

# PLAN

## **Information et éducation à la santé, notamment en matière de sexualité, des femmes et hommes, jeunes et adultes, des « quartiers »**

### **INTRODUCTION**

Mandat du groupe de travail et modalités de travail  
Terminologie

### **I – CONSTATS ET ELEMENTS D'ANALYSE**

#### **■ I.1 – Des relations stéréotypées entre les hommes et les femmes**

##### **· I.1.1 – Les représentations de la sexualité**

I.1.1.1 - La sexualité demeure, dans les quartiers, une question à part et tabou

I.1.1.2 - marquée par une conception stéréotypée des relations entre les femmes et les hommes

I.1.1.3 - exprimée souvent en termes de violence

I.1.1.4 - Mais, ces constats doivent être nuancés par une prise en compte des représentations relayées par les médias ou renvoyées globalement par la société

##### **· I.1.2 - Les « stratégies » d'évitement ou de contournement**

#### **■ I.2 – Analyse critique des modes et circuits d'information et d'éducation à la sexualité**

##### **· I.2.1 – Les campagnes nationales d'information**

Exemples : - campagne sur la contraception en 2000 et 2001

- campagne ENVEFF sur les violences faites aux femmes

##### **· I.2.2 – Les lieux d'information et d'éducation à la santé et à la sexualité** tels les *EICCF* : Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial

et les *CPEF* : Centres de planification ou d'éducation familiale

##### **· I.2.3 – L'école**

## **II- UNE NECESSAIRE EVOLUTION ET ADAPTATION DES PRATIQUES**

### **■ II.1 – Quelques expériences positives qui ont retenu notre attention**

- **II.1.1 - Des actions de formation et la mise en place de groupes de parole**
- **II.1.2 - L'animation de rencontres avec des professeurs et des élèves**
- **II.1.3 - La réalisation d'outils : production de courts métrages, de livrets**
- **II.1.4 - Le programme adultes-relais**
- **II.1.5 - Les forums de santé, dans le département des Hauts-de-Seine**

### **■ II.2 – Des propositions pour une évolution et une adaptation des pratiques**

- **II.2.1 – Favoriser et renforcer la prévention et l'information sur la santé et la sexualité**
  - II.2.1.1 - Davantage intervenir auprès des populations concernées
  - II.2.1.2 – Contribuer à l'ouverture du quartier sur l'extérieur
  - II.2.1.3 – Favoriser l'évolution des mentalités
- **II.2.2 – Accentuer la mise en réseau des multiples acteurs**
  - II.2.2.1 – Mobiliser tous les acteurs
  - II.2.2.2 – Aider à la mise en place de partenariats concrets, entre les associations et les autres acteurs
- **II.2.3 – Promouvoir et développer la formation des acteurs/intervenants**
  - II.2.3.1 – Former les acteurs dans les différents champs d'intervention, après avoir bien identifié les objectifs de la formation
  - II.2.3.2 – Multiplier les destinataires des formations
- **II.2.4 – Sensibiliser les médias**

### **■ ANNEXES**

- **Planning des réunions**
- **Extraits de la Circulaire Education nationale n° 2003-027 du 17 février 2003**
- **Textes des auditions**

## ■ INTRODUCTION

### *Les orientations données par la ministre*

Le 30 janvier 2003, lors de l'assemblée plénière du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (C.S.I.S.), la ministre déléguée à la parité et à l'égalité professionnelle a fixé deux nouveaux axes de travail :

- la promotion d'une éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle des jeunes
- l'accès à l'information et à l'éducation à la santé et aux questions liées à la sexualité des jeunes filles et femmes de l'immigration.

Peu après, alors que la ministre exprimait son soutien aux participants de la marche pour l'égalité, elle a précisé que la réflexion devrait porter sur l'information des garçons et des filles des « quartiers ». La ministre a depuis engagé la concertation avec tous les partenaires concernés pour donner suite aux préoccupations exprimées par les jeunes filles et femmes des « quartiers ».

Le présent rapport constitue ainsi une des réponses de la ministre à leurs préoccupations.

### *La situation dans les quartiers*

Depuis de nombreuses années, les associations représentées au sein du CSIS alertent les pouvoirs publics sur la situation et les difficultés des jeunes dans les quartiers de la politique de la ville, récemment médiatisés.

La prise de parole des jeunes filles et des femmes des « quartiers » et les témoignages des associations qui travaillent auprès des populations immigrées ont largement contribué à l'émergence et à la prise en compte de la situation particulièrement difficile des jeunes filles et des jeunes femmes des « cités », qui souffraient jusqu'alors d'un manque de visibilité.

Grâce à des initiatives associatives et notamment celle de la Fédération nationale des maisons des potes, les jeunes filles et les femmes ont trouvé un espace de parole pour exprimer ce qu'est leur vie dans les quartiers.

Récemment le manifeste et plus récemment la marche de ville en ville de l'association « ni putes, ni soumises » ont été largement relayés par les médias. Des femmes dénoncent le poids des tabous, du non-dit, la quasi-absence de mixité, le peu de dialogue familial, le sexisme, la misère sexuelle, la violence verbale et physique, le contrôle social de la cité.

Des événements tragiques illustrent ces déclarations : le viol collectif d'une adolescente de quinze ans par dix-neuf jeunes, à Argenteuil ; la mort de Sohane, une jeune fille de dix-sept ans, brûlée vive...

Enfin, les associations, qui travaillent auprès des populations immigrées, constatent unanimement une augmentation des situations ou des risques de mariage forcé dans toutes les communautés où persiste cette pratique coutumière, qu'elles soient originaires de Turquie, du Maghreb, d'Afrique noire ou d'Asie.

## ***Le mandat du groupe de travail***

La commission permanente du C.S.I.S., réunie le 2 avril 2003, a décidé de constituer un groupe de travail sur le sujet de l'information et de l'éducation à la santé, notamment en matière de sexualité des populations des « quartiers ».

L'axe de travail, tel qu'il a été initialement présenté étant très large, le groupe de travail a restreint le champ de ses investigations et de sa réflexion, en se focalisant sur le public des « quartiers » d'habitat social.

Il s'agit, dans ce rapport,

- d'analyser des relations stéréotypées entre les hommes et les femmes,
- de caractériser les modes et circuits actuels d'information et d'éducation à la santé en général et aux questions liées à la sexualité, en particulier dans ces « quartiers » et de repérer leurs insuffisances ou leurs inadaptations,
- de définir, en regard, ce que sont ou pourraient être les expériences jugées positives, dans ces « quartiers » d'habitat social, en matière d'éducation à la santé en général et aux questions liées à la sexualité et au respect de l'intégrité de la personne en particulier (supports d'information, lieux et acteurs de l'information, centres-ressources...).

Le groupe de travail, dont le pilotage a été assuré par le service des droits des femmes et de l'égalité, a été installé le 7 mai 2003 et s'est réuni par la suite à neuf reprises.

## ***Modalités de travail***

- Avec les associations représentées au sein du C.S.I.S., il a été dressé un état des lieux de l'accès à l'information et à l'éducation à la santé, notamment en matière de sexualité, dans les quartiers de la politique de la ville.
- Il a été procédé à des auditions de responsables d'associations qui interviennent dans les quartiers et ne sont pas représentées au sein du CSIS :
  - Madame PETEK, Présidente de l'association ELELE - Migrations et cultures de Turquie
  - Madame FRANJOU, ancienne présidente du Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)
  - Madame LEBDI, de l'association Ni putes, ni soumises.

Ont également été auditionnés:

- Monsieur UDINO, de l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaine (IMEA)
- Madame BESKI-CHAFIQ, responsable d'étude et de formation à l'Agence pour le développement des relations interculturelles (ADRI)
- Madame DURAND-SAVINA, de la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV)
- Madame DE KERPRIGENT, Chargée des questions sanitaires et sociales au Cabinet du Président du Conseil général des Hauts de Seine.

L'ensemble des textes de ces auditions figure en annexe.

## ■ TERMINOLOGIE

Afin de bien cerner le thème de réflexion proposé, il est apparu important aux membres du groupe de travail de commencer par définir, le plus clairement possible, les termes du titre. Ce travail de définition a fait l'objet des deux premières séances de travail.

### **« INFORMATION, EDUCATION A LA SANTE, NOTAMMENT EN MATIERE DE SEXUALITE »**

Dans son rapport final publié en octobre 1999, un des précédents groupes de travail du CSIS, intitulé « Information, éducation des jeunes à la sexualité », s'était déjà penché sur les définitions de ces termes.

Il en ressort que l'information concerne un certain nombre de connaissances scientifiques, médicales, biologiques et mécanismes de sexualité.

L'éducation à la sexualité, quant à elle, ne repose pas sur les seuls objectifs de prévention. Elle ne se réduit pas non plus au seul sexe, ainsi l'éducation ne doit pas être centrée sur la reproduction et l'acte sexuel, sans pour autant les exclure. Mais l'éducation à la sexualité prend en compte plus largement la rencontre, la relation, la vie affective et recouvre une globalité. Elle suppose une attitude implicite d'écoute, une disponibilité à l'autre, une capacité à intervenir là où en sont les personnes et à partir de leurs questions.

### **« QUARTIERS »**

La notion de quartier a beaucoup évolué. Le terme de « quartiers » a de plus été abondamment utilisé dans la presse écrite et dans les autres médias et tout le monde sait ou croit savoir à quoi il renvoie implicitement.

On parlait initialement de quartiers de la politique de la ville ou de quartiers sensibles. Le mot de quartiers a été retenu dans le cadre des travaux récents du Comité interministériel à l'intégration, dans la mesure où dans les zones urbaines ainsi désignées, les personnes immigrées ou issues de l'immigration constituent un fort pourcentage de la population mais ne sont pas les seules à y vivre.

Il s'agit de quartiers d'habitat social dans lesquels des personnes, de cultures différentes, vivent ensemble. En effet, cohabitent dans ces quartiers, aussi bien des personnes immigrées ou issues de l'immigration, mais également des personnes françaises depuis plusieurs générations, avec cependant le constat que les populations des couches moyennes ont tendance à les rejeter et à les quitter.

La caractéristique majeure et commune à l'ensemble des personnes habitant ces quartiers est de constituer une population fragilisée qui vit l'enfermement, dans tous les sens du terme.

Cette fragilisation peut trouver son origine dans l'expérience proche ou lointaine de la migration, l'existence d'un chômage important, dans le développement de l'emploi précaire et mal rémunéré, dans la difficulté de faire face à des parcours scolaires souvent problématiques et une absence de lisibilité sur le devenir social et professionnel des enfants.

Ces quartiers, marqués par une certaine pauvreté sont des lieux dans lesquels ceux qui y vivent sont physiquement piégés.

La frontière du quartier se construit et se vit aussi psychologiquement. Il est ainsi souvent difficile d'être reconnu en dehors de son quartier, et ce, en raison du regard des autres à la fois dans le quartier et hors du quartier. Si le terme de « cités » ne doit pas être utilisé, car jugé trop stigmatisant, on retiendra des expressions telles que « quartiers en risque d'être marginalisés ».

## ■ Précaution liminaire

Les participants au groupe de travail et auteurs du rapport attirent l'attention des destinataires sur le fait que seule est mise en avant la situation des personnes les plus exposées, et que notamment nombre de jeunes gens et jeunes filles vivent sans problème majeur au moment de l'adolescence, les rapports familiaux et sociaux.

## I – CONSTATS ET ELEMENTS D'ANALYSE

### I.1 – Des relations stéréotypées entre les hommes et les femmes

#### I.1.1 – Les représentations de la sexualité

La nature des relations entre les hommes et les femmes est en partie liée aux représentations que les uns et les autres se font de la sexualité. Si ces représentations sont multiples, il est ressorti au cours des débats, que la sexualité reste elle-même une question à part, marquée par une conception stéréotypée des relations entre les femmes et les hommes, souvent exprimée en termes de violence et fortement relayée par les médias.

##### I.1.1.1 - La sexualité demeure, dans les quartiers, une question à part et tabou

De manière générale, aborder les thèmes de la santé et de la sexualité n'est pas chose aisée : culturellement, ces thèmes restent plutôt tabous.

Mais cette difficulté est démultipliée, lorsqu'on s'adresse aux femmes et jeunes filles des quartiers. Ces populations sont sans doute, plus que d'autres, victimes de réticences et de crispations d'ordre identitaire et culturel sur les questions de sexualité. Le poids culturel mais aussi le fait que les mères elles-mêmes n'aient reçu aucune éducation sexuelle et considèrent souvent la sexualité sous le seul aspect du devoir conjugal et de la reproduction, ne permettent pas des échanges faciles mères/filles sur la sexualité.

Ce manque d'échanges mères/filles est, de plus, souvent renforcé par l'absence de dialogue entre les hommes et les femmes sur ces sujets.

On constate enfin qu'à l'extérieur du cadre familial, dans le cadre scolaire ou dans les lieux d'information sur la contraception, l'information donnée sur les questions de santé et de sexualité peut être soit difficilement accessible ou intégrée par la population, soit insuffisante ou totalement absente. Ainsi, si les jeunes ont tous plus ou moins reçu une information, celle-ci est la plupart du temps, insuffisante et mal comprise, elle comporte de nombreuses idées fausses, cause de nombreux échecs.

##### I.1.1.2 - marquée par une conception stéréotypée des relations entre les femmes et les hommes

La question de la sexualité est, de plus, marquée, dans les « quartiers » comme dans l'ensemble de la société, par une conception stéréotypée des relations entre les hommes et les femmes, relations entre dominants et dominées.

Alors que les hommes sont libre de « mener leur vie », notamment leur vie sexuelle, les jeunes femmes et les femmes sont considérées comme destinées au mariage et à la maternité.

Les normes intégrées et partagées par une très grande majorité de la population des quartiers, quel que soit son rattachement confessionnel, restent ainsi celles de la virginité de la femme avant le mariage, il en va alors de l'honneur de la famille, et de la vie de famille. Les jeunes femmes sont notamment éduquées dans le mythe de la virginité et aucun droit à la sexualité avant le mariage ne leur est reconnu. Au sein de la communauté turque par exemple, il est inculqué aux filles turques qu'elles ont un honneur, le « Namos », à conserver et qu'elles doivent ainsi rester vierges jusqu'au mariage. Une jeune fille qui a du namos ne pense pas à la sexualité et elle n'obtient aucune information d'ordre sexuel dans le cadre de sa famille. Les jeunes filles sont tenues dans un étau et tout à fait à l'écart des questions de sexualité.

Egalement dérivé d'une conception traditionnelle des relations entre les femmes et les hommes, le mariage forcé apparaît comme une forme particulièrement extrême de violence perpétrée sur les femmes.

Si le phénomène est difficile à recenser, toutes les associations constatent une hausse des mariages forcés dans toutes les communautés où ils sont pratiqués, qu'elles soient originaires de Turquie, du Maghreb, d'Afrique noire ou d'Asie. Selon le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles et autres pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (GAMS), on dénombrerait près de 70 000 jeunes filles de 10 à 18 ans, domiciliées en Ile-de-France et dans six départements à forte population immigrée, menacées sur le territoire français d'être mariées sans leur consentement.

Cette pratique, qui se rencontre quasiment dans toutes les sociétés, dont la nôtre il n'y a pas si longtemps, nie les droits les plus élémentaires des femmes et des enfants. En outre, que ce soit sur le plan de la santé physique ou mentale, elle est lourde de conséquences.

La persistance, voire le développement, de cette pratique, qui est contraire aux droits fondamentaux des femmes, au respect de leur dignité et de leur intégrité, et à l'égalité entre les femmes et les hommes, est symptomatique de la situation des jeunes filles issues de l'immigration.

Ces adolescentes sont en effet éduquées pour accepter la toute puissance de leur père, jusque dans le choix de leur époux. D'après l'association ELELE-Migrations et culture de Turquie, les mariages forcés sont en croissance exponentielle au sein de la communauté turque, puisque 95% des jeunes originaires de Turquie et vivant en France sont concernés.

Les associations regrettent notamment, concernant cette problématique, le manque de structures d'accueil et de protection des jeunes filles majeures menacées d'être mariées sans leur consentement.

#### **I.1.1.3 - exprimée souvent en termes de violence**

La sexualité est également souvent exprimée en termes de violence.

En témoignent les discours tenus par les garçons. Ceux-ci ont en effet des propos très violents et sexistes concernant les relations hommes-femmes. De plus, ces propos sont banalisés, voire avalisés par les filles elles-mêmes. Ainsi, au sein même de bandes de filles, les discours tenus sur la sexualité sont très durs. La sexualité s'exprime alors rarement chez les jeunes en groupe à partir de mots tels que l'amour, l'amour partagé à deux, la rencontre amoureuse, le plaisir ou le désir...

Cette violence dans les propos sur la sexualité se retrouve également dans les comportements. En effet, depuis quelques années déjà, les médias se font l'écho de violences à caractère sexiste qui se multiplient dans les quartiers. Cette violence se vit au quotidien dans les quartiers, dans le cadre des bandes de filles comme de garçons. Cette violence parfois extrême peut se traduire en viols collectifs, qui sont, soit très médiatisés, soit cachés et niés par les élus notamment. On peut citer les exemples notamment du viol collectif d'une adolescente de quinze ans par dix-neuf jeunes, à Argenteuil ; de la mort de Sohane, une jeune fille de dix-sept ans, brûlée vive, au début du mois d'octobre 2002...

Le sociologue Daniel Welzer-Lang explique cette violence des comportements, notamment le phénomène des « tournantes », « ces femmes appropriées sexuellement et collectivement par un groupe d'hommes », par le fait que « les jeunes des quartiers, exclus des formes modernes de citoyenneté (notamment le droit au travail), sont aussi exclus du nouveau contrat hommes/femmes qui s'élabore empiriquement (et laborieusement!). Le mode d'exercice traditionnel de la sexualité masculine découpe les corps des femmes en bouts ; le désir sexuel est vécu comme dissocié du social et des affects. La sexualité est rapide, phallocentrée. »

Cette violence dont les femmes des quartiers sont victimes, apparaît symptomatique d'une régression ou d'un décalage par rapport aux avancées en matière de droits des femmes. En effet, alors que les femmes, dans leur ensemble, bénéficient d'une émancipation et des avancées, notamment législatives, en termes d'égalité entre les deux sexes, il semble que les jeunes femmes et femmes vivant dans les quartiers sensibles en soient restées à l'écart. L'écart se creuse ainsi entre des femmes qui peuvent jouir à l'heure actuelle de tous leurs droits reconnus et les femmes à qui, par exemple, dans les quartiers, on interdit de sortir ou de se vêtir selon leurs envies.

#### **I.1.1.4 - Mais, ces constats doivent être nuancés par une prise en compte des représentations relayées par les médias ou renvoyées globalement par la société.**

En effet, les propos et comportements violents des jeunes, par exemple, à l'égard des questions de sexualité ne doivent pas étonner, si on considère que cette violence, dans les rapports sexuels notamment, est véhiculée par certaines émissions radios pour les jeunes, par les médias en général ou par les médias à caractère pornographique. Les jeunes semblent d'ailleurs ne plus être choqués par ces images ou films pornographiques et y sont confrontés de plus en plus tôt.

Trop souvent, l'image de la femme et des relations hommes/femmes véhiculée par les médias renforce les attitudes et les préjugés sexistes ou agissent comme des repoussoirs d'une libération des mœurs jugée excessive et indigne.

#### **I.1.2 - Les « stratégies » d'évitement ou de contournement**

Face aux violences dont elles sont victimes, certaines femmes se terrent dans leur mutisme, puisque selon le jugement général de la communauté, elles sont responsables de ce qui leur arrive. Ces femmes, culpabilisées, éprouvent un sentiment d'impuissance totale, d'infériorité, réelle ou supposée, et n'envisagent pas de quitter le quartier. Elles sont dans l'incapacité de s'imaginer ailleurs.

D'autres femmes à l'inverse, pour tenter de se prémunir des violences, et essayer d'échapper à l'enfermement dans une culture commune imposée par le groupe, adoptent des « stratégies » d'évitement ou de contournement. Ces stratégies sont de natures différentes.

-Une de ces stratégies consiste pour les femmes à contourner certains espaces géographiques du quartier qu'elles jugent dangereux pour elles ou qui sont reconnus comme des territoires occupés et dominés par les hommes du quartier. Le quartier est en effet constitué géographiquement de lieux non mixtes. Les femmes construisent et suivent alors un itinéraire particulier dans leur quartier, censé leur garantir une certaine sécurité. Elles choisissent aussi parfois de sortir de leur quartier et de « se rendre à la ville » pour échapper, par exemple le temps d'un après-midi, au contrôle dont elles sont l'objet dans leur lieu de vie habituel.

-Dans des situations extrêmes, les femmes peuvent même décider de se retirer de l'espace public, à savoir du quartier dans lequel elles vivaient jusqu'alors. Ce retrait s'effectue lorsqu'elles fuguent, fuient les violences, ou demandent une protection auprès de parents ou



d'associations. Dans le cas des mariages forcés, c'est le cas notamment de jeunes filles en fin de lycée, à qui on annonce un retour au pays en été. L'action de l'association ELELE, par exemple, consiste alors d'une part à proposer une médiation et d'autre part à organiser la rupture des filles avec leur famille par une aide à la recherche d'un logement et un accompagnement social.

-Une autre réaction des jeunes femmes et des femmes aux violences dont elles peuvent être victimes se traduit par le dédoublement de leur vie intime : à côté d'une vie jugée d'apparence rangée et respectable et en concordance avec les normes imposées et partagées par la population des quartiers, virginité de la femme avant le mariage et vie de famille, elles développent alors une double vie. Cette double vie peut se concrétiser notamment dans une vie sexuelle tenue cachée de leur entourage.

Cette dualité, que les femmes sont parfois contraintes de développer, s'observe aussi lorsqu'elles sont menacées de mariage forcé. Certaines jeunes filles préfèrent alors accepter le mariage, puis développent des stratégies, notamment celle de faire venir le mari de Turquie, puis de profiter de la réglementation des étrangers pour le chasser, 8-9 mois après.

-Enfin, une dernière réaction est possible : celle du contournement qui se marque en particulier par la décision de porter le voile. En effet, afin d'échapper aux regards mais aussi aux violences verbales ou physiques de certains hommes de la famille et des quartiers, pour qui une femme en jupe ou en tenue moulante est forcément une femme facile, il peut arriver que certaines femmes préfèrent se cacher derrière le voile. Ces femmes sont soit de confession musulmane, et elles n'avaient pas fait jusque-là le choix de porter le voile, soit même d'aucune confession religieuse. Le port du voile, s'il ne se limite bien entendu pas à cela, peut devenir une stratégie. Il devient ainsi un signe de respectabilité, globalement partagé par les populations des quartiers.

## **I.2 – Analyse critique des modes et circuits d'information et d'éducation à la sexualité**

Cette analyse a fait l'objet notamment de rapports antérieurs du CSIS. Certaines des informations et analyses contenues dans ces rapports seront alors en partie reprises dans le présent écrit.

Les modes et circuits d'information et d'éducation à la sexualité sont multiples. On peut citer notamment, la culture ambiante des jeunes et les informations qu'ils échangent entre eux et au sein de leur famille, les médias, mais aussi les discours tenus par les différentes autorités religieuses.

On développera, dans le cadre de ce rapport, uniquement les campagnes nationales d'information, les lieux d'information et d'éducation à la santé et à la sexualité et l'école.

### **I.2.1 – Les campagnes nationales d'information**

Des campagnes nationales d'information sur les thèmes de la santé, et en particulier, de la sexualité, ont été organisées récemment.

Sur le thème de *la contraception* notamment, alors que cela n'avait pas été fait depuis une dizaine d'années, le gouvernement a lancé une campagne nationale de communication en janvier 2000. Cette opération s'est adressée à un public large et pas seulement aux jeunes.

Une seconde campagne d'information sur la contraception a été réalisée en 2001. Grâce aux supports médiatiques et aux partenariats engagés, cette campagne a permis de:

- favoriser une utilisation effective de la contraception par les femmes et leurs partenaires grâce à la poursuite de l'effort d'information ;
- mobiliser les professionnels de santé et mettre en place une démarche d'éducation à la santé afin qu'un véritable dialogue s'installe entre ces professionnels et les utilisateurs ;
- développer les actions de terrain mises en œuvre par les comités de pilotage départementaux afin de rendre l'information et l'utilisation des moyens contraceptifs plus abordables, notamment pour les jeunes et les populations fragilisées : femmes en difficulté sociale, handicapées sensorielles, femmes immigrées ...

*Les violences envers les femmes en France* ont également fait l'objet d'une première Enquête nationale, enquête ENVEFF. Elle a été réalisée de mars à juillet 2000 auprès d'un échantillon de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans. Les résultats détaillés de l'enquête contribuent à l'identification et à l'évaluations des violences faites aux femmes. Toutes les formes de violences (verbales, physiques et sexuelles) qu'elles ont pu subir dans leurs cadres de vie (espaces publics, travail, couple et famille) sont abordées.

De telles enquêtes et campagnes d'information témoignent de la volonté politique de s'emparer du problème posé et donnent au thème traité une réelle impulsion, tant grâce à la sensibilisation de la société toute entière, que grâce au déploiement de moyens d'intervention. Cependant, elles ne sont pas suffisantes. Les acteurs sur le terrain regrettent qu'une fois la campagne médiatique passée, et même si celle-ci s'étale parfois sur une année entière, l'élan donné s'essouffle et que la mobilisation des différents acteurs et partenaires retombe comme un soufflet.

### **1.2.2 – Les lieux d'information et d'éducation à la santé et à la sexualité**

Les lieux d'information et d'éducation à la santé et à la sexualité, notamment l'évolution de leur rôle, font l'objet actuellement d'un autre groupe de travail du CSIS, dont le rapport final est attendu courant 2004.

Les lieux d'information et d'éducation à la santé et à la sexualité sont de deux types :

**-les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (EICCF)**

**-les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).**

L'état actuel de la base de données permet à la DRESS d'établir qu'en France il existerait 366 EICCF et 1253 CPEF, leur importance numérique n'étant pas encore cernée. Cependant, on peut déjà dire que, si tous les départements ont au moins un CPEF, ils n'ont pas systématiquement un EICCF (17 départements en sont dépourvus).

Bien que les CPEF aient une activité supplémentaire de consultations médicales, les EICCF et les CPEF remplissent des missions principales communes :

-accueil, information et orientation du public sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine.

-préparation des jeunes à leur vie de couple et à la fonction parentale, notamment à travers une information individuelle et collective en milieu scolaire.

-entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et accompagnement des femmes ayant subi une interruption de grossesse.

-accueil et conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences.

Cependant les EICCF et les CPEF connaissent, semble-t-il, un insuffisant développement sur l'ensemble du territoire, y compris en zones rurales, et l'insuffisance de leurs moyens financiers.

Un effort nécessaire d'action auprès des jeunes a été engagé par la circulaire du 28 avril 1995 sur le rôle des EICCF.

### **I.2.3 – L'école**

L'éducation à la sexualité est présente à l'école depuis une dizaine d'années . Dès 1994-1995, un dispositif de formation de formateurs est mis en place au plan national. Des stages académiques sont organisés. Entre 1995 et 2000, 10000 personnels de l'Education nationale ont bénéficié de ces formations. Une première circulaire en avril 1996 institue deux heures obligatoires pour les élèves de 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>. Une nouvelle circulaire publiée en novembre 1998 inscrit l'éducation à la sexualité dans le cadre plus large des rencontres éducatives sur la santé prévues dans la circulaire du 24 novembre 1998 intitulée « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège ».

Celle-ci prévoit 30h à 40h inscrites à l'emploi du temps des élèves, réparties sur l'ensemble de la scolarité au collège. L'éducation à la santé ne constitue pas une nouvelle discipline: elle se développe à travers tous les enseignements et la vie scolaire ; elle vise l'appropriation de connaissances et le développement d'attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité. Au cours de rencontres éducatives, sont abordées des questions relatives notamment à l'alimentation, à la motricité et à la posture, à la sécurité, à la prévention des accidents et aux premiers secours, à la sexualité, à l'environnement, à des sujets de société (consommations nocives, violences, dépression).

Cette circulaire précise les dispositions selon lesquelles le corps infirmier des établissements scolaires peut administrer la contraception d'urgence dans les situations d'urgence et de détresse caractérisée.

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et la contraception fait de l'éducation à la sexualité à l'école une obligation : *« Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »*

La circulaire du 17 février 2003, relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées précise les modalités de mise en œuvre et de pilotage des séances d'information et d'éducation à la sexualité instaurées par la loi du 4 juillet 2001.

(Certains extraits de la circulaire sont en annexe).

En 2003, le Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, en collaboration avec le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a demandé à l'inspection générale de l'Education nationale et à l'inspection générale des affaires sociales d'évaluer le dispositif actuel d'éducation à la santé en milieu scolaire et de formuler des propositions pour le rendre plus effectif et plus performant.

Pour aider les équipes éducatives à construire leurs actions d'éducation à la sexualité, un guide est en cours de réalisation, en collaboration avec l'Institut national pour l'éducation à la santé (INPES), il proposera des contenus méthodologiques d'intervention et des outils d'utilisation.

Enfin, un encart au bulletin officiel du 11 décembre 2003 à destination des recteurs d'académies, instaure l'éducation à la santé et à la sexualité comme champs prioritaires dans le programme quinquennal relatif à la santé des élèves.

Ces textes ont suscité diverses réflexions et réactions de la part notamment des associations.

Certaines d'entre elles ont ainsi regretté que la question des moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces séances d'information et d'éducation à la sexualité ne soit pas abordée dans la circulaire du 17 février 2003. Elles craignent que les établissements ne disposent pas tous des financements nécessaires pour organiser les séances d'information et rémunérer les intervenants extérieurs.

Par ailleurs, il semble nécessaire de préciser la position des personnes qui interviennent lors de ces séances. Les intervenants extérieurs ne sont pas là pour faire à la place des enseignants. Il convient ainsi de valoriser ce qui est réalisé par les intervenants extérieurs et de mettre en exergue la complémentarité entre les intervenants extérieurs et les personnels de l'éducation nationale.

Enfin, il est nécessaire que les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 puissent travailler ensemble, afin de mutualiser leurs compétences et leurs expériences.

## II – UNE NECESSAIRE EVOLUTION ET ADAPTATION DES PRATIQUES

### II.1 - Quelques expériences positives qui ont retenu notre attention

Le groupe de travail a mis en lumière la richesse des actions menées auprès des populations des quartiers par les réseaux associatifs que rassemble le CSIS, et a mis l'accent sur la nécessité de réaliser un audit faisant l'inventaire et l'évaluation des différents mouvements associatifs, de leurs spécificités, de leurs actions et des formations qu'ils proposent.

Parmi ces nombreuses actions menées dans les quartiers, il est apparu intéressant de relever quelques expériences positives.

#### II.1.1 - Des actions de formation et la mise en place de groupes de parole

*Le Mouvement français du planning familial (M.F.P.F.)*, membre du CSIS, a lancé notamment deux programmes nationaux d'action menés en direction des femmes et des hommes des quartiers, en partenariat avec la Direction générale de la santé.

##### - 1er programme : "Réduction des risques sexuels en direction des femmes"

Ce projet est mis en place depuis plus de trois ans, en partenariat avec le ministère de la santé, en France métropolitaine, mais également dans les départements d'Outre-mer.

Un certain nombre de femmes cumulent des vulnérabilités spécifiques qui peuvent renvoyer à un statut socio-économique défavorisé ou à une culture qui dévalorise la position des femmes dans la famille. Le projet s'appuie donc sur une dynamique de groupes de paroles de femmes basés sur le partage d'expériences et de mise en commun des problèmes. Ces groupes d'une dizaine de femmes, accompagnées d'une animatrice, se sont mis en place à raison de 7 séances et selon un programme et une progression définis.

Cinquante animatrices ont été formées par le MFPPF pour 27 départements. 300 groupes de femmes ont ainsi été mis en place, orientant les participantes vers un travail de relais auprès de leur communauté.

Des résultats sont fournis à la DGS pour chaque groupe de femmes.

Ce programme a permis une modification du propre comportement de beaucoup de ces femmes. Plus à l'aise, dans leur groupe, pour parler des questions de sexualité, certaines ont opté pour l'adoption de mesures de prévention et le refus de relations non protégées. Celles qui n'avaient pas de suivi gynécologique, ont majoritairement engagé un suivi médical et pris conscience de la réalité du risque du VIH. Elles expriment le besoin d'informations pour changer leurs rapports avec leurs enfants, mais également être en mesure de développer ce travail en direction des hommes, de leur mari.

Elles se sentent par ailleurs responsabilisées, en situation de relayer l'information auprès des femmes de leur entourage. Cela se traduit par une aide à l'organisation de nouveaux groupes.

- **2<sup>ème</sup> programme : "accessibilité et acceptabilité d'une démarche de contraception, par des hommes et des femmes, jeunes et moins jeunes "**

A partir de cette expérience, un autre programme sur l'accessibilité et l'acceptabilité d'une démarche de contraception, par des hommes et des femmes, jeunes et moins jeunes, a été mis en place, également en partenariat avec la DGS, auprès de populations présentant des vulnérabilités particulières.

Les objectifs de ce programme sont de :

- favoriser l'accès au dispositif de droit à la contraception et permettre le repérage des structures existantes
- favoriser la capacité individuelle à faire des choix et à gérer les risques
- évaluer les contraintes et obstacles spécifiques aux groupes rencontrés, d'ordres culturel, social et économique, et réfléchir sur les rapports entre les deux sexes.

Il passe par des actions de formation de professionnels relais. Chaque année seront mis en place 67 groupes de parole dans différents départements.

Ces groupes sont limités à 15 personnes et les animations sont articulées autour de :

- l'acquisition, le partage et l'appropriation des informations et connaissances sur la contraception et la santé sexuelle
- la connaissance de son corps
- les obstacles spécifiques d'ordre culturel.

Ces formations ciblent un public assez large: migrants de première génération, gens du voyage, jeunes en insertion, personnes qui fréquentent les centres sociaux, les maisons de quartier, les associations caritatives et communautaires et les personnes suivies par les services sociaux.

Les conseillères conjugales du MFPPF sont formées aux questions de réduction des risques sexuels et de contraception, mais l'interculturalité reste une problématique à part entière, qui nécessite une formation spécifique.

*Ces deux programmes, mis en place par le MFPPF, illustrent l'efficacité, pour traiter des questions de sexualité avec des populations jugées particulièrement vulnérables et pour modifier les comportements qui y sont liés, de constituer des groupes de parole restreints et animés par des intervenants bien formés.*

### **II.1.2 - L'animation de rencontres débats entre des professeurs et des élèves**

Une autre bonne pratique consiste en des rencontres organisées par un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et l'Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux (ANCCEF) avec des professionnels intéressés par un échange sur l'animation d'un espace de parole autour de la violence sexiste.

L'une de ces rencontres s'est tenue notamment au lycée professionnel à St Maur des Fossés. L'équipe du CPEF avait déjà rencontré des élèves de seconde dans cet établissement, sur le thème « vie relationnelle, affective et sexuelle ». Cette fois-ci, l'intervention du CPEF a eu lieu auprès d'élèves de terminale à la demande de professeurs qui avaient été témoins en classe de propos violents, sexistes, sur les relations hommes-femmes et de dessins pornographiques très agressifs.

L'intervention du CPEF a eu pour objectifs de favoriser une réflexion entre ces jeunes lycéens eux-mêmes et avec des adultes mais aussi d'aider chacun à se situer dans la diversité des cultures, des identités et des opinions en vue d'entrer dans une vie d'adulte respectueuse et responsable.

Cette réflexion s'est faite sous la forme d'un débat animé par deux professionnelles du CPEF et a permis à chacun d'exprimer ses propres opinions au regard des autres, à tous de s'écouter et d'échanger des idées et aux professionnels d'apporter quelques informations (entre autres, sur leur rôle et les lieux d'écoute). Le débat a été lancé à partir d'un outil nommé « phrases affirmatives », neuf phrases affirmatives telles que « je pense que les hommes parlent peu de leurs sentiments », « je pense qu'une femme en mini jupe est une « salope » et qu'un homme chemise ouverte est un « beau gosse » » auxquelles les participants ont dû réfléchir puis répondre.

*Cette intervention du CPEF révèle l'importance, afin notamment de désamorcer la violence dans les propos des jeunes sur la sexualité, de créer des lieux et des temps d'échanges entre les jeunes et les adultes, professeurs et intervenants extérieurs, au cours desquels les règles d'un vrai débat sont respectées.*

### **II.1.3 - La réalisation d'outils : production de courts métrages, de livrets**

Dans le cadre de la lutte contre le sexisme, le ministère de l'agriculture a mis en place un programme intitulé: "Filles / Garçons: où en est-on?"

Il comprend 7 courts métrages choisis par des élèves d'un lycée agricole et horticole.

La première projection a eu lieu au cinéma Pandora à Achères, le 8 mars 2004 en soirée.

L'Association française pour la contraception a pour sa part réalisé une cassette et un livret, intitulés « Petites histoires d'amour et de contraception ». Par cette réalisation, l'association a voulu proposer un outil pédagogique audio-visuel destiné à aider les intervenants auprès de groupes d'adolescents à aborder efficacement la contraception. Sept courts-métrages de fiction sur la contraception des adolescents sont proposés à l'intervenant qui va choisir le plus adapté à son projet pédagogique. Cet outil permet, quel que soit le film choisi, de susciter l'intérêt et la participation des adolescents, de faire de façon ludique l'état des connaissances sur le sujet abordé et d'adapter l'information aux demandes du groupe.

### **II.1.4 - Le programme adultes-relais**

La circulaire du 3 mai 2002 confirme la relance du programme **adultes relais**. Elle définit l'activité de ces derniers comme visant « à améliorer, dans les zones urbaines sensibles et les autres territoires prioritaires des contrats de ville, les relations entre les habitants de ces quartiers et les services publics ainsi que les rapports sociaux dans les espaces publics ou collectifs ».

Au 30 juin 2002, on dénombrait 1 834 conventions signées et 1 544 salariés embauchés pour la quasi-totalité par des associations. Plus des deux tiers des salariés sont des femmes. C'est d'ailleurs en s'inspirant de l'expérience des femmes-relais qui depuis plus de dix ans travaillent en profondeur dans les quartiers, que le gouvernement a lancé en 2000 le dispositif adulte-relais. Le comité interministériel pour l'intégration du 10 avril 2003, a souligné l'importance du programme adultes-relais.

Ces adultes-relais jouent un rôle essentiel et reconnu dans les quartiers notamment de médiations dans les écoles sur les questions des relations école-famille, de tranquillité publique, mais aussi sur les aspects éducatifs, sur la santé, sur les violences, les mutