

SANTÉ ET SEXUALITÉ

La sexualité nous concerne toutes et tous, tout au long de notre vie. La sexualité en santé constitue un vaste domaine qui comprend aussi bien des questions sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre que sur les grossesses, l'IVG et la contraception, les IST, les violences sexuelles notamment liées au genre, la promotion d'expériences sexuelles sans danger, l'impact des handicaps physiques et des maladies chroniques sur le bien-être sexuel ou encore les troubles sexuels et l'infertilité. Dans un contexte d'exil, l'incertitude par rapport aux perspectives de vie en France, l'inquiétude pour les membres de la famille restés au pays, des souvenirs traumatiques, une situation durable de dépendance pèsent lourdement et impactent le rapport à la sexualité.



Voir aussi *Violences liées au genre*, p. 380

EXIL ET SEXUALITÉ

- **La sexualité est souvent perturbée dans un contexte d'exil récent.** Parce qu'elle concerne de multiples aspects de la vie l'identité, la relation à soi et/ou à l'autre, les sentiments, le plaisir... ses troubles provoquent une souffrance que le soignant peut soulager par le simple fait de « pouvoir en parler ». S'il faut le plus souvent permettre l'émergence d'une plainte, celle-ci est exprimée d'emblée chez certain(e)s patient(e)s, le plus souvent en fin de consultation. Une psychothérapie peut être proposée. Dans une situation de grande précarité sociale, les difficultés d'accès à un hébergement autonome maintiennent en outre de nombreuses femmes exilées dans une situation de dépendance sexuelle vis à vis de l'hébergeant.



ORIENTATION SEXUELLE, IDENTITÉ DE GENRE ET DISCRIMINATIONS

Définitions (selon les principes de Jogjakarta, adoptés par l'Organisation des Nations unies en 2007)

L'orientation sexuelle fait référence à la capacité de chacun(e) de ressentir une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle envers des individus du sexe opposé, de même sexe ou de plus d'un sexe et d'entretenir des relations intimes et sexuelles avec ces individus (hétérosexualité, homosexualité et bisexualité).

L'identité de genre fait référence aux rapports sociaux de sexe tels qu'ils sont codifiés dans les différentes sociétés, aux rôles sociaux attribués à chaque sexe et, plus généralement, aux inégalités hommes/femmes structurées historiquement. Le fait de ressentir ou non une identité sexuelle différente du sexe de naissance crée de nouvelles catégories de genre (cissexualité, transsexualité, queer).

• **Discriminations.** De nombreux États et sociétés imposent aux individus des normes en matière de genre et d'orientation sexuelle par l'entremise de coutumes, de lois et de violences et cherchent à contrôler la façon dont ces individus vivent leurs relations personnelles et leur identité de genre. Ces formes de marginalisation sociale ont des effets considérables sur la vie quotidienne, la santé et le bien être des personnes. L'enquête sur les personnes LGBT (Lesbiennes, Gays, Bi et Trans) publiée par l'Agence des droits fondamentaux en 2013 indique que 10 % d'entre elles font l'objet de discriminations concernant l'accès à la santé (19 % des transgenres). Pour beaucoup d'exilé(e)s LGBT, l'exil est motivé par la fuite ou la crainte de persécutions en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre dans le pays d'origine. À ces violences subies peuvent s'ajouter les discriminations liées à leur origine, la précarité de leur statut financier et/ou administratif ainsi qu'au fait même d'être LGBT. L'accueil de ces personnes dans les structures de santé doit être exemplaire en termes de temps et d'écoute.

• **État de santé des LGBT.** Selon le rapport du Conseil de l'Europe, les personnes LGBT sont en moins bonne santé que les personnes hétérosexuelles avec un risque 2 fois plus important de maladie chronique, un risque suicidaire accru en particulier chez les jeunes (34 % des jeunes transgenres de 16 à 26 ans ont

Lois et homosexualité, situation en 2012

L'homosexualité est encore condamnée par la loi dans de nombreux États, et dans une dizaine de nations la peine de mort peut être effectivement appliquée (Afghanistan, Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Iran, Mauritanie, Soudan, Yémen et certaines régions du Nigeria et de la Somalie).



fait une tentative de suicide selon une étude française en 2009), un moindre dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus pour les femmes lesbiennes et bisexuelles.

