectomie en France entre 2010 et 2022 a été publié en février 2024 [111]. Le nombre de vasectomies a été multiplié par 15 entre 2010 et 2022 pour atteindre 150 vasectomies pour 100 000 hommes âgés de 20 à 70 ans.

Dans le même temps, le nombre de stérilisations féminines a été divisé par deux, passant de 45 138 stérilisations en 2013 à 20 325 en 2022. Cependant, le nombre de femmes ayant bénéficié d'une contraception définitive entre 2010 et 2022 est 4 fois plus élevé que le nombre d'hommes. L'étude CSF 2023 mentionne que les femmes ayant recours à la stérilisation sont dans la tranche d'âge 30-49 ans avec un taux de 6,6 % en 2016 [104] versus 8,2 % en 2023.

Les hommes recourant à une contraception définitive sont en moyenne plus âgés que les femmes (âge moyen 41,7 ans vs 39,9 ans). Leur profil sociodémographique est plus favorisé que celui des

¹⁴ La HAS dans sa fiche sur l'efficacité des méthodes contraceptives rapporte un taux de grossesse de 1,1% avec les DIU contre 2,4% avec la pilule oestroprogestative

femmes : ils sont moins affiliés à la CMUC/C2S que les femmes (3,4 % contre 11,1 %, respectivement). Ils résident moins souvent dans les communes les plus défavorisées que les femmes (15, % vs 23,4 % respectivement). Dans les antécédents médicaux, on note que les femmes sont plus souvent atteintes de maladies psychiatriques (2,7 % vs 1,2 %) ou sous traitement psychotrope (12,5 % vs 4,8 %), ou atteintes d'obésité (6 % vs 1,3 %).

Ces données ne permettent pas de connaître la part des contraceptions définitives pratiquées auprès de femmes majeures en situation de handicap mental, pratique strictement encadrée par la loi. Cette méthode contraceptive doit être adoptée en dernier recours, uniquement lorsque la personne est majeure et qu'elle n'exprime aucun refus. La décision revient alors au juge des tutelles, après consultation de la personne et de son représentant légal.

Focus sur les méthodes dites « naturelles ».

Les méthodes dites « naturelles » et méthodes barrières (retrait, calcul des dates, Ogino, diaphragme) représentent 7,5 % des pratiques en 2023 [11]. Le site de Santé publique France QuestionsSexualité [112] les détaille avec leur efficacité théorique et en vie réelle. Le CNGOF dans ses recommandations, les limite à des couples bien informés des conditions d'utilisation et des risques d'échec, acceptant la possibilité d'une grossesse [113].

On constate le développement d'applications informatiques prétendant permettre le calcul du cycle et des périodes de fécondité, au prix de la collecte de données personnelles [114].

Focus sur les femmes en situation de handicap

L'étude Handigynéco-IdF de 2017 [40] est une recherche action menée en Île-de-France pour améliorer l'accès aux soins gynécologiques des femmes en établissement ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS). L'étude montre que 85 % des femmes en situation de handicap ayant répondu à l'enquête n'exprimaient pas de difficulté particulière en matière d'accès à la contraception (en majorité pour les femmes résidant en ville). Néanmoins, l'étude montre le besoin des professionnels d'être davantage formés aux liens entre handicap et gynécologie et la nécessité de communiquer des informations adaptées aux femmes et de mettre en place des actions d'aller-vers.

Après cet état des lieux en 2017, a été mis en place une expérimentation en Ile-de-France (formation de sage-femmes, démarche d'aller-vers certains types d'ESMS, séances collectives d'information sur la sexualité et consultations individuelles de gynécologie). Face aux résultats positifs, le dispositif a été étendu à la Normandie et la Bretagne, puis à l'ensemble de la France par le biais d'appel à projets pilotés par les ARS dès 2024.

La question de l'accès à la contraception, ou à la possibilité de procréer, se pose de manière plus aiguë pour les personnes atteintes de handicap intellectuel ou psychique [115]. La loi garantit les droits des personnes, quel que soit leur lieu de résidence (domicile, ESMS...) et leur situation (degré d'autonomie, tutelle ou curatelle). Les associations sont cependant préoccupées par l'effectivité du respect de ce droit.

Problématique persistantes ou émergentes

La question du choix de la contraception, de l'information donnée (quoi, comment, par qui, où) et celle des inégalités sociales d'accès n'ont fait l'objet d'aucune action dans les 2 premières feuilles de route.

Alexandra Roux, membre de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), propose une synthèse des travaux en sciences sociales depuis les années 1970 sur la contraception, en les classant en fonction de leurs axes de recherche [116] :

- Évolution de la demande contraceptive : la norme contraceptive française repose historiquement sur la femme et son observance. Depuis 2012-2013, un rejet des hormones, des effets indésirables et des préoccupations écologiques entraînent une baisse d'adhésion, notamment chez les jeunes générations.
- Influence sur la prescription : l'industrie pharmaceutique a orienté les prescripteurs vers la pilule via le marketing et la formation, restreignant l'éventail des méthodes proposées et s'éloignant des recommandations des sociétés savantes et de la HAS.
- Un système « pilulocentré » : en comparaison internationale, la France se distingue par une forte centralisation autour de la pilule, influencée par les remboursements, les autorisations de mise sur le marché (AMM) et l'encadrement des prescriptions.
- Inégalités d'accès : le coût de certains contraceptifs et leur niveau de remboursement accentuent les inégalités sociales en matière d'accès à la contraception.
- Offre restreinte des méthodes alternatives : les contraceptifs hormonaux alternatifs restent peu proposés et sont souvent prescrits uniquement aux femmes jugées incapables de suivre un traitement régulier, notamment celles en situation de précarité, de faible niveau d'instruction ou en situation de handicap mental.

Ces éléments peuvent être mis en relation avec les données sur l'observance. Ainsi une revue *Cochrane* sur les stratégies visant à améliorer l'adhésion et la continuation des méthodes de contraception hormonale à court terme des contraceptifs oraux fait la synthèse de ces enjeux [117].

L'efficacité des contraceptifs est essentielle pour réduire les grossesses non désirées. Plusieurs types de contraceptifs hormonaux à court terme dépendent du respect du schéma posologique. Toutefois, ils souffrent d'une mauvaise observance et de taux d'arrêt importants, souvent supérieurs à 40 % en un an. Or, l'efficacité des contraceptifs est optimale en cas d'utilisation parfaite (moins de 1 % d'échec), mais l'utilisation réelle entraîne des taux d'échec plus élevés (7 % pour la pilule aux États-Unis).

Les effets indésirables sont la première cause d'abandon des méthodes hormonales (près de 60 % pour la contraception orale), suivis des changements menstruels, des difficultés d'accès et une confusion concernant les instructions de prise de pilules. La revue *Cochrane* faisait état de 40 à 50 % d'oubli d'une ou plusieurs pilules dans les 1 à 3 mois précédant l'enquête [117]. De plus, une part importante des utilisatrices ne renouvelait pas leur contraception après quelques mois (plus de 35 % pour la pilule aux États-Unis).

Dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de 2009 [118], il est aussi souligné que « *c'est moins à un problème d'accès à la contraception que sont confrontées les femmes qu'à une inadéquation entre les méthodes contraceptives qui leur sont prescrites et leurs conditions de vie au quotidien, ainsi qu'à une insuffisance d'explication sur les modalités de celles-ci* ». Bien que la pilule soit considérée comme l'une des méthodes les plus efficaces en théorie, son efficacité réelle

en usage courant est bien moindre. Cet écart significatif entre théorie et pratique reste peu pris en compte, la pilule demeurant pourtant le contraceptif très prescrit en France, avec peu d'évaluation des rapports bénéfices/risques individuels et collectifs liés à ce choix contraceptif.

Focus : la contraception reste-t-elle une affaire de femmes ?

Une enquête en 2022 auprès de 2 500 personnes de plus de 15 ans a révélé que seuls 1 sur 4 répondent positivement (la réponse à cette question est négative pour 76 % des sondés) [119].

Une autre enquête de 2021 [120] montrait que 37 % des hommes âgés de 18 à 30 ans seraient prêts à utiliser une pilule contraceptive si elle était remboursée par l'Assurance maladie et avec des effets indésirables équivalents à la pilule féminine. Pour autant la HAS en 2019 ne reconnaît comme méthodes de contraception masculine que le préservatif, le retrait et la vasectomie [121] car la recherche sur la contraception masculine est peu aboutie [122]. L'Inserm a fait un point en 2022 [123] qui conclut sur les avancées scientifiques déjà réalisées, mais plusieurs années de recherche seront encore nécessaires pour développer des contraceptifs masculins efficaces et sûrs. Le principal défi reste toutefois l'acceptation d'un partage plus équitable de la contraception, enjeu majeur pour la santé publique et l'égalité des sexes.

Recommandations du HCSP

- Améliorer l'information sur les méthodes contraceptives pour qu'elle soit adaptée à la littératie des personnes concernées et accessible à tous les publics et permette des choix éclairés, en mettant systématiquement en avant leur efficacité en vie réelle.

Évaluation, études, recherches

- Augmenter la fréquence des enquêtes relatives aux choix contraceptifs (des personnes utilisatrices et des prescripteurs), incluant les déterminants du choix et de l'observance (de la prescription pour les premières, des recommandations officielles pour les seconds).
- Soutenir la recherche sur les contraceptions masculines.

2. Interruption volontaire de grossesse

État des lieux

La plupart des actions des deux feuilles de route de la SNSS ont bien été engagées. Toutefois les résultats de l'ENP de 2021 [105] montrent que près de 15 % des grossesses ayant abouti à une naissance étaient non prévues et/ou non souhaitées. Et dans l'enquête CSF de 2023, 34,7 % des

grossesses survenues dans les 5 années précédentes sont non souhaitées (pas du tout souhaité ou souhaitées plus tard) et le taux atteint 51,8 % chez les femmes de 18 à 29 ans.

La législation concernant l'IVG a évolué depuis le début de la SNSS (notamment dans le cadre du programme national d'action « Améliorer l'accès à l'IVG » de 2015) [124].

Depuis 2016, les centres de santé ont été autorisés à pratiquer les IVG instrumentales. Pour les mineures désirant conserver le secret, un principe d'anonymat et de confidentialité s'applique, les dispensant d'obtenir le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale (article L. 2212-7 du code de la Santé publique). Les actes associés à l'IVG sont, en outre, intégralement remboursés (arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse).

L'arrêté du 14 avril 2020 [125] puis l'arrêté du 7 novembre 2020 [126] prolongent de deux semaines le délai pour les IVG en ville, le délai passant alors à sept semaines de grossesse (neuf semaines d'aménorrhée (SA)) comme pour les IVG médicamenteuses en établissement de santé, et permettent de réaliser l'IVG médicamenteuse en téléconsultation de façon dérogatoire.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (article 63 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020) a étendu le respect de l'anonymat et la confidentialité de l'IVG à toutes les femmes.

Le décret n°2022-212 du 19 février 2022 [127] pérennise la possibilité pour la femme de retirer en pharmacie les médicaments nécessaires pour une IVG en ville jusqu'à sept semaines de grossesse (9 semaines d'aménorrhée).

La loi du 2 mars 2022 [128] visant à renforcer le droit à l'avortement prolonge de deux semaines le délai de recours à l'IVG en établissement hospitalier. L'IVG peut être pratiquée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse (soit jusqu'à 15 semaines d'aménorrhée + 6 jours). La loi pérennise l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville à sept semaines de grossesse (9 semaines d'aménorrhée). Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des IVG instrumentales jusqu'à la fin de la 10^e semaine de grossesse en établissement hospitalier. Le délai de réflexion de deux jours n'est plus obligatoire entre l'entretien psychosocial et le recueil du consentement. De plus, un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG devra être disponible dans les ARS.

Le décret du 16 décembre 2023 [129] permet aux sages-femmes en établissements de santé de pratiquer des IVG instrumentales sans être encadrées par un médecin.

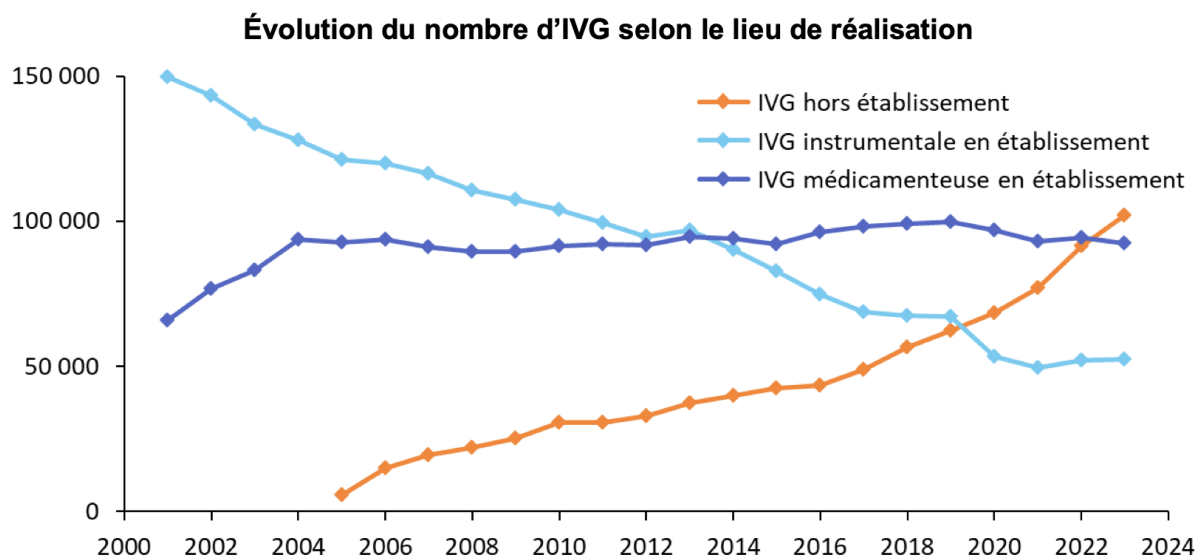
L'arrêté du 1^{er} mars 2024 [130] a revalorisé de 25 % le montant du forfait IVG hors établissements de santé.

La loi constitutionnelle du 8 mars 2024 [131] inscrit la liberté garantie des femmes de recourir à l'IVG dans la Constitution (article 34).

Le parcours de soin en IVG s'est profondément modifié depuis le début de la SNSS : les IVG instrumentales ont reculé de 33 % depuis 2016, alors que les IVG médicamenteuses réalisées hors d'un établissement de santé ont été multipliées par deux [132]. Bien que le nombre de médecins généralistes et sages-femmes formés et ayant signé une convention avec un centre IVG en ville augmente régulièrement (+ 121 médecins généralistes et + 693 sages-femmes entre 2020 et 2023), de fortes disparités territoriales dans le développement de l'offre en ambulatoire sont relevées, variant de 10 % dans les Pays-de-la-Loire à 43,5 % en Provence-Alpes-Côte-d'Azur [133].

Le rapport de la Drees de septembre 2024 analyse les données de 2023 sur les IVG [132] (figure 6).

Le nombre d'IVG a oscillé autour de 220 000 par an pendant 30 ans avec une baisse en 2020-2021 liée à la crise Covid-19, mais réaugmente depuis 2020 pour atteindre 243 623 en 2023 dont 16 007 dans les outre-mer. Quatre pour cent des femmes ayant eu une IVG (9 531) ont eu recours à plus de 2 IVG dans l'année.



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

Figure 6 - Évolution du nombre d'IVG selon le lieu de réalisation
(issue du rapport de la Drees 2024[132])

La hausse du nombre d'IVG se poursuit, avec un taux de recours atteignant 16,8 IVG pour 1 000 (‰) femmes âgées de 15 à 49 ans (soit une augmentation de 0,6 point par rapport à 2022 et 1,3 point par rapport à 2019). Cette augmentation s'observe en France métropolitaine (16,2 ‰) comme dans les outre-mer où le taux standardisé par âge atteint 31,2 ‰, variant de 12,7 ‰ dans les Pays-de-la-Loire à 46,7 ‰ en Guyane.

Le taux de recours est le plus élevé entre 20 et 34 ans, en moyenne 27,7 ‰ comparé à 16,5 ‰ pour les 18-19 ans et 18,6 ‰ pour les 35-39 ans.

Les IVG par méthode médicamenteuse représentent 79 % de l'ensemble des IVG et 59 % sont réalisées en établissements de santé.

En ville, les sages-femmes ont réalisé 47 % des IVG, contre 26 % faites par les médecins généralistes et 27 % par les gynécologues/gynécologues-obstétriciens.

En mars 2022, le délai légal de l'IVG est passé de 14 à 16 semaines d'aménorrhée. La part d'augmentation des IVG qui en résulte est estimée à 1,5 % du total des IVG en 2022. Cependant, avant 2022, un nombre inconnu de femmes se rendaient pour réaliser une IVG dans les pays voisins dont les délais légaux étaient plus longs (Belgique, Espagne...). Ces IVG n'étaient pas comptabilisées.

Focus sur les IVG des personnes de moins de 18 ans

En 2023, le taux est de 5,2 % en métropole, mais 14,6 % dans les outre-mer avec le taux le plus élevé en Guyane 21,9 % [132].

Le taux de recours à l'IVG des 15-17 ans et des 18-19 ans a diminué, alors qu'il augmente dans toutes les tranches d'âge entre 20 et 44 ans. Il a baissé de moitié pour les 15-17 ans entre 2005 et 2023 passant de 10,9 % à 5,3 % et d'un tiers pour les 18-19 ans, de 23,2 % à 16,8 %.

Le Planning Familial a publié en septembre 2024 le premier baromètre sur l'accès à l'avortement en France [134] qui apporte des informations sur les perceptions du grand public et le vécu des femmes ayant eu recours à une IVG.

Problématiques émergentes ou persistantes

L'objectif de la SNSS de réduire le nombre de grossesses non désirées et non prévues semble hors de portée à mi-parcours.

L'augmentation récente des IVG et du taux de recours après une longue période de quasi-stabilité devrait bénéficier d'études qualitatives. Reflète-t-elle une amélioration de l'accès à l'IVG permise par les nouvelles dispositions législatives ? Est-elle la conséquence d'un manque d'information sur la contraception, de difficultés à identifier une contraception bien adaptée, de difficultés d'accès à un professionnel de santé, de l'impact négatif des conditions socioéconomiques ?

En 2009, 72 % des IVG concernaient des femmes sous contraception. C'est un indicateur de l'inadéquation des modes de contraception aux besoins des femmes concernées. Qu'en est-il actuellement du nombre d'IVG liées à un échec de contraception ?

L'accès à l'IVG a été amélioré par les nouvelles dispositions constitutionnelle, législatives, réglementaires. Cependant, sa réalité reste conditionnée à l'accès effectif, dans les délais, au système de soin, qui connaît des tensions risquant de s'accroître, du fait de la démographie des professionnels de santé dans les prochaines années. Les inégalités territoriales d'accès sont bien mises en évidence dans le rapport 2024 de la Drees repris par la Commission des affaires sociales du Sénat en 2024 [133].

Les femmes victimes de violences au sein du couple risquent 2 fois plus souvent d'avoir recours à une IVG, notamment répétée comme indiqué par la HAS en 2019 [135]. Le repérage des difficultés vécues par les femmes, notamment les violences, et l'orientation vers des dispositifs spécialisés lors des consultations pour IVG, devraient être systématisés, en articulation avec le Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027.

Enfin, la récente enquête commandée à l'Ifop par le Planning Familial révèle que 27 % des femmes interrogées ayant eu recours à l'IVG au cours des cinq dernières années ont été confrontées à un refus d'un professionnel de santé, 54 % ont dû attendre plus de 7 jours pour avoir un rendez-vous et 31 % ont ressenti une certaine pression pour ne pas avorter [134].

Le délit d'entrave à l'IVG a été reconnu par la loi du 27 janvier 1993 et étendu par la loi du 20 mars 2017 pour lutter contre les nouvelles pratiques de désinformation en ligne. Un rapport de la Fondation

des femmes de 2024 détaille les mécanismes utilisés par les mouvements anti-avortement sur les réseaux sociaux [136] .

Recommandations du HCSP

- Garantir pour toutes les femmes, y compris les plus éloignées du soin, un accès effectif à l'IVG, sur tous les territoires français (hexagone et outre-mer, villes et territoires ruraux).
- Pérenniser la politique de rendre accessible à tous les publics une information validée sur le plan scientifique et réglementaire sur les sites de Santé publique France, sur le site IVG.gouv.fr.

Évaluation, études, recherche

- Mener des enquêtes et réaliser des analyses pour évaluer les accès et recours à l'IVG en fonction de facteurs socio-démographiques.
- Étudier les déterminants des IVG itératives notamment pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge post-IVG (socio-économiques, violences intrafamiliales ou sexuelles.)

3. Infertilité

État des lieux

Dans le rapport du HCSP de 2016, l'objectif était d'augmenter les chances de concevoir, dans le cadre de la liberté de décider du choix de la conception, alors que la SNSS a fixé comme objectif de prévenir l'infertilité en fonction des déterminants comportementaux. Cet objectif est plus axé sur les risques que sur les chances et est décliné en deux sous-objectifs : préserver la fertilité naturelle ; prévenir l'infertilité. Cependant aucune action n'est présente dans les feuilles de route en lien avec cet objectif.

Il est important de bien distinguer fécondité (nombre d'enfants par femme en âge de procréer) et fertilité (capacité à concevoir un enfant en l'absence de tout moyen de contraception). La fertilité n'est qu'un des déterminants de la fécondité, qui en comprend d'autres, dont certains font l'objet de politiques sociales de soutien à la natalité [137].

En France, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) a baissé en 2024 à 1,62 enfant par femme. On compte, sur l'ensemble de l'année 2024, 663 000 naissances, soit 2,2 % de moins qu'en 2023 [138]. Cette baisse s'inscrit dans le temps long, en France comme au niveau mondial [139].

Dans le même temps, l'âge moyen de la maternité a augmenté de façon continue pour atteindre 31,2 ans en 2024.

Ces données ne permettent pas de savoir si cette augmentation relève du choix des personnes de retarder leurs projets de maternité ou des difficultés à concevoir qui augmentent avec l'âge (baisse de la fertilité).

Les déterminants de la fertilité

L'âge de la mère et celui du père sont les premières causes de baisse de la fertilité. Chez la femme, la fertilité diminue de façon continue après 30 ans. Le report de l'âge de la maternité a donc un impact direct sur la fertilité, mais aussi sur les complications de grossesse et les fausses couches. La fertilité décroît aussi avec l'âge chez l'homme. L'âge de la paternité augmente. En 2021, l'âge moyen des pères à la naissance de leur enfant était de 33,8 ans [140].

Le tabac, le cannabis, l'alcool ont des impacts sur la fertilité dans les 2 sexes.

Le surpoids et l'obésité diminuent la fertilité chez la femme et chez l'homme. Entre 2012 et 2020 la prévalence de l'obésité est passée de 15 à 17 % de la population, et augmente avec l'âge.

Les polluants, qu'ils soient physiques chimiques, dans l'air, dans l'eau, ou dans la terre, peuvent impacter la vie reproductive et la descendance, avec des effets transgénérationnels.

Problématiques émergentes ou persistantes

Une méta-analyse et revue systématique [141] montre que le déclin de la concentration en spermatozoïdes chez les hommes concerne tous les continents depuis 1975, avec une accentuation depuis 2000.

Une revue de la littérature [142] sur l'infertilité masculine liée à l'environnement et au mode de vie retrouve comme facteurs de risque : le comportement sédentaire, l'inactivité physique, la mauvaise qualité de sommeil, l'utilisation des écrans le soir, le régime alimentaire occidental, le surpoids et l'obésité, le tabac, la consommation d'alcool, le cannabis, la cocaïne, les anabolisants, la pollution de l'air, les expositions professionnelles.

En 2018, des spécialistes de spermatologie ont appelé les gouvernements et les organisations à reconnaître que la diminution de la fertilité masculine est un problème majeur de santé publique et à prendre en compte l'importance de la santé reproductive masculine pour la survie de l'être humain et d'autres espèces ; accroître les efforts et les ressources alloués à l'étude des causes de perturbation de la fertilité masculine ; mettre en place des systèmes de surveillance de la santé génésique ; et mettre en œuvre des politiques visant à prévenir l'exposition aux risques pour la fertilité masculine et à assurer un environnement optimal pour la santé reproductive masculine [143].

En 2022, le Pr Hamamah et Mme Berlioux ont remis à la demande du ministère en charge de la santé un rapport sur les causes de l'infertilité et préconisé une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité [144]. Ce rapport recommande l'éducation et l'information au niveau collectif et individuel, la formation des professionnels de santé à la prévention de l'infertilité, de mieux repérer et diagnostiquer les causes d'infertilité, de mettre en place une stratégie nationale de recherche globale et coordonnée sur la reproduction humaine et l'infertilité et de créer un Institut national de la fertilité.

L'*European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) a publié en mars 2024 [145] un plaidoyer pour une action des gouvernements pour faire face aux effets du changement climatique et de la pollution atmosphérique sur les taux de fertilité et la santé reproductive. Il fournit des

informations sur le réchauffement climatique et les preuves de son impact sur la fertilité, et appelle les décideurs politiques à promouvoir des mesures de prévention rapides.

Le 4^e Plan national santé environnement (PNSE 2021-2025) prévoit (action 6) d'expérimenter les consultations d'évaluation des expositions environnementales pour les projets de grossesse [146].

Recommandations du HCSP

- Promouvoir l'approche *One Health* (Une seule santé), pour aborder les questions de fertilité sous un angle global, en intégrant les liens entre la santé humaine, la santé animale et l'environnement.
- Mieux informer le public, de façon adaptée et accessible sur les facteurs influençant la fertilité et leur importance respective.
- Renforcer les politiques publiques présentant des bénéfices pour la fertilité : favoriser la conciliation entre maternité et carrière (pour limiter le report de l'âge de la conception) ; avoir une alimentation saine et durable, pratiquer une activité physique, lutter contre la sédentarité (pour réduire le surpoids et l'obésité) ; limiter la consommation de tabac, alcool, cannabis...
- Renforcer la prévention concernant les polluants environnementaux, leur présence dans les milieux de vie (habitat, transports, travail, loisirs, etc.) et leurs effets sur la santé reproductive.

SUJETS TRANSVERSAUX

1. Coordination et lisibilité de l'offre en santé sexuelle

Le HCSP a préconisé, dans son rapport en 2016, de « *Garantir une offre coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial* » et pour cela, de « *Simplifier l'offre* » et de « *Formaliser les engagements des partenaires* ».

La SNSS n'a pas clairement identifié d'objectif relatif à l'organisation, ni à la simplification de l'offre. Elle mentionne, dans son chapitre Pilotage, la coordination des acteurs, au moyen des « outils de partenariat » dont disposent les ARS.

Néanmoins certaines simplifications étaient déjà en cours :

- en 2015 les Centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG) et les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) étaient devenus les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par

les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) ;

- en 2017, les missions des Corevih ont été élargies dans le cadre du décret du 28/04/2017, avec l'intégration des IST, la mention de la prévention et de la promotion de la santé, la coordination des acteurs du soin, du dépistage, de la prévention et les associations « selon une approche de santé sexuelle », en lien avec les ARS ;
- en 2018 les Établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) sont devenus les Espace de vie affective, relationnelle et sexuelle (Evars).

État des lieux

La 1^{ère} feuille de route 2018-2020 a prévu dans :

- l'action n°7 de « *Simplifier la mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels, dans les CeGIDD et dans les Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)* ».
 - Le bilan de cette feuille de route conclut à une action en cours ;
- l'action n°14 d'« *Améliorer l'efficacité de l'offre gratuite de santé sexuelle dans les territoires* ». (Analyser l'efficacité de l'offre territoriale et formuler des scénarios d'amélioration portant sur des évolutions d'ordre organisationnel, réglementaire et budgétaire).
 - Une mission conjointe Igas-Iga (inspection générale des affaires sociales, inspection générale de l'administration) devait être menée. Le bilan de la feuille de route constate que la saisine n'a pas eu lieu. Il rappelle que la crise Covid-19 est intervenue pendant la mise en œuvre de cette feuille de route.

La 2^e feuille de route 2020-2024 avait pour ambition d'« *Accroître et renforcer l'offre en santé sexuelle en la rendant plus accessible et plus lisible* », avec plusieurs actions, en particulier :

- assurer une meilleure disponibilité de l'information sur l'offre près de chez soi avec le site sante.fr (action 9).
 - Cette action ne figure pas dans les éléments du bilan de la deuxième feuille de route disponibles à date. La consultation de sante.fr montre que la recherche est possible, mais n'est pas intuitive. L'orientation vers un lieu ressource en proximité est difficilement identifiable à partir du site de référence [Questionsexualite.fr](https://questionsexualite.fr) ;
- mieux structurer l'offre publique en santé sexuelle, pour qu'elle soit plus intégrée et mieux coordonnée, notamment avec les professionnels du premier recours (actions 8 et 10)

En février 2022, les CPEF sont devenus des Centres de santé sexuelle (art L2311-1 du Code de la Santé publique) avec des missions élargies à la prévention et au dépistage des IST et du VIH, d'accompagnement des personnes victimes de violences, de vaccination, etc.

En 2022, le ministre en charge de la santé a saisi l'Igas car, malgré la volonté d'adapter l'offre publique aux besoins de la population dans une approche globale de la santé sexuelle, la lisibilité des dispositifs posait toujours question.

La mission de l'Igas était de :

- faire un état des lieux des structures publiques et de leur coordination, d'étudier les restructurations envisageables comme leur regroupement en centres de santé sexuelle, proposant une prise en charge complète ;
- de s'interroger sur les tutelles et financements des structures, avec la question d'un rattachement unique ;
- de préciser les conditions d'une coordination régionale de l'offre en santé sexuelle sur les territoires, à partir du rôle des Corevih.

Le rapport Igas a été publié en février 2023 [147]. Il a identifié trois types de structures, Evars, CPEF, Cegidd, avec des cloisonnements entre elles et une lisibilité demeurant insuffisante. Le rapport conclut cependant que « *la priorité immédiate n'est pas à l'organisation complexe d'une fusion imposée des structures (...) selon un modèle unique.* ». Il a préconisé d'améliorer le suivi et le pilotage des structures et de recentrer rapidement les Corevih sur leur mission de coordination. Les adaptations des structures (CeGIDD, CPEF) se feraient dans un deuxième temps, en fonction « *des enjeux propres à chaque territoire* ».

Deux nouveaux dispositifs ont également vu le jour : les centres de santé sexuelle d'approche communautaire, centrés sur la lutte contre le VIH/sida auprès de publics fortement exposés, sous forme expérimentale de 2020 à 2023, et dont l'inscription dans le droit commun est annoncée pour 2025 ; les centres ressources Intimagir, à partir de 2023, avec un déploiement progressif à l'ensemble des régions, destinés à informer et orienter les personnes en situations de handicap et leur entourage.

La réforme des Corevih a été actée par le décret du 3 juillet 2024 relatif à la coordination de la santé sexuelle. Son entrée en vigueur a eu lieu le 15 mars 2025. Ils deviennent des CoReSS (Comités de coordination régionale de la santé sexuelle), avec des missions, notamment de coordination, élargies à l'ensemble de la santé sexuelle. Cet élargissement est prévu « sur la base des financements existants » [72]. Le cahier des charges des CoReSS a été publié par arrêté du 31 janvier 2025 [148].

Problématiques persistantes ou émergentes

De nombreux efforts d'amélioration de l'offre ont été mis en place. Cependant, l'articulation entre structures reste partielle. La lisibilité des dispositifs également, ce qui peut surtout être préjudiciable aux publics vulnérables ou disposant d'une moindre littératie quant à l'organisation de la prévention et du soin.

La structuration du recueil et de l'analyse des données d'activité, pour avoir une lisibilité régionale et nationale, n'est pas réglée, comme le souligne le rapport Igas de février 2023 [147].

Beaucoup d'attentes se reportent donc sur les CoReSS. Si ceux-ci ont pour rôle de favoriser l'interconnaissance, la concertation, le travail en réseau, ils n'ont pas de pouvoir de structuration ou d'organisation. L'articulation entre ARS et départements reste une clé. Les contraintes financières majeures rencontrées par les départements et celles que connaissent les ARS conduiront-elles à une

recherche d'optimisation concertée ou bien au renforcement des cloisonnements ou encore à une réduction de l'offre ?

Recommandations du HCSP

- Doter l'organisation en région de moyens suffisants pour répondre aux besoins de coordination et de travail en réseau (personnels des ARS ayant des missions relatives à la santé sexuelle, CoReSS).
- Améliorer l'ergonomie du site sante.fr et prévoir des liens à partir des autres sites d'information sur la santé, financés par les pouvoirs publics, afin de faciliter l'identification des professionnels et des structures par l'ensemble des publics, y compris vulnérables ou ayant une moindre littératie en santé.

2. Suivi et évaluation de la SNSS

La SNSS mentionne¹⁵ :

« Pour évaluer la mise en œuvre des dispositifs mis en place dans le cadre de la stratégie et leur impact en termes de santé publique, le comité de pilotage national s'appuiera sur les indicateurs définis dans le tableau synoptique des cibles et mettra en place les actions suivantes :

- *Organiser la remontée des indicateurs quantitatifs et qualitatifs à partir d'outils de suivi (tableau de bord, de recueil de données) et de mise en œuvre des objectifs ;*
- *Établir un rapport de suivi de la stratégie ;*
- *Organiser un suivi et une évaluation des PRS sur le volet « santé sexuelle » ;*
- *Élaborer et analyser les rapports d'activités des structures de prévention et de dépistage ;*
- *Définir des indicateurs territoriaux d'activité sous forme standardisée. »*

Ces éléments de suivi n'ont pas été communiqués au HCSP et il ne semble pas qu'ils aient été mis en place. La première feuille de route ne prévoit pas d'action à ce sujet, mais la deuxième mentionne : *« Action n°24 : Réaliser un tableau de bord de l'ensemble des données existantes en santé sexuelle et reproductive, l'analyser et en tirer des recommandations ».*

Le bilan disponible à date pour la deuxième feuille de route indique que le tableau de bord est en voie de finalisation et que le comité de suivi prévu par l'action 24 est organisé (« comité des connaissances »). Les indicateurs identifiés dans ce cadre font l'objet de la 2^e partie de ce rapport du HCSP.

¹⁵ Chapitre Pilotage, p. 54.

Recommandations du HCSP

- Poursuivre la mise en œuvre de l'action 24 de la deuxième feuille de route, pour parvenir à la constitution d'un tableau de bord, dont les données soient analysées périodiquement, sans attendre la fin de la troisième feuille de route.
- Compléter et centraliser les données recueillies par d'autres méthodes, afin de pouvoir porter une appréciation sur l'ensemble des priorités de la SNSS, sans se limiter à celles qui seront caractérisées par les indicateurs accessibles. Cet enrichissement suppose notamment :
 - l'adéquation de la fréquence des enquêtes au rythme de la SNSS et de ses feuilles de route;
 - une attention particulière aux inégalités sociales et territoriales de santé.
- Associer les ARS, appuyées sur les CoReSS de leur région, et les Départements pour les structures dont ils sont porteurs, à la constitution d'un corpus d'indicateurs territoriaux standardisés.
- Affecter à la mission de suivi - évaluation de la SNSS et de ses feuilles de route des moyens suffisants et pérennes, notamment en termes de personnel formé à l'évaluation ainsi qu'à l'analyse des données de santé.

2^e partie - ANALYSE DES INDICATEURS

Cette partie a été communiquée à la DGS à sa demande en avril 2024. Elle se fonde donc sur les informations disponibles au début 2024. N'étaient, notamment, pas parus les premiers résultats de l'enquête Contexte des sexualités en France, les rapports de le Drees et de Santé publique France, le programme EVARS de l'Éducation nationale, etc.

Pour son intégration au présent rapport, cette partie a été :

- allégée d'éléments estimés non nécessaires ici (reprise des objectifs de la SNSS ; mentions bibliographiques détaillées en Informations complémentaires...) ;
- complétée par la mention de la disponibilité des indicateurs.

Méthode

Pour répondre à cette partie de la saisine, le GT du HCSP a constitué 4 sous-groupes, pour chacun des quatre premiers axes de la SNSS. Les « indicateurs complémentaires » ont été abordés au sein des sous-groupes, en fonction de leur relation avec l'axe en question.

Chaque sous-groupe a travaillé à partir de la grille de questions suivantes :

- L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?
 - Lorsque l'indicateur se réfère à une cible : est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de cette cible ?
- Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?
- Des remarques complémentaires ont aussi pu être formulées.

Limites

Les indicateurs ont été élaborés récemment par le comité des connaissances, un groupe d'experts réuni à cet effet par la DGS. La réflexion du HCSP, qui s'effectue dans des délais limités, ne remet pas en cause cette élaboration. Elle répond seulement à la demande de la DGS de bénéficier d'un autre regard avant de lancer la collecte des données.

Il est probable que les interrogations mentionnées par le HCSP au sujet des indicateurs avaient déjà été identifiées par le groupe d'experts qui les a élaborés. Ainsi, la contrainte de ne retenir qu'un seul indicateur par objectif demanderait à être interrogée.

Quelques interrogations face à un objet complexe

La SNSS est un objet complexe, par l'ampleur de ses ambitions et la variété des champs qu'elle couvre. Cette complexité est à mettre en regard d'interrogations que suscitent certains éléments de sa construction.

Concernant les thèmes :

- la SNSS couvre le champ de « *l'accès aux droits humains, le respect des genres et des sexualités* », mais ces questions, et parmi elles celles des violences, sont peu ou pas présentes dans les objectifs, les cibles, les indicateurs ;
- l'axe III, « Améliorer la santé reproductive » se focalise sur la contraception et l'IVG qui, malgré leur importance, sont loin de résumer la santé reproductive.

Concernant les « cibles » :

- celles des axes II, III, IV sont exclusivement biomédicales, alors que la SNSS affirme un projet de promotion de la santé sexuelle qui ne devrait pas se limiter à ces aspects ;
- certaines « cibles » ne présentent pas de lien apparent avec les « objectifs ».

Concernant les indicateurs :

- ils n'ont pas été définis *a priori*, au moment de la construction de la SNSS, comme il est habituellement recommandé de le faire pour bâtir une démarche évaluative, mais plus tardivement, en 2023 ;
- leur cohérence avec les « objectifs », ainsi qu'avec les « cibles », est variable, ce qui résulte vraisemblablement d'un choix pragmatique quant aux données potentiellement accessibles ;
- plusieurs indicateurs se fondent sur des enquêtes. La chronologie de certaines d'entre elles ne permettra probablement pas de disposer de points de mesure avant / après, utiles pour les évaluations intermédiaire et finale de la SNSS ;
- le choix a été fait de recueillir les mêmes données dans tous les territoires. Cette approche « universaliste » se comprend, mais risque de s'avérer insuffisante : ne seront-ce pas les sites, les territoires les moins dotés ou les plus isolés qui risquent aussi d'être les moins répondants – voire non pris en compte dans la construction même de certaines enquêtes ?

De manière générale, on constate un écart entre la visée de santé sexuelle, au sens de l'OMS, de la SNSS, et la définition plus étroite, centrée sur les risques et leur prévention, de la majorité de ses objectifs, cibles, indicateurs.

Outre-mer (départements et régions d'outre-mer, collectivités d'outre-mer)

Les contextes sont très différents d'un territoire à l'autre : histoire, géographie, démographie... Tous doivent bénéficier des politiques et mesures issues de la SNSS. Cependant, les modalités d'évaluation nous paraîtraient demander à être précisées territoire par territoire, notamment au travers d'enquêtes conçues avec les acteurs locaux et permettant de rejoindre les populations.

Préconisation

À ce stade de sa réflexion¹⁶, le groupe de travail du HCSP doute que les indicateurs qui pourront être collectés par la DGS dans les prochaines semaines soient suffisamment informatifs pour permettre d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs de la SNSS à mi-parcours. Il propose cependant que la collecte en soit lancée, comme le prévoyait la DGS : les données recueillies apporteront déjà un premier niveau d'information.

La *Synthèse des indicateurs de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* mentionne de nombreuses enquêtes. C'est en particulier le cas de l'étude Contexte des sexualités en France, 3^e édition, après celles de 1992 et 2006, qui fait partie de la SNSS. Le groupe de travail du HCSP en a identifié quelques autres. L'exploitation complète de ces enquêtes, au-delà des indicateurs prévus, pourrait apporter une contribution utile à l'évaluation de la SNSS.

Analyse des indicateurs proposés par axes et par objectifs

Axe 1 : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive

Cibles de l'axe I	
100 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) au cours de leur cursus en primaire et secondaire.	
100% des organismes de formation initiale ou continue proposent une formation complète et globale de santé sexuelle	

Objectif 1	Éduquer les jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes
Indicateur	Pourcentage de jeunes ayant suivi au moins une séance d'éducation à la sexualité (EAS) au cours de leur année scolaire.
Sources	Enquête de l'Éducation Nationale sur l'éducation à la sexualité
Mode de collecte	Enquête envoyée directement dans chaque établissement scolaire
Disponibilité en 2024	non

¹⁶ En avril 2024

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

L'indicateur est pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS. Cependant, il se situe en-dessous de la prescription officielle (3 séances annuelles au collège et au lycée).

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Non, il informe sur le processus (séances), pas sur leur qualité (contenu, forme, mode d'animation), ni sur le résultat (acquisition de connaissances et de compétences des élèves).

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Inconvénient : qualité des données probablement limitée : non réponses fréquentes, biais de réponse...

Avantage : enquête auprès de tous les établissements scolaires. Mais :

- L'enquête concerne-t-elle également le public et le privé, les établissements d'enseignement agricole ou maritime, les maisons familiales rurales (MFR) ? Quid des jeunes hors milieu scolaire, notamment en situation de handicap en établissement médico-social ?
- Taux de réponse des établissements ? Les établissements répondant/non répondant sont-ils comparables socialement, géographiquement – notamment : a-t-on un taux de réponse correct dans les Outre-mer ?
- Échéances de l'enquête ? Disposera-t-on de plusieurs points (avant / pendant / en fin de SNSS) ? Avec des questions identiques pour permettre la comparaison ?

Remarques complémentaires :

Quelques questions posées directement aux jeunes, répétées périodiquement, constitueraient davantage un indicateur de résultat (avec des éléments tels que littératie en santé sexuelle et/ou connaissances, compétences, attitudes, comportements).

Elles pourraient être incluses dans des enquêtes menées en milieu scolaire (Enclass¹⁷, PISA¹⁸), lors de la journée citoyenne de défense (Escapad¹⁹) à l'occasion du service national universel ou encore avec les enquêtes santé périodiques de la DREES. En 2018, Enclass comportait des informations sur la vie affective et sexuelle et sur le souvenir d'avoir bénéficié de séances. L'édition 2022 n'en comporte pas. Possibilité d'en ré-inclure dans l'édition suivante (2026).

¹⁷ Enclass : Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (fusion française des enquêtes internationales quadriennales HSBC et Espad)

¹⁸ Le Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA) est une évaluation créée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui vise à tester les compétences des élèves de 15 ans en lecture, sciences et mathématiques.

¹⁹ Escapad : Enquête sur la santé et les comportements lors de la préparation à la défense

OBJECTIF 2	Améliorer l'information en santé sexuelle en utilisant les nouveaux outils de communication
Indicateurs	Nombre de campagnes nationales d'information en santé sexuelle menées par Santé publique France tous supports et médias confondus : Auprès des adolescents, de la population générale adulte, des HSH, de la population migrante (en particulier sub-saharienne)
Sources	Programme de travail de Santé publique France
Mode de collecte	Comptage
Disponibilité en 2024	oui (envoi DGS en juillet 2024)

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Non s'il s'agit juste de compter toutes les campagnes sans distinction ni information sur leur perception.

Oui, à condition d'y adjoindre :

- l'évaluation de l'impact des campagnes, évaluation que réalise habituellement Santé publique France²⁰
- une typologie des campagnes par média, par public.

Il paraît pertinent d'y intégrer aussi les dispositifs animés par Santé publique France comme Onsexprime.fr et leur impact.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui, Santé publique France dispose de ces informations.

Remarques complémentaires :

- les campagnes sont-elles adaptées aux différents publics, notamment dans les outre-Mer ?
- le milieu scolaire, et notamment le ministère de l'Éducation nationale, est-il associé (campagnes, fiches pour les enseignants, etc.) ?

Santé publique France avait proposé plusieurs indicateurs. Il serait intéressant de les réétudier, le seul « nombre de campagnes » ne présentant pas de pertinence.

- de nombreuses campagnes sont réalisées par d'autres opérateurs, associations, collectivités territoriales, etc., au plan national ou local. Leur recensement et leur typologie (par public, par territoire...) seraient également informatifs.

²⁰ Santé publique France précise que l'agence effectue systématiquement des bilans qui permettent d'évaluer les performances de diffusion. De manière quasi-systématique des post-test permettant d'évaluer la réception par le public (souvenir, perception, incitation à l'action). Les études d'impact stricto sensu sont rares car longues et coûteuses.

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
Indicateur	Restant à définir, en absence de retour concluant des parties sollicitées.

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Disposer d'un indicateur serait pertinent : la mise en œuvre de l'axe I ne peut se faire sans formation des personnels.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Indicateur relié à une cible, mais très étendue et hétérogène.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Du fait de la diversité des personnels et des cursus de formation initiale et continue, le recueil est complexe. Il serait cependant possible de choisir certaines professions, considérées comme « clés », et d'organiser ce recueil car les données existent.

Par exemple :

- le ministère de l'Éducation nationale a un plan de formation, et les Académies également. Le nombre de formateurs, de cadres, d'enseignants formés à l'éducation à la sexualité, leur est connu ;
- les formations continues des professionnels de santé passent, au moins en partie, par des dispositifs de financement (ANDPC : Agence nationale du développement professionnel continu, et autres). Ils disposent de données sur les formations suivies, les nombres de participants.

Un complément, ou une alternative, pourrait être la mise en place d'enquêtes auprès de professionnels, pour évaluer leur participation à ces formations sur la santé sexuelle et/ou leur niveau de connaissance.

OBJECTIF 4	Renforcer les compétences des parents
Indicateur	Pourcentage d'écoles et d'établissements ayant réalisé une information aux parents d'élèves sur l'éducation à la sexualité.
Sources	Enquête Éducation Nationale sur l'éducation à la sexualité
Mode de collecte	Enquête envoyée directement dans chaque établissement scolaire
Disponibilité en 2024	Non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui, même si l'indicateur, limité à l'information, éclaire peu sur l'objectif (les compétences). Il faudrait surtout préciser ce qui est entendu par « information aux parents »

Ex : informer les parents qu'il va y avoir une séance d'éducation à sexualité ne peut pas être considéré, en soi, comme une action envers les parents.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

A minima, il faudrait préciser ce qui est entendu par « information aux parents » ; voir aussi remarques sur l'indicateur 1 (séances d'éducation à la sexualité) puisqu'il s'agirait des mêmes enquêtes.

Remarques complémentaires :

Intérêt d'une enquête qualitative pour identifier les positionnements des parents, leurs freins éventuels, y compris quant au vocabulaire.

Axe II – Améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge

Cibles de l'axe II

95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique en 2020

95 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral recommandé en 2020

95 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement indétectable en 2020

75 % de couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents en 2023 (95% en 2030)

60 % de couverture vaccinale de HPV chez les adolescentes en 2023 (80% en 2030)

Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves : (syphilis, gonococcies, chlamydiae, lymphogranulome vénérien (LGV) (année de référence : 2023)

OBJECTIF 1	Renforcer et diversifier la prévention des IST et du VIH
Indicateur 1	Proportion de personnes rapportant l'usage du préservatif lors du premier rapport avec un(e) nouveau/nouvelle partenaire
Sources	Baromètre 2016 ENVIE 2022 (préservatif partenaire "histoire d'un soir" ; pas l'ensemble des niveaux de stratification) CSF 2022-2023 : Dernier rapport et premier rapport nouveau partenaire KABP 2028 ?
Mode de collecte	Enquêtes en population générale
Disponibilité en 2024	Premiers résultats de l'enquête CSF en novembre 2024

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui il est pertinent car étudié dans le temps à plusieurs reprises.

Cependant, il questionne uniquement lors du premier rapport, ne tient pas compte des rapports ultérieurs et ne prend pas en compte le multi partenariat.

Pour compléter, il serait intéressant d'obtenir les données d'usage du préservatif des 12 derniers mois, avec :

- le statut relationnel (en couple ou non, exclusif ou non exclusif...) ;
- la répétition du comportement protecteur lors des possibles différents premiers rapports sexuels.

Certaines enquêtes populationnelles renseignent cet indicateur et pourraient être compilées

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Non suffisant.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Pas suffisamment de données, les enquêtes restent très peu fréquentes.

ENVIE 2022, KABP : fréquence ?

Biais de désirabilité sociale possible comme pour toute donnée déclarative.

Remarques complémentaires :

Il serait intéressant de suivre le remboursement des préservatifs internes et externes en pharmacie, ainsi que ceux mis à disposition gratuitement pour les moins de 26 ans.

Données CNAM/SNDS ?

Indicateur 2	Nombre total d'utilisateur.trice.s de PrEP par semestre, incluant pour chaque semestre l'ensemble des personnes en initiation et en renouvellement
Sources	SNDS
Mode de collecte	-
Disponibilité en 2024	oui (résultats EPI-PHARE)

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Indicateur pertinent et cohérent.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Fiable et reproductible, données issues du SNDS et granularité possible selon l'utilisateur, le contexte social, l'âge, le sexe.

Cependant, il manquerait les données liées au recours à la Prep qui ne sont pas dans le SNDS (données CEGIDD, PASS). Les données des Cegidd remontent à Santé publique France via Surcegid.

Remarques complémentaires :

Comment analyser cet indicateur ? Un dénominateur pourrait être approché en s'appuyant sur l'enquête Contexte des sexualités en France.

Cet indicateur concerne la prévention du VIH et non de l'ensemble des IST.

Nécessité d'intégrer les nouveaux traitements Prep (par ex. cabotégravir injectable).

OBJECTIF 2	Augmenter la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale
Indicateur 1	Couverture vaccinale pour le vaccin contre l'hépatite B à 24 mois (2 ans de l'enfant)
Sources	Numérateur : SNDS (DCIR) + Remontées des services de PMI - Certificat de santé du 24 ^e mois Dénominateur : source INSEE
Mode de collecte	Base de données médico-administratives + enquête
Disponibilité	oui

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui, il est pertinent. Cependant, il ne couvre qu'en partie l'objectif 16, et pas les autres objectifs.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Non, car la « cible » mentionne « les adolescents ». Besoin d'indicateurs complémentaires

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Le retour des certificats de vaccination à 24 mois est insuffisant. La qualité des données dépendra de la dématérialisation des certificats de santé et du carnet de santé de l'enfant.

SNDS : problématique des non assurés sociaux.

Remarques complémentaires :

Il manque un ou des indicateurs concernant le taux de vaccination et le rattrapage vaccinal des adolescents, et des populations les plus exposées (personnes originaires de pays à forte prévalence, personnes multi-partenaires...).

Les ARS disposent des données des centres de vaccination publique gratuits.

Indicateur 2	Couverture vaccinale 1 dose et 2 doses pour papillomavirus chez les filles et chez les garçons (1 dose à 15 ans et 2 doses à 16 ans)
Sources	Numérateur : SNDS (DCIR) Dénominateur : source INSEE
Mode de collecte	Base de données médico administrative
Disponibilité	oui

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui, indicateur qu'on peut suivre, hors des dispositifs spéciaux.

Indicateur dont la comparabilité dans le temps est bonne avec un dénominateur disponible.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Non, il est insuffisant. Il faudrait y ajouter les informations sur la vaccination dans les collèges et les établissements médico-sociaux.

La vaccination dans les collèges est recueillie par les ARS et transmise à Santé publique France. Il est envisagé qu'elle soit intégrée au SNDS.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui, SNDS.

Remarques complémentaires :

Si les recommandations évoluaient vers la vaccination une dose, il conviendrait d'adapter l'indicateur.

OBJECTIF 3	Améliorer les dépistages des infections sexuellement transmissibles dans une approche globale de santé sexuelle
Indicateur 1	Proportion de personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique
Sources	DO VIH + éventuellement (FHDH/Aquivih + SNDS)
Mode de collecte	Modélisation
Disponibilité	oui bulletin SPF VIH en novembre

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui pertinent et cohérent.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Oui

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Le recueil est réalisé et les données peuvent être analysées. Cependant, la DO VIH (déclaration obligatoire VIH) demande à être modernisée, car les retards sont conséquents et l'analyse demande des corrections importantes.

Indicateur 2	Taux de dépistage pour les différentes IST bactériennes (Chlamydia trachomatis, gonocoque, syphilis), les hépatites B et C et le VIH (rapporté à 100 000 personnes)
Sources	Numérateur : SNDS Dénominateur : INSEE
Mode de collecte	Bases de données médico administratives
Disponibilité	oui bulletin SpF en octobre 2024

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Il reste en population générale, sans ciblage des populations spécifiques. Il faudrait compléter avec les données :

- issues des CEGIDD qui dépistent les populations spécifiques (Données SPF, dans le cadre de Surcegid) ;
- des laboratoires volontaires ;
- des TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) des associations.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui.

Remarques complémentaires :

L'augmentation du nombre des IST à gonocoque et chlamydiae est-elle liée à une réelle augmentation de l'incidence ou à l'augmentation du dépistage et de sa sensibilité ?

Pour la syphilis les techniques n'ont pas évolué, on a seulement le biais possible d'une plus grande fréquence de dépistage.

OBJECTIF 4	Améliorer la prise en charge médicale des IST et du VIH
Indicateur 1	Proportion de personnes vivant avec le VIH connaissant leur séropositivité et bénéficiant d'un traitement anti rétroviral (ARV)
Sources	DO VIH, FHDH/Aquivih, SNDS
Mode de collecte	Modélisation
Disponibilité	oui Bulletin VIH en novembre 2024

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Oui.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Données complexes à obtenir.

Il semble qu'il s'agisse d'estimations plus que de modélisation ?

Remarques complémentaires :

Voir plus haut : besoin de modernisation de la DO-VIH.

Indicateur 2	Proportion de personnes recevant un traitement antirétroviral avec une charge virale indétectable
Sources	ANRS C03-Aquivih et ANRS C04-FHDH
Mode de collecte	Cohortes hospitalières
Disponibilité	oui bulletin SPF

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Oui, cependant il manque les patients non suivis dans ces bases de données.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui.

Remarques complémentaires :

Intérêt d'y ajouter les données des COREVIH.

Intérêt des données SNDS sur les patients en rupture prolongée de traitement.

Indicateur 3	Taux de résistance aux antibiotiques par IST : gonocoque et Mycoplasma genitalium
Sources	Enquêtes auprès des laboratoires de bactériologie
Mode de collecte	Enquête (participation volontaire)
Disponibilité	oui

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

C'est un élément, un peu partiel.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui, pour le recueil, mais biais pour les données : elles dépendent de la participation des laboratoires dans la transmission volontaire de leurs données. Cette résistance varie-t-elle selon les territoires ?

Remarques complémentaires :

Il serait intéressant d'avoir des études épidémiologiques avec échantillonnage/cultures (pour la prévalence et éclairer sur les résistances).

OBJECTIF 5	Améliorer l'accompagnement médico-social et social, favoriser l'accès aux droits et lutter contre les discriminations subies par les personnes vivant avec le VIH et les populations vulnérables
Indicateur	Indicateur restant à définir

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Disposer d'un indicateur serait pertinent et cohérent avec les objectifs de la SNSS.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Pas de cible associée – les cibles sont uniquement biomédicales, sans mention des questions sociales, de droit, de discrimination.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

N/A

Remarques complémentaires :

Sources de données possibles :

Études et rapports des associations de lutte contre le VIH/sida (AIDES, Sidaction...) de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, du Comité pour la santé des exilés.

Enquêtes : VESPA 3, Parcours, TRANSVIH, Trajectoire et origine (Ined).

Nombre de personnes admises en ACT (appartements de coordination thérapeutique), LHSS (lit halte soins de santé), LAM (lit d'accueil médicalisé), pour infection par le VIH.

Le nombre et le taux d'accord pour les demandes de droit au séjour « étranger malade » pourraient constituer des indicateurs.

Enquêtes sur les discriminations liées au VIH (mais fréquence ?).

Axe III : Améliorer la santé reproductive**Cibles de l'Axe III**

Réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes

90% des demandes d'IVG sont prises en charge dans les délais définis par la HAS (5 jours)

Maintenir la syphilis congénitale à un bas seuil

Faciliter l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5%)

OBJECTIF 1	Garantir l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes
OBJECTIF 1.1	Renforcer l'information sur les moyens de contraception
Indicateur	1. Nombre de visites sur au moins une page de la section contraception du site Question sexualité 2. Nombre de visites du site ameli.fr du thème contraception rubrique santé
Sources	1 et 2 : Outil site centric (piano)
Mode de collecte	1 et 2 : comptage
Disponibilité	oui

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

L'indicateur est pertinent avec l'objectif 1.1 de renforcer l'information mais pas avec l'objectif 1 de garantir l'accès aux méthodes de contraception, car il ne renseigne pas sur l'accès aux méthodes de contraception, ni sur le choix.

Il faudrait prendre en compte les autres moyens d'information sur la contraception comme Fil Santé Jeunes, Onsexprime.fr et les réseaux sociaux (question abordée dans la SNSS page 17, axe 1/objectif 2).

Par ailleurs une grande partie de l'information sur la contraception est délivrée par les professionnels de santé et de l'éducation, cette partie ne sera pas évaluée par cet indicateur.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Avantage : cet indicateur est facile à mesurer et peut être suivi annuellement

Sa qualité dépendra de la précision sur les pages consultées

Remarques complémentaires :

Le site questionsexualite.fr est immédiatement accessible, bien référencé, les données sont de bonne qualité ; il nécessite cependant une bonne littératie en santé. Il serait intéressant de pouvoir analyser les réponses au questionnaire d'orientation sur le choix de contraception Comment choisir sa contraception ? (questionsexualite.fr).

Pour évaluer l'accès à l'information des personnes en situation de handicap (objectif 38) : données sur la consultation de SantéBD, Handiconnect, des fiches en BD disponibles sur le site ameli.fr, de l'expérimentation Handigynéco.

OBJECTIF 1.2	Améliorer l'accès à la contraception notamment par la mobilisation du cadre conventionnel
Indicateur 1	Distribution des méthodes contraceptives utilisées parmi les personnes concernées
Sources	Fecond 2010, 2013 (Ined) Baromètre Santé 2016 (SpF) Enclass 2018 (OFDT EHESP) CSF 2022 (INSERM) Prochaine enquête santé reproductive et fécondité (Ined 2027 ?) KABP ou Baromètre santé (SpF 2028 ?)
Mode de collecte	Enquêtes
Disponibilité	Oui Enquête CSF 2023

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Cet indicateur permet de décrire les habitudes de contraception dans la population qui reflètent les choix des personnes, mais aussi les habitudes de prescription des professionnels. En revanche, il ne permet pas de répondre à la question de l'accès à la contraception, ni à celle de l'implication des médecins en prévention et promotion de la santé.

Il sera important de stratifier cet indicateur en fonction de l'âge et de la situation (femmes ayant des enfants ou pas, post-partum, post-IVG, etc.).

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Cet indicateur étant recueilli uniquement à partir d'enquêtes ne sera pas disponible pour l'évaluation à mi-parcours. Le Baromètre santé 2016 peut servir de référence avant la SNSS et les résultats de l'enquête INSERM CSF 2022 ne sont pas encore parus.

La construction de l'indicateur est basée sur un dénominateur complexe : « Femmes (ou partenaires pour les hommes) non enceintes, non ménopausées, ne cherchant pas à concevoir et ayant des

relations sexuelles avec un homme ». Ce dénominateur rend difficiles les comparaisons entre les études [Baromètre santé 2016 Contraception \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)

Remarques complémentaires :

Pour évaluer l'accès à la contraception, il pourrait être intéressant d'utiliser des indicateurs commerciaux de vente en pharmacie ou en grande surface, des enquêtes de consommation, des données issues des centres de santé sexuelle, de la médecine universitaire.

Indicateur 2	Proportion de jeunes concernés ayant bénéficié d'une consultation longue de santé sexuelle (cotée CCP par les professionnels)
Sources	SNDS
Mode de collecte	Bases de données médico administrative
Disponibilité	oui données CNAM transmises par la DGS en juillet 2024

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Cet indicateur est pertinent pour évaluer l'accès à la contraception et à l'information des jeunes il répond à l'objectif 1., sous-objectifs 39 et 40.

Il serait important d'avoir des précisions sur le sexe du jeune, quels professionnels réalisent les consultations et à quel âge.

Pendant : que veut dire « jeunes concernés » ?

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Le recueil est facile. L'analyse sera complexe car cette consultation a eu plusieurs évolutions récentes depuis 2017 sur l'âge et le type de professionnels puis l'ouverture aux jeunes hommes. Le dénominateur « nombre de jeunes » n'est pas assez précis (quelle est la définition de jeune, quelle tranche d'âges ?).

OBJECTIF 1.3	Mobiliser l'ensemble des professionnels de santé et mobiliser de nouveaux acteurs
Indicateur	Répartition des profils prescripteurs et de la part du « sans prescription » pour les différentes méthodes contraceptives remboursées
Sources	SNDS
Mode de collecte	Base de données médico-administratives
Disponibilité	oui données CNAM transmises par la DGS en juillet 2024

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Cet indicateur permet de suivre l'évolution des profils de prescription, mais pas d'évaluer l'atteinte de l'objectif de mobiliser les professionnels ni celle des sous-objectifs : il ne semble donc pas assez pertinent.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui (SNDS).

OBJECTIF 1.4 Développer la connaissance

À cet objectif correspond la cible ci-dessous

Cible : Faciliter l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5%)

Il n'a pas été proposé d'indicateur alors que les données sur les actes existent sans doute dans le PMSI.

Il serait plus intéressant de suivre le rapport entre la contraception définitive des hommes et celle des femmes. Cf. site Ameli.fr et étude EPI-PHARE.

OBJECTIF 2	Réduire les grossesses non prévues et non désirées
Indicateur	Proportion de grossesses non prévues parmi l'ensemble des grossesses commencées dans les 5 dernières années
Sources	Baromètre 2010 et 2016 (SpF) FECOND 2010, 2013 (Ined) CSF 2022 (INSERM) Enquête santé reproductive et fécondité (2026 ?) (Ined)
Mode de collecte	Enquête
Disponibilité	oui CSF 2023

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

L'indicateur est cohérent avec l'objectif 2, mais pas avec les sous-objectifs qui sont axés uniquement sur l'offre de soin en IVG.

Il serait plus pertinent d'avoir comme objectif de réduire les échecs de contraception qui rendent compte d'une grande partie des grossesses non prévues. En effet, les enquêtes Fecond et Baromètre santé 2016 ont montré que 68 % des femmes qui ont eu une grossesse non prévue avaient une contraception et que seules 50 % de ces grossesses ont abouti à une IVG.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Cet indicateur correspond à la cible « Réduire d'un tiers le nombre de grossesses non prévues/non désirées ».

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

La construction de l'indicateur est complexe, notamment son dénominateur « femme sexuellement active en âge de procréer et non stérile » rendant difficile la comparaison entre enquêtes comme le Baromètre santé ou Fécond, dont les données ne seront pas disponibles pour l'évaluation à mi-parcours.

Remarques complémentaires :

Pour évaluer l'offre de soin en IVG, pourquoi ne pas utiliser les indicateurs sur l'offre de soins d'IVG qui sont disponibles pour ces objectifs : accessibilité potentielle localisée à la l'IVG par territoires, nombre et répartition des professionnels libéraux conventionnés pour IVG médicamenteuse ?

OBJECTIF 3	Prévenir l'infertilité chez les femmes et les hommes en fonction des déterminants comportementaux
Indicateur	Pourcentage d'infertilité ressentie
Sources	FECOND 2010, 2013 Enquête santé reproductive et fécondité (2026?)
Mode de collecte	Enquêtes
Disponibilité	Non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Cet indicateur ne signifie rien tout seul et ne permet pas de mettre en place des actions de santé publique.

Dans l'objectif 53 il n'est fait aucune mention de l'âge du premier enfant, ni des expositions environnementales aux perturbateurs endocriniens.

L'objectif 54 de préserver la fertilité est plus pertinent que l'objectif « prévenir l'infertilité ». Informer sur le fait que la fertilité diminue avec l'âge. Il faudrait évaluer l'impact de la loi de bioéthique sur la possibilité de préservation de la fertilité sociétale par congélation de gamètes.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui, mais dépendant des dates des enquêtes. L'information ne sera pas disponible pour l'évaluation à mi-parcours.

Axe IV – Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables

Cibles de l'axe 4

Réduire l'incidence des IST bactériennes dans les populations clés

Objectif 95-95-95 pour le VIH par population clé

80 % de couverture vaccinale au sein des populations clés

Remarques générales :

- la notion de vulnérabilité concerne des populations et des situations très différentes ;
- les indicateurs énumérés de l'axe 4 viennent en complément des indicateurs des autres axes, qui devraient également concerner les « populations les plus vulnérables » ;
- à l'inverse : l'indicateur relatif à la satisfaction/ insatisfaction de la vie sexuelle présenterait également un intérêt en population générale – sous réserve, dans tous les cas, que les déterminants de la satisfaction/ insatisfaction soient explorés ;
- l'objectif 1 de l'axe 4 est concentré sur la prévention des infections sexuellement transmissibles, en particulier le VIH : il ne correspond pas à l'approche globale de santé sexuelle portée par la SNSS ;
- l'objectif 2 qui s'intéresse à la satisfaction vis-à-vis de la vie sexuelle concerne uniquement les personnes âgées, en situation de handicap ou atteintes de maladie chronique ;
- les questions des droits, des discriminations, des violences, ne sont pas abordées.

OBJECTIF 1	Renforcer la prévention, le dépistage, l'accès aux droits et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST
OBJECTIF 1.1	En direction des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)
Indicateur	Pourcentage d'usage de la prévention combinée lors du dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel (préservatif, PrEP, TasP ou TPE)
Sources	Enquête Rapport Au Sexe (ERAS) 2017-2019-2020-2021-2023
Mode de collecte	Enquête basée sur le volontariat à partir de bannières sur les sites et applications de rencontre gay et réseaux sociaux
Disponibilité	oui

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

L'indicateur est pertinent et cohérent. Cependant, il n'aborde la question de la santé sexuelle qu'au travers de la prévention du VIH.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Satisfaisante bien que non représentative. Certaines données restent difficiles à recueillir : les pratiques des HSH nés à l'étranger ou celles des populations les plus économiquement précaires.

Remarques complémentaires :

Il devrait être complété par d'autres enquêtes en population générale qui permettraient de connaître la proportion d'HSH ayant des relations « à risque ».

Enquête et études pouvant être consultées : EPI-PHARE, ANRS-PREVENIR, ANRS-CO4-FHDH, données des Corevih.

OBJECTIF 1.2	En direction des personnes trans
Indicateur	Pourcentage d'usage de la prévention combinée lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (préservatif, PrEP, TasP ou TPE)
Sources	Enquête Rapport Au Sexe (ERAS) 2017-2019-2020-2021-2023
Mode de collecte	Enquête basée sur le volontariat à partir de bannières sur les sites et applications de rencontre gay et réseaux sociaux
Disponibilité	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui. Cependant, il n'aborde la question de la santé sexuelle qu'au travers de la prévention du VIH.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui, mais les effectifs sont très limités.

Remarques complémentaires :

Peuvent être sources de données complémentaires les études ANRS- PREVENIR, TRANS-HIV ou encore, sur un territoire spécifique, l'étude *Qui sont les femmes trans en Guyane ?*

OBJECTIF 1.3	En direction des Populations Originaires de Zones d'Endémie Forte (POZEFs) / les migrants
Indicateur	Pourcentage d'usage de la prévention combinée lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (préservatif, PrEP, TasP ou TPE)
Sources	Afro Baromètre (2011 et 2016 : données sur l'usage du préservatif ; prévu aussi 2026 ?)

Mode de collecte	Enquête
Disponibilité en 2024	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Pertinent et cohérent, mais très limité : seul l'usage du préservatif est compté.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Recueil réalisable. Cependant, la population de l'étude n'est pas représentative de la population migrante sur le territoire français.

Remarques complémentaires :

Depuis l'avis du HCSP sur le rendez-vous santé des primo-arrivants, il serait utile d'évaluer la mise en œuvre des bilans de santé dans le cadre de l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration), en quantité et en qualité par rapport aux recommandations initiales concernant la santé sexuelle et reproductive. Et d'évaluer les moyens donnés aux autres acteurs et structures de santé pour mettre en œuvre ce bilan de santé primo-arrivant.

Différentes études peuvent être sources d'informations complémentaire (ANRS Parcours, Makasi, DSAFHIR, violences sexuelles chez les femmes demandeuses d'asile...).

OBJECTIF 1.4	En direction des autres populations exposées au VIH, aux IST, aux hépatites virales, aux violences et aux grossesses non prévues
Indicateur	Pourcentage d'usage de la prévention combinée lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (préservatif, PrEP, TasP ou TPE) par les personnes en situation de prostitution (PSP)
Sources	Échantillon aléatoire à partir des bases de données des sites contenant des annonces proposant des rapports sexuels tarifés
Mode de collecte	Enquête
Disponibilité	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

L'indicateur est limité : seul l'usage du préservatif est compté. Il ne donne qu'un éclairage sur la partie « prévention » de l'objectif 1

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Recueil réalisable. Cependant, les données ne seront pas représentatives de la population globale des travailleurs du sexe. Disposera-t-on de données pour les outre-mer ? Quelles sont les dates de l'enquête (possibilité d'au moins deux mesures pour contribuer à l'évaluation de la SNSS ?) ?

Remarques complémentaires :

Des données complémentaires sur des situations spécifiques sont accessibles dans l'enquête FASSETS (Emilie Mosnier) ou la thèse d'exercice d'Angelos Gerassimopoulos.

Indicateur	Pourcentage d'usage de la prévention combinée lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (préservatif, PrEP, TasP ou TPE) par <u>les personnes sous-main de justice</u>
Sources	Prévacar 2010 (prévalence du VIH et VHC) Enquête ANRS-Coquelicot Prisons (par Inserm - OFDT) Enquête ANRS-Coquelicot par l'Inserm et SpF en 2011 et en 2022, avec un module sur les pratiques d'exposition au risque infectieux des usagers de drogues quand ils étaient en prison. EspRESS 2022 Ined prisons IdF
Mode de collecte	Enquêtes
Disponibilité	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Pertinent et cohérent, mais il ne donne qu'un éclairage sur la partie « prévention » de l'objectif 1.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Beaucoup d'enquêtes sont sources de la donnée : quelle comparaison possible ? Première étude en 2010 mais quelle récurrence ?

Indicateur	Pourcentage d'usage de la prévention combinée lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (préservatif, PrEP, TasP ou TPE) par les <u>personnes usagères de drogues</u>
Sources	Enquête ANRS-Coquelicot 2011 et 2022
Mode de collecte	Enquête
Disponibilité	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Pertinent et cohérent, mais il ne donne qu'un éclairage sur la partie « prévention » de l'objectif 1.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui. Cependant, disposera-t-on de données pour les outre-mer ? Quelle possibilité de comparaison car les 1ères études ne parlent que du préservatif ? Prochaine étude après 2022 ?

OBJECTIF 2	Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées
Indicateur	Taux de satisfaction vis-à-vis de la vie sexuelle
Numérateur	Nombre de personnes ayant déclaré être peu ou pas satisfaites par sa vie sexuelle parmi : les personnes âgées en situation de handicap
Sources	CSF 2022
Mode de collecte	Enquête
Disponibilité	oui CSF 2023

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Cet indicateur présente l'intérêt d'une approche globale de la santé sexuelle, en cohérence avec celle que porte la SNSS.

Cependant, il est très général et il pourrait être difficile d'en relier le résultat à la stratégie et à ses objectifs ou même aux actions de la feuille de route.

Les déterminants de la satisfaction / de l'insatisfaction – y compris les violences – sont-ils explorés ?

On peut aussi interroger le choix « peu ou pas satisfaites », plutôt que celui qui aurait été équivalent comme indicateur, mais avec une formulation positive : « satisfaites ou très satisfaites ».

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui

Nous avons supposé que CSF signifiait Contexte de la sexualité en France et qu'il s'agissait de la 3e étude nationale, lancée en 2022, sous le titre Santé, vie affective et sexuelle, après celles de 1992 et 2006. Les premiers résultats étaient annoncés pour le 1^{er} semestre 2024.

Cette répétition devrait permettre des comparaisons, si les éditions précédentes caractérisaient les personnes âgées ou en situation de handicap.

Remarques complémentaires :

Intérêt de l'analyse des déterminants de la satisfaction / insatisfaction.

Les personnes vivant en institution seront-elles également interrogées ?

Il serait pertinent que les établissements d'accueil des personnes âgées ou en situation de handicap disposent d'indicateurs relatifs à la vie affective et sexuelle de leurs résidents, recueillis par l'ANAP (agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale) dans ses tableaux de bord.

L'accès aux centres de ressources régionaux Intimagir sera également intéressant à connaître (personnes en situation de handicap).

OBJECTIF 3	Prendre en compte la sexualité des personnes ayant une maladie chronique
Indicateur	Taux de satisfaction vis-à-vis de la vie sexuelle
Numérateur	Nombre de personnes ayant déclaré être peu ou pas satisfait par sa vie sexuelle parmi les personnes ayant déclaré une pathologie chronique
Sources	CSF 2006, 2022
Mode de collecte	Enquête
Disponibilité	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Cet indicateur présente l'intérêt d'une approche globale de la santé sexuelle, en cohérence avec celle que porte la SNSS.

Cependant, il est très général et il pourrait être difficile d'en relier le résultat à la stratégie et à ses objectifs ou même aux actions de la feuille de route.

Les déterminants de la satisfaction / de l'insatisfaction sont-ils explorés ?

On peut aussi interroger le choix « peu ou pas satisfaites », plutôt que celui qui aurait été équivalent comme indicateur, mais avec une formulation positive : « satisfaites ou très satisfaites ».

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui

Nous avons supposé que CSF signifiait Contexte de la sexualité en France et qu'il s'agissait de la 3e étude nationale, lancée en 2022, sous le titre Santé, vie affective et sexuelle, après celles de 1992 et 2006. Les premiers résultats étaient annoncés pour le 1^{er} semestre 2024.

Cette répétition devrait permettre des comparaisons, si les éditions précédentes caractérisaient les personnes atteintes de maladies chroniques.

Remarques complémentaires :

Cf. études, ou rapports d'associations, sur les effets de maladies chroniques sur la sexualité (cancers, infection par le VIH, diabète...).

Indicateurs complémentaires

Indicateur	Évaluer les connaissances pratiques en santé sexuelle sur des points clés
Sources	KABP , CSF, Baromètre Santé, KABP 2028
Mode de collecte	Enquêtes

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Cohérence : oui

Pertinence : discutable. Si l'identification de quelques savoirs-clés peut être utile, la variété des « connaissances » listées dans l'indicateur, alors même que le contexte est évolutif, pose question. De plus, ces connaissances sont centrées sur des aspects techniques ou réglementaires, sans intégrer des notions-clés en santé sexuelle telles que le bien-être, le consentement, la prévention de violences...

L'objectif de l'éducation à la santé n'est pas d'accumuler des connaissances, mais plutôt d'identifier clairement quelques ressources fiables et facilement accessibles.

Il pourrait être plus pertinent de savoir si les personnes ont connaissance de ces ressources : Onsexprime, QuestionSexualité, sites animés par Santé publique France, si les enfants et les jeunes scolarisés savent qu'ils peuvent s'adresser à l'infirmière scolaire...

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Les échéances des enquêtes permettront-elles de disposer d'un avant / pendant / en fin de SNSS ?

Avec des questions identiques pour pouvoir comparer ?

Remarques complémentaires :

Voir l'enquête ENVIE <https://envie.site.ined.fr/fr/enquete-par-questionnaire/> qui porte sur les évolutions de la vie affective et sexuelle des jeunes adultes.

Voir propositions relatives à l'objectif 1 de l'axe 1.

Indicateur	Estimation du nombre annuel de nouvelles contaminations VIH
Sources	Modélisation (DO VIH)
Mode de collecte	Modélisation
Disponibilité	oui

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Le recueil et l'analyse sont possibles, mais la déclaration obligatoire du VIH demande à être modernisée.

Indicateur	Nombre de diagnostics d'infection à VIH et d'IST bactériennes (chlamydia trachomatis, gonocoque, syphilis)
Sources	DO VIH SNDS (proxy des diagnostics d'IST bactériennes)
Mode de collecte	Données corrigées à partir de la DO (VIH) Base de données médico-administratives (IST bactériennes)
Disponibilité en 2024	oui

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Oui, contribue à l'évaluation de l'atteinte de cibles de l'axe II.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Facile pour la syphilis au regard du traitement spécifique,

Difficile pour le chlamydia et le gonocoque car les traitements ne sont pas spécifiques. Données du traitement liées au test.

Pertinence de rajouter les données des CEGIDD (Santé publique France).

Indicateur	Nombre de diagnostics de syphilis congénitale
Sources	SNDS (PMSI)
Mode de collecte	Données de remboursement de l'assurance maladie
Disponibilité en 2024	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Le choix de la cible et de cet indicateur qui lui est associé interrogent : quelle cohérence avec les objectifs de la SNSS ? Pourquoi la SNSS, qui exclut le champ de la périnatalité au motif qu'elle relève d'un autre plan de santé publique, mentionne-t-elle spécifiquement la question de la syphilis congénitale ?

Dans la mesure où le dépistage de la syphilis est systématique en début de grossesse et qu'on dispose d'un traitement, la syphilis congénitale est-elle encore un problème de santé publique ? Ou l'est-elle spécifiquement dans certains territoires, en ce cas, un indicateur national est-il adapté ?

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Il correspond à une cible.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

La facilité du recueil ne paraît pas assurée.

Remarques complémentaires :

La notion de « bas seuil » de la cible et de l'indicateur n'est pas définie.

Voir le rapport de Santé publique France : Investigation épidémiologique à la suite d'une hausse de cas de syphilis congénitale au Centre hospitalier de l'Ouest guyanais Frank Joly en 2021.

Indicateur	Adéquation de la méthode contraceptive
Sources	Baromètre Santé 2016 ; Prochaine enquête santé reproductive et fécondité (2026 ?)
Mode de collecte	Enquête
Disponibilité en 2024	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Pertinent et cohérent.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui, mais données non disponibles pour l'évaluation à mi-parcours de la SNSS.

Remarques complémentaires :

Certaines études évaluent le taux d'abandon à moins d'un an des différents moyens de contraception.
[efficacite-methodes-contraceptives.pdf \(has-sante.fr\)](#)

Indicateur	Taux de recours à l'IVG (pour 1000 femmes)
Sources	PMSI-MCO et SNDS - DCIR pour les forfaits médicamenteux hors établissement
Mode de collecte	Base de données médico-administratives
Disponibilité en 2024	oui rapport Drees en septembre 2024

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Oui, même si les IVG réalisées à l'étranger ne sont pas comptabilisées.

L'interprétation de l'indicateur demandera à être mise en contexte : le taux de recours peut diminuer du fait de difficulté d'accès à l'IVG (offre insuffisante, en particulier dans certains territoires).

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

L'indicateur n'est pas directement relié à une cible, mais peut informer sur la cible « Réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes ». Son interprétation au regard de la cible reste cependant délicate.

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Le recueil se fait à partir du SNDS, avec des données annuelles.

Remarques complémentaires :

Malgré un panel large d'offre de contraception, de nombreuses IVG sont liées à des échecs de contraception. Une grossesse non désirée peut être due à un problème d'efficacité de la contraception, de l'observance, de la non-utilisation de la contraception d'urgence. [efficacite-methodes-contraceptives.pdf \(has-sante.fr\)](#)

En effet, les enquêtes Fecond et Baromètre santé 2016 ont montré que 68 % des femmes qui ont eu une grossesse non prévue avaient une contraception et que seules 50 % de ces grossesses ont abouti à une IVG. Elles montrent aussi que les facteurs associés à une grossesse non prévue peuvent être liés à la situation de la femme (âge, statut d'étudiante, déjà mère, surpoids/obésité, partenaires multiples) et refléter les inégalités sociales de santé (situation socio-économique, niveau de diplôme inférieur au bac, sans emploi, absence de couverture maladie complémentaire).

Indicateur	Délai d'accès à l'IVG
Sources	Enquête <i>ad hoc</i> réalisée avec l'aide d'un prestataire extérieur.
Mode de collecte	Appel téléphonique des établissements de santé et des acteurs de ville par un enquêteur, à partir de scénarii correspondants à différents parcours de femmes établis sur des critères discriminants (statut majeur/mineur, type d'IVG demandé, stade de la grossesse, statut étranger, nature de la couverture sociale, etc.).
Disponibilité en 2024	non

L'indicateur est-il pertinent, cohérent avec les objectifs de la SNSS ?

Cet indicateur est pertinent, mais sa définition dans la fiche est à interroger car le délai recommandé par la HAS²¹ est de 5 jours entre l'appel et le premier rendez-vous. Ce n'est pas le délai entre l'appel et la réalisation de l'IVG.

L'indicateur est-il suffisant pour savoir si l'on se rapproche de la cible ?

Indicateur relié à une cible : « 90% des demandes d'IVG sont prises en charge dans les délais définis par la HAS (5 jours) ».

Le recueil paraît-il aisément réalisable ? Les données seront-elles de qualité ?

Oui

Remarques complémentaires :

La modalité de recueil pourrait être mal perçue par les professionnels de santé des centres IVG dont les difficultés de fonctionnement sont réelles (manque d'effectifs, clauses de conscience, accès aux

²¹ [IVG 2001 - Recommandations revues 2010 \(has-sante.fr\)](#).

blocs opératoires, etc.). Il serait sans doute préférable d'interroger tous les centres IVG sur leurs délais moyens de rendez-vous et de prise en charge pour valoriser la qualité de leur travail et permettre l'expression de leurs difficultés.

3^e partie - ANALYSE DES PROJETS RÉGIONAUX DE SANTÉ (PRS) DES ARS

La saisine de la DGS demandait au HCSP de faire une analyse des projets régionaux de santé mis en place par les ARS dans leurs territoires respectifs.

Il ne s'agit donc pas d'une évaluation, mais d'un recueil des éléments relatifs à la SNSS figurant dans les PRS.

Méthodologie

La première étape a consisté en une analyse de la structure et des thématiques du projet régional de santé de chaque ARS, lequel comprend le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) et le Schéma Régional de Santé (SRS). Les PRS analysés en priorité étaient les derniers publiés soit 2023-2028, les PRS 2018-2022 n'ayant pas toujours pu prendre en compte la SNSS lancée le 28/03/2017.

Une recherche par mots-clefs a été effectuée :

- Santé sexuelle : « sexu » ;
- Santé reproductive : « contraception » ; « pilule » ; « IVG » ; « interruption »
- IST: « Infection » ; « IST » ; « MST » ; « VIH » ; « VHB » ; « VHC »
- Vaccination : « HPV » ; « Papillomavirus »

Nous avons notamment relevé : la mention de la SNSS dans le PRS ; l'existence de mesures ou actions relatives aux quatre premiers axes de la SNSS (I à IV ; l'axe V étant relatif à la recherche et l'axe VI aux outre-mer).

La 2^e étape a consisté en une analyse du site internet de l'ARS afin d'identifier les informations autres que le texte du PRS, en lien avec la santé sexuelle.

Une recherche par mots-clefs a également été effectuée :

- Santé sexuelle : « santé sexuelle » ; « sexuel »
- Santé reproductive : « contraception » ; « pilule » ; « IVG » ; « interruption »
- IST : « Infection » ; « IST » ; « MST » ; « VIH » ; « VHB » ; « VHC »
- Vaccination : « HPV » ; « Papillomavirus »

La plupart des sites des ARS comportent des informations, autres que le PRS, relatives à la santé sexuelle. Aussi, ne sont mentionnés dans le tableau synthétique ci-dessous que les dispositifs spécifiques clairement identifiés (stratégie régionale en santé sexuelle, espace de coordination complémentaire au Corevih, etc.).

Limites :

- Cette analyse porte uniquement sur les documents disponibles sur les sites internet des ARS. Elle ne décrit pas l'ensemble des mesures, dispositifs, actions déployées en région.

- Les PRS peuvent avoir une présentation plutôt thématique (par enjeu de santé), plutôt populationnelle (notamment par tranche d'âge), ou encore transversale, exprimant des lignes de force de la politique régionale de santé. Le repérage des mesures directement en relation avec la SNSS est plus immédiat dans les PRS à approche thématique, ce qui ne signifie pas que les autres régions aient une politique moins active.

Résultats

Les PRS de 18 régions françaises ont été analysés. Tous comportent différents éléments relatifs à la santé sexuelle. 13 PRS mentionnent la SNSS, la majorité présentent des mesures sur ses quatre axes. La SNSS paraît bien ancrée au niveau régional. Par ailleurs, le lien entre éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, et développement des compétences psychosociales, apparaît assez fréquemment dans les PRS.

Synthèse des analyses par région

Région	Résumé	Précisions complémentaires
Auvergne-Rhône-Alpes	Le PRS Auvergne-Rhône-Alpes mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes.	
Bourgogne-Franche-Comté	Le PRS Bourgogne-Franche-Comté mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes.	
Bretagne	Le PRS Bretagne mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes.	Des indicateurs cibles figurent dans le PRS, ainsi que l'objectif de réaliser un tableau de bord des données disponibles en santé sexuelle. La Bretagne s'est dotée d'un pôle de coordination en santé sexuelle.
Centre-Val-de-Loire	Le PRS Centre-Val-de-Loire mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes.	Des indicateurs cibles figurent dans le PRS.
Corse	Le PRS Corse mentionne la SNSS. Il comporte des mesures relatives à ses différents axes. Elles sont peu nombreuses, mais le PRS est également fondé sur des approches transversales et populationnelles (la prévention et la promotion de la santé, par exemple, sont abordées de manière globale, plutôt que par thématique).	

Grand-Est	Le PRS Grand-Est aborde peu la santé sexuelle, mais celle-ci fait l'objet d'une animation spécifique – voir ci-contre.	Installation en avril 2024 d'un Comité Régional Santé Sexuelle (CRSS), composé de toutes les parties-prenantes. Sa mission principale consiste à décliner en région la SNSS et à mettre en œuvre la feuille de route régionale.
Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Le PRS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes. Il est principalement organisé autour d'approches populationnelles.	
Guyane	Le PRS Guyane mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes. Il affiche comme premier objectif la réduction des inégalités (entre Guyane et Hexagone, entre femmes et hommes...).	La Guyane s'est dotée d'une stratégie régionale de santé sexuelle, associant de nombreux acteurs du territoire. Elle est soutenue par un financement significatif de l'ARS.
Hauts-de-France	Le PRS Hauts-de-France mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes.	Les Hauts-de-France se sont dotés de dispositifs spécifiques destinés aux publics : ligne téléphonique, application...
Île-de-France	Le PRS Île-de-France mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes. Un nombre conséquent de mesures s'inscrivent dans l'axe transversal du PRS intitulé : « Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens ».	Des indicateurs cibles figurent dans le PRS.
La Réunion	Le PRS La Réunion mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes.	Des indicateurs cibles figurent dans le PRS.
Martinique	Le PRS Martinique mentionne la SNSS. Il comporte des mesures relatives à ses deux premiers axes, avec notamment l'éducation à la vie affective et sexuelle, et la vaccination HPV en milieu scolaire.	La Martinique s'est dotée d'un centre de ressources, d'éducation et de promotion de la santé sexuelle (CREPSS).
Mayotte	Le PRS Mayotte comporte des mesures relatives aux trois premiers axes de la SNSS, mais pas à son quatrième (populations les plus vulnérables). Le PRS exprime aussi la volonté d'améliorer l'implication des hommes sur les enjeux de santé sexuelle.	
Normandie	Le PRS Normandie mentionne des mesures relatives aux quatre axes de la SNSS.	Le PRS 2018-2023 détaillait davantage les mesures relatives à la santé sexuelle, mais il avait une structure différente : le PRS

		2023-2028 a privilégié une approche transversale.
Nouvelle-Aquitaine	Le PRS Nouvelle-Aquitaine mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses différents axes.	
Occitanie	Le PRS Occitanie mentionne la SNSS et comporte des mesures relatives à ses trois premiers axes. Cependant, la structure du PRS, plutôt populationnelle et transversale que thématique, ne facilite pas l'identification immédiate de mesures directement en lien avec la SNSS.	
Pays-de-la-Loire	Le PRS Pays-de-la-Loire mentionne la SNSS. Il comporte peu de mesures identifiables relatives aux différents axes de la SNSS, du fait de sa structure transversale, exprimant les lignes de force de la politique régionale : la santé dans toutes les politiques ; le citoyen, l'usager acteur de sa santé, etc.	Le précédent PRS comportait de nombreuses mesures identifiables en santé sexuelle, sa structure étant différente de celle du PRS actuel.
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	Le PRS Paca comporte des mesures relatives aux différents axes de la SNSS.	Le PRS mentionne la déclinaison régionale des stratégies de prévention en feuilles de route, dont la santé sexuelle.

CONCLUSION

La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) et ses feuilles de route représentent des progrès importants vers la coordination de politiques publiques nationales concernant la santé sexuelle. La perspective d'une 3^e feuille de route courant jusqu'à l'issue de la SNSS (2025 - 2030) paraît adaptée.

Bien que constituant déjà un objet complexe, la SNSS ne peut couvrir tous les déterminants de santé : son articulation avec les autres politiques, comme la lutte contre les violences sexistes et sexuelles – qui affectent très majoritairement des femmes –, la lutte contre les discriminations, la santé maternelle et infantile, demanderait à être davantage explicitée.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la SNSS ne s'est pas accompagnée de celle d'un dispositif évaluatif ou de suivi qui soit structuré et fonctionnel. Les indicateurs ont été définis tardivement (2023) et n'ont pu être que partiellement renseignés. La finalisation du dispositif de suivi est en cours.

Depuis 2017 et le lancement de la SNSS, de nombreuses mesures ont été prises en faveur de la santé sexuelle, sur le plan des vaccinations (hépatite B pour les nourrissons, HPV au collège) (axe I de la SNSS), du dépistage du VIH et des IST (axe II), de l'accès à la contraception et aux préservatifs, de l'accès à l'IVG (axe III), dont son inscription dans la Constitution. Concernant les situations de handicap, on note la création des centres ressources Intimagir, le développement de l'accès à la prévention et aux soins en établissements avec notamment Handigynéco, ainsi qu'une récente recommandation de la HAS.

Dans la suite du rapport de l'Igas (2023), la transformation des Corevih en CoReSS (2025) vise à améliorer la coordination territoriale des acteurs en santé sexuelle.

Cependant, des indicateurs comme le nombre de grossesses non désirées ou encore le nombre de cas d'IST autres que le VIH, ne connaissent pas l'évolution positive espérée.

La promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes demeure un enjeu face, d'une part, à l'hostilité active à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle de certains groupes ou associations, d'autre part, à la place croissante des médias numériques. La formation des professionnels, qu'ils soient en contact avec les enfants et les jeunes ou avec les publics exposés à des vulnérabilités, demande à être développée.

Les inégalités sociales de santé restent insuffisamment caractérisées au-travers des indicateurs. De manière globale, on note que les données sont souvent moins favorables en outre-mer, ainsi que pour les populations issues de l'immigration.

Dans ce contexte, les recommandations du HCSP s'inscrivent en appui aux progrès portés par la SNSS et ses feuilles de route, en proposant de renforcer et compléter les dynamiques en œuvre.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Le classement suit l'ordre d'apparition dans le rapport. Il ne correspond pas à un niveau de priorité.

N°	Recommandations du HCSP
	Axe 1 INVESTIR DANS LA PROMOTION EN SANTÉ SEXUELLE, EN PARTICULIER EN DIRECTION DES JEUNES, DANS UNE APPROCHE GLOBALE
	1-Éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire
1	Mettre en œuvre l'obligation légale d'éducation à la vie affective, relationnelle et la sexualité en milieu scolaire, y compris dans les établissements agricoles et maritimes, par un appui/soutien au déploiement du programme de l'éducation nationale EVARS. Les modalités d'enseignement pourront demander à être adaptées aux contextes sociaux et culturels, notamment dans les territoires ultra-marins.
2	Articuler ce déploiement avec celui d'autres plans et priorités (combattre toutes les violences sexistes et sexuelles, lutte contre l'homophobie et la transphobie, prévention de l'inceste et recueil de la parole des victimes...).
3	Encourager les initiatives articulant les interventions entre EVARS et compétences psychosociales) / santé mentale, fédérées dans la démarche « École promotrice de santé ».
4	Favoriser l'identification par les établissements des structures de proximité agréées par l'Éducation nationale, qu'ils pourraient solliciter si besoin pour certaines séances d'Evars (par exemple via un répertoire ou une cartographie thématique).
	Évaluation, études, recherches
5	Produire des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des dispositifs d'éducation à la sexualité (nombre de séances, contenus, niveaux scolaires) en fonction des caractéristiques sociales et territoriales des établissements (comme l'indice de position sociale des établissements).
6	S'appuyer sur les enquêtes nationales récurrentes en milieu scolaire (Enquêtes de Climat Scolaire, Etude EnClass) pour interroger les élèves sur leurs attentes et besoins.
	2-Promotion de la sexualité des jeunes porteurs de handicap notamment en établissements médico-sociaux
7	Poursuivre la mise en œuvre de la circulaire du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les ESMS et la rendre opposable en la transformant en instruction.
8	Adapter à toutes les formes de handicap les informations validées des sites institutionnels sur la santé sexuelle de Santé publique France comme questionsexualite.fr , et mettre à disposition des supports adaptés.
9	Soutenir l'accessibilité des lieux d'accueil ou de soins en santé sexuelle respectant l'obligation d'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) aux personnes en situation de handicap prévue par l'arrêté du 20 avril 2017.
10	Opérationnaliser sous forme de feuille de route les préconisations de 2023 du CNCPH. Certaines de ces propositions pourraient aussi s'appliquer aux personnes âgées.
11	Poursuivre le déploiement des centres ressources Intimagir et du programme Handigynéco dans l'hexagone et en outre-mer
	Évaluation, études, recherches
12	Mener des études sur les besoins et difficultés spécifiques en santé sexuelle selon les types de handicaps, pour développer des réponses adaptées.
	3-Consultations santé sexuelle des jeunes
13	Renforcer l'information sur l'existence de la Consultation santé sexuelle CCP auprès des jeunes et l'absence d'avance de frais via les sites d'information (sante.fr , sites de Santé publique France, ameli.fr), les associations, les ESMS, les services de santé scolaire et universitaire et les réseaux sociaux (notamment institutionnels) en veillant à inclure les jeunes hors système scolaire et/ou suivis par d'autres institutions (sociale, judiciaire, pénitentiaire...).

14	Relancer la saisine de la HAS prévue dans la feuille de route 2018-2020 pour produire un référentiel pour le contenu et les objectifs de la consultation cotée CCP incluant la communication avec les adolescents.
	Évaluation, études, recherches
15	Évaluer la consultation CCP sur le plan qualitatif : quelles populations en bénéficient, quelle est leur satisfaction, quels sont leurs besoins supplémentaires, comment se fait l'articulation avec les autres dispositifs existants.
	4-Éducation à la santé sexuelle et numérique
16	Renforcer la littératie numérique en mettant un accent spécifique sur les populations cibles afin de doter les individus des compétences nécessaires pour rechercher, accéder et intégrer des informations sur la santé sexuelle, notamment dans l'EVARS
17	Informier et sensibiliser les parents aux enjeux du numérique dans l'éducation à la sexualité de leurs enfants en leur diffusant les ressources en ligne validées
18	Appliquer effectivement à Internet la loi interdisant l'accès à la pornographie des mineurs (article 227-23 du Code pénal) et développer une stratégie éducative concrète autour des questions liées à la pornographie et ses usages (levée du tabou et construction de messages éducatifs constructifs et non stigmatisants).
	Évaluation, études, recherches
19	Actualiser les connaissances scientifiques sur les usages du numérique liés aux questions de santé sexuelle, notamment auprès des différents publics (jeunes, adultes, populations spécifiques).
20	Développer la recherche pour documenter l'efficacité des actions d'éducation à la sexualité par le numérique pour la promotion de la santé sexuelle
	5-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
21	Inviter le ministère de l'Éducation nationale à structurer un système d'information minimal qui permette de suivre le ratio : nombre et types de personnels formés / nombre d'élèves d'un territoire.
22	Renforcer la formation en santé sexuelle dans la formation initiale de l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et intégrer la santé sexuelle dans les Examens Cliniques Objectifs Structurés (Ecos). L'élaboration d'un référentiel socle, minimal de connaissances, intégrant les manières d'aborder la santé sexuelle avec un patient, pourrait être une piste.
23	Maintenir et promouvoir une offre de formation en santé sexuelle pour l'ensemble des professionnels de santé
24	Promouvoir les Centres de santé sexuelle et les Cegidd comme terrains de stage pour accueillir des étudiants en santé.
25	Mettre en œuvre la recommandation de la HAS de février 2025 « <i>Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS</i> ».
26	Choisir des « cibles prioritaires » parmi les autres professions visées par la SNSS, en matière de formation, initiale et continue. Il pourrait notamment s'agir des professionnels sociaux via les Instituts Régionaux du Travail Social (IRTS), ou des professionnels de la justice, intervenant auprès des publics particulièrement exposés (adolescents ou jeunes adultes, victimes de violences sexuelles et sexistes, etc.)
	AXE II - AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ EN MATIÈRE D'IST DONT LE VIH ET LES HÉPATITES VIRALES : PRÉVENTION, DÉPISTAGE, PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE
	1- Prévention
	Concernant le grand public
27	Renforcer la communication sur les préservatifs (externe et interne) dans tous les milieux et aux différents âges de la vie ;
28	Répondre à l'hésitation vaccinale, en renforçant la formation des professionnels de santé et en y associant une communication accessible et adaptée vers les publics ;

29	Adapter les mesures et la communication aux publics et aux territoires, avec une attention particulière aux Outre-mer où l'implication des acteurs locaux et des communautés devrait être incontournable ;
30	Poursuivre le déploiement de la vaccination contre le papillomavirus dans les collèges et ESMS en l'intégrant à la démarche globale d'éducation à la santé, et notamment à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle ;
	Concernant les populations les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST
31	Maintenir une approche globale de la santé sexuelle et de la prévention, intégrant les actions de lutte contre les discriminations et stigmatisations et contre les violences sexuelles et rapports sexuels non consentis ;
32	Poursuivre les démarches visant à améliorer la connaissance et faciliter l'accès à une prévention diversifiée/combinée correspondant aux besoins et situations des populations-clés, par : l'information (Santé publique France) ; la formation des professionnels (initiale et continue avec l'exemple de formasantésexuelle) ; les démarches de proximité en s'appuyant sur les CoReSS et en soutenant les acteurs agissant avec ces publics.
33	Et plus spécifiquement pour l'infection à VIH : poursuivre le déploiement de la PrEP en proximité des publics ; faciliter l'accès au TPE (traitement post-exposition).
	Évaluation, études, recherches
34	Évaluer la proposition d'associer le rattrapage vaccinal contre l'hépatite B à la proposition de vaccination anti HPV dans les établissements scolaires.
35	Caractériser la mise en œuvre de la vaccination HPV en collège au regard de la situation sociale (par exemple, indice de position sociale de l'établissement) et territoriale (identifier d'éventuelles zones de moindre accès).
36	Soutenir activement la recherche vaccinale (gonocoque, herpès, syphilis...) ;
	2-Dépistage
37	Poursuivre les efforts pour atteindre les populations les plus exposées au VIH, aux hépatites, aux IST, notamment les personnes migrantes, en soutenant les acteurs de proximité.
38	Proposer le dépistage des IST lors de la prise en charge de la grossesse, non seulement aux femmes, mais aussi à leur conjoint ou partenaire. Pour la syphilis, s'assurer de la présence de la sérologie dans le dossier obstétrical (notamment pour les grossesses déclarées tardivement).
39	Mettre effectivement en place un bilan de santé comprenant un dépistage des IST dans les quatre mois suivant l'arrivée des personnes migrantes, conforme aux recommandations.
	3-Prise en charge thérapeutique
40	Lors de la publication des recommandations de la HAS sur les IST, assurer la diffusion et l'appropriation par l'ensemble des professionnels concernés, notamment par la mise à jour de la formation initiale et continue des prescripteurs.
41	Proportionner les moyens hospitaliers à la file active et à ses caractéristiques (précarité sociale, situations complexes, etc.).
	AXE III - AMÉLIORER LA SANTÉ REPRODUCTIVE
	1-Contraception féminine et masculine
42	Améliorer l'information sur les méthodes contraceptives pour qu'elle soit adaptée à la littératie des personnes concernées et accessible à tous les publics et permette des choix éclairés, en mettant systématiquement en avant leur efficacité en vie réelle.
	Évaluation, études, recherches
43	Augmenter la fréquence des enquêtes relatives aux choix contraceptifs (des personnes utilisatrices et des prescripteurs), incluant les déterminants du choix et de l'observance (de la prescription pour les premières, des recommandations officielles pour les seconds).
44	Soutenir la recherche sur les contraceptions masculines
	2-Interruption volontaire de grossesse

45	Garantir pour toutes les femmes, y compris les plus éloignées du soin, l'accès effectif à l'IVG, sur tous les territoires français (hexagone et outre-mer, villes et territoires ruraux)
46	Pérenniser la politique de rendre accessible à tous les publics une information validée sur le plan scientifique et réglementaire sur les sites de Santé publique France, sur le site IVG.gouv.fr
	Évaluation, études, recherches
47	Mener des enquêtes et réaliser des analyses pour évaluer les accès et recours à l'IVG en fonction de facteurs socio-démographiques.
48	Étudier les déterminants des IVG itératives notamment pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge post-IVG (socio-économiques, violences intrafamiliales ou sexuelles.)
	3-Infertilité
49	Promouvoir l'approche <i>One Health</i> , (Une seule santé), pour aborder les questions de fertilité sous un angle global, en intégrant les liens entre la santé humaine, la santé animale et l'environnement.
50	Mieux informer le public, de façon adaptée et accessible sur les facteurs influençant la fertilité et leur importance respective.
51	Renforcer les politiques publiques présentant des bénéfices pour la fertilité : favoriser la conciliation entre maternité et carrière (pour limiter le report de l'âge de la conception) ; alimentation saine et durable et activité physique (surpoids et obésité) ; tabac, alcool, cannabis...
52	Renforcer la prévention concernant les polluants environnementaux, leur présence dans les milieux de vie (habitat, transports, travail, loisirs, etc.) et leurs effets sur la santé reproductive
	SUJETS TRANSVERSAUX
	1- Coordination et lisibilité de l'offre en santé sexuelle
53	Doter l'organisation en région de moyens suffisants pour répondre aux besoins de coordination et de travail en réseau (personnels des ARS ayant des missions relatives à la santé sexuelle, CoReSS)
54	Améliorer l'ergonomie du site sante.fr et prévoir des liens à partir des autres sites d'information sur la santé financés par les pouvoirs publics afin de faciliter l'identification des professionnels et des structures par l'ensemble des publics, y compris vulnérables ou ayant une moindre littératie en santé.
	2- Suivi et évaluation de la SNSS
55	Poursuivre la mise en œuvre de l'action 24 de la deuxième feuille de route, pour parvenir à la constitution d'un tableau de bord, dont les données soient analysées périodiquement, sans attendre la fin de la troisième feuille de route.
56	Compléter et centraliser les données recueillies par d'autres méthodes, afin de pouvoir porter une appréciation sur l'ensemble des priorités de la SNSS, sans se limiter à celles qui seront caractérisées par les indicateurs accessibles. Cet enrichissement suppose notamment : <ul style="list-style-type: none"> • l'adéquation de la fréquence des enquêtes au rythme de la SNSS et de ses feuilles de route; • une attention particulière aux inégalités sociales et territoriales de santé.
57	Associer les ARS, appuyées sur les CoReSS de leur région, et les Départements pour les structures dont ils sont porteurs, à la constitution d'un corpus d'indicateurs territoriaux standardisés.
58	Affecter à la mission de suivi-évaluation de la SNSS et de ses feuilles de route des moyens suffisants et pérennes, notamment en termes de personnel formé à l'évaluation ainsi qu'à l'analyse des données de santé.

RÉFÉRENCES

1. Strategie_nationale_sante_sexuelle [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
2. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
3. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité - Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes (2016) - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/bibliographie/article/rapport-relatif-a-l-education-a-la-sexualite-repondre-aux-attentes-des-jeunes>
4. Conseil National du Sida et des hépatites virales. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2025 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-jeunes-2017/>
5. Bodiguel J. Objectifs de développement durable [Internet]. Développement durable. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>
6. Feuille de route de la stratégie national de santé sexuelle-2018-2020 [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
7. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
8. Santé publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2020. [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist-decembre-2020>
9. La HAS valide l'extension de l'IVG médicamenteuse à domicile jusqu'à 9 semaines [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179352/fr/la-has-valide-l-extension-de-l-ivg-medicamenteuse-a-domicile-jusqu-a-9-semaines
10. Bergström M, Maillochon F, Envie. Couples, histoires d'un soir, « sexfriends » : diversité des relations intimes des moins de 30 ans. Population & Sociétés. 19 juin 2024;623(6):1-4.
11. Marotta T. Premiers résultats de la grande enquête nationale « Contexte des sexualités en France 2023 » [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2024 [cité 12 déc 2024]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-de-la-grande-enquete-nationale-contexte-des-sexualites-en-france-2023/69505/>
12. Section 9 : L'éducation à la santé et à la sexualité (Articles L312-16 à L312-17-2) - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000043982349/2021-08-26>

13. FicheEnCLASS2018_Interventions_prevention.pdf [Internet]. [cité 31 oct 2024]. Disponible sur: http://enclass.fr/application/files/7216/4856/9622/2021_06_FicheEnCLASS2018_Interventions_prevention.pdf
14. Enseignements primaire et secondaire [Internet]. Ministère de l'Education Nationale. [cité 31 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/22/Hebdo36/MENE2228054C.htm>
15. Circulaire du 30 septembre 2022 sur l'éducation à la sexualité [Internet]. Académie de Paris. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://pia.ac-paris.fr/portail/jcms/p2_2683837/circulaire-du-30-septembre-2022-sur-l-education-a-la-sexualite
16. Projet de programme-csp-éducation à la sexualité-160848.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.snes.edu/wp-content/plugins/pdfjs-viewer-shortcode/pdfjs/web/viewer.php?file=https://www.snes.edu/wp-content/uploads/2024/04/projet-de-programme-csp-education-la-sexualit-160848.pdf>
17. Un programme ambitieux : éduquer à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/un-programme-ambitieux-eduquer-la-vie-affective-et-relationnelle-et-la-sexualite-416296>
18. Ministère de l'éducation. Démarche École promotrice de santé [Internet]. éducol | Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche | Dgesco. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante>
19. Compétences psychosociales (CPS) [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>
20. Connaître les enjeux de l'éducation à la sexualité [Internet]. éducol | Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche | Dgesco. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/2078/connaître-les-enjeux-de-l-education-la-sexualite>
21. Arrêté du 3 février 2025 fixant le programme d'éducation à la sexualité - éduquer à la vie affective et relationnelle à l'école maternelle et à l'école élémentaire, éduquer à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité au collège et au lycée - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051132259>
22. Éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2025/Hebdo6/MENE2503565C>
23. Développement des compétences psychosociales dans l'action éducative de la PJJ | Ministère de la justice [Internet]. 2024 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/ressources/developpement-competences-psychosociales-laction-educative-pjj>
24. Conseil Economique, Social et environnemental-Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2024/2024_13_evars.pdf
25. Éveil à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Donner le pouvoir d'agir | CNNum | Traducteur et éclairer des transformations numériques [Internet]. [cité 31 oct 2024]. Disponible sur:

- <https://cnnumerique.fr/nos-travaux/eveil-la-vie-affective-relationnelle-et-sexuelle-donner-le-pouvoir-dagir>
26. La lutte contre les violences LGBTQI+, un combat pour l'enseignement agricole [Internet]. Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://agriculture.gouv.fr/la-lutte-contre-les-violences-lgbtqi-un-combat-pour-lenseignement-agricole>
 27. Loi de 2001 sur l'Education à la sexualité : 1 an après, notre plainte reste sans réponse ! [Internet]. Le planning familial. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/education-la-sexualite/loi-de-2001-sur-leducation-la-sexualite-1-apres-notre-plainte-reste-sans>
 28. Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle : passer de l'obligation à l'application ! | Le Conseil économique social et environnemental [Internet]. 2024 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/actualites/eduer-la-vie-affective-relationnelle-et-sexuelle-passer-obligation-application>
 29. Fiche_EnCLASS_2022_Sexualite.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: http://www.enclass.fr/application/files/8217/2491/9133/Fiche_EnCLASS_2022_Sexualite.pdf
 30. A focus on adolescent sexual health in Europe, central Asia and Canada | HBSC study [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://hbsc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-sexual-health-in-europe-central-asia-and-canada/>
 31. Arrêté du 15 juillet 2015 relatif aux brevets d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur en accueils collectifs de mineurs.
 32. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002.
 33. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). 2005-102 févr 11, 2005.
 34. Article L6121-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690790/2003-09-06
 35. Article L312-16 - Code de l'éducation - Légifrance [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349
 36. Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. OHCHR. [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
 37. CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
 38. Propositions du Conseil National des Personnes Handicapées: Quelle vie intime, sexuelle et affective pour les personnes handicapées [Internet]. 2023 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://ibp-prod.info6tm.fr/api/v1/files/63e25e4fb1b7134d2f4e116c?alt=file>

39. Vie intime et handicap : quelles sont les missions des centres ressources INTIMAGIR pour les personnes handicapées ? | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/quelles-sont-les-missions-des-centres-ressources-intimagir>
40. Accès aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap : un programme d'actions déployé en Île-de-France [Internet]. 2024 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-gynecologiques-pour-les-femmes-en-situation-de-handicap-un-programme-dactions>
41. NOTE D'INFORMATION N° DGS/SP2/2024/27 du 16 février 2024 relative à l'organisation d'une offre en santé sexuelle permettant l'accès à une prise en charge gynécologique et à une information/sensibilisation à la vie affective et sexuelle, adaptées aux personnes en situation de handicap accueillies en FAM (foyer d'accueil médicalisé) et en MAS (maison d'accueil spécialisée) [Internet]. 2024 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/126108/download?inline>
42. Enquête de victimation - cadre de vie et sécurité | Insee [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1278>
43. Drees. Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-handicapees-sont-plus-souvent-victimes-de-violences>
44. Facile à lire et à comprendre (FALC) : une méthode utile | Ministère de la Culture [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.culture.gouv.fr/thematiques/developpement-culturel/culture-et-handicap/facile-a-lire-et-a-comprendre-falc-une-methode-utile>
45. Arrêté du 20 avril 2017 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public lors de leur construction et des installations ouvertes au public lors de leur aménagement - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034485459/>
46. Cotation NGAP CCP - OMNIPrat [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/gynecologie/premiere-consultation-de-contraception-de-prevention-en-sante-sexuelle-ccp/>
47. HCSP. Cadre évaluatif du dispositif « Mon bilan prévention » [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2024 déc [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1424>
48. Déploiement des rendez-vous prévention [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1310>
49. Les jeunes, la sexualité et Internet | Éditions Les Pérégrines [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://editionslesperegrines.fr/fr/books/les-jeunes-la-sexualite-et-internet>
50. Sun N, Rau PPL, Ma L. Understanding lurkers in online communities: A literature review. Computers in Human Behavior. 1 sept 2014;38:110-7.
51. INJEP. Adolescence, sexualité et Internet : principaux enseignements de l'enquête SEXI - Bibliographie / Centre de Ressources - INJEP, 2018/07 - INJEP - INJEP, Mission Documentation [Internet]. INJEP. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/adolescence->

sexualite-et-internet-principaux-enseignements-de-lenquete-sexi-bibliographie-centre-de-ressources-injep-2018-07/

52. L'éducation par les pairs des jeunes en santé sexuelle : entre apprentissage, échange d'expériences et autonomisation - Documents de travail - Ined éditions [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/education-par-les-pairs-des-jeunes-en-sante-sexuelle/>
53. Santé publique France. Le numérique dans l'éducation à la sexualité : quelles pratiques ? Quelles connaissances scientifiques ? [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/le-numerique-dans-l-education-a-la-sexualite-quelles-pratiques-quelles-connaissances-scientifiques>
54. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/m/item/9789231002595>
55. Fréquentation des sites adultes par les mineurs | Arcom [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.arcom.fr/se-documenter/etudes-et-donnees/etudes-bilans-et-rapports-de-larcom/frequentation-des-sites-adultes-par-les-mineurs>
56. Cohen D. Rapport 23-01. Accès à la pornographie chez l'enfant et l'adolescent : conséquences et recommandations. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 avr 2023;207(4):381-98.
57. HCSP. Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé - Rapport final [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022 juin [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1244>
58. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale [Internet]. ResearchGate. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/281982920_Definitions_et_descriptions_des_compences_en_medecine_generale
59. Les grandes familles de situations cliniques [Internet]. ResearchGate. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/333579066_Les_grandes_familles_de_situations_cliniques
60. Samain A. Évaluation des connaissances des chirurgiens-dentistes concernant les Infections Sexuellement Transmissibles, et leur prise en charge dans la population jeune en 2023.
61. Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022.
62. HCSP. Rapport relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 mars [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=998>
63. Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS (volet 1 - socle transversal) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590098/fr/accompagner-la-vie-intime-affective-et-sexuelle-des-personnes-en-essms-volet-1-socle-transversal
64. OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021: vers l'élimination du SIDA. 2016 [cité 19 nov 2024]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/250576>

65. Santé publique France SPF. BEH- Infection à VIH : la prévention, le dépistage et la prise en charge toujours d'actualité [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-novembre-2024-n-23-24-infection-a-vih-la-prevention-le-depistage-et-la-prise-en-charge-toujours-d-act>
66. Santé publique France. VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2023. [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/vih-et-ist-bacteriennes-en-france.-bilan-2023>
67. Santé publique France. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles>
68. HAS. Prise en charge thérapeutique, curative et préventive des infections sexuellement transmissibles (IST). 2022;
69. WHO. Global Sexually Transmitted Infections Programme [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/overview>
70. ANRS-MIE-CNS. Épidémiologie et déterminants sociaux de l'infection VIH en France. 2024;
71. CNS. La lutte contre le VIH/sida : une démarche, des savoirs et des pratiques pour servir aux enjeux du présent [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2025 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/droits-epidemies-2021/>
72. DGS. Des COREVIH aux CoReSS, une nouvelle approche de la santé sexuelle [Internet]. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/des-corevih-aux-coress-une-nouvelle-approche-de-la-sante-sexuelle>
73. CNS_Alice.P, CNS_Alice.P. Avis du 03.11.23 relatif à l'accès à la santé des personnes ayant recours à l'aide médicale d'Etat (AME) [Internet]. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-rapports-et-recommandations/mandature-2020-2025/article/avis-du-03-11-23-relatif-a-l-acces-a-la-sante-des-personnes-ayant-recours-a-l>
74. Conseil National du Sida et des hépatites virales. Aide médicale de l'Etat : le CNS réaffirme le principe intangible d'accès universel à la prévention et aux soins [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2025 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/communiques-de-presse/aide-medecale-de-letat-le-cns-reaffirme-le-principe-intangible-dacces-universel-a-la-prevention-et-aux-soins/>
75. HCSP. Positionnement du Haut Conseil de la santé publique sur l'aide médicale de l'État (AME) [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2024 nov [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1405>
76. OMS. Un nouveau rapport de l'OMS met en avant une baisse alarmante de l'utilisation des préservatifs chez les adolescents et un risque accru d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use-increased-risk-of-sexually-transmitted-infections-and-unintended-pregnancies-reveals-new-who-report>

77. Annie Velter : « L'appropriation de la PrEP n'est pas suffisante au regard de la baisse considérable de l'usage du préservatif » [Internet]. Sidaction. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/transversal/annie-velter-chez-les-hsh-lappropriation-de-la-prep-nest-pas-suffisante-au-regard-de-la-baisse-considerable-de-lusage-du-preservatif/>
78. Contraception : de nouvelles marques de préservatifs prises en charge par l'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rhone/assure/actualites/contraception-de-nouvelles-marques-de-preservatifs-prises-en-charge-par-l-assurance-maladie>
79. Santé publique France. Bilan de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5e au cours de l'année scolaire 2023-2024 en France [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus/documents/enquetes-etudes/bilan-de-la-campagne-de-vaccination-contre-les-infections-a-papillomavirus-humain-hpv-menee-au-college-dans-les-classes-de-5e-au-cours-de-l-...>
80. Santé publique France. Couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humain des filles âgées de 15 à 18 ans et déterminants de vaccination, France, 2021 [Internet]. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/24-25/2022_24-25_3.html
81. Thilly N, Michel M, Simon M, Bocquier A, Gagneux-Brunon A, Gauchet A, et al. Effectiveness of a School- and Primary Care-Based HPV Vaccination Intervention: The PrevHPV Cluster Randomized Trial. *JAMA Netw Open*. 1 mai 2024;7(5):e2411938.
82. Sharma D, Sharma S, Akojwar N, Dondulkar A, Yenorkar N, Pandita D, et al. An Insight into Current Treatment Strategies, Their Limitations, and Ongoing Developments in Vaccine Technologies against Herpes Simplex Infections. *Vaccines (Basel)*. 17 janv 2023;11(2):206.
83. Yousuf W, Ibrahim H, Harfouche M, Abu Hijleh F, Abu-Raddad L. Herpes simplex virus type 1 in Europe: systematic review, meta-analyses and meta-regressions. *BMJ Glob Health*. juill 2020;5(7):e002388.
84. Arrêté du 11 avril 2023 modifiant l'arrêté du 27 novembre 2020 relatif à l'expérimentation nationale de centres de santé sesexuelle d'approche communautaire et fixant la liste des établissements expérimentateurs [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000047524161/>
85. HCSP. Mesures de prévention vis-à-vis de l'infection à Monkeypox virus [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022 juill [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1230>
86. Santé publique France. Cas de Mpox en France. 1er janvier - 4 février 2025. [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/mpox/documents/bulletin-national/cas-de-mpox-en-france.-1er-janvier-4-fevrier-2025>
87. Epi-Phare. Actualisation des chiffres d'utilisation de la PrEP [Internet]. EPI-PHARE. 2024 [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2024/>
88. Conseil National du Sida et des hépatites virales. Avis sur la place de la PrEP dans la prévention du VIH en France : changer de paradigme, changer d'échelle [Internet]. Conseil

- national du sida et des hépatites virales. 2025 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/prevention/avis-prep-2021/>
89. APRETUDE (cabotégravir) - VIH / PrEP [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3526084/fr/apretude-cabotegravir-vih/-prep
90. 20230717-hcl-lot1-cssac-rapport_eval_final.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20230717-hcl-lot1-cssac-rapport_eval_final.pdf
91. Fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss) [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/financement/fonds-pour-l-innovation-du-systeme-de-sante-fiss>
92. Dépistage des IST en laboratoire sans ordonnance : Mon test IST [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rhone/laboratoire-danalyses-medicales/exercice-liberal/prise-charge-patients/depistage-ist/mon-test-ist-depistage-en-laboratoire-sans-ordonnance>
93. Conseil National du Sida et des hépatites virales. Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida : renforcer la prise en compte des inégalités sociales de santé [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2025 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/journee-mondiale-de-lutte-contre-le-vih-sida-renforcer-la-prise-en-compte-des-inegalites-sociales-de-sante/>
94. HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
95. Conseil National du Sida et des hépatites virales. Recommandations de prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST : rapport d'experts [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2024 [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/dossiers/dossier-experts/rapport-experts-2023/>
96. HCSP. Visite médicale des étrangers primo-arrivants [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2015 mai [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672>
97. INSTRUCTION N° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants - Légifrance [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43755>
98. Bilan de santé des personnes migrantes primo-arrivantes | SRLF [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.srlf.org/article/bilan-sante-personnes-migrantes-primo-arrivantes>
99. Cour des comptes. La politique de périnatalité | rapport [Internet]. 2024 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-perinatalite>
100. INED. La baisse actuelle du nombre de naissances en France est-elle exceptionnelle ? - La question du jour [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/faq/la-baisse-actuelle-du-nombre-de-naissances-en-france-est-elle-exceptionnelle/>
101. Rapport de Michèle Peyron : pour sauver la PMI, agissons maintenant ! | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. 2019 [cité 17 mars 2025].

- 2025]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/rapport-de-michele-peyron-pour-sauver-la-pmi-agissons-maintenant>
102. DGS. Instruction Dispositifs spécialisés régionaux en périnatalité [Internet]. 2023 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2023/08/2023_instr_DSRP_20230803.pdf
103. Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf
104. Santé publique France. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
105. Inserm. Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
106. Donval L, Oufkir N, Bondu D, Daoud E, Dumas E, Reyat F, et al. Évolution des pratiques contraceptives en France : un état des lieux de 2014 à 2019. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 juill 2022;50(7):535-41.
107. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*. 2014;511(5):1-4.
108. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance
109. LOI n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 (1). 2022-1616 déc 23, 2022.
110. Congy J, Bouyer J, de La Rochebrochard E. Low-income women and use of prescribed contraceptives in a context of full health insurance coverage in France, 2019. *Contraception*. 1 mai 2023;121(109976):1-4.
111. La vasectomie en France entre 2010 et 2022 [Internet]. EPI-PHARE. 2024 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/vasectomie/>
112. Tous les moyens de contraception dans un tableau comparatif. [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/tableau-comparatif-pour-vous-guider-dans-votre-choix-de-contraception>
113. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. *RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):873-82.
114. Les négligées : Enquête au coeur du business de la santé des femmes - Solenne Le Hen, Marie-Morgane Le Moël - HarperCollins - Grand format - Librairie des Sciences-Politiques Paris [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.librairie-sciencespo.fr/livre/9791033915140-les-negligees-enquete-au-coeur-du-business-de-la-sante-des-femmes-solenne-le-hen-marie-morgane-le-moel/>
115. Livret - personnes handicapées intellectuelles et vie affective et sexuelle [Internet]. Unapei. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.unapei.org/publication/livret-personnes-handicapees-intellectuelles-et-vie-affective-et-sexuelle/>


116. Roux A. Sociologie de la contraception en France. Med Sci (Paris). 1 juin 2021;37(6-7):647-53.
117. Mack N, Crawford TJ, Guise JM, Chen M, Grey TW, Feldblum PJ, et al. Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception. Cochrane Database Syst Rev. 23 avr 2019;4(4):CD004317.
118. Igas. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence | Igas [Internet]. 2010 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/La-prevention-des-grossesses-non-desirees-contraception-et-contraception-d>
119. Opinion des Français sur la charge mentale de la contraception en 2022 [Internet]. Statista. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1361869/opinion-sur-femmes-responsables-de-la-contraception-france/>
120. Part des hommes prêts à utiliser des méthodes contraceptives masculines France [Internet]. Statista. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/508871/disposition-hommes-pilule-masculine-selon-age-france/>
121. HAS. Contraception chez l'homme [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757909/fr/contraception-chez-l-homme
122. Où en est-on de la contraception masculine ? | Santé.fr [Internet]. 2023 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/decryptage/nos-reponses/ou-en-est-de-la-contraception-masculine>
123. Vers la pilule masculine, vraiment ? [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/canal-detox/vers-la-pilule-masculine-vraiment/>
124. Admin S, Admin S. Plan IVG [Internet]. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/plan-ivg>
125. Arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041798289>
126. Arrêté du 7 novembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042506409>
127. Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé. 2022-212 févr 19, 2022.
128. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). 2022-295 mars 2, 2022.
129. Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé. 2023-1194 déc 16, 2023.
130. Arrêté du 1er mars 2024 modifiant l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

131. LOI constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse (1).
132. Drees. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240924_ER_Nombre_IVG
133. Rapport du Sénat: IVG une liberté garantie mais un accès fragile [Internet]. 2024 oct. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r24-045/r24-045-syn.pdf>
134. Le planning familial. L'accès des françaises à l'avortement [Internet]. 2024 juill. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2024-09/26092024_Synth%C3%A8se%20IFOP%202024%20-%20Barom%C3%A8tre%20IVG.pdf
135. Haute Autorité de Santé - Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
136. Lola. IVG EN DANGER : LA MENACE DES RÉSEAUX SOCIAUX [Internet]. Fondation des Femmes. 2024 [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://fondationdesfemmes.org/actualites/ivg-en-danger-la-menace-des-reseaux-sociaux/>
137. Une politique traditionnelle de soutien à la natalité | vie-publique.fr [Internet]. 2016 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/262504-une-politique-traditionnelle-de-soutien-la-natalite>
138. Insee. Bilan démographique 2024 - Insee Première - 2033 [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327319>
139. INED. Baisse massive de la fécondité mondiale en 20 ans, illustrée en cartes - Population et Sociétés - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/baisse-massive-de-la-fecondite-mondiale-en-20-ans-illustree-en-cartes/>
140. Baisse de la fertilité et de la fécondité : pourquoi ? [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rhone/assure/sante/devenir-parent/concevoir-un-enfant/sterilite-pma-infertilite/baisse-de-la-fertilite-et-de-la-fecondite-pourquoi>
141. Levine H, Jørgensen N, Martino-Andrade A, Mendiola J, Weksler-Derri D, Jolles M, et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis of samples collected globally in the 20th and 21st centuries. *Human Reproduction Update*. 1 avr 2023;29(2):157-76.
142. Methorst C, Perrin J, Faix A, Huyghe E. Infertilité masculine, environnement et mode de vie. *Progrès en Urologie*. 1 nov 2023;33(13):613-23.
143. Levine H, Mohri H, Ekblom A, Ramos L, Parker G, Roldan E, et al. Male reproductive health statement (XIIIth international symposium on Spermatology, may 9th–12th 2018, Stockholm, Sweden. *Basic Clin Androl*. 29 oct 2018;28(1):13.
144. Hamamah S, Berlious S. Rapport sur les causes d'infertilité - Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité [Internet]. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 30 oct 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-sur-les-causes-d-infertilite-vers-une-strategie-nationale-de-lutte>

-
145. European Society of Human reproduction and Embryology. Fact sheets [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources/Fact-sheets>
146. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Plan National Santé-Environnement 4 (PNSE 4) : « un environnement, une santé » (2021-2025) [Internet]. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2023 [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-nationaux-sante-environnement/article/plan-national-sante-environnement-4-pnse-4-un-environnement-une-sante-2021-2025>
147. Igas. Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle | Igas [Internet]. 2023 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/organisation-des-structures-de-prevention-et-de-prise-en-charge-en-sante-sexuelle>
148. Arrêté du 31 janvier 2025 relatif aux modalités de composition, de nomination, de fonctionnement et portant cahier des charges des comités de coordination régionale de la santé sexuelle.

ANNEXES

Annexe 1- Saisine de la Direction générale de la santé en date du 5 décembre 2023



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

SOUS-DIRECTION SANTÉ DES POPULATIONS ET PRÉVENTION DES
MALADIES CHRONIQUES
BUREAU : INFECTIONS PAR LE VIH, LES IST, LES HÉPATITES ET LA
TUBERCULOSE – SP2
Affaire suivie par : Dr Soraya Belgherbi
Tél. : 07 85 16 85 96
Mail : soraya.belgherbi@santepublique.fr
Nos réf. : D-23-024500

**Direction générale de
la santé**

Paris, le 05 DEC. 2023

Le Directeur général de la santé

à

Madame Ann PARIENTE-KHAYAT
Secrétaire générale
Haut Conseil de la Santé Publique

Objet : Saisine du Haut Conseil de la Santé Publique en vue de l'évaluation des indicateurs de la
Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 et de cette dernière à mi-parcours (2024)

La France s'est dotée pour la première fois en 2017 d'une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS), afin de proposer une approche globale de la santé sexuelle et reproductive. En développant des actions dans des champs complémentaires, la feuille de route santé sexuelle 2018-2020 en fut la première traduction concrète, et celle de 2021-2024 vient poursuivre cet engagement.

Cette stratégie construite en concertation avec les acteurs de terrain a identifié des orientations articulées autour de 6 axes, regroupant la promotion en santé sexuelle, le parcours de prévention, dépistage et prise en charge en santé sexuelle et reproductive, la recherche et l'innovation en santé sexuelle tout en développant un axe spécifique pour les populations les plus vulnérables et les Outre-mer.

Dans le cadre de l'expertise du Haut Conseil de la Santé Publique en matière d'évaluation des politiques et stratégies de prévention, je souhaite vous confier une mission déclinée en deux temps : dans un premier temps l'évaluation des indicateurs de la SNSS 2017-2030 et dans un second temps l'évaluation de la mise en œuvre de cette Stratégie à mi-parcours en 2024.

Des travaux spécifiques ont été menés par le Comité des connaissances en santé sexuelle en lien avec mes services, et ont abouti à la définition d'indicateurs pour chacun des objectifs de la SNSS, tout en tenant compte des contraintes liées à la diversité et aux limites des sources de données disponibles.

Le calendrier de la SNSS s'inscrit dans la durée en cohérence avec l'horizon 2030 défini par les Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies, avec des cibles à atteindre à mi-parcours. Par ailleurs la seconde feuille de route déclinant la SNSS se termine fin 2024.

Nous souhaitons ainsi recueillir vos appréciations sur les éléments suivants, afin de mesurer l'avancement et assurer le suivi de la stratégie :

1. La pertinence et la qualité des indicateurs retenus pour le suivi de la SNSS. Le cas échéant, le HCSP pourrait soumettre à la DGS de nouveaux indicateurs ;
2. L'évolution et la situation actuelle des principaux problèmes de santé publique auxquels cette stratégie et les deux premières feuilles de route qui la déclinent cherchent à répondre, en évaluant le niveau d'atteinte des différents objectifs de la SNSS à mi-parcours ;
3. Une analyse des plans régionaux de santé mis en place par les ARS dans leurs territoires respectifs, afin de décrire dans une approche de proximité, les avancées réalisées et les problématiques persistantes.

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP
Tél. 01 40 56 60 00 - www.santepublique.fr

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées au ministère de la Santé.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dpo.sps@santepublique.fr, ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://www.santepublique.fr/actualites/la-protection-des-donnees-personnelles-et-ses-droits>

4. L'identification des chantiers à développer pour une troisième feuille de route, en les priorisant afin d'atteindre les objectifs de la SNSS, dans une approche globale en santé sexuelle et reproductive, alliant équilibre entre une approche dite en « population générale » et une approche plus spécifique pour les populations les plus vulnérables.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire et pour présenter cette saisine lors de son inscription à l'ordre du jour de la commission concernée.

Je vous remercie de bien vouloir conduire cette évaluation avant le 1^{er} juin 2024 afin de pouvoir utiliser les conclusions pour la construction d'une nouvelle feuille de route de déclinaison de la SNSS devant débuter dès 2025.

Dr Grégory EMERY



Annexe 2- Membres du groupe de travail

Corinne ALBERTI, HCSP, CSSEJAP, Co-pilote

Thierry PRESTEL, HCSP, CSDSMNT, Co-pilote

Cédric ARVIEUX, praticien hospitalier, maladies infectieuses et réanimation, CHU de Rennes

Carine FRANC, HCSP, CSSEJAP

Maele GAUTIER, HCSP, CSSEJAP

Virginie HALLEY DES FONTAINES, ancienne vice-présidente de la CS Maladies chroniques du HCSP

Dominique LUTON, PU-PH en gynécologie-obstétrique au CHU du Kremlin-Bicêtre

Philippe MARTIN, chercheur à l'Inserm

Élodie MILLION, HCSP, CSSEJAP

Isabelle MILLOT, HCSP, CSDSMNT

Karine POUCHAIN-GREPINET, HCSP, CSDSMNT

Nicolas VIGNIER, HCSP, CSMIME

Secrétariat Général du HCSP

Marie-France D'ACREMONT, coordinatrice de la CSDSMNT

Sophie RUBIO-GURUNG, coordinatrice de la CSSEJAP

Natapy ATTOUMANI, stagiaire Master 2 INSP en alternance au HCSP

Recherche bibliographique effectuée par Nathalie NIZAN et Diane KHAIR, bureau de la politique documentaire, secrétariat général des ministères sociaux

Annexe 3- Liste des personnes auditionnées

Anna MERCIER, responsable de l'unité santé sexuelle à Santé publique France

Florence LOT, médecin épidémiologiste, responsable de l'unité VIH-IST-Hépatites B et C à Santé publique France

Albane GAILLOT, co-Directrice du Planning familial

Nina MERIGUET, chargée de plaidoyer au Planning familial

Armelle ANDRO, professeure à l'Institut de Démographie, Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Caroline MOREAU, épidémiologiste à l'Inserm

Claire BEY, cheffe du bureau de la santé et de l'action sociale à la direction générale de l'Enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Présenté et discuté le 03/04/2025 lors de sa séance par la « Commission spécialisée « Santé des enfants et des Jeunes-approche populationnelle » du Haut Conseil de la santé publique », 16 membres présents sur 26, vote pour : 16 ; abstention : 0 ; vote contre : 0.

La Commission spécialisée « Déterminants de santé-Maladies non transmissibles » du Haut Conseil de la santé publique a discuté ce rapport lors de sa séance du 10/04/2025. 19 personnalités qualifiées sur 22 ont participé au vote électronique organisé du 10 au 14 avril 2025 : vote pour : 19 ; abstention : 0 ; vote contre : 0.

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr