

Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 juin 2023

Par **Juliette DUFOUR**

Étude épidémiologique descriptive de la population accueillie au Planning familial de Corrèze entre 2020 et 2022, avant et après une intervention auprès des professionnel·les de santé du territoire.

Thèse dirigée par la Docteure Catherine PRIOUX

Examineurs :

Mme. La Professeure Nathalie DUMOITIER

Présidente

M. Le Professeur Gaëtan HOUDARD

Juge

Mme. La Docteure Nadège LAUCHET

Juge

Mme. La Docteure Catherine PRIOUX

Directrice de thèse

Mme. La Docteure Camille SALLÉE

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 juin 2023

Par **Juliette DUFOUR**

**Étude épidémiologique descriptive de la population accueillie au
Planning familial de Corrèze entre 2020 et 2022, avant et après une
intervention auprès des professionnel·les de santé du territoire.**

Thèse dirigée par la Docteure Catherine PRIOUX

Examineurs :

Mme. La Professeure Nathalie DUMOITIER

Présidente

M. Le Professeur Gaëtan HOUDARD

Juge

Mme. La Docteure Nadège LAUCHET

Juge

Mme. La Docteure Catherine PRIOUX

Directrice de thèse

Mme. La Docteure Camille SALLÉE

Membre invité



Le 25 janvier 2023

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

À mon grand-père, Rémi

Remerciements

Aux membres du jury,

À **Madame la Professeure Nathalie DUMOITIER**, Présidente du Jury et Professeure des Universités de Médecine Générale,

Merci de m'avoir accompagnée durant les trois années de cet internat. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

À **Monsieur le Professeur Gaëtan HOUDARD**, Professeur associé des universités à mi-temps de Médecine générale,

Merci pour les heures d'enseignements à la faculté de médecine et particulièrement pour cette troisième année pendant laquelle vous avez su nous accompagner, moi et les autres étudiant-es du groupe d'échanges de pratiques. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

À **Madame la Docteure Nadège LAUCHET**, Maître de Conférence associée à mi-temps de Médecine générale,

Merci beaucoup d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour les cours de médecine générale que vous m'avez donnés et merci d'en faire des moments vivants et conviviaux.

À **Madame la Docteure Catherine PRIOUX**, Directrice de thèse et maître de stage de Médecine générale,

Je ne sais pas comment te remercier pour tout ce que tu m'as apporté.

En tant que tutrice et maître de stage, tu m'as beaucoup appris sur la médecine générale. J'admire profondément ta façon d'exercer, ton courage, ta détermination et tout ce que tu as construit. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale rurale telle que vous la pratiquez sur le plateau de Millevaches.

En tant que directrice de thèse, merci de m'avoir accompagnée avec autant de bienveillance. Tu as été extrêmement disponible et tu as su apaiser mes moments de doute. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

À **Madame la Docteure Camille SALLÉE**, Docteure en gynécologie-obstétrique,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour ce que tu m'as appris lors de ce semestre en gynécologie. Tu resteras pour moi un bel exemple de tolérance et d'engagement auprès de tes patientes.

À ceux qui m'ont appris,

À toute l'équipe des urgences de l'hôpital de Saint-Junien, j'ai fait mes premiers pas d'interne avec vous. Ce premier semestre a été formidable.

À l'ensemble du personnel du service de médecine A de Saint-Junien, je suis venue travailler avec un immense plaisir tous les jours de ce semestre. J'ai tant appris à vos côtés. Merci tout particulièrement à **Marie**, parce que tu sais aussi bien accompagner des patient-es en soins palliatifs que gérer un traumatisme sur un terrain de rugby, tu as su rendre la médecine concrète et passionnante.

A mes maîtres de stages ambulatoires,

À Delphine, tu m'as initiée à la pratique de la médecine générale. Merci de m'avoir fait confiance lors de mes premières consultations.

À Aude, le semestre ne fait que commencer, mais je peux déjà te remercier pour tout ce que tu m'as appris. Sache que j'admire profondément tes connaissances, la rigueur avec laquelle tu exerces ton métier et ton empathie vis-à-vis des patient-es.

À mes super co-internes,

Marion, quand même la moitié de l'internat ensemble, heureusement que tu as été là. C'est extrêmement stimulant de travailler avec toi, sache-le. Et surtout, tu comprends ma passion pour les kystes et les furoncles. **Paulette**, merci de m'avoir poussée à soutenir ma thèse. Tu es faite pour la médecine générale, tes futur-es patient-es ont de la chance. **Sabine**, la force tranquille de ce quatuor, je suis heureuse d'avoir vécu ces chouettes moments à Saint-Junien avec toi.

Aux militant-es du Planning familial de Corrèze, et tout particulièrement à David, Mara et Amandine,

Cette thèse n'aurait pas existé sans vous. Merci pour votre implication dans ce travail.

Merci à Nathalie, coordinatrice du réseau MilleSoins, merci de m'avoir aidée à organiser l'intervention auprès des professionnel·les de santé.

À mes proches,

À mes parents, merci d'avoir été des parents aussi géniaux. **Maman**, de l'apprentissage de la lecture à la relecture de cette thèse, tu m'as tellement soutenue. C'est grâce à toi si demain j'exercerai ce passionnant métier. Merci pour ta douceur, ton infinie patience et l'amour que tu nous donnes depuis toujours. **Papa**, j'admire tellement ton ouverture d'esprit et ton optimisme. Merci de m'avoir entourée d'amour comme tu l'as fait.

À Loulou, je suis tellement heureuse que tu sois si présent dans ma vie. J'adore ta vision de la vie et du monde qui t'entoure. Merci pour tout ce que j'apprends avec toi.

À ma grand-mère, merci mamie pour la tarte aux poireaux. Nous faire à manger comme tu le fais, c'est une si belle preuve d'amour.

À mes grands-parents, vous n'êtes malheureusement plus là pour partager cette joie avec moi. **Papi**, tu es parti un peu tôt quand même, merci pour tous ces moments, merci pour ces vacances où tu nous emmenais en barque pour pêcher.

À tous mes oncles, tantes et cousin-es, je suis fière de faire partie de cette famille. Même si vous habitez aux quatre coins du monde parfois, je suis heureuse des liens qui nous unissent.

À Laure, merci d'être la marraine que tu es. Nous avons peu de temps pour nous voir mais ton regard bienveillant m'a accompagnée jusqu'à aujourd'hui.

À Anne, nous sommes devenues à la fois des adultes et des médecins ensemble. Il n'existe aucun mot pour décrire ce que nous avons vécu. J'ai tout découvert avec toi : la médecine, les stages, les gardes, les voyages, le féminisme, le ceviche. Sache que j'admire profondément la gynécologue que tu deviens.

À Victor, parce que tu es ce gars qui fait gaffe aux autres. Merci de partager ma vie comme tu le fais. Merci pour ton amour, ton écoute et ta douceur. Je suis certaine que des choses magnifiques nous attendent.

À Aviva, tu es un repère si important pour moi. Merci d'être ce que tu es, si marrante et optimiste. J'aime boire les mêmes bières, dans le même bar, avec toi, depuis des années.

À Ronan, merci d'avoir partagé ce joli bout de chemin avec moi. Tu es une formidable personne. Je n'oublie rien, des voyages en camion aux saisons à ramasser des courges. Merci de m'obliger à grimper en tête parfois, nous avons tant de murs d'escalade qui nous attendent.

À Chloé, ma douce. Tu es si lumineuse quand tu as passé du temps dans la forêt. Parler de l'avenir et vouloir changer le monde avec toi m'apaise. Merci d'être là.

À toutes mes ami-es de Limoges, et notamment à tous ceux qui font du théâtre. Merci de m'avoir fait découvrir cet univers. Vous êtes si courageux·ses de vous battre pour vos idéaux.

À Marine, je suis heureuse d'avoir survécu à la PACES avec toi. Merci pour ces jolies années de colocation.

À la septième, Lucie, Adrien, Henri et JT, je n'avais pas du tout prévu de vous rencontrer au Cameroun, vous faites partie des très belles surprises de ma vie.

À mes plus ancien·nes ami·es, Tilio, merci d'être là dans les moments importants. **Salomé**, tu me fais toujours beaucoup rire, surtout quand tu râles parce que j'oublie l'anatomie. Tu es une super kiné, j'en suis certaine. **Betty**, merci d'avoir eu cette place dans ma vie, je n'oublie rien.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AD : Association départementale

ANCIC : Association nationale des centres d'IVG et de contraception

APL : Accessibilité potentielle localisée

CADA : Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CCF : Conseiller·ère conjugal·e et familial·e

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMP : Centre médico-psychologique

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CPSS : Centre de promotion en santé sexuelle

DIU : Dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

EVARS : Espace de vie affective, relationnelle et sexuelle

FSF : Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut médicoéducatif

IPPF : Internationale planned parenthood federation

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LGBTQI+ : Lesbienne, gay, bisexuel·le, transsexuel·le, queer, intersexe

MFPF : Mouvement français pour le Planning familial

MLAC : Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

PF : Planning familial

PF19 : Planning familial 19 (Association départementale de la Corrèze)

PMA : Procréation médicalement assistée

RDPF : Recueil de données du Planning familial

RSS : Réduction du risque sexuel

SNSS : Stratégie nationale de santé sexuelle

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

En accord avec les recommandations de novembre 2015 du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, cette thèse est rédigée en écriture inclusive. (1)

Table des matières

Remerciements	13
Droits d'auteurs	16
Liste des abréviations.....	17
Table des matières.....	19
Table des illustrations.....	22
Table des tableaux.....	23
I. Introduction	24
II. Le Planning Familial	25
2.1. L'histoire du planning familial	25
2.1.1. Création.....	25
2.1.2. Premiers centres d'accueil.....	25
2.1.3. Légalisation de la contraception	25
2.1.4. Mai 68 et les mouvements féministes	25
2.1.5. Légalisation de l'avortement	26
2.1.6. 1980 : les années de crise.....	26
2.1.7. Lutte contre le virus du SIDA	27
2.1.8. Apparition de la procréation médicalement assistée (PMA)	27
2.1.9. Lutte contre les violences faites aux femmes.....	27
2.1.10. Action internationale	27
2.1.11. Les années 2000.....	28
2.2. Aujourd'hui.....	28
2.2.1. Organisation	29
2.2.2. Conseiller·ère conjugal·e et familial·e (CCF)	30
2.2.3. Formation « éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle »	31
2.2.4. Actions du PF	31
2.2.4.1. Education à la vie affective et sexuelle.....	31
2.2.4.2. Interruption volontaire de grossesse	31
2.2.4.3. Contraception.....	31
2.2.4.4. VIH et IST	31
2.2.4.5. Violences	31
2.2.4.6. LBGTQI+.....	32
2.3. Le Planning Familial de Corrèze (PF19)	32
2.3.1. Accueil.....	32
2.3.2. Permanences en camion	32
2.3.3. Interventions en institutions	32
2.3.4. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines	33
2.3.5. Stands d'information et de prévention.....	33
III. Approche de la santé sexuelle en médecine générale.....	34
3.1. Concept de santé sexuelle	34
3.2. Thématiques de santé sexuelle.....	36
3.2.1. Contraception	36
3.2.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)	36

3.2.3. Violences.....	37
3.2.4. Personnes LGBTQI+	37
IV. Répartition des professionnel.les de santé	40
4.1. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL).....	40
4.2. Etat des lieux sur le plateau de Millevaches.....	40
4.2.1. L'APL aux médecins généralistes.....	40
4.2.2. Densité de gynécologues libéraux	43
V. Le pôle de santé MilleSoins	46
VI. Matériel et méthodes.....	47
6.1. Type d'étude	47
6.2. Objectifs de l'étude	47
6.3. Contacts.....	47
6.4. Sélection des professionnel.les de santé	47
6.5. Information aux professionnel.les de santé	47
6.5.1. Plaqueette d'information	47
6.5.2. Rencontre entre professionnel.les de santé et militant.es du PF.....	48
6.6. Recueil des données	48
6.7. Analyse statistique	50
6.8. Bibliographie	50
VII. Résultats.....	51
7.1. Description de la population et des entretiens.....	51
7.1.1. Âge.....	51
7.1.2. Genre et identité de genre	52
7.1.3. Département du domicile.....	52
7.1.4. Type d'accueil	52
7.1.5. Site d'accueil	52
7.1.6. Thématique de l'entretien	53
7.1.7. Premier contact	54
7.1.8. Orientation après l'entretien.....	55
7.2. Connaissance du PF19.....	55
VIII. Discussion.....	57
8.1. Matériel et méthodes	57
8.2. Résultats.....	58
8.2.1. Nombre d'entretiens	58
8.2.2. Description de la population	58
8.2.3. L'accueil au PF19.....	59
8.2.4. Thématiques des entretiens	60
8.2.4.1. Répartition des thématiques en fonction du genre.....	61
8.2.4.2. Répartition des thématiques en fonction de l'âge	63
8.2.5. Connaissance du PF	63
8.3. Limites	64
8.3.1. Type d'étude.....	64
8.3.2. Biais	65
8.4. Forces.....	65
8.5. Mises en perspective	65
8.5.1. Formation	65
8.5.2. Médicalisation du PF	66

IX. Conclusion	67
Références bibliographiques	68
Annexes	70
Serment d'Hippocrate.....	77

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition des associations départementales sur le territoire français.....	30
Figure 2 : Schématisation des obstacles à l'abord de la santé sexuelle.....	35
Figure 3 : APL aux médecins généralistes du Limousin, 2018.....	41
Figure 4 : APL aux médecins généralistes de la Creuse, 2018.....	41
Figure 5 : APL aux médecins généralistes de la Corrèze, 2018.....	42
Figure 6 : APL aux médecins généralistes du Parc naturel régional de Millevaches comparativement aux autres Parcs naturels régionaux, 2018.....	43
Figure 7 : Densité de gynécologues libéraux (pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) en Limousin, 2020.....	44
Figure 8 : Densité de gynécologues libéraux (pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) en Creuse, 2020.....	44
Figure 9 : Densité de gynécologues libéraux (pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) en Corrèze, 2020	45
Figure 10 : Répartition des professionnel.les de santé et des lieux d'accueil du PF19.....	46
Figure 11 : Distribution de la population par tranche d'âge et par année	51
Figure 12 : Distribution des types d'accueils par année	52
Figure 13 : Distribution des entretiens par thématique.....	53
Figure 14 : Distribution du genre en fonction de la thématique de l'entretien	54
Figure 15 : Distribution en fonction de l'orientation après entretien.....	55
Figure 16 : Proportion d'entretiens avec la donnée "Connaissance du PF" connue, en fonction de l'année.....	56

Table des tableaux

Tableau 1 : Distribution des thématiques en fonction de l'âge	54
Tableau 2 : Connaissance du PF	56

I. Introduction

La stratégie nationale de santé sexuelle, définie en 2017 par le Ministère des affaires sociales et de la santé, considère la santé sexuelle comme faisant « partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie ». (2)

Plusieurs études ont analysé les freins des professionnel·les de santé à aborder et à traiter les questions de santé sexuelle. Dans l'étude de *P. Mendez Fuentes* (3), les médecins généralistes interrogé·es évoquent, face à ces questions qui relèvent de l'intime, « le sentiment d'illégitimité et d'incompétence, le manque de formation, la gêne, la crainte de l'érotisation de la relation médecin-malade et le risque de judiciarisation ». D'autres travaux de recherche de *Giami et al.* montrent le même type de freins parmi les professions paramédicales comme par exemple chez les infirmier·ères. (4)

De plus, dans les territoires ruraux, la dispersion de l'offre de soins et la faible densité de spécialistes comme les gynécologues va rendre cette prise en charge encore plus complexe.

Enfin, même pour des professionnel·les de santé souhaitant aborder les questions de vie affective et sexuelle avec leur patient·es, il est parfois difficile de trouver un réseau adapté vers qui les orienter lorsque cela le nécessite (psychologues, associations de victimes, professionnel·les de la justice, etc).

Une des solutions à cette problématique réside dans la mobilisation de ressources locales déjà existantes comme le Planning familial. C'est une association qui œuvre pour l'amélioration de la prise en charge des problématiques de vie affective et sexuelle.

C'est pourquoi, nous nous sommes intéressé·es au Planning familial situé sur le plateau de Millevaches, territoire rural particulier et réparti sur les départements de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne. La population y est peu dense et plus âgée que la moyenne nationale mais ce territoire possède par ailleurs un tissu militant et associatif riche.

Les professionnel·les de santé de ce territoire exercent au sein d'un réseau original appelé MilleSoins qui propose une offre de soins pluridisciplinaire répartie sur plusieurs sites.

Dans un premier temps, notre travail a consisté à décrire les caractéristiques de la population accueillie au Planning familial de la Corrèze. Nous avons ensuite organisé des interventions auprès des professionnel·les de santé du réseau MilleSoins afin d'améliorer leur connaissance du Planning familial et d'en optimiser leur usage. Enfin, nous avons analysé l'impact de ces actions sur la fréquentation du Planning familial en espérant avoir amélioré la prise en charge des questions de santé sexuelle de ce territoire.

II. Le Planning Familial

2.1. L'histoire du planning familial

2.1.1. Création

L'association Maternité Heureuse naît en 1956, dans le but de lutter pour la légalisation de la contraception. Cette dernière était interdite en France par une loi de 1920. C'est principalement le nombre de grossesses non désirées et donc d'avortements clandestins avec leurs conséquences, qui poussent un groupe de femmes à fonder cette association.

À la fin des années 1950, la légalisation de la contraception n'est donc pas une fin en soi mais un moyen pour supprimer le recours à l'avortement. (5)

En 1958, Maternité Heureuse devient membre de l'Internationale planned parenthood federation (IPPF). Les militant·es bénéficient alors de l'expérience des autres structures à l'étranger et peuvent participer aux congrès internationaux.

Les premières années de Maternité Heureuse sont consacrées à l'étude des techniques contraceptives.

Mais l'accueil du public est une activité encore très marginale, les fondatrices préfèrent voyager pour étudier les techniques contraceptives pratiquées en Angleterre, Hollande, Norvège, Suisse, Allemagne et aux États-Unis. En France, elles multiplient conférences et débats, dans un effort de diffusion éducative. (5)

En 1960, Maternité Heureuse change de nom pour s'harmoniser avec les autres pays et devient le Mouvement français pour le Planning familial (MFPF) aussi appelé Planning familial (PF).