• **Obstacles à l'accès aux soins.** Les préjugés des professionnel(le)s de santé et le degré de méfiance entre praticien(ne)s et patient(e)s peuvent conduire les personnes LGBT à ne pas consulter quand cela est nécessaire ou à cacher leur orientation sexuelle ou identité de genre. Il arrive que les hommes gays ou bisexuels soient de façon systématique considérés comme séropositifs lorsqu'ils s'adressent à un service de santé. Les compagnes ou compagnons de même sexe peuvent se voir exclu(e)s des décisions concernant les soins d'une personne dont le pronostic vital est engagé. Enfin, il existe des obstacles spécifiques aux personnes transgenres souhaitant entreprendre une conversion sexuelle. Le rapport Lunacek approuvé au Parlement européen en février 2014 pointe la nécessité d'une meilleure prise en charge, notamment dans le domaine de la santé, des personnes demandeuses d'asile en raison de persécutions homophobes ou transphobes dans leur pays d'origine.

Parmi les associations de soutien :

Ardhis, Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et transsexuelles à l'immigration et au séjour, <http://ardhis.org>

Acceptess-T, Association d'autosupport des trans migrantes ou précaires en France, <http://www.interlgbt.org>

CONTRACEPTION

Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)

Les CPEF assurent à titre gratuit pour les mineures et les non assurés sociaux la consultation médicale, la délivrance de moyens de contraception (pilule, stérilet...), les examens complémentaires, le suivi (loi du 18 déc. 1989, décret du 6 août 1992). Certains CPEF assurent également le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles.

 **Écoute Sexualité Contraception 0800 803 803**

• **Recours à la contraception dans le monde.** Selon l'OMS, l'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne, notamment du fait du manque de services de planification familiale. La stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde (près de 30 %) devant le stérilet, la pilule et le préservatif. La stérilisation masculine, ou vasectomie, est beaucoup plus rare (moins de 4 %).



Contraception et remboursement par la Sécurité sociale

Remboursés par la Sécurité sociale : diaphragme, DIU, pilule (certaines marques), implant contraceptif, injection contraceptive, pilule du lendemain, vasectomie et ligature des trompes (si justifiée médicalement).

Non remboursés : préservatifs, spermicides, anneau vaginal, patch contraceptif.

Les préservatifs féminins et masculins sont disponibles gratuitement dans les lieux de prévention comme certaines associations, certains centres de planification et centres de dépistage du sida

POUR EN SAVOIR PLUS

Comment aider une femme à choisir sa contraception, repères pour votre pratique, Inpes, www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf

Mode d'emploi des préservatifs féminins (3 langues) avec la brochure/bande dessinée (5 langues) et préservatifs masculins (22 langues), www.inpes.sante.fr
Choisirsacontraception.fr

• Besoins de contraception non satisfaits à l'échelle mondiale.

Dans les pays en développement, on estime à 222 millions le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception. Les raisons évoquées sont notamment un accès limité aux différentes méthodes contraceptives, la crainte ou l'expérience d'effets secondaires, une opposition culturelle ou religieuse.

• **Information sur la contraception.** Si la demande de contraception est rarement spontanée, la majorité des patientes l'accepte lorsqu'elle est proposée. La culture d'origine de la femme en demande de contraception influe de façon minime sur son comportement. En revanche, les conditions économiques et sociales, les politiques de santé menées dans les pays d'origine ainsi que le niveau d'instruction ou de réflexion pèsent davantage sur les demandes exprimées. Il est important, avant de proposer un moyen de contraception, de s'informer sur l'expérience antérieure des personnes et sur leurs représentations des différents moyens. La présence d'un tiers, surtout si c'est un homme, doit généralement être évitée. L'examen gynécologique, qui ne facilite pas l'entretien, n'est pas indispensable lors de la première consultation.

• **Moyens de contraception.** La méthode doit être adaptée au mode de vie de chacun(e). Les préservatifs masculins et féminins sont les seules méthodes pour la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) (*voir p. 420*). Le préservatif féminin a l'avantage de donner aux femmes la maîtrise de l'utilisation. Certaines méthodes contraceptives ont une longue durée d'action : dispositifs intra utérins (DIU), progestatifs en implant ou injectables. D'autres sont définitives : stérilisation tubaire, vasectomie. Les moyens de contraception réversibles les plus efficaces sont les DIU et la plupart des contraceptifs hormonaux, et ils sont remboursés par la Sécurité sociale.

• **La contraception d'urgence ou postcoïtale** est une méthode qui permet de diminuer le risque de grossesse après un rapport non protégé (oubli de pilule, absence de contraception, rupture de préservatif, etc.). En l'absence de contraception, la probabilité moyenne de grossesse est estimée à 7 %. Deux méthodes de contraception d'urgence existent en France : la prise de certaines pilules et la pose d'un DIU :

- la contraception d'urgence souvent appelée « pilule du lendemain »



la mieux évaluée est la prise unique d'un progestatif, le *lévonorgestrel*, dosé à 1,5 mg (NORLEVO®, 1 cp, env. 7 €, R 65 %). Son efficacité est maximale lorsqu'elle est prise quelques heures après le rapport sexuel mais conserve une certaine efficacité jusqu'à 4 jours suivant le rapport sexuel selon Prescrire (déc. 2014) et jusqu'à 3 jours selon l'HAS (déc. 2013). On peut se la procurer dans les pharmacies avec ou sans prescription, elle est délivrée gratuitement aux mineures de 15 à 18 ans mais non remboursée pour les femmes majeures sans ordonnance. Elle peut toutefois être délivrée gratuitement dans les centres de planification familiale pour les femmes en situation précaire. L'autre pilule contient de l'*ulipristal* (ELLAONE®, 1 cp, env. 24 €, R 65 %). Elle est délivrée uniquement sur ordonnance ;

- le **dispositif intra-utérin « en urgence »** au cuivre (27 €, R 65 %) ne peut être délivré que sur ordonnance. Il peut être posé par un médecin au cours d'une consultation jusqu'à 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé et est très efficace (taux d'échec 0,1%).

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

- **Dans le monde.** La diffusion des méthodes contraceptives et de la légalisation de l'avortement ont permis à de nombreuses femmes de faire disparaître la crainte de la grossesse non désirée et des avortements clandestins dangereux. Cependant, ce droit des femmes à disposer de leur corps est limité dans plus de deux tiers des pays. Dans la majorité des États, l'avortement est autorisé uniquement dans des conditions exceptionnelles, par exemple si la vie de la mère est menacée ou s'il existe un risque pour sa santé physique ou mentale. En 2011, seuls 58 pays, soit moins d'un tiers des pays, permettent les IVG sans justification médicale, morale ou économique, et ce droit y est en outre menacé par des mouvements d'opposition actifs.

- **Méthode et accès en France.** Délais légaux : 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée (retard de règles). En cas de grossesse vue précocement (< 49 j d'aménorrhée), une méthode médicamenteuse est possible.

- en cas d'absence de protection maladie : demande en admission immédiate CMU C (*voir p. 233*) ou instruction prioritaire AME (*voir p. 255*);

- si la grossesse est vue précocement : dosage plasmatique quantitatif des β HCG et groupe rhésus;

- dans les autres cas : test urinaire de grossesse, groupe rhésus, échographie obstétricale;

ATTENTION

La contraception d'urgence ne remplace pas une contraception régulière et ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (IST). La demande de contraception d'urgence est une occasion d'information et de conseils sur les différentes méthodes de contraception et sur les risques d'IST.

La loi (art. L 2212-1 CSP)

permet à toute femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la 12^e semaine de grossesse.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,

*Lesbiennes, gays, bi,
et trans, expériences
d'exil*, Maux d'exil,
n° 42, décembre
2013 janvier 2014

Conseil de l'europe,

Unité sur l'orientation
sexuelle et l'identité
de genre, http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/default_fr.asp

Inpes,

*Santé sexuelle :
à quels professionnels
s'adresser ?* La santé
en action, n° 423, mars
2013, http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante_action_423.pdf

ONU,

*La contraception dans
le monde*, Division de
la population, *World
Contraceptive Patterns*,
2013

pour l'orientation vers un centre d'orthogénie, s'adresser au CPEF et/ou à un centre du Mouvement français pour le planning familial (MFPF, *voir les coordonnées des centres et permanences téléphoniques sur www.planning-familial.org/annuaire*).