2.1.2. Premiers centres d'accueil

Le 10 juin 1961, le premier centre d'accueil du public ouvre à Grenoble. Ce centre est illégal. La contraception distribuée dans ces centres est d'abord importée d'autres pays.

Entre 1961 et 1967, le nombre d'adhérent·es est multiplié par quinze, montrant ainsi l'urgence de légaliser la contraception en France. (5)

2.1.3. Légalisation de la contraception

En 1967, après un combat parlementaire, Lucien Neuwirth fait voter la loi autorisant la vente en pharmacie des contraceptifs sur ordonnance. Il a pour cela été aidé notamment par le PF et le Collège médical du Planning familial. Dans les années 1960, le PF a également participé aux nombreux débats accompagnant les projets de loi relatifs à la contraception.

2.1.4. Mai 68 et les mouvements féministes

Le PF n'est pas représenté en tant que mouvement aux manifestations de 1968. En effet, les responsables de l'association refusent d'être associé·es aux évènements, puisque le PF se prépare à animer des structures publiques. (5)

En revanche de nombreux·ses militant·e·s s'y retrouvent à titre personnel.

2.1.5. Légalisation de l'avortement

Le « Manifeste des 343 » est publié en 1971 dans Le Nouvel Observateur. Il s'agit de 343 femmes qui déclarent publiquement avoir avorté. Ce texte est signé par des personnalités connues, mais aussi par des anonymes.

C'est donc logiquement que le congrès du MFPPF, en juin 1971, prend pour la première fois position :

Devant cette situation et fidèle à sa conception de la liberté et de la dignité individuelles, le Mouvement récusé toute législation répressive en ce domaine (5)

Un nombre croissant de médecins pratiquent des avortements. À partir de 1973, des avortements illégaux ont lieu dans les locaux du PF.

Le PF joue un rôle majeur de coordination. Il participe activement à la naissance du Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC) en 1973.

Dans la France des années 1970, le débat sur la libéralisation de l'avortement monte, la loi du silence se brise, la revendication d'un droit à l'avortement fait tache d'huile sur tout le pays, le Planning familial soutient les mouvements de rue et se lance lui aussi, après de vifs conflits internes, dans l'action subversive. (5)

Un premier texte est présenté au parlement en juin 1973. Mais il n'autorise l'avortement que dans un cadre très restrictif et déçoit beaucoup le MLAC.

C'est en 1974 que le contexte va devenir favorable : l'opinion publique est acquise, et la situation des avortements clandestins devient ingérable pour les autorités. Simone Veil, alors ministre de la Santé, fait voter une loi autorisant l'avortement. Elle insiste sur des arguments humanitaires plus que sur la dimension politique de cette loi. Elle sera intransigeante sur le fait que la décision d'avorter appartient à la femme seulement, conformément au souhait des féministes. En revanche, elle doit faire plusieurs concessions à ses adversaires : deux entretiens obligatoires, dont un avec un-e médecin, sont prévus et il est imposé un délai de réflexion de huit jours. De plus, l'avortement ne sera pas remboursé par la sécurité sociale.

Le 29 novembre 1974, 284 député-es se déclarent pour l'adoption de la loi, 189 s'y opposent.

Le MFPPF décide alors d'arrêter de pratiquer les IVG dans ses centres pour forcer le secteur public à créer des services d'IVG. Mais de nombreux hôpitaux retardent l'ouverture de services proposant des IVG.

2.1.6. 1980 : les années de crise

L'association du PF fait face à une crise sans précédent, liée, entre autres, à des difficultés à réagir face à la crise du sida et à des incertitudes concernant la direction à donner aux combats du mouvement. Après le combat pour la légalisation de l'avortement, le PF doit retrouver une ligne directrice. D'autant plus que depuis le début des années 1980, de nombreuses luttes symboliques sont maintenant menées par le ministère du Droit des femmes.

À cette époque-là, deux tendances se dessinaient : une partie des militant-es considérait que le MFPPF devait se concentrer sur les questions d'IVG et de contraception, alors que l'autre partie estimait qu'il fallait s'ouvrir aux questions de maternité, d'analyse de genre, et à d'autres formes de luttes dans une démarche intersectionnelle. (5)

2.1.7. Lutte contre le virus du SIDA

À partir de 1988, les pouvoirs publics décident de s'appuyer sur le MFPP pour effectuer des campagnes de prévention sur la transmission du VIH. C'est notamment lors des interventions en milieu scolaire que le PF tente d'informer la population sur le mode de transmission de ce virus et les moyens de s'en protéger.

En 1990, les centres de planification obtiennent l'autorisation de devenir centres de dépistage. (5)

2.1.8. Apparition de la procréation médicalement assistée (PMA)

En 1982, le premier bébé-éprouvette français naît. Cette avancée scientifique suscite de nombreuses questions au sein du PF français.

Un colloque sur le sujet est organisé par le PF en 1988, en présence de la Secrétaire d'Etat chargée du Droit des femmes, de scientifiques et de militant-es.

Au centre des débats, une question fondatrice : ces nouvelles méthodes sont-elles une chance pour les femmes ou au contraire une dépossession ? (5)

Une fois le colloque terminé, la question de la PMA n'a plus beaucoup été discutée au sein du PF. En effet, les méthodes étant de plus en plus fiables, elles réduisent les risques pour les femmes. La PMA n'est aujourd'hui plus débattue au sein du mouvement.

2.1.9. Lutte contre les violences faites aux femmes

En 1985, les membres du Collectif féministe contre le viol décident d'aller vérifier le fonctionnement des structures accueillant les femmes victimes de viols et découvrent que malgré l'obligation légale, aucun des sites ne fonctionne.

C'est à cette occasion que plusieurs associations, dont le PF, interpellent les pouvoirs publics qui mettent donc en place, avec l'aide des associations, un numéro d'écoute. Dans un premier temps la permanence d'écoute est installée dans les locaux du MFPP.

Mais c'est seulement en 2003, qu'une étude « Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) » permet pour la première fois en France de mesurer l'ampleur du phénomène. Selon l'ENVEFF : « parmi les femmes de vingt à cinquante-neuf ans vivant en couple, une sur dix a été victime de violence de la part de son conjoint ou concubin pendant l'année précédant l'enquête ». (6)

Actuellement, le PF anime dix-huit groupes de parole sur les violences sexuelles, ainsi qu'un groupe de parole pour hommes violents et un pour délinquant-es sexuel-les.

Le dépistage systématique des violences est réalisé au cours des entretiens menés au PF. L'association travaille étroitement avec des structures d'aide aux femmes victimes de violences telles que « Solidarité femmes ».

2.1.10. Action internationale

Dès 1958, le PF (encore nommé Maternité Heureuse) adhère à l'IPPF (Internationale planned parenthood federation). Mais pendant des années cette adhésion reste extrêmement formelle, et les combats du PF français ne se retrouvent pas dans ceux de l'association internationale.

C'est dans les années 1980 que la commission internationale du PF se développe. Elle participe, notamment, aux grandes conférences internationales comme le forum mondial de Rio en 1992 ou la conférence du Caire de 1994. Le MFPF y défend les droits des femmes dans leur globalité, et plus particulièrement le droit d'avoir une vie sexuelle et affective libérée.

Après la chute de l'URSS dans les années 1990, de nombreux pays de l'Est de l'Europe durcissent les lois relatives à la contraception et à l'avortement. C'est à cette occasion que les actions du MFPF deviennent plus européennes. Des militant-es français-es se rendent alors dans les pays de l'ex-URSS pour tenter de former une force féministe européenne.

C'est aussi dans ces années-là que le lobby pour le droit des femmes se développe pour défendre le droit des femmes auprès des institutions européennes.

À une échelle plus internationale, à la fin des années 1990, le MFPF développe des programmes de réduction du risque sexuel (RSS) dans certains pays africains. Le but est d'y promouvoir la santé sexuelle et de sensibiliser la population aux questions des infections sexuellement transmissibles (IST) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), en travaillant en partenariat avec les associations locales.

2.1.11. Les années 2000

Tout en poursuivant les permanences « classiques », le PF tente de diversifier ses actions pour toucher un nouveau public.

Une permanence téléphonique « Ecoute-Sexualité-Contraception » est créée par la mairie de Paris et confiée au PF.

Le PF devient un lieu où les mineurs et les personnes sans papier peuvent recevoir des soins et une contraception gratuitement.

Depuis la suppression de l'entretien pré-IVG, le PF a observé une nette diminution de la fréquentation des permanences IVG. Mais l'association continue de recevoir les femmes ayant dépassé le délai légal en France, afin de les accompagner à l'étranger, dans des pays où la législation est différente.

La lutte contre les violences faites aux femmes s'intensifie et les anciens combats, comme l'accès à la contraception et le droit à l'avortement restent d'actualité.

2.2. Aujourd'hui

Le PF est aujourd'hui un réseau associatif composé de 72 associations départementales (AD) et 9 fédérations régionales. Il assure un service d'écoute, d'accompagnement et des consultations médicales. Les entretiens sont gratuits et anonymes. (7)

À travers des permanences dans ses locaux ainsi qu'à l'aide d'un numéro vert, ce réseau tente d'assurer pour tous et toutes un accès à la santé sexuelle, une prise en charge des violences et une éducation à la vie affective.

Il joue également un rôle d'éducation lors d'actions collectives en milieu scolaire et aussi à travers la formation de professionnel·les.

Dans le but de toucher un public encore plus large, les bénévoles et salarié·es du PF réalisent des maraudes et des interventions en milieu festif.

En 2020, ce sont 33 % de salarié·es et 66 % de bénévoles qui font vivre le PF. (7)

2.2.1. Organisation

Le PF s'organise en trois niveaux : les associations départementales, les fédérations régionales, et la confédération nationale. (7)

Il existe 72 associations départementales en France. Elles sont directement en contact avec le public dans leurs locaux. Elles animent également des interventions à l'extérieur et dispensent des formations notamment aux professionnel·les de santé.

Les associations départementales peuvent être soit des EVARS (Espace de vie affective, relationnelle et sexuelle) soit des CPEF (Centre de planification et d'éducation familiale). Les CPEF sont maintenant appelés CPSS (Centre de promotion en santé sexuelle). (Figure 1)

Les EVARS sont des lieux d'information, d'écoute, de sensibilisation et de prévention en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle. Le service délivré est anonyme et gratuit. (7)

Tous les EVARS ne sont pas portés par le PF mais parfois par d'autres associations.

Les CPEF offrent les mêmes compétences que les EVARS mais peuvent également assurer des actes médicaux tels que la prescription de contraception, les vaccinations et la réalisation d'IVG. (7) De même que pour les EVARS, tous les CPEF ne sont pas gérés par l'association du Planning familial.

On retrouve parfois les CPEF dans les centres d'orthogénie. Ils sont alors souvent associés à un service proposant les IVG chirurgicales.

De plus, une seule AD, celle des Pyrénées-Atlantiques, est associée à un Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

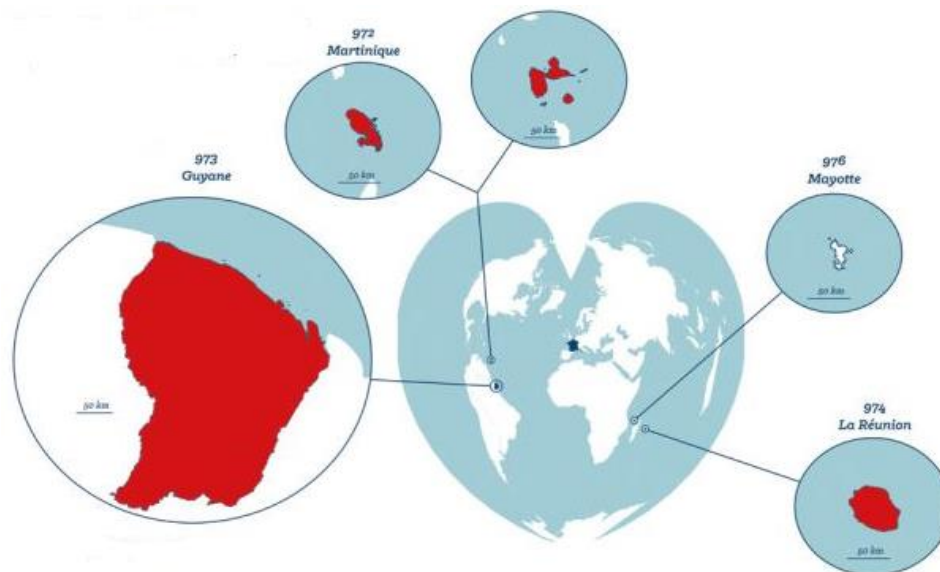
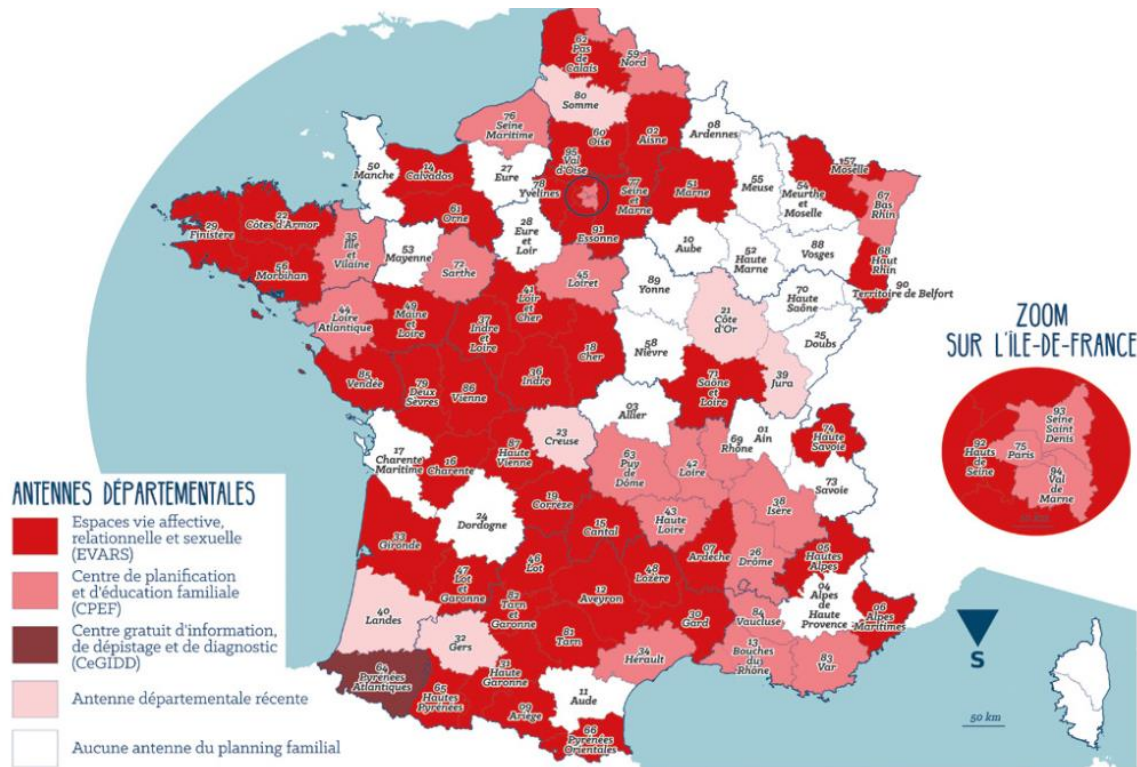


Figure 1 : Répartition des associations départementales sur le territoire français

Source : Rapport d'activité national 2021

2.2.2. Conseiller-ère conjugal-e et familial-e (CCF)

L'accueil au PF peut être réalisé par des CCF.

Les CCF sont formé-es à l'entretien individuel ou collectif. Leurs compétences concernent le développement psycho-affectif, sexuel et social. Les CCF maîtrisent des savoirs et des

pratiques liés au désir/non désir de grossesse, aux IST, aux questions de violences liées au genre, au couple et à la famille.

Les CCF ont également développé des capacités d'accueil, d'orientation et d'information auprès de différents publics.

2.2.3. Formation « éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle »

L'accueil au PF peut également être réalisé par des bénévoles ou salarié·es ayant bénéficié de la formation « éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle ».

Cette formation est dispensée en 160h de cours théoriques et pratiques. Elle est accessible à tous·tes les adhérent·es du PF, salarié·es ou bénévoles. (7)

2.2.4. Actions du PF

2.2.4.1. Education à la vie affective et sexuelle

La loi prévoit trois séances par an d'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école primaire, au collège et au lycée. Le PF est souvent sollicité pour intervenir en milieu scolaire dans ce contexte-là.

2.2.4.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Après s'être battu pour la légalisation de l'avortement, le PF milite pour que toutes les femmes puissent y avoir accès. Les membres du PF accueillent, orientent et accompagnent les femmes souhaitant recourir à l'IVG. (7)

Le PF accompagne également les femmes à l'étranger pour réaliser des IVG lorsque le délai légal en France est dépassé.

2.2.4.3. Contraception

Un des objectifs du PF est de réduire les inégalités d'accès à la contraception notamment pour les mineur·es et dans les zones rurales.

2.2.4.4. VIH et IST

Depuis l'apparition du virus du VIH, le PF s'implique dans la prévention des contaminations à travers l'éducation et la formation.

De nombreuses actions collectives sont menées par l'association. A l'occasion de festivals, par exemple, des préservatifs internes et externes sont alors distribués gratuitement, toujours accompagnés de conseils.

C'est aussi un des thèmes les plus abordés en milieu scolaire.

2.2.4.5. Violences

Dans sa lutte contre les violences faites aux femmes le PF s'investit sur trois plans : la prévention, la protection des victimes et le travail auprès des auteurs. (7)

Les membres du PF sont en contact avec les associations de victimes, le système judiciaire et les professionnel·les de santé pour une prise en charge pluridisciplinaire des femmes victimes de violences.

2.2.4.6. LGBTQI+

Le PF est un lieu d'accueil et d'écoute pour les personnes LGBTQI+ (Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Transsexuel·le, Queer, Intersexe).

Il a également pour mission d'intervenir en milieu scolaire pour la lutte contre l'homophobie et la transphobie.

2.3. Le Planning Familial de Corrèze (PF19)

Concernant la répartition des associations départementales dans l'ancienne région Limousin, il existe le PF23 de Guéret, le PF87 avec trois groupes locaux à Limoges, Saint-Yrieix et Bellac et le PF19 avec deux groupes locaux à Peyrelevade et à Tulle.

Le groupe local de Peyrelevade se trouve en zone rurale, sur le plateau de Millevaches en Corrèze. Il a été créé en mars 2015.

Un deuxième groupe local du PF19 s'est constitué en 2021, celui-ci se situe dans la ville de Tulle, en Corrèze.

Le PF19 est composé actuellement de 6 salarié·es pour le groupe local de Peyrelevade et de 2 salarié·es pour le groupe local de Tulle. Le PF19 est aussi animé par 25 bénévoles actif·ves. Comme de nombreux PF, le lieu n'est pas médicalisé.

2.3.1. Accueil

Le local d'accueil initial est situé dans le village de Peyrelevade, en Corrèze. C'est une commune d'environ 800 habitant·es.

« Notre local d'accueil physique à Peyrelevade permet au public de disposer d'un lieu d'information, d'écoute et d'échanges, auquel s'ajoute un accueil téléphonique et des contacts par courriel/messages via les réseaux sociaux. » (8)

Ce lieu se situe dans l'ancienne maison de retraite, où d'autres associations locales se sont également implantées.

2.3.2. Permanences en camion

En 2020, durant le confinement lié à l'épidémie de COVID 19, des permanences dans les supermarchés ont été organisées, derniers lieux encore accessibles pour les victimes de violences par exemple.

L'expérience a été pérennisée avec l'achat d'un camion qui permet de tenir des permanences sur les parkings des supermarchés ainsi que des permanences proches d'établissements accueillant des adolescent·es.

2.3.3. Interventions en institutions

Le PF19 anime des séances d'éducation au consentement et à la vie affective et sexuelle au Centre éducatif fermé des Monédières en Corrèze et à l'Institut médicoéducatif (IME) de Felletin.

Il existe également des conventions signées avec trois Centres d'accueil de demandeurs d'asiles (CADA) sur le territoire, à Meymac, Eymoutiers et Peyrelevade. Tous les ans, quatre ateliers sont menés au sein de ces CADA. (8)

2.3.4. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines

Les CCF accompagnent les femmes victimes de mutilations sexuelles. Pour cela l'association est en contact avec un chirurgien et un sexologue du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges.

2.3.5. Stands d'information et de prévention

Lors d'événements festifs, de forums santé ou de journées de lutte, les CCF tiennent des stands d'information et de prévention afin d'aller directement à la rencontre du public.

Nous avons pu voir dans cette première partie l'histoire et les évolutions du PF. Cette association est aujourd'hui une référence dans le domaine de l'éducation à la vie affective et sexuelle. A une échelle plus locale, le PF19, singulier par sa localisation rurale, assure un accueil, un accompagnement et des formations autour des questions de vie affective et sexuelle. Nous allons développer dans la seconde partie l'abord des questions de santé sexuelle par les professionnel·les de santé, et plus spécifiquement en médecine générale.

III. Approche de la santé sexuelle en médecine générale

3.1. Concept de santé sexuelle

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (9) :

La santé sexuelle est un état de bien-être physique émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination, ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. »

La France s'est dotée en 2017 d'une Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS), plaçant la santé sexuelle comme une composante essentielle de la santé, intégrée à la Stratégie nationale de santé 2017-2030. (2)

Selon le comité d'élaboration de la SNSS, il reste encore, en 2017, en France, de nombreux indicateurs qui sont peu satisfaisants :

- 25 % des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité
- Un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG
- Une augmentation de 10 % d'IST chez les 15-24 ans entre 2012 et 2014 et chez les populations vulnérables
- Près de 6000 nouvelles séropositivités en 2015
- La couverture vaccinale contre l'hépatite B est insuffisante chez les adolescent-es et les adultes exposé-es et la couverture vaccinale contre le papillomavirus est également trop faible
- Une femme sur sept et un homme sur vingt-cinq déclarent avoir subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie

Il apparaît que les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé sexuelle, par exemple à travers la prévention, le dépistage systématique des violences, la prescription de contraception ou le dépistage et le suivi des IST.

Les médecins généralistes peuvent être confronté-es à des patient-es dont les motifs de consultation concernent la santé sexuelle. C'est notamment le cas dans les zones rurales où l'accès à un ou une médecin spécialisé-e, comme un ou une gynécologue, est compliqué.

Par manque de formation ou bien de temps, les médecins généralistes peuvent parfois se retrouver en difficulté sur ce type de consultations.

Selon A. Giamani (10) dans son étude *Les médecins généralistes face à la sexualité : représentations et pratiques*, les médecins généralistes peuvent afficher quatre postures différentes en ce qui concerne la santé sexuelle :

- L'évitement : une partie des médecins généralistes interrogé-es considèrent que la sexualité ne fait pas partie de leurs champs d'activité.

- L'appropriation médicale des problèmes de la sexualité : cette posture consiste à considérer les questions relatives à la sexualité comme un « simple problème médical ».
- L'approche globale, holistique : en plus de prendre en compte les dimensions physiologiques et fonctionnelles, les médecins généralistes considèrent les composantes psychologiques et relationnelles de la santé sexuelle.
- La spécialisation : deux des médecins généralistes interrogé-es ont exprimé « un intérêt très poussé pour les questions liées à la sexualité » allant parfois jusqu'à une formation universitaire spécialisée (DU).

Les obstacles à l'abord de la santé sexuelle en médecine générale sont rapportés par P. Mendez Fuentes (3) dans son travail de thèse et résumés dans la figure suivante. (Figure 2)

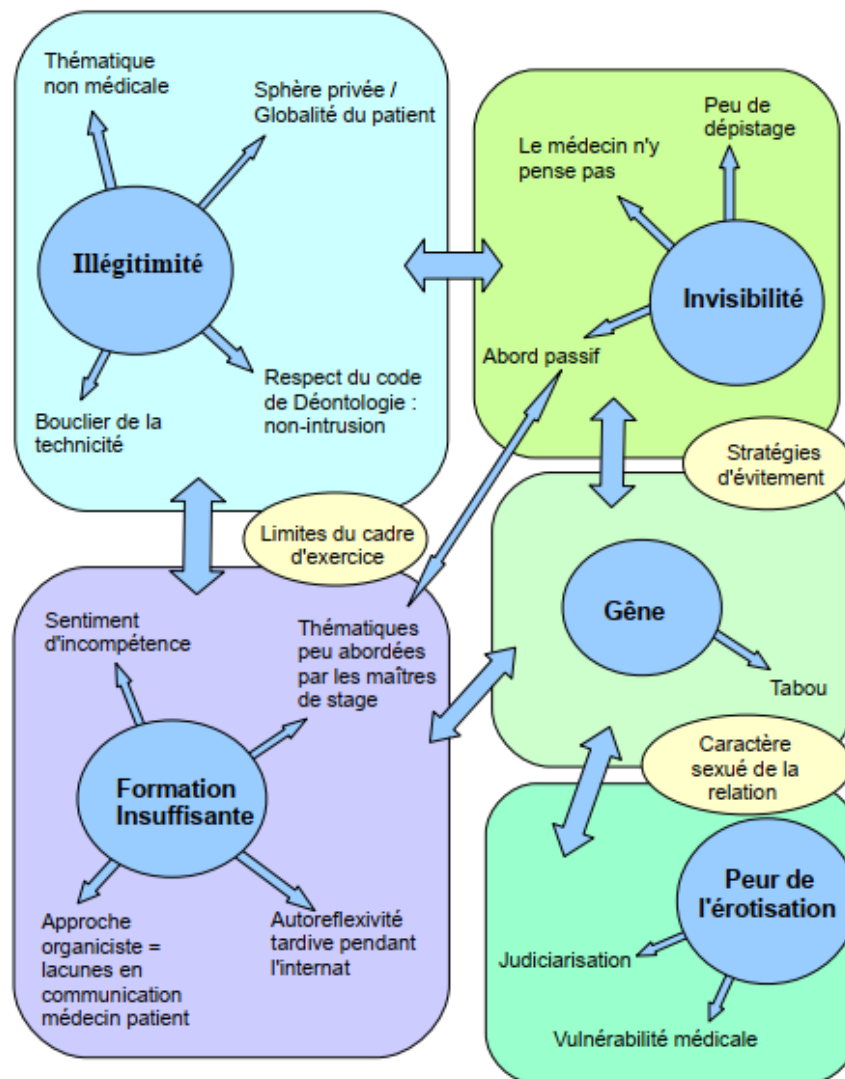


Figure 2 : Schématisation des obstacles à l'abord de la santé sexuelle

Source : Perrine Mendez Fuentes, Formation en santé sexuelle des médecins généralistes : Etude d'une formation originale par le Planning Familial de la Vienne

Nous allons voir quels sont les thèmes, liés à la santé sexuelle, rencontrés par les médecins généralistes et les difficultés auxquelles ces dernier·ères peuvent être confronté·es.

3.2. Thématiques de santé sexuelle

3.2.1. Contraception

Selon une étude menée par Santé Publique France, en 2016, la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé en France (11), devant le dispositif intra-utérin (DIU) et le préservatif. Mais le recul de la pilule se poursuit en particulier dans la tranche d'âge 20-29 ans. Ce dernier se fait au profit du DIU, du préservatif et de l'implant.

Il est donc évident que les médecins généralistes devront, à l'avenir, diversifier leurs prescriptions de contraceptions.

Or, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (12):

« Moins de 10 % des DIU sont prescrits par des médecins généralistes. Les nouvelles méthodes hormonales – l'anneau, le patch, et surtout l'implant – sont également rarement prescrites par les médecins généralistes. »

Il n'est pas étonnant que certain·es médecins généralistes se retrouvent en difficultés face à la prescription d'une contraception. Plusieurs études montrent que, dès l'internat, les futurs médecins généralistes considèrent leur formation insuffisante concernant la contraception. (13)

3.2.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Depuis 2004, les médecins généralistes peuvent pratiquer les IVG médicamenteuses.

Selon le rapport de la SNSS (2), publié en 2018, moins d'une IVG sur cinq est réalisée hors établissement de santé et 75 % de ces dernières sont réalisées par des gynécologues.

Dans son travail de thèse sur les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes du Vaucluse, publié en 2021, A. Guilbot (14) démontre que parmi les médecins généralistes ne pratiquant pas d'IVG médicamenteuse :

76 % considèrent que l'IVG fait partie du champ d'action de la médecine générale, mais 24 % estiment qu'elle implique encore trop d'inconvénients

Cette étude montre que la principale raison évoquée par les médecins généralistes ne pratiquant pas d'IVG est la perception d'une bonne organisation du réseau de soins et des structures dédiées à l'IVG.

Pour ceux et celles ayant une pratique de l'IVG médicamenteuse, le premier frein semble être le peu de demandes des patientes. En effet, les structures pluriprofessionnelles pratiquant les IVG sont sur-sollicitées alors que les médecins généralistes le sont moins et déplorent le manque de visibilité de leur pratique par le public et les professionnel·les. (14)

Les autres freins évoqués dans cette étude sont : une pratique contraignante et stressante ou chronophage, le manque d'expérience, la difficulté d'accès aux ressources ainsi que le manque de visibilité des modalités de formation et de pratique de l'IVG.

3.2.3. Violences

Selon la HAS, dans un rapport paru en 2019 sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, en médecine générale (15) :

- En moyenne en France, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année (soit 25 victimes par heure).
- Parmi ces femmes victimes, seulement 19 % déclarent avoir déposé une plainte auprès de l'autorité (gendarmerie ou commissariat de police) à la suite de ces violences.

Il est évident que les médecins généralistes comptent donc, dans leur patientèle, un nombre certain de femmes victimes de violences.

Dans une thèse (16) sur ce sujet, C. Corbet rappelle que :

Le médecin est le premier interlocuteur professionnel des victimes de violences conjugales, son rôle est essentiel dans la création d'une relation de confiance et le dépistage des violences. En 2019, 25 % des victimes ont consulté un médecin pour violences conjugales.

Les résultats de cette étude soulignent que parmi les 82 répondants, 91,5 % des médecins généralistes interrogé-es ne dépistent pas les violences conjugales de manière systématique lors d'une première consultation. En revanche, une grande partie, 89,2 %, dépistaient les violences conjugales sur point d'appel.

Ces chiffres sont en décalage avec les recommandations de la HAS, qui préconisent un dépistage systématique des violences conjugales en médecine générale (15) :

La démarche de repérage des violences au sein du couple est globalement bien acceptée par les patientes qui sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par le professionnel de santé. Le groupe de travail s'accorde sur le fait que le questionnement sans point d'appel n'induit pas d'effet néfaste chez les patientes.

Le dépistage réalisé uniquement en cas de signe d'alerte a été prouvé comme largement insuffisant. En effet il est soumis à la subjectivité du-de la professionnel-les de santé, et arrive souvent tardivement dans le cycle de la violence.

Dans l'étude de C. Corbet (16), le principal frein au dépistage systématique, évoqué par les médecins généralistes interrogé-es, est le manque de formation (47,6 %). Les médecins généralistes n'osent pas toujours aborder le sujet car ils et elles ne savent pas toujours orienter les victimes (24,4 %), ou ne pensent pas à poser la question (31,7 %) ou ne savent pas utiliser les outils d'aide à la protection des victimes.

Ce n'est donc pas par désintérêt que les médecins généralistes dépistent peu les violences conjugales, car 86 % des participant-es se sentaient légitimes comme premier-ère intermédiaire des victimes.

3.2.4. Personnes LGBTQI+

Un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) démontre que dans les 14 pays de l'OCDE pour lesquels des estimations sont disponibles, les

personnes lesbiennes, gays ou bisexuel·les représentent en moyenne 2.7 % de la population adulte. (17) En France ce chiffre est estimé à 1,8 %. Les autres minorités sexuelles n'étaient pas comptabilisées dans cette étude en raison d'un manque de données.

Les médecins généralistes seront amené·es à prendre en charge des personnes LGBTQI+ durant leur carrière. Dans le but d'une prise en charge multidimensionnelle, les professionnel·les ont tout intérêt à connaître l'orientation sexuelle et l'identité de genre de leurs patient·es.

Une étude publiée dans la revue *Exercer* (18) montre qu'une partie des médecins interrogé·es ne connaît pas l'acronyme LGBTQI+ ou sa signification et confondait également orientation sexuelle et identité de genre. Certains médecins généralistes déploraient un manque de connaissances médicales sur le sujet. La plupart des médecins généralistes de cette étude reconnaissent l'importance du sujet, mais plus de la moitié ne posaient pas les questions directement au patient·es.

Dans un autre travail sur l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale (19), lorsque que l'investigateur interrogeait des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) sur un questionnaire systématique concernant l'orientation sexuelle, il était démontré que sur 16 entretiens :

14 FSF y sont favorables. Pour F13 « Dans la mesure où c'est un nouveau médecin qui doit un petit peu connaître ses patients pour pouvoir se mettre au mieux à leur service, je serais pas plus choquée que ça, pas plus qu'il me demande si je fume.

Pour d'autres, le questionnaire systématique permet de normaliser la question de l'orientation sexuelle, intégrée au milieu d'autres : « Et puis cette question-là, au milieu des antécédents, elle ne viendrait pas du tout comme un cheveu sur la soupe. Mais au contraire, elle ferait partie de tout ce qu'il y a à savoir : vous faites du sport, vous fumez, vous êtes allergique... »

Les participantes expliquaient avoir des attentes envers leur médecin généraliste (19) :

- La reconnaissance de la légitimité de leur homosexualité
- La capacité d'adaptation de leur prise en charge à l'orientation sexuelle des patient·es, sans discrimination
- La capacité d'orienter les FSF vers d'autres professionnel·les de santé ou associations
- Faire de la consultation un lieu sûr
- Une capacité d'écoute et de soutien psychologique
- Une capacité à parler davantage de risques et de prévention en santé sexuelle

Un autre travail de thèse concernant le regard des personnes transgenres sur leurs parcours de soins (20) démontre les mêmes résultats :

Le·la médecin généraliste était perçu·e aux yeux de beaucoup comme premier·ère interlocuteur·trice et représentait souvent une porte d'entrée dans le système de soins

De nombreux travaux de recherche récents montrent donc le rôle primordial des médecins généralistes dans le parcours de soin des personnes LGBTQI+. Ces études ont également

prouvé que les patient-es attendent que leur médecin généraliste les interroge sur leur identité de genre et leur orientation sexuelle. Il existe néanmoins de nombreux freins, du côté des médecins généralistes, la plupart du temps inhérents à un manque de connaissance et de formation sur le sujet.

Les exemples de thématiques de santé sexuelle que nous avons développés ici ne sont pas exhaustifs, mais il semble évident que c'est un champ non négligeable dans la prise en charge globale des patient-es. Les médecins généralistes peuvent y être confronté-es régulièrement et autour de thématiques variées. Malheureusement, plusieurs études soulignent que la plupart rencontrent des difficultés à aborder ces sujets : manque de formation, de temps, ou de réseaux ressources pour poursuivre la prise en charge. Une autre problématique se dessine concernant la prise en charge des questions de santé sexuelle : la faible densité des professionnel·les de santé, notamment en zone rurale.

IV. Répartition des professionnel.les de santé

Le nombre de médecins généralistes libéraux diminue chaque année depuis 2010. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des Statistiques (DREES), cette diminution devrait se poursuivre jusqu'en 2025. (21)

Ce phénomène existe pour les spécialistes en accès libre, comme les gynécologues libéraux par exemple.

Néanmoins, la répartition spatiale des médecins généralistes libéraux sur le territoire français est plutôt homogène, en comparaison à celle d'autres professions médicales. En effet, en 2015, 86 % de la population française se trouve sur une commune où exerce au moins un ou une médecin généraliste. (21)

4.1. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

L'APL est un indicateur plus précis que la densité médicale pour décrire l'accessibilité aux professionnel.les de santé

Cet indicateur est exprimé en consultation par an et par habitant. En 2018, à l'échelle nationale, l'APL aux médecins généralistes moyenne était de 3,9 consultations par an et par habitant.

4.2. Etat des lieux sur le plateau de Millevaches

4.2.1. L'APL aux médecins généralistes

Il existe de fortes disparités interrégionales d'accessibilité aux soins, mais également des inégalités intrarégionales.

Si on observe l'APL aux médecins généralistes à l'échelle de l'ancienne région Limousin, l'APL aux médecins généralistes est supérieure à l'APL nationale. (Figure 3)

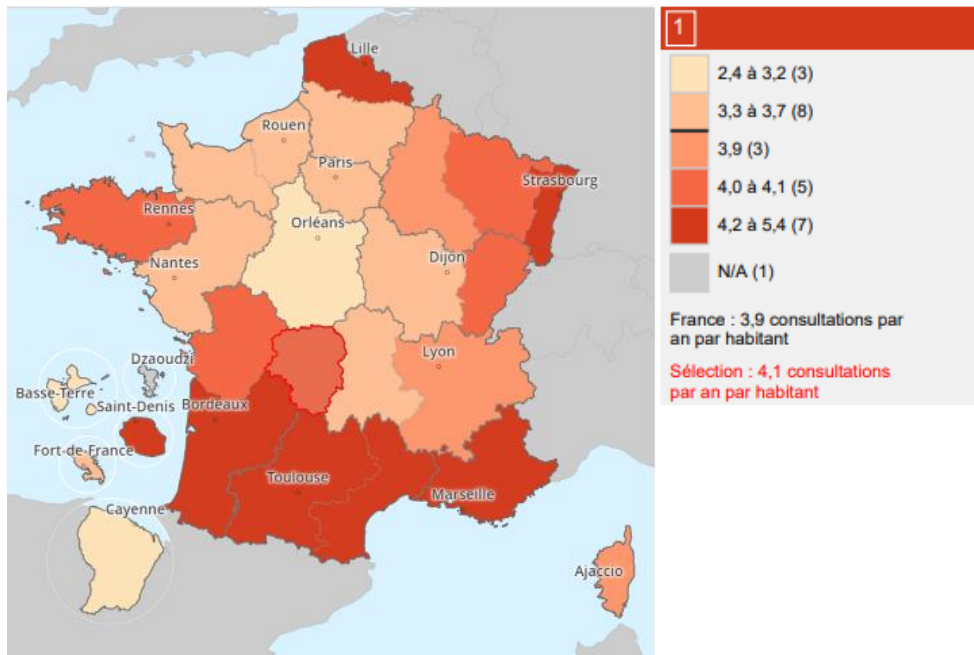


Figure 3 : APL aux médecins généralistes du Limousin, 2018

Source : GéOT, Observatoire des territoires

En revanche, si l'on analyse l'accessibilité au niveau des départements de la Creuse et de la Corrèze, l'APL est cette fois inférieure à la moyenne nationale. (Figure 4) (Figure 5)

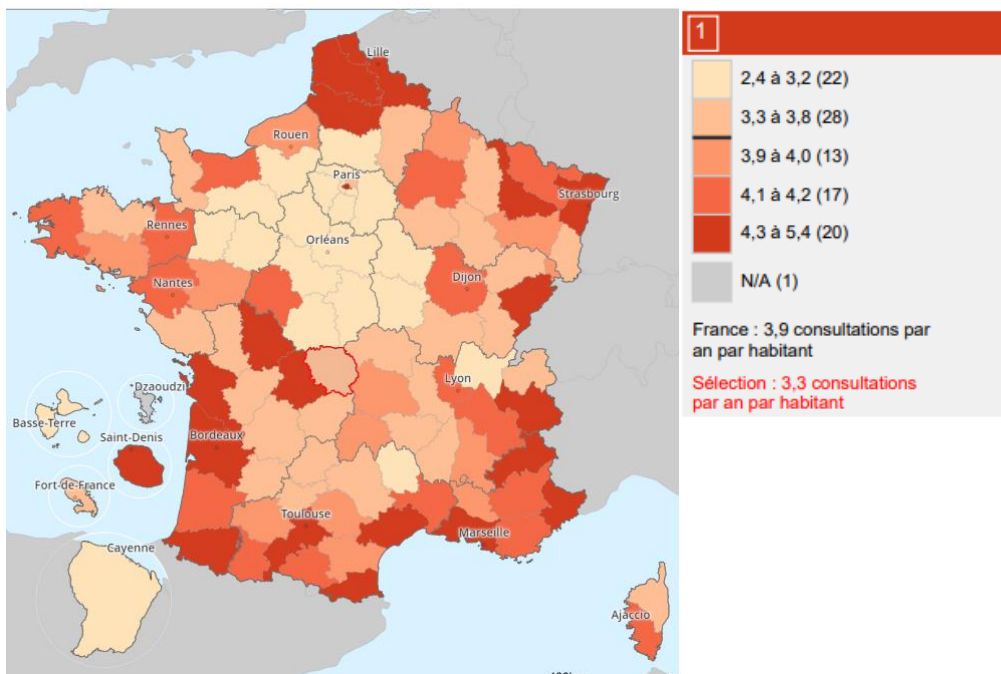


Figure 4 : APL aux médecins généralistes de la Creuse, 2018

Source : GéOT, Observatoire des territoires

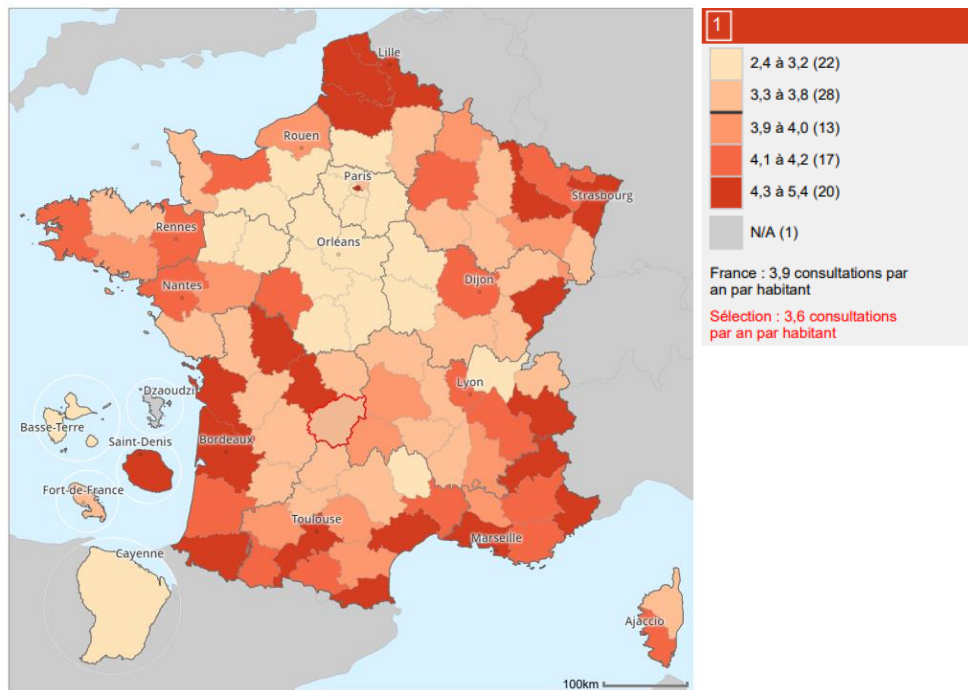


Figure 5 : APL aux médecins généralistes de la Corrèze, 2018

Source : GéOT, Observatoire des territoires

On observe la même tendance si l'on examine l'APL aux médecins généralistes à une échelle plus petite, ici le Parc naturel régional de Millevaches, territoire le plus superposable au territoire concerné par ce travail. L'APL aux médecins généralistes du plateau de Millevaches est inférieure à la moyenne nationale. (Figure 6)

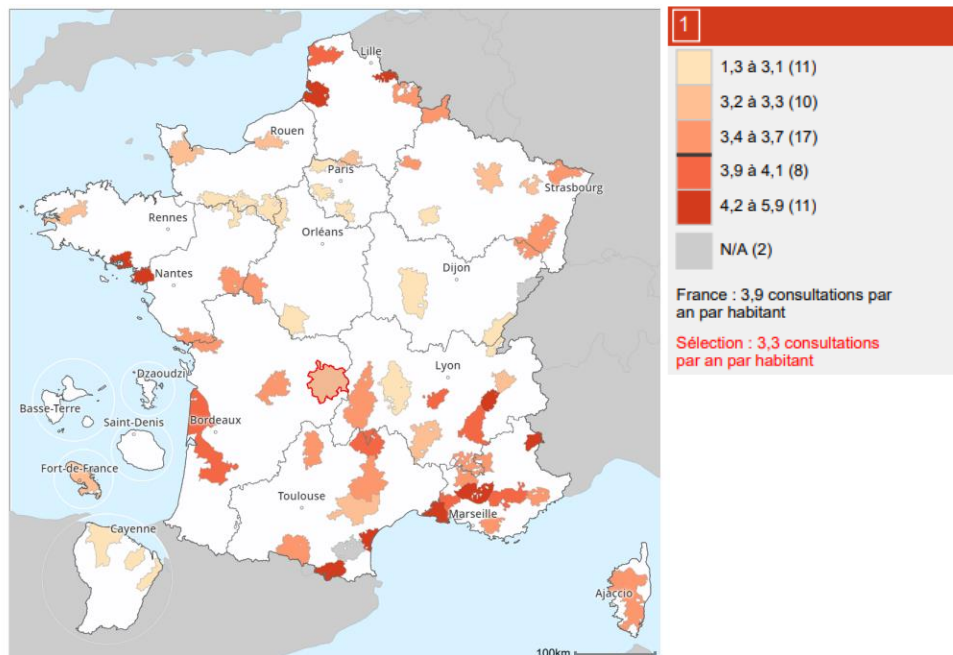


Figure 6 : APL aux médecins généralistes du Parc naturel régional de Milleval comparativement aux autres Parcs naturels régionaux, 2018

Source : GéOT, Observatoire des territoires

4.2.2. Densité de gynécologues libéraux

Les questions de santé sexuelle font pleinement parties du champ d'activité des médecins généralistes mais une autre spécialité est fortement concernée : les gynécologues.

Pour les figures suivantes, nous utiliserons la densité de gynécologues libéraux, plutôt que l'APL. Cet indicateur n'ayant pas été calculé pour cette spécialité.

A l'échelle nationale, la densité de gynécologues est de 15,8 pour 100 000 femmes de plus de 15 ans. Cette densité est inférieure à la moyenne nationale pour l'ancienne région Limousin. (Figure 7)

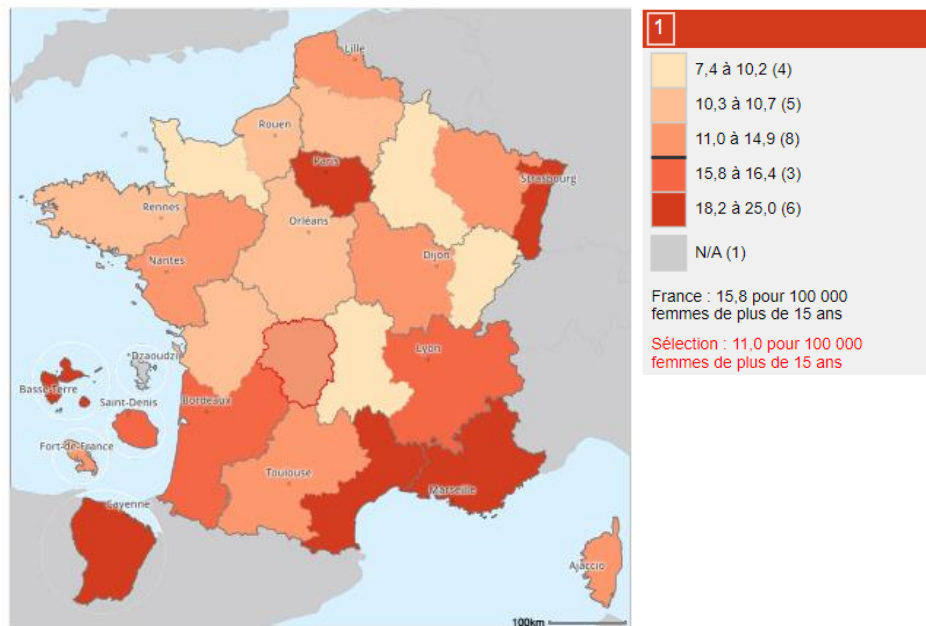


Figure 7 : Densité de gynécologues libéraux (pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) en Limousin, 2020

Source : GéOT, Observatoire des territoires

Tout comme l'APL aux médecins généralistes, on observe une densité de gynécologues très inférieure à la moyenne nationale pour la Creuse et la Corrèze. (Figure 8) (Figure 9)

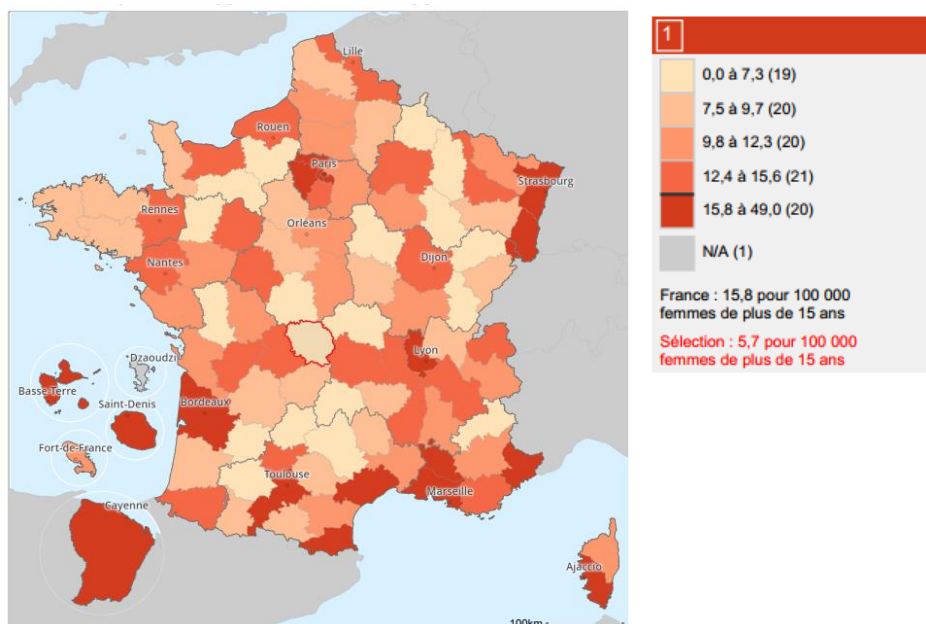


Figure 8 : Densité de gynécologues libéraux (pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) en Creuse, 2020

Source : GéOT, Observatoire des territoires

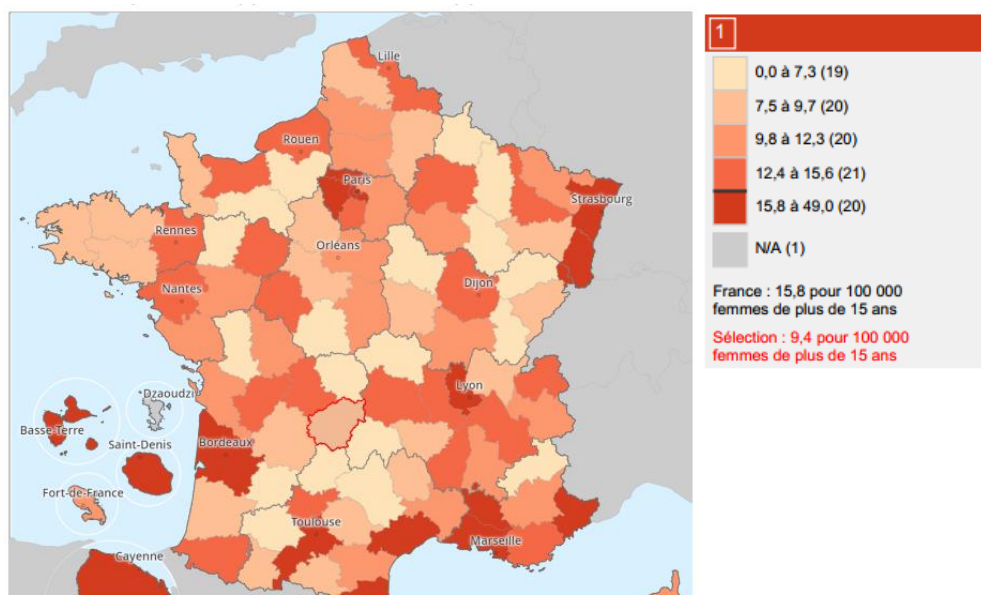


Figure 9 : Densité de gynécologues libéraux (pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) en Corrèze, 2020

Source : GéOT, Observatoire des territoires

Concernant le territoire du plateau de Millevaches, il n'y a aucun-e gynécologue. Les gynécologues les plus proches exercent, pour la Creuse, au centre hospitalier de Guéret. Concernant la Corrèze, les patientes doivent se rendre dans les centres hospitaliers de Tulle ou d'Ussel, ou alors chez un-e gynécologue libéral-e à Tulle ou Treignac.

V. Le pôle de santé MilleSoins

Pour pallier la désertification médicale sur le territoire du plateau de Millevaches, les professionnel·les de santé se sont organisé·es en un réseau original appelé MilleSoins.

Constitué il y a une quinzaine d'années sur les contours géographiques et avec l'aide du Parc naturel régional, ce réseau a pour but de répondre à la problématique suivante : comment fonder une maison de santé sur un territoire très vaste avec une population peu dense et dispersée. Ce réseau a donc créé un maillage territorial en s'appuyant sur un site de consultation dans chaque village où se trouve une pharmacie. Le lien entre les médecins se fait par le biais d'un logiciel commun. Les dossiers des patient·es y sont partagés. Les projets pluriprofessionnels, eux, se font grâce à un outil de communication commun : Paaco-Globule.

Les professionnel·les de santé du réseau MilleSoins sont réparti·es sur cinq communes différentes : Royère de Vassivière et Faux-La-Montagne côté Creuse, Peyrelevalde, Bugeat, et Sornac côté Corrèze (Figure 10). Chaque professionnel·le de santé peut exercer en multisites afin d'être au plus près des besoins du territoire. (22)

En 2022, ce réseau comporte 21 professionnel·les de santé associé·es ou signataires : 5 médecins généralistes, 5 pharmaciens·nes, 6 cabinets d'infirmier·ères, 3 cabinets de kinésithérapeutes, 1 infirmier de pratique avancée. A noter qu'il existe également d'autres professionnel·les de santé travaillant ponctuellement avec le réseau : médecins, sage-femmes, addictologue, ainsi que des professionnel·les participant à des projets du pôle : une diététicienne, une neuropsychologue, une psychologue, une animatrice d'activité physique adaptée et un ostéopathe.

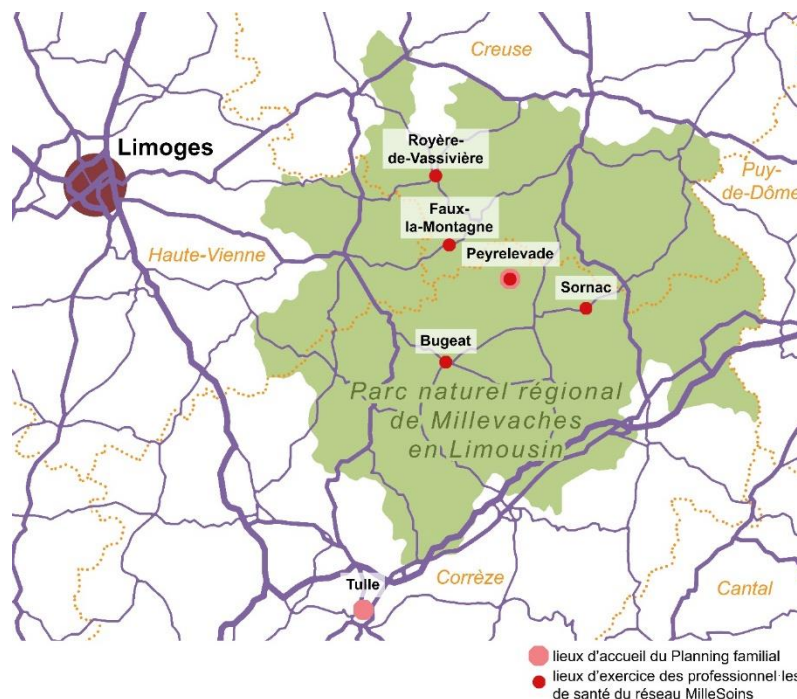


Figure 10 : Répartition des professionnel·les de santé du réseau MilleSoins et des lieux d'accueil du PF19

VI. Matériel et méthodes

6.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive avant et après une intervention auprès de professionnel·les de santé du réseau MilleSoins.

6.2. Objectifs de l'étude

Le premier objectif de ce travail était de décrire la population et les entretiens menés au PF19. Le second objectif était de comparer le nombre de personnes ayant connaissance du PF19 par l'intermédiaire d'un·e professionnel·le de santé, avant et après une intervention auprès de professionnel·les de santé du réseau MilleSoins. Ce temps d'information avait pour objectif de les sensibiliser aux rôles et actions du PF, dans le but qu'ils et elles orientent leurs patient·es vers le PF lorsque cela le nécessitait.

6.3. Contacts

Nous avons pris contact avec les militant·es du PF19 à partir du mois de septembre 2021.

6.4. Sélection des professionnel·les de santé

Nous avons obtenu, grâce à l'aide de la coordinatrice du pôle MilleSoins, le nom et les coordonnées des 21 professionnel·les de santé faisant partie du réseau MilleSoins au début de l'année 2022.

6.5. Information aux professionnel·les de santé

L'information auprès des professionnel·les de santé s'est déroulée en deux parties.

6.5.1. Plaquette d'information

Nous avons, dans un premier temps, et après de nombreux échanges avec les militant·es du PF19, réalisé une plaquette informative en deux formats : papier (annexe 1) et numérique (annexe 2). La plaquette a été réalisée avec le logiciel Microsoft Publisher.

La plaquette est inspirée d'une plaquette déjà disponible pour le public. Le but était de présenter de manière succincte l'association du PF19, d'indiquer de manière claire comment contacter les militant·es, ainsi que d'illustrer des exemples de consultations pouvant conduire à adresser le·la patient·e au PF19.

Les situations sont illustrées à l'aide de bulles de type bande dessinée comme « Je désire avorter », « J'ai été/je suis victime de violences », « Existe-t-il des contraceptions masculines ? ». Nous avons développé ces situations après avoir recueilli dans la littérature les freins des professionnel·les de santé à aborder les questions de santé sexuelle. (10)

Nous trouvions intéressant de mentionner également les structures partenaires du PF sur la plaquette.

La ressource en format papier a été expédiée par voie postale, en mars 2022, aux cabinets des différent·es professionnel·les de santé. L'envoi était accompagné d'une note expliquant que cette campagne d'information se déroulait dans un contexte de travail de thèse.

Quinze jours après, la ressource en format numérique a été envoyée par mail aux adresses professionnelles des mêmes professionnel·les de santé.

6.5.2. Rencontre entre professionnel·les de santé et militant·es du PF

Nous avons ensuite proposé aux professionnel·les de santé du réseau MilleSoins une rencontre avec les militant·es du PF19. Il a été décidé, à cause de l'éloignement géographique des différent·es participant·es, d'organiser un échange par visioconférence.

Premièrement, nous avons contacté les professionnel·les de santé par téléphone pour leur proposer un échange avec les militant·es du PF. Si les professionnel·les n'étaient pas joignables par téléphone, il leur était laissé un message, puis une deuxième relance téléphonique leur était adressée sept jours plus tard.

Deuxièmement, un questionnaire, via Google Forms, a été envoyé aux professionnel·les (annexe 3). Le but était de prendre connaissance de l'intérêt qu'ils portaient à ce temps d'échange et de leur proposer deux dates. 14 professionnel·les ont répondu à ce questionnaire : 12 ont indiqué leur disponibilité, 1 n'était pas intéressé·e et 1 était intéressé·e mais non disponible à ces dates-là.

Nous avons donc organisé 2 rencontres : le 10 mai 2022 à 20h30 et le 16 mai 2022 à 20h30. Les rencontres ont duré en moyenne 1 heure et se sont déroulées autour d'un support PowerPoint que nous avons développé avec les militant·es du PF (annexe 4). Cette présentation était composée de 4 parties : « généralités », « projet de thèse », « le PF19 », « quand adresser ? ». La présentation était animée principalement par le ou la militant·es du PF mais aussi par la personne réalisant cette thèse, notamment pour la partie « projet de thèse ».

La première rencontre a eu lieu entre un salarié du Planning familial et 6 professionnel·les de santé : 3 médecins généralistes, 1 interne de médecine générale en stage et 2 infirmières.

La deuxième rencontre a eu lieu entre une militante du Planning familial et 4 professionnel·les de santé : 2 médecins généralistes, un pharmacien et une infirmière. Un des médecins présent travaille étroitement avec le réseau MilleSoins mais ne fait pas partie de ce réseau et a été mis au courant de la rencontre par le bouche à oreille.

Une des médecins généralistes était présente aux deux rencontres.

Cette rencontre en visioconférence a été réalisée via le logiciel Framataalk.

6.6. Recueil des données

Les données ont été exportées à partir du logiciel « recueil de données du Planning familial » (RDPF) utilisé par les militant·es lors des entretiens réalisés au PF19. Une fiche est complétée pour chaque entretien réalisé avec une personne sollicitant le PF.

Cette fiche est anonymisée à l'aide d'un pseudonyme. Ni les militant·es menant les entretiens, ni les personnes ayant réalisé cette étude n'ont eu accès à l'identité des personnes ayant bénéficié d'un entretien au PF. Ce recueil de données a été effectué avec l'accord de la chargée de mission nationale « recueil de données du Planning familial ».

Nous avons conservé dans ce travail l'intitulé des items tels qu'ils existent dans le logiciel RDPF.

Les informations sélectionnées et exportées pour cette étude sont les suivantes :

- Âge, genre, identité de genre, département d'habitation,
- Date d'accueil, type d'accueil (téléphonique ou présentiel), site d'accueil (Peyrelevade ou Tulle), thématique de l'entretien,
- Si l'entretien était un premier contact ou non, l'orientation après l'entretien, et l'intermédiaire par lequel les personnes ont eu connaissance du Planning familial.

Concernant l'item « identité de genre », l'identité de genre est définie dans ce travail comme « l'expérience intérieure et personnelle que chaque personne a de son genre. Il s'agit du sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou d'être à un autre point dans le continuum des genres ». (23)

Les personnes cisgenres (souvent abrégé en cis) sont définies comme des personnes qui vivent avec le genre assigné à leur naissance et les personnes transgenres (souvent abrégé en trans) sont des personnes dont l'identité de genre est différente de celle qui leur a été assignée à la naissance en fonction de leur sexe anatomique. Dans ce travail, les personnes pouvaient se définir comme « trans » ou « cis ».

Concernant l'item « thématique de l'entretien » :

- Le terme « vie personnelle et familiale » regroupe toutes les questions et problématiques relationnelles hors cadre professionnel,
- Le terme « vie affective » désigne les relations affectives amoureuses, de couple, les questions liées à la conjugalité ou à l'intimité.

Dans les fiches d'accueil utilisées par les militant-es du PF19, il était possible de remplir jusqu'à trois thématiques pour chaque entretien. Pour notre étude, nous n'avons pris en compte que la première thématique.

Concernant l'item « orientation après entretien » :

- CADA signifie Centre d'accueil de demandeurs d'asile,
- La Cimade est une association de solidarité et de soutien aux migrants,
- Le terme « centre médico-social » regroupait les Centres médico-psychologiques (CMP), les Centres Médicaux-Psycho-Pédagogiques (CMPP) ainsi que des soignant-es de médecines complémentaires.

Concernant l'item « connaissance du PF », les différentes propositions étaient :

- Bouche à oreille,
- Structure partenaire,
- Suite animation,
- Internet,
- Réseau santé social,
- Militant-e du PF,
- Établissement scolaire,
- Hôpital,

- Professionnel·le de santé.

Le terme « réseau santé social » regroupait soit des soignant·es soit des travailleur·euses du social et leur structure.

Le terme « structure partenaire » désignait, lui, les structures libérales et les institutions avec lesquelles le PF travaille régulièrement.

Pour cette étude nous avons ajouté, sur le logiciel RDPF, les modalités « médecin réseau MilleSoins », « médecin hors réseau MilleSoins », « professionnel·les de santé réseau MilleSoins » et « professionnel·les de santé hors réseau MilleSoins ». Les autres modalités ont été conservées telles qu'elles existaient déjà.

Le recueil des données a été réalisé du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2022.

6.7. Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide des logiciels Excel et BiostaTGV®.

Les valeurs qualitatives étaient exprimées en nombre et en pourcentage. Les tests du Chi² ou Fisher ont été utilisés pour les comparaisons des variables qualitatives selon les effectifs.

Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques était fixé avec un $p < 0,05$.

6.8. Bibliographie

Les moteurs de recherche utilisés ont été Google, Google Scholar, Cairn et PubMed. Les mots-clés utilisés ont été : Planning familial, professionnel·les de santé, santé sexuelle, vie affective et sexuelle, IVG, contraception, IST, violences, LGBTQI+, genre, identité de genre.

VII. Résultats

7.1. Description de la population et des entretiens

Sur la période de l'étude, 591 entretiens ont été réalisés : 166 en 2020, 232 en 2021 et 193 en 2022.

7.1.1. Âge

L'âge moyen de la population est de 27 ans, avec un intervalle allant de 11 à 73 ans. La médiane est de 29 ans.

La tranche d'âge la plus représentée en 2020 et 2021 est celle des 25-35 ans et en 2022 celle des 35-45 ans. (Figure 11)

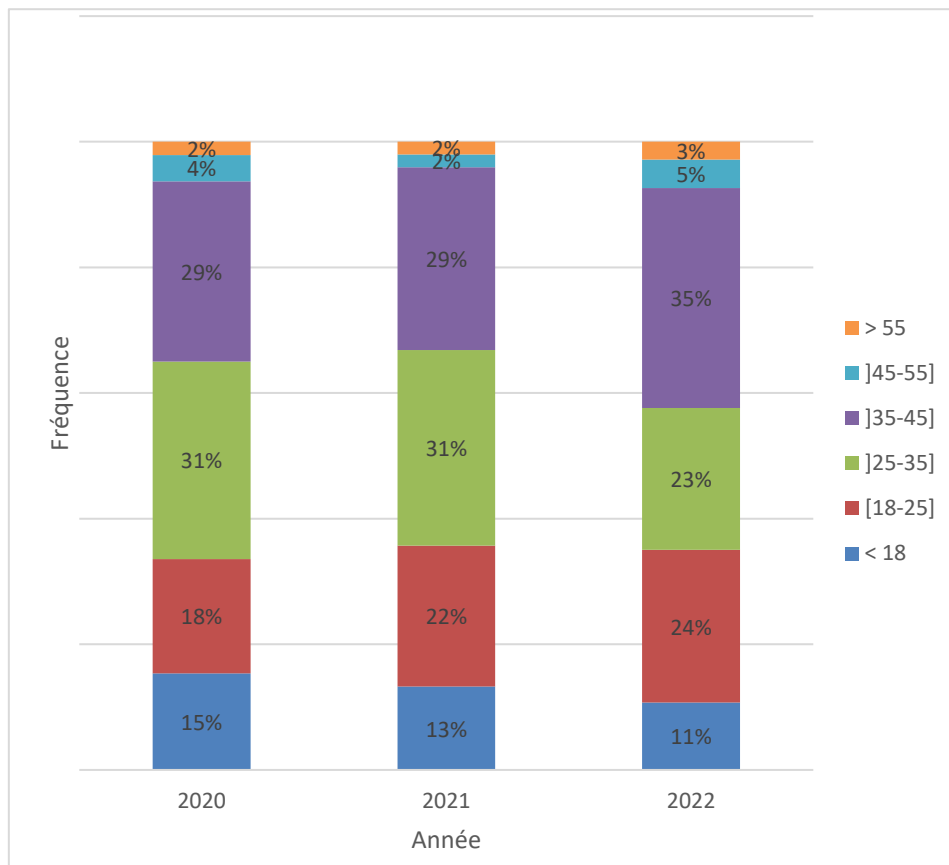


Figure 11 : Distribution de la population par tranche d'âge et par année

7.1.2. Genre et identité de genre

Lorsque la donnée était disponible, 76 % des personnes étaient des femmes, 23 % étaient des hommes et 1 % s'identifiait comme autre.

Concernant l'identité de genre, les données existent uniquement pour l'année 2022. Il y a 10 % de données manquantes pour cette année-là et lorsque la donnée est disponible, 98 % des personnes ayant bénéficié d'un entretien se percevaient comme cis, et 2 % comme trans.

7.1.3. Département du domicile

La majorité des personnes vivent en Creuse (56 %), les autres en Corrèze (32 %) et Haute-Vienne (10 %) et enfin dans d'autres départements (2 %).

7.1.4. Type d'accueil

Concernant le type d'accueil pour les 3 années, 67 % des personnes ont été accueillies directement dans un des locaux du PF19, 31 % ont bénéficié d'un entretien téléphonique, 1 % d'un entretien par mail, et 1 % d'une autre manière (réseaux sociaux par exemple).

La Figure 12 représente la distribution des types d'accueils par année.

La proportion d'entretiens téléphoniques en 2020 et en 2022 est plus importante qu'en 2021. (Figure 12)

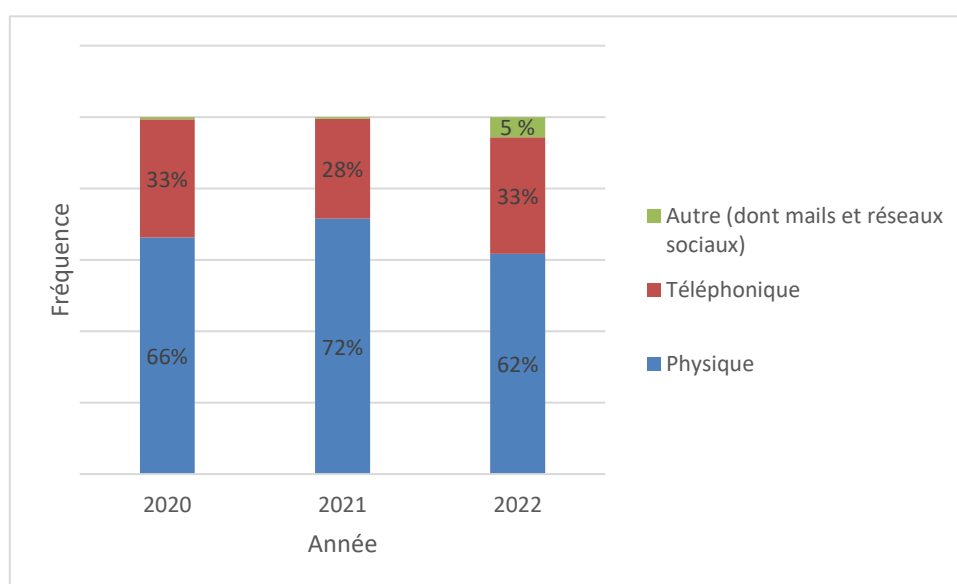


Figure 12 : Distribution des types d'accueils par année

7.1.5. Site d'accueil

En 2020, tous les entretiens ont eu lieu avec le groupe local de Peyrelevade. En 2021, 91 % des accueils ont eu lieu avec le groupe local de Peyrelevade et 9 % avec celui de Tulle. En 2022, 65 % des entretiens ont eu lieu avec le groupe local de Peyrelevade et 35 % avec celui de Tulle.

7.1.6. Thématique de l'entretien

Il n'y a pas de donnée manquante pour cet item.

La Figure 13 représente la distribution des entretiens par thématique, pour le total des trois années.

Plus d'un tiers des entretiens concernaient des violences. Viennent ensuite les questions de vie affective et de contraception. (Figure 13)

La Figure 14 représente la distribution du genre en fonction de la thématique de l'entretien. Les effectifs étant très faibles pour la catégorie « autre » (n = 4), ils ne sont pas représentés sur cette figure.

Pour toutes les thématiques, la proportion de femmes est plus importante, en dehors des thématiques IST et discriminations, où la part d'hommes est plus importante. (Figure 14)

Concernant la distribution des thématiques en fonction de l'âge (Tableau 1), pour les personnes âgées de moins de 18 ans, les deux thématiques les plus fréquentes sont la vie affective et la contraception, pour toutes les autres tranches d'âge, les thématiques les plus représentées sont les violences et la vie affective.

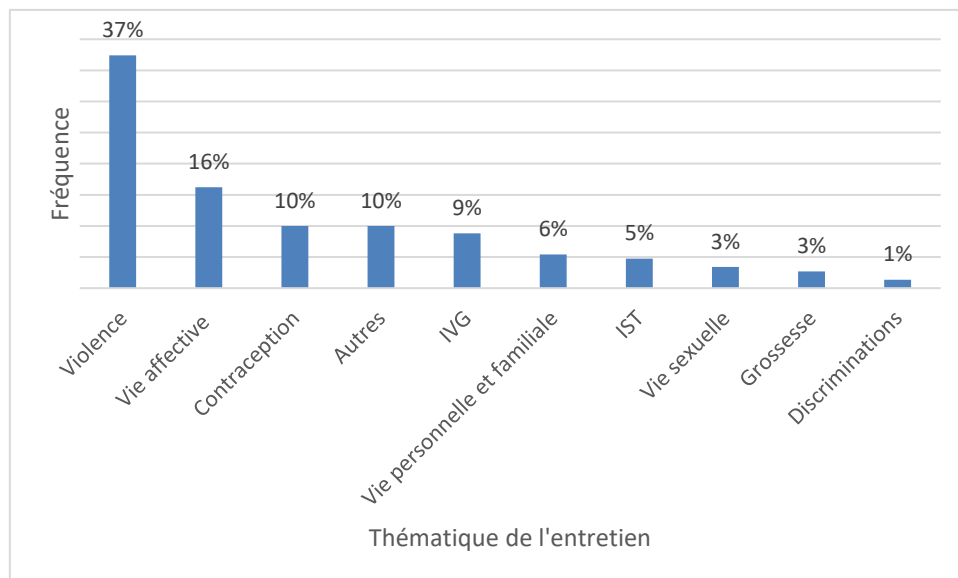


Figure 13 : Distribution des entretiens par thématique

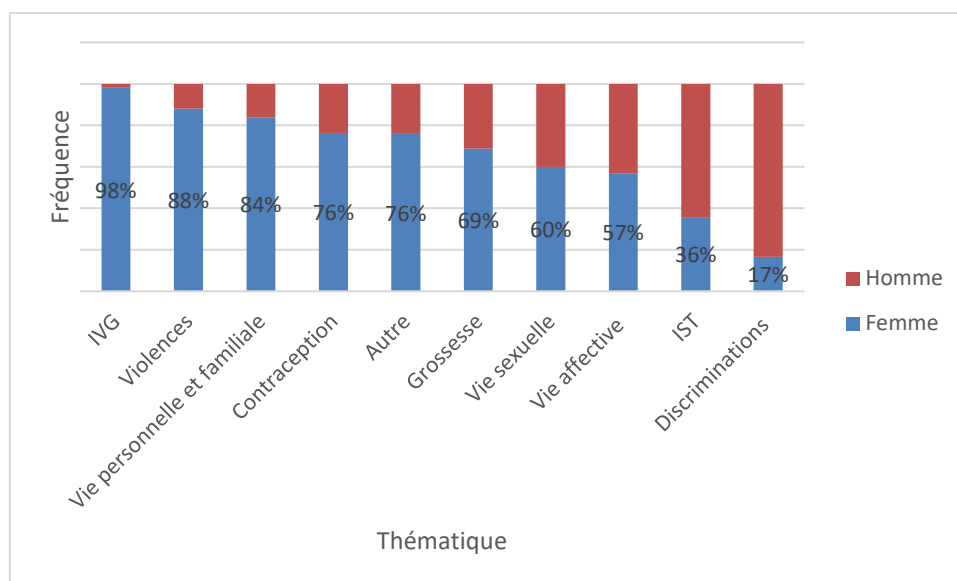


Figure 14 : Distribution du genre en fonction de la thématique de l'entretien

Tableau 1 : Distribution des thématiques en fonction de l'âge

	Tranches d'âge					
	< 18	[18-25]	[25-35]	[35-45]	[45-55]	> 55
Violences	3	45	40	46	39	58
Vie affective	30	15	15	11	22	25
Contraception	28	12	10	3	11	0
IVG	16	5	8	8	0	0
Autre	6	4	13	11	17	0
Vie personnelle et familiale	2	1	6	9	11	17
Grossesse	3	3	1	4	0	0
Vie sexuelle	3	4	1	4	0	0
IST	9	5	5	4	0	0
Discriminations	0	6	1	0	0	0

7.1.7. Premier contact

Pour 62 % des personnes l'entretien était leur premier avec le PF19.

7.1.8. Orientation après l'entretien

Les données manquantes représentent 92 % des données pour cette catégorie. Les données disponibles sont illustrées dans la Figure 15.

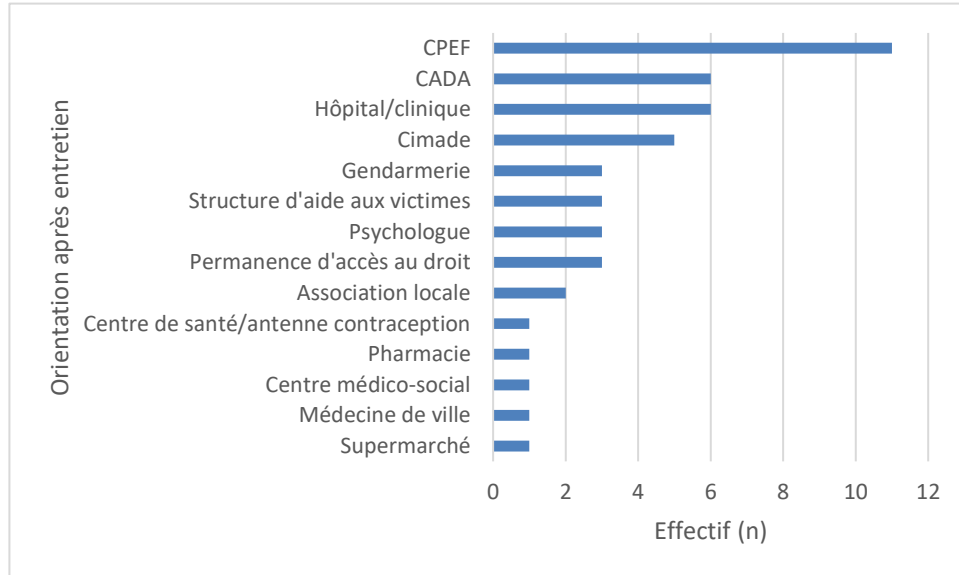


Figure 15 : Distribution en fonction de l'orientation après entretien

7.2. Connaissance du PF19

Lorsque cela était possible, il a été demandé lors de l'entretien par quel intermédiaire la personne avait eu connaissance du PF. Parmi les données disponibles, la majorité des personnes ont eu connaissance du PF par le bouche à oreille. (Tableau 2)

En 2020 et 2021, lorsque la donnée est connue, personne n'a déclaré avoir connu le PF19 par l'intermédiaire d'un-e professionnel-le de santé. (Tableau 2)

En 2022, 6 personnes ont déclaré connaître le PF par l'intermédiaire d'un-e professionnel-les de santé. (Tableau 2)

Sur la période de juin à décembre 2022, c'est-à-dire après l'intervention auprès des professionnel-les de santé, 5 personnes ont déclaré avoir connu le PF par l'intermédiaire d'un-e professionnel-le de santé sur les 53 entretiens pour lesquels la donnée était disponible. En comparant sur la même période en 2021 (juin 2021 à décembre 2021), nous observons qu'aucune personne n'a déclaré connaître le PF par l'intermédiaire d'un-e professionnel-le de santé sur les 24 entretiens pour lesquels la donnée est disponible. Néanmoins, l'augmentation observée en 2022 n'est pas significative ($p = 0,317$).

La proportion d'entretiens, où la réponse à l'item « connaissance du PF » est connue, est plus importante en 2022 que les autres années. (Figure 16)

Tableau 2 : Connaissance du PF

Connaissance du PF	2020 (n)	2021 (n)	Janvier à mai 2022 (n)	Juin à décembre 2022 (n)	2020, 2021, 2022 (%)
Bouche à oreille	28	21	16	23	44
Structure partenaire	11	11	6	10	19
Réseau santé sociale	6	2	6	6	10
Suite animation	6	9	4	0	9
Internet	5	3	4	4	8
Militant·e du PF	0	1	1	3	2
Etablissement scolaire	0	0	3	0	2
Autre	0	0	1	2	2
Médecin réseau MilleSoins	0	0	1	4	2
Médecin hors réseau MilleSoins	0	0	0	1	1
Hôpital	0	0	1	0	1
Total	56	47	43	53	100

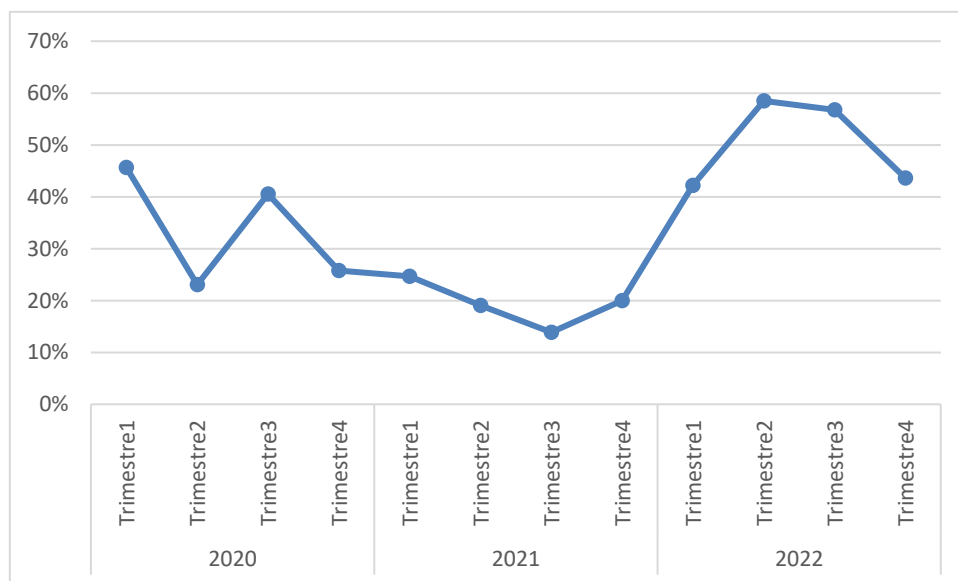


Figure 16 : Proportion d'entretiens avec la donnée "Connaissance du PF" connue, en fonction de l'année

VIII. Discussion

Nous rapportons dans ce travail de recherche une étude décrivant la population accueillie au PF19 ainsi que l'impact d'une campagne d'information destinée à des professionnel·les de santé.

8.1. Matériel et méthodes

Nous avons décidé de réaliser une plaquette informative sous deux formats : papier et numérique, dans le but de la diffuser le plus largement possible (annexe 1 et 2). Nous avons complété cette ressource par un entretien entre les militant·es du PF et les professionnel·les de santé.

La plaquette d'information permet de délivrer des renseignements succincts et facilement accessibles lors d'une consultation par exemple. En revanche, l'information n'y est pas exhaustive et ne permet donc pas de développer toutes les actions réalisées par le PF.

De plus, l'absence de mise à jour des données est une problématique inhérente à ce format. En effet, dans cette plaquette réalisée en 2022, il existe déjà des informations qui sont incomplètes pour l'année 2023.

Nous n'avons pas retrouvé d'initiatives similaires qui auraient été menées par d'autres associations départementales. Il est néanmoins possible que des initiatives locales comme celle-ci, surtout si elles ne font pas l'objet d'un travail universitaire, n'apparaissent pas dans la littérature.

La présentation, elle, réalisée autour d'un support PowerPoint (annexe 3), a été un temps d'échange entre professionnel·les de santé et militant·es du PF.

Dans un premier temps, cette rencontre a permis aux professionnel·les de santé de découvrir la structure associative du PF19. Ensuite, les professionnel·les ont pu exposer les situations liées à la santé sexuelle rencontrées en consultation, et les travailleur·euses du PF ont pu leur apporter des réponses concrètes.

Nous n'avons malheureusement pu réunir qu'un petit nombre de professionnel·les de santé, 6 pour le premier entretien et 4 pour le second. Nous avons essayé de proposer l'intervention à la date et l'horaire mobilisant le plus de personnes. Mais il est malheureusement difficile de rassembler différent·es professionnel·les de santé ne travaillant pas sur le même lieu et avec des horaires de travail très disparates.

Il est également possible qu'un certain nombre d'entre eux ne considèrent pas le champ de la santé sexuelle comme une priorité dans leur exercice. C'est ce que rapporte l'étude de A. *Giamani*, concernant les médecins généralistes (10) :

L'évitement des problèmes et des plaintes liés à la sexualité fait l'objet d'un constat de la part de ces médecins qui reconnaissent et, on pourrait même dire dans certains cas, qui découvrent tout simplement ne pas traiter ce type de situations, comme s'ils considéraient que la sexualité ne fait pas partie du champ d'activité des médecins généralistes.

Une autre explication à cette difficulté peut résider dans la démographie de la population du plateau de Millevaches : la part des personnes âgées de moins de 20 ans représente 17 % de

la population totale (contre 24,1 % à l'échelle nationale), alors que les personnes ayant plus de 65 ans représentent 31,8 % de la population totale (contre 19,9 % à l'échelle nationale). (24) Il est donc possible que les médecins généralistes de ce territoire, ayant une patientèle plus âgée qu'à l'échelle nationale, ne jugent pas nécessaire d'aborder les questions de santé sexuelle.

Concernant les deux rencontres, toutes les diapositives du PowerPoint n'ont pas été utilisées, en effet ce temps a plutôt été organisé comme un échange que comme une présentation unilatérale. Les différent-es participant-es intervenaient au fur et à mesure de la présentation, et le ou la militant-e du PF s'adaptait en fonction des questions et des tournures prises par la discussion.

Nous pourrions imaginer à l'avenir reproduire ce type d'échange sans utiliser le support PowerPoint, en effet les questions et les réflexions des participant-es étaient si riches qu'elles suffisaient à aborder tous les thèmes prévus.

8.2. Résultats

8.2.1. Nombre d'entretiens

Nous avons observé dans notre étude que le nombre d'entretiens était plus important en 2021 qu'en 2020.

Nous constatons la même tendance à l'échelle nationale, le nombre d'entretiens (physiques et téléphoniques) étant passé de 132 704 en 2020 à 159 479 en 2021. (25)(26).

Nous pouvons supposer que cette différence est liée à la crise sanitaire du COVID 19, qui a limité les entretiens réalisés par le PF en 2020.

En 2022, il n'est pas possible de comparer le nombre d'entretiens réalisés au PF19 avec celui à l'échelle nationale car les chiffres ne sont pas encore disponibles.

8.2.2. Description de la population

La moyenne d'âge de la population de notre étude est de 27 ans avec un écart de 11 à 73 ans. Nous notons pour les trois années, que plus d'un tiers des entretiens ont eu lieu avec des personnes âgées de plus de 35 ans et entre 11 % et 15 % selon les années avec des personnes de moins de 18 ans. (Figure 11)

Cette donnée est étonnante puisque l'on sait que le Planning familial est souvent perçu comme un lieu accueillant les adolescent-es ou les jeunes adultes pour traiter des questions de sexualité et de contraception.

Nous observons pour l'année 2021 pour le PF19, que 33 % des entretiens ont eu lieu avec des personnes âgées de plus de 35 ans et 13 % avec des personnes de moins de 18 ans. (Figure 11)

Cette proportion est sensiblement différente de celle observée à l'échelle nationale. En effet en 2021, les personnes âgées de plus de 30 ans représentent uniquement 13,8 % des usager-ères du PF. En revanche les moins de 18 ans représentent 35,5 % des usager-ères nationaux. (26)

Ces résultats montrent que la population est plus âgée au PF19 qu'à l'échelle nationale. Ce résultat est corrélé à un âge moyen plus élevé sur le territoire du plateau de Millevaches. De

plus, la majorité des personnes ayant eu connaissance du PF19 par l'intermédiaire du bouche à oreille (Tableau 2), nous pouvons imaginer que cela a pu changer l'image du PF19 qui n'est plus uniquement un lieu « pour la contraception et pour les jeunes » et donc susceptible d'attirer des personnes plus âgées.

Néanmoins, il est regrettable qu'il y ait peu d'entretiens, tant à l'échelle locale que nationale, avec des personnes âgées de plus de 45 ans, alors que les questions de vie affective et sexuelles sont à prendre en compte tout au long de la vie.

Concernant le genre des personnes accueillies au PF, la plupart des entretiens ont été faits avec des femmes (cis ou trans).

Des proportions similaires sont retrouvées à l'échelle nationale en 2021 (26).

Lorsque la donnée était disponible pour notre étude, 98 % des personnes se percevaient comme cis et 2 % comme trans.

L'identité de genre n'a jamais été reportée au cours des années 2020 et 2021 au PF19 alors que la donnée est présente pour 90 % des fiches d'entretien en 2022, témoignant de l'évolution sociétale à prendre maintenant en compte l'identité de genre de la personne et non uniquement son genre.

Cette donnée n'est pas publiée à l'échelle nationale.

Concernant le département d'habitation, nous observons que la moitié des personnes accueillies au PF19 vivent en Creuse, alors qu'il s'agit du PF de Corrèze. Plusieurs hypothèses ont pu être formulées pour expliquer ces résultats. Tout d'abord, la ville de Peyrelevade se situe en Corrèze mais est excentrée, et présente donc une réelle proximité géographique avec la Creuse.

De plus, les salarié-es du PF19 résident eux aussi en Creuse. Le bouche à oreille étant le premier moyen de connaissance du PF (Tableau 2), il est possible qu'une partie des personnes ayant un entretien au PF19 provient du réseau personnel des militant-es du PF19.

Il est également intéressant de noter que la Creuse présente un réseau associatif dense, dont le PF19 fait partie. Il existe de nombreuses connexions entre ces réseaux associatifs, qui pourraient inciter plus de Creusois-e à solliciter le PF19.

8.2.3. L'accueil au PF19

Nous observons que pour le PF19, la proportion d'entretiens téléphoniques représente 33 % et 28 % des entretiens, respectivement en 2020 et 2021. (Figure 12)

A l'échelle nationale, en 2020, les entretiens téléphoniques représentent 22 % des entretiens et en 2021 seulement 18 %. (26) (25)

La proportion d'entretiens téléphoniques est moins importante à l'échelle nationale que pour le PF19.

Nous pouvons expliquer cette tendance par les contraintes géographiques du plateau de Millevaches avec des habitats dispersés, imposant des temps de trajets plus longs entre la population et les permanences d'accueil du PF19.

De plus, la proportion plus importante d'entretiens téléphoniques en 2020 qu'en 2021, tant à l'échelle nationale qu'à celle du PF19, peut être expliquée par la crise COVID et les différents confinements, ayant conduit les militant-es à privilégier les entretiens téléphoniques.

En 2022, on observe également d'autres types d'entretiens se développer, notamment par mail ou par l'intermédiaire de réseaux sociaux. (Figure 12)

Concernant la ville d'accueil, le groupe local de Tulle existe depuis 2021. Nous observons que si en 2021 ce groupe ne réalise que 9 % des accueils, en 2022 les militant-es de Tulle effectuent 35 % des entretiens.

La structure de Peyrelevade étant géographiquement excentrée dans le département de la Corrèze, un nombre important de Corrèzien-nes n'avaient pas accès facilement aux permanences du PF19. Les résultats de cette étude confirment justement cette tendance, le nombre d'entretiens avec des personnes domiciliées en Creuse étant plus important qu'avec celles de Corrèze.

Plus de la moitié des entretiens étaient un premier contact. La majorité des personnes accueillies au PF le sont donc une seule fois, soit parce qu'on les oriente vers une autre structure, soit parce qu'un seul entretien au PF était suffisant.

Concernant l'item sur l'orientation après l'entretien, il existe un grand nombre de données manquantes. Nous pouvons faire l'hypothèse que, d'une part, un nombre important de personnes n'a pas besoin d'être orienté vers une autre structure, le PF ayant répondu à la problématique de l'entretien. Nous pouvons, d'autre part, supposer que compléter les fiches d'accueil est chronophage pour les militant-es et que cet item, devant être rempli à la fin de l'entretien, ne l'est pas par manque de temps.

Lorsque la donnée est disponible, la majorité des personnes sont orientées vers un CPEF. C'est un lieu où l'on prend en charge les questions de vie affective et sexuelle mais qui est médicalisé, contrairement au PF19. Il peut s'agir par exemple, d'entretiens qui devaient être complétés par la prescription d'une contraception ou bien la réalisation d'une IVG, ou alors un dépistage d'IST.

8.2.4. Thématiques des entretiens

Concernant la répartition des thématiques, il semble important de souligner qu'une classification avec thématique unique illustre probablement mal la réalité des entretiens. Un certain nombre d'entre eux comportent en effet des thématiques de deuxième et de troisième ordre, qui n'ont pas été prises en compte dans cette analyse.

Nous observons sur les trois années, que la thématique des violences est nettement prédominante (37 % des données connues), viennent ensuite, dans des proportions moins importantes : la vie affective et la contraception. (Figure 13)

A l'échelle nationale en 2020, les thématiques principales sont la contraception, les IVG et les questions d'infections sexuellement transmissibles. La thématique des violences n'arrive qu'en quatrième position. (25)

Cette différence peut être notamment expliquée par le fait que le PF19 n'est pas médicalisé, contrairement à d'autres associations départementales du PF. Les militant-es du PF19 ne pouvant pas prescrire de contraception, de dépistage d'IST ou de médicaments pour les IVG, on imagine facilement que ces thématiques sont moins souvent retrouvées qu'à l'échelle nationale.

Il pourrait être intéressant d'étudier l'évolution des entretiens concernant la thématique des violences dans les prochaines années, tant à l'échelle locale que nationale. En effet, ce sujet

fondamental étant de plus en plus médiatisé, il est possible que les professionnel·les de santé soient, à l'avenir, plus souvent confronté·es à des patient·es qui abordent leurs antécédents de violences.

De plus, le dépistage systématique des violences en médecine générale tel que préconisé par la HAS, va probablement augmenter les besoins en structures capables d'accompagner les victimes de violences.

8.2.4.1. Répartition des thématiques en fonction du genre

Violences

Concernant les thématiques en fonction du genre (Figure 14) les femmes représentent 88 % des personnes ayant un entretien concernant des violences. Notre étude ne permet pas de préciser ni s'il s'agit de violences dans un cadre conjugal ni le type de violences (physique, psychologique, sexuelle, économique, etc).

Selon l'étude *Genese 2021* (27), portant sur les violences dans et en dehors du couple nous notons que :

Plus de femmes déclarent avoir subi des violences dans l'enfance (21 % de femmes contre 17 % d'hommes).

Les femmes sont trois fois plus concernées que les hommes et de manière plus répétée, par les violences physiques ou sexuelles par partenaire.

Les femmes connaissant davantage de partenaires violents sur des durées plus longues ou à des fréquences plus élevées.

Il est donc cohérent que dans notre étude la majorité des entretiens menés pour violences le soient avec des femmes.

De plus, l'étude *Genese 2021* (27) démontre que :

Dans le cadre des violences physiques ou sexuelles exercées par un partenaire : 69 % des femmes et 58 % des hommes en ont parlé à un proche, 27 % des femmes et 10 % des hommes en ont parlé aux services de santé, 25 % des femmes et 9 % des hommes ont fait un signalement à la police ou la gendarmerie.

Nous notons ici que les services de santé arrivent comme deuxième interlocuteur pour les victimes de violences. De plus, les hommes ont tendance à moins souvent signaler les violences subies, que ce soit à leurs proches ou bien aux services de santé ou de justice. Ce nombre va dans le même sens que notre étude puisque seules 12 % des personnes ayant un entretien pour violence au PF19 sont des hommes.

En définitive, les femmes sont plus souvent victimes de violences, et de façon plus répétée au cours de leur vie. Une meilleure prise en compte sociétale va probablement entraîner une majoration des besoins en structures et en professionnel·les formé·es. La majorité des auteurs de violences sont des hommes, même s'ils peuvent également en être les victimes. Il est donc important que le PF soit identifié comme structure capable d'accueillir des hommes autour de la thématique des violences.

IVG

La thématique des IVG concerne dans 98 % des cas des femmes. Ce résultat ne nous permet pas de dire que les femmes n'étaient pas accompagnées du coresponsable de la grossesse

car la donnée n'a pas été enregistrée pour cette étude. En revanche, une étude de l'ANCIC (Association nationale des centres d'IVG et de contraception), souligne que sur 1007 patientes consultant pour une IVG, seulement 20 % étaient accompagnées du coresponsable de la grossesse. (28) Nous pouvons donc raisonnablement supposer qu'une proportion importante des entretiens du PF19 concernant les IVG ont été réalisés avec une femme seule, le coresponsable de la grossesse étant absent.

C'est dans une publication intitulée « Les hommes et l'IVG » (29) que la sociologue G.Cresson émet plusieurs hypothèses concernant la place des coresponsables de grossesses dans les parcours IVG. Tout d'abord, elle n'a pas pu recruter de manière classique les participants pour ce travail, tant le sujet est tabou. Un des résultats clairs de cette étude est que « aucun homme interviewé n'envisage de parler librement, ouvertement, de cette IVG dans son cercle relationnel ». Certains évoquent leur sentiment de honte et la crainte du jugement des autres. Ces réponses ne concernaient pourtant que les hommes présents aux rendez-vous IVG, que l'on peut supposer concernés et investis dans l'acte.

L'investissement des coresponsables de grossesses dans les parcours d'IVG semble donc limité et nous pouvons imaginer, que grâce à la diminution des inégalités entre les femmes et les hommes, cette tendance va s'améliorer dans les années futures.

Il faut toutefois noter qu'un meilleur investissement du coresponsable de la grossesse dans le parcours IVG doit se faire sans coercition et avec un respect total du choix de la femme.

IST

Dans notre étude, la thématique IST est plus souvent retrouvée chez des hommes (64 %). (Figure 14) Nous n'avons pas le détail pour savoir si ces entretiens portaient plus souvent sur la prévention ou sur le traitement des IST.

Nous pouvons néanmoins mettre en parallèle ce résultat avec les taux de positivité à chlamydia, gonocoque et à la syphilis en France métropolitaine en 2021. Le taux de positivité entre homme cis et femme cis est le même pour l'infection à chlamydia, mais plus important chez les hommes cis pour l'infection au gonocoque (5,2 % vs 1,7 %) et à la syphilis (1,8 % vs 0,3 %).(30)

Il est possible, dans notre étude, qu'un certain nombre d'entretiens menés avec des femmes aient eu comme thématique de deuxième ou troisième ordre la question des IST. Il semble néanmoins indispensable de ne pas faire de distinction genrée, et d'aborder cette thématique chez les femmes comme chez les hommes.

Discrimination

Concernant la thématique de la discrimination, le résultat de cette étude peut interpeller car il montre qu'une très grande majorité des entretiens réalisés autour de cette thématique concernaient des hommes. Ce nombre est probablement peu significatif car calculé sur uniquement 7 entretiens. (Figure 14)

En effet, cette tendance n'est pas retrouvée dans une étude nationale de l'INSEE (31) réalisée en 2022, et qui montre que sur la période 2019/2020 les femmes déclarent avoir subi plus souvent des traitements inégalitaires ou des discriminations : 22 % des femmes et 15 % des hommes.

8.2.4.2. Répartition des thématiques en fonction de l'âge

La population du PF19 étant plus âgée que celle à l'échelle nationale, cela peut expliquer que les questions autour des thématiques de la contraception, des IVG et des infections sexuellement transmissibles soient moins prévalentes que dans les autres PF.

Cette tendance est confirmée par les résultats de ce travail. Par exemple, la thématique de la contraception arrive en deuxième chez les moins de 18 ans puis en troisième chez les 18-25 ans, et enfin en quatrième chez les 25-35 ans. (Tableau 1)

Nous pouvons également noter que la proportion d'entretiens menés autour des questions de violences est plus importante chez les personnes plus âgées. Il peut s'agir d'un défaut d'information. En effet il se peut que les personnes jeunes, et notamment âgées de moins de 18 ans n'aient pas identifié le PF comme un lieu ressource dans la prise en charge des violences.

8.2.5. Connaissance du PF

Nous avons constaté dans notre étude qu'aucune personne n'avait déclaré avoir eu connaissance du PF par l'intermédiaire d'un-e professionnel-le de santé en 2020 et 2021. (Tableau 2)

Un des objectifs de ce travail a donc été d'améliorer la connaissance qu'ont les professionnel-les de santé du PF. Nous avons essayé de mesurer l'efficacité de notre campagne d'information en cherchant à retrouver une augmentation du nombre de personnes ayant eu connaissance du PF par un-e professionnel-le de santé après notre intervention. Cette augmentation n'est cependant pas significative ($p = 0,317$).

Il existe plusieurs raisons pouvant expliquer ces résultats.

Le temps de recueil des données peut avoir été insuffisant pour démontrer un effet significatif de la plaquette envoyée et des échanges organisés.

De plus, même si le nombre de données connues a augmenté en 2022, il reste un nombre important de données manquantes pour l'item « connaissance du PF ». (Figure 16) L'augmentation encourageante du nombre de données connues est très certainement due aux échanges que nous avons eus avec les militant-es du PF. Ces dernier-ères ont compris l'importance de récolter cette information lors des entretiens, dans le but de mesurer l'impact de cette campagne d'information.

Nous pouvons également faire l'hypothèse que parmi les entretiens où nous n'avons pas la donnée concernant l'item « connaissance du PF », il existe une proportion de personnes au moins similaire qui ont eu connaissance du PF par l'intermédiaire d'un-e professionnel-le de santé.

Le nombre de données manquantes pour cet item n'a pas pu être davantage réduit, malgré les mesures mises en place.

Une des explications à ce phénomène réside dans le fait que les entretiens du PF sont fondés sur l'écoute active, l'entretien n'est pas dirigé par le ou la militant-es. L'item « connaissance du PF » n'est donc pas systématiquement abordé avec la personne. Ce travail de thèse n'avait pas pour but de modifier les pratiques des militant-es du PF ou de changer la façon de mener leurs entretiens.

De plus, une des réponses de l’item « connaissance du PF » a pu prêter à confusion : celui intitulé « réseau santé social ». Cet item étant déjà présent avant notre étude, nous l’avons conservé dans la fiche d’accueil pour préserver une harmonisation avec les autres AD du PF. Cet item peut regrouper soit des soignant-es, soit des professionnel-les du social. Nous pouvons donc faire l’hypothèse que certain-es militant-es du PF ont coché cet item lorsque les bénéficiaires d’entretiens avaient été orienté-es par un-e professionnel-le de santé.

Nous pouvons également imaginer qu’une partie des personnes orientées au PF par un professionnel-les de santé ne s’y est finalement pas rendu.

Concernant le statut des médecins généralistes en zone rurale, il est possible qu’un certain nombre de personnes préfèrent aborder les questions de vie affective et sexuelle avec leur médecin traitant, figure connue et en qui les patient-es ont confiance.

D’autre part, nous pouvons à l’inverse imaginer que pour certain-es patient-es, l’orientation par un-e professionnel-les de santé vers le PF augmente la crédibilité et la confiance que peut avoir le-la patient-e dans cette structure.

Il est possible que le nombre de personnes ayant connaissance du PF par l’intermédiaire d’un-e professionnel-le de santé va augmenter dans les mois et années à venir. En effet les militant-es du PF continuent à organiser des entretiens avec des professionnel-les de santé, du réseau MilleSoins ou autres, avec comme support la plaquette et le PowerPoint développés pour cette étude.

Nous observons que sur les 6 personnes qui ont eu connaissance du PF par un-e professionnel-le de santé en 2022, le ou la professionnel-le de santé est à chaque fois un-e médecin. Lors des deux rencontres, les médecins représentaient la moitié de l’effectif. Parmi les données connues, personne n’a eu connaissance du PF par un-e infirmier-ère ou un-e pharmacien-ne. Tout comme pour les médecins généralistes, *Giami et al.* montrent que les infirmier-ères sont confronté-es aux questions de santé sexuelle et que ces dernier-ères déplorent également leur manque de formation sur le sujet. (4)

8.3. Limites

8.3.1. Type d’étude

La principale limite de cette étude réside dans le fait qu’il s’agit d’une étude avant/après. Comme le signale la HAS (32), lorsque l’on évalue une pratique avant et après une intervention dans le but de mesurer l’effet de cette intervention, il est difficile voire impossible de lui attribuer les variations observées. En effet, il est possible que le changement de pratique soit dû à des tendances préexistantes à l’amélioration ou à des variations liées à une autre cause que l’intervention elle-même.

En d’autres termes, il est possible d’imaginer que le nombre de personnes ayant eu connaissance du PF par un-e professionnel-le de santé ait augmenté en 2022 sans aucune intervention de notre part. Cette augmentation aurait, par exemple, pu être liée à d’autres facteurs environnementaux comme l’amélioration du dépistage des violences ou la meilleure prise en compte de l’orientation sexuelle par les professionnel-les de santé.

8.3.2. Biais

Nous avons effectué ici une étude rétrospective, c'est pourquoi tous les items n'avaient pas été remplis par les militant·es menant les entretiens. Il existe donc un biais de recueil.

Nous observons notamment un nombre important de données manquantes concernant les items « identité de genre », « connaissance du PF » et « orienté vers ».

Le nombre de données manquantes de l'item « connaissance du PF » a été un frein majeur dans cette étude, car portant sur un des objectifs principaux de ce travail.

Il existe également un biais de volontariat des professionnel·les de santé ayant participé à l'échange. En effet, il s'agit de professionnel·les ayant déjà un intérêt et des connaissances concernant le domaine de la vie affective et sexuelle. Nous aurions souhaité sensibiliser un nombre plus important de professionnel·les de santé, y compris ceux et celles qui ne considèrent pas la santé sexuelle comme faisant partie de leur champ de compétences.

8.4. Forces

Le nombre d'entretiens (n=591) auxquels nous avons eu accès constituent la principale force de cette étude.

Même s'il existe un nombre important de données manquantes pour plusieurs items, les effectifs nous permettent de décrire de façon précise la population et les entretiens ayant eu lieu sur trois années au PF19.

Cette étude, bien que n'ayant pas montré de résultat significatif, a permis de créer des liens entre plusieurs acteurs du soin. La plupart des professionnel·les de santé que nous avons contacté·es ne connaissaient pas ou insuffisamment l'activité du PF ou ne savaient pas qu'il existait une AD sur le plateau de Millevaches. Nous avons réalisé une intervention dans un territoire rural, où l'accès aux soins est parfois difficile. Même si cette étude a été faite dans le cadre d'une thèse, elle a surtout été une expérience humaine, avec des professionnel·les tous et toutes très investi·es dans leur territoire. Elle a permis de créer des liens entre militant·es et professionnel·les de santé autour des questions de vie affective et sexuelle.

8.5. Mises en perspective

8.5.1. Formation

A la fin de chaque échange, les militant·es du PF19 ont proposé aux professionnel·les de santé d'organiser des formations leur étant destinées sur des thématiques utiles dans l'exercice de leurs professions : dépistage de violences, formation à l'écoute active, réduction des risques sexuels, lutte contre les violences de genre, santé sexuelle et handicap, etc.

Ces formations réservées aux professionnel·les de santé semblent montrer un bénéfice sur l'amélioration de la prise en charge de la santé sexuelle. C'est ce que confirme *P. Mendez Fuentes* dans son travail de thèse (3) . Dans cette étude qualitative en focus group avec des médecins généralistes ayant suivi une formation en santé sexuelle animée par le PF de la Vienne, les médecins généralistes rapportaient une « liberté de parole », des « regards non-médicaux et divers », une « formation orale permettant une attention décuplée », une « prise de conscience de ses limites », et un « apprentissage des mots de la sexualité ». Ce travail de thèse a mis en évidence que les médecins généralistes interrogé·es estimaient avoir progressé après la formation.

8.5.2. Médicalisation du PF

Notre travail portait principalement sur l'utilisation du PF comme ressource par les professionnel·les de santé. Mais nous pourrions imaginer que le PF19 fasse appel aux professionnel·les de santé dans un but de médicaliser la structure. La médicalisation pourrait élargir l'offre de soins disponible au PF19 et permettre la prescription de contraception, le traitement des IST ou d'envisager la réalisation d'IVG médicamenteuses par exemple.

IX. Conclusion

La question de la vie affective et sexuelle est un aspect important dans la prise en charge bio-psycho-sociale des patient-es. Malheureusement, les professionnel·les de santé sont contraint-es par de nombreux freins dans ce champ de la médecine générale.

Notre démarche avait pour but d'améliorer la prise en charge de la santé sexuelle d'un territoire rural, le plateau de Millevaches, en optimisant le recours à une association locale, le Planning familial 19, par les professionnel·les de santé du réseau MilleSoins.

D'une part, nous avons promu le Planning familial 19 auprès de professionnel·les de santé du territoire, par l'intermédiaire de plaquettes d'information et en organisant un temps d'échange entre militant-es et professionnel·les de santé.

D'autre part, nous avons étudié les caractéristiques de la population accueillie au PF19. Nous avons montré qu'elle était plus âgée que celle du Planning familial à l'échelle nationale. La thématique la plus souvent retrouvée concernait les violences, dans toutes les classes d'âge, excepté pour les personnes âgées de moins de 18 ans chez qui la thématique principale était la contraception. Les personnes accueillies étaient majoritairement des femmes, vivant en Creuse, et l'entretien avait le plus souvent eu lieu physiquement dans un des locaux de l'association. Lorsque la donnée était connue, la moitié des personnes ayant bénéficié d'un entretien au PF19 avait eu connaissance du PF par l'intermédiaire du bouche-à-oreille.

Pour terminer, nous n'avons pas retrouvé d'augmentation significative du nombre de personnes ayant eu connaissance du PF par un-e professionnel·le de santé après notre intervention ($p = 0,317$).

En réalité, ce travail a surtout été l'occasion de créer un moment d'échange avec les militant-es du PF19 et a permis de fournir aux professionnel·les de santé du territoire une ressource précieuse dans la prise en charge des questions de vie affective et sexuelle. En connaissant une structure vers laquelle orienter les patient-es le nécessitant, il sera, à l'avenir, plus facile pour ces professionnel·les d'aborder ces thématiques. Cette possibilité de prise en charge pluridisciplinaire pourrait, entre autres, inciter les professionnel·les de santé à pratiquer le dépistage systématique des violences faites aux femmes.

Pour aller plus loin dans cette démarche, les militant-es ont proposé, à la fin des temps d'échanges, d'organiser pour les professionnel·les de santé des formations spécifiques sur les questions de vie affective et sexuelle.

Dans le but d'enrichir ce travail, il serait également intéressant d'initier des rencontres entre patient-es, professionnel·les de santé et militant-es du PF. En tant qu'acteur·rice de sa prise en charge, le-la patient-e pourrait mieux saisir les parcours de soins possibles en santé sexuelle. Ces échanges seraient également un temps privilégié pour que les professionnel·les de santé et les militant-es du PF explorent les représentations et les besoins des patient-es dans le champ de la vie affective et sexuelle.

Poursuivre la formation des professionnel·les de santé, sensibiliser la population sur les questions de vie affective et sexuelle, et promouvoir des associations locales telles que le Planning familial, apparaissent comme des leviers indispensables dans l'amélioration de la prise en charge de la santé sexuelle pour les années futures.

Références bibliographiques

1. Pour une communication publique sans stéréotype de sexe: guide pratique. Paris: la Documentation française; 2016.
2. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. 2018.
3. Mendez Fuentes P. Formation en Santé Sexuelle des Médecins Généralistes : Etude d'une formation originale par le Planning Familial de la Vienne Etude qualitative par Focus groups [Thèse d'exercice : médecine]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2014.
4. Giami A, Moreau É, Moulin P. Infirmières et sexualité: entre soins et relation. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2015. 147 p.
5. Mouvement français pour le planning familial. Liberté, sexualités, féminisme. 50 ans de combat du Planning pour les droits des femmes. Paris: La Découverte; 2006. 280 p. (Hors Collection Social).
6. Jaspard M, Equipe ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population & Sociétés. janv 2001;(364):4.
7. Le Planning Familial. Libre de ses choix [Internet]. Le Planning Familial. 2023. Disponible sur: planning-familial.org
8. Malbec E. Rapport d'activité 2020. Le Planning familial 19; 2020.
9. Gouvernement français. Santé sexuelle [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: sante.gouv.fr
10. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. 424 p. (Métiers Santé Social).
11. Santé Publique France. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016.
12. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
13. Bilgorajski C. Représentations et ressentis des internes de médecine générale et consultation de première demande de contraception de l'adolescente [Thèse d'exercice : médecine]. [Saint-Etienne]: Université de Saint-Etienne; 2012.
14. Guilbot A. Quels sont les freins à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes du Vaucluse? [Thèse d'exercice : médecine]. [Marseille]: Université Aix Marseille; 2020.
15. Revel-Delhom C. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Haute Autorité de Santé; 2019.
16. Corbet C. Dépistage des violences conjugales et utilisation des outils d'aide à la protection des femmes victimes chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône [Thèse d'exercice : médecine]. [Marseille]: Université Aix Marseille; 2021.
17. Liv G. Panorama de la société 2019 : les indicateurs sociaux de l'OCDE. 2019.

18. Tarragon J, Messaadi N, Martin MJ, Cottencin O, Bayen M, Bayen S. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale? *Exercer*. janv 2020;(159):4-10.
19. Frigo L, De Guibert C. Comment faciliter l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes: point de vue des patientes, étude qualitative en France métropolitaine [Thèse d'exercice : médecine]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2021.
20. Montpied A, Vernier C. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? [Thèse d'exercice : médecine]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2019.
21. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques; 2017.
22. Des professionnels de santé en réseau sur le plateau de Millevaches. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2017.
23. Ministère de la justice canadienne. Identité de genre et expression de genre [Internet]. 2016 [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/05/identite-de-genre-et-expression-de-genre.html>
24. ANCT. Observatoire des territoires - ANCT - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/>
25. Malfray C, Paoli B. Rapport d'activité national 2020. Le Planning familial; 2021.
26. Ackerman A, Mauvillain D. Rapport d'activité national 2021. Le Planning familial; 2021.
27. Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure, Eurostat. Chiffres clés de l'enquête Genese 2021. 2022.
28. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. Enquête sur le rapport des hommes à l'IVG. ANCIC; 2010 2011 p. 82.
29. Cresson G. Les hommes et l'IVG : Expérience et confiance. *Sociétés contemporaines*. 1 mars 2006;no 61(1):65-89.
30. Chazelle E, Delmas G. Dépistage et diagnostic des IST bactériennes en 2021. *Santé Publique France*; 2022.
31. INSEE. En dix ans, le sentiment de discrimination augmente, porté par les femmes et le motif sexiste. *Insee Première*. juill 2022;(1911):4.
32. Durieux P, Ravaud P. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Haute Autorité de Santé; 2007.

Annexes

Annexe 1. Plaquette d'information format papier

Annexe 1.1 Plaquette d'information papier recto



Qui sommes-nous ?

Le **Planning** familial, association loi 1901, membre du Mouvement Français pour le Planning Familial, est un lieu de parole concernant les sexualités, les rapports hommes-femmes, les relations amoureuses, la santé sexuelle (contraception, IVG, IST...) afin que chacun.e les vive dans le partage, le respect et le plaisir.

Le **Planning**, c'est aussi un mouvement d'éducation populaire qui agit pour le droit à l'information et à la connaissance pour toutes et tous.

Associations partenaires locales :

- CADA de Peyrelevade, CADA de Meymac, CADA d'Eymoutiers
- Association Les Petits Bouts
- IME de Felletin
- Centre éducatif fermé les Monédières
- CIMADE
- Groupe d'entraide juridique
- Groupe de soutien psychologique du plateau
- Centre d'information aux droits des femmes et des familles (CIDFF)
- ARAVIC

Venez découvrir la **bibliothèque** du Planning lors de sa permanence, le premier mercredi de chaque mois de 15h à 19h.

Le Planning familial du plateau de Millevaches

Professionnel·les de santé



Annexe 1.2. Plaquette d'information papier verso

Je désire avorter.

Ca veut dire quoi LGBTQIA+ ?

Existe-t-il des contraceptions masculines ?

J'ai été/ je suis victime de violence.

Je suis enceinte de deux mois mais je ne veux pas poursuivre la grossesse.

Je me pose des questions sur mon orientation sexuelle.

Je voudrais parler de relations sexuelles.

Où puis-je me faire dépister ?

Désir - Plaisir - Attirance sexuelle
Education affective et sexuelle
Violences - Homosexualité
Contraception - IST - Transidentité
Viol -Genre -IVG - Parentalités

Les conseiller-es du **Planning familial de Peyrelevade accueillent, écoutent et orientent** vos patient-es vers :

- Des psychologues
- Des avocat-es
- Des associations d'aide aux victimes

Accueil et entretien sur rendez-vous seule, en couple ou à plusieurs :
07 87 83 22 49

Le Planning familial du plateau de Millevaches
Maison des associations
Côte de Vinzan
19 290 Peyrelevade
pf.plateau@millevaches.net
fb : planning familial 19
@planning.familial_19

Possibilité de rendez-vous et d'accueil sur **Peyrat-le-Château, Bourgneuf et Tulle.**
Permanences mobiles à Felletin, Meymac et Neuvic

Annexe 2. Plaquette d'information format numérique

Le Planning familial du plateau de Millevaches

Qui sommes-nous ?

Le **Planning** familial, association loi 1901, membre du Mouvement Français pour le Planning Familial, est un lieu de parole concernant les sexualités, les rapports hommes-femmes, les relations amoureuses, la santé sexuelle (contraception, IVG, IST...) afin que chacun.e les vive dans le partage, le respect et le plaisir.

Le **Planning**, c'est aussi un mouvement d'éducation populaire qui agit pour le droit à l'information et à la connaissance pour toutes et tous.

Désir - Plaisir - Attirance sexuelle
Education affective et sexuelle
Violences - Homosexualité
Contraception - IST - Transidentité
Viol -Genre -IVG - Parentalités

Accueil et entretien sur rendez-vous seul-e, en couple ou à plusieurs :

07 87 83 22 49

Le **Planning** familial du **plateau de Millevaches**

Maison des associations

Côte de Vinzan

19 290 Peyrelevade

pf.plateau@milleevaches.net

fb : planning familial 19
@planning.familial_19

Possibilité de rendez-vous et d'accueil sur **Peyrat-le-Château, Bourganeuf et Tulle.**

Permanences mobiles à **Felletin, Meymac et Neuvic**

Les conseiller-es du Planning familial de **Peyrelevade accueillent, écoutent et orientent** vos patient-es vers :


- Des psychologues
- Des avocat-es
- Des associations d'aide aux victimes



Annexe 3. Questionnaire professionnel·les de santé

Rencontre Planning familial

Nous vous proposons une rencontre par visioconférence entre professionnel·les de santé et militant·es du Planning familial de Peyrelevade. Vous pourrez, à cette occasion, découvrir leurs activités et échanger avec eux sur les patient·es pouvant être adressé·es au Planning. Afin d'organiser au mieux ce moment, pouvez-vous compléter ce questionnaire ?

juliette_dufour@hotmail.fr [Changer de compte](#) 

***Obligatoire**

Adresse e-mail *

Votre adresse e-mail

Proposition de date : *

Mardi 10 mai 2022 à 20h30

Lundi 16 mai 2022 à 20h30

N'est pas intéressé·e

Intéressé·e mais non disponible à cette date-là

Question/remarque :

Votre réponse

Envoyer [Effacer le formulaire](#)

Annexe 4. Document en format PowerPoint ayant servi de support pour les deux rencontres entre professionnel·les de santé et militant·es du PF

Le Planning familial du plateau de Millevaches

Information aux professionnel·le.s de santé



Plan



1. Généralités



3. Le Planning Familial 19



2. Projet de thèse



4. Quand adresser ?

Généralités

Le Planning Familial

- **Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) appelé Planning Familial**
- **Mouvement féministe et d'éducation populaire**
- **Droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception, à l'avortement, à l'égalité entre les femmes et les hommes**
- **Lutte contre les discriminations et les violences sexistes**

Organisation

- 1/3 de salarié·es, 2/3 de bénévoles
- **Conseil conjugal et familial (CCF)** : formation de 400 h sur 2 ans, 40 h de stage
- **CCF** : mission d'accueil, d'écoute, d'accompagnement et d'orientation
- **Pluriprofessionnel** dans les CPEF : médecin, infirmier·ère, psychologue, ...

Activités



Education à la vie affective et sexuelle



Violences




Prévention IST/VIH



IVG/Contraception



Numéro vert 08 00 08 11 11



Formation, information professionnel·le.s de santé

Projet de thèse

Internat de médecine générale

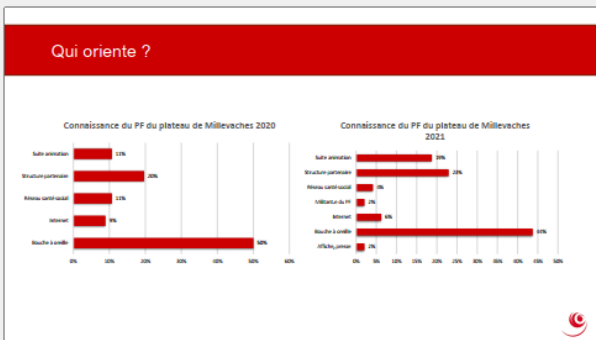
Stage de deuxième semestre de MG sur le plateau de Millevaches

➔

Rencontre avec le PF de Peyrèlevade

➔

Collaboration PF et professionnel·le.s de santé ?



Objectif de l'étude

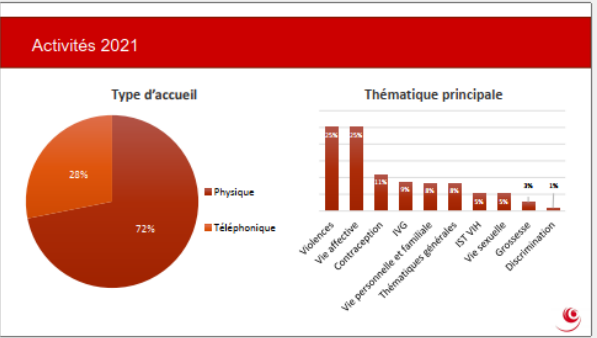
Comparer le nombre de patient.e.s, adressé.e.s par un.e professionnel.le de santé, qui consulte au Planning Familial, avant et après une campagne d'information destinée aux professionnel.le.s de santé du réseau Millesoins.

Planning Familial de Peyrelevalde

Généralités

Le Planning Familial du Plateau de Millevaches


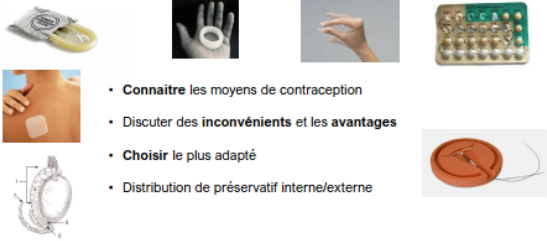










- Maison des associations
- Creuse, Corrèze, Haute-Vienne
- 2 salariés et 2 CCF
- Mars 2015



Autres actions

- Permanences mobiles
- Autres lieux : Tulle, Bourgneauf, Peyrat le château et Eymoutier
- Animations collectives
- N° vert « sexualité, contraception, IVG »

Quand adresser ?

<p>Pour parler de ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désir • Plaisir • Attirance sexuelle • Relations amoureuses • Parentalités • Education sexuelle 	<p>Contraception</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les moyens de contraception • Discuter des inconvénients et les avantages • Choisir le plus adapté • Distribution de préservatif interne/externe
<p>Violences</p> <p>Violences sexistes, homophobes, conjugales, sexuelles, sur les enfants, harcèlement scolaire</p>  Ecoute  Psychologues Avocat-es Associations d'aides aux victimes	<p>IVG</p>  Ecoute  Professionnel-les Structures  Information sur les méthodes
<p>Orientation sexuelle et identité de genre</p>  Ecoute  Groupes de soutien  Endocrinologue, chirurgien-nes, ...	<p>Ressources documentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier sur la plateforme Plexus : documents sur le dépistage des violences, prise en charge des personne trans, dépistage IST, ... • Possibilité de déposer brochure et affiche pour le cabinet • Solliciter le Planning pour organiser des formations destinées aux professionnel-les de santé
<p>Merci</p>  	

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Étude épidémiologique descriptive de la population accueillie au Planning familial de Corrèze entre 2020 et 2022, avant et après une intervention auprès des professionnel.les de santé du territoire.

Introduction : La santé sexuelle est aujourd'hui largement intégrée dans la prise en charge bio-psycho-sociale des patient-es. Peu de professionnel.les de santé l'abordent, par manque de formation ou de ressources complémentaires. L'objectif de notre étude était de promouvoir le Planning familial, association spécialisée dans les questions de vie affective et sexuelle, auprès de professionnel.les de santé d'un territoire rural. **Méthode** : Nous avons organisé une intervention auprès de professionnel.les de santé du réseau MilleSoins et réalisé une étude épidémiologique descriptive de la population accueillie au Planning familial de Corrèze (PF19) avant et après cette intervention. **Résultats** : La population accueillie au PF19 est âgée en moyenne de 27 ans, 76 % sont des femmes, 56 % habitent en Creuse, 67 % ont bénéficié d'un entretien en présentiel, 37 % des entretiens concernaient des violences et 44 % des personnes avaient eu connaissance du PF par l'intermédiaire du bouche-à-oreille. Le nombre d'entretiens où la personne avait eu connaissance du Planning familial par l'intermédiaire d'un-e professionnel-le de santé n'a pas augmenté de manière significative après notre intervention ($p = 0,317$). **Conclusion** : La population accueillie au PF19 est plus âgée et consulte plus souvent pour des violences que dans les autres Planning familiaux. Nous n'avons pas mesuré d'impact significatif à la suite de notre intervention, mais cette nouvelle collaboration entre les professionnel.les de santé et le PF19 va assurément permettre une meilleure prise en charge des questions de santé sexuelle sur le territoire.

Mots-clés : Planning familial, santé sexuelle, vie affective et sexuelle, professionnel.les de santé, réseau MilleSoins.

Descriptive epidemiological study of the population welcomed to the family planning center of Correze between 2020 and 2022, before and after an intervention with health practitioners of the area.

Introduction : Sexual health today is fully integrated in the bio-psycho-social handling of patients. Few health practitioners approach it due to a lack of training and additional resources. Our study's objective was to promote the family planning center, an organization specialized in sexual and emotional life questions, to health practitioners of a rural territory. **Method** : We worked with health practitioners of the MilleSoins network and carried out a descriptive epidemiological study of the population welcomed to the family planning center of Correze (PF19) before and after this intervention. **Results** : The population welcomed to PF19 is 27 years old on average, 76% are women, 56% live in Creuse, 67% benefited from an in-person interview, 37% of the interviews were in regard to violence and 44% of people knew about the PF through word of mouth. The number of interviews where the person had been made aware of the family planning center by a health practitioner did not increase in a significant manner after our intervention ($p = 0,317$). **Conclusion** : The population welcomed to PF19 is older and seeks help for violence more often than in other family planning center. We did not measure any significant impact following our intervention but this new collaboration between health practitioners and the PF19 will definitely allow for a better handling of sexual health questions in the area.

Keywords : Family planning center, sexual health, sexual and emotional life, health practitioners, MilleSoins network.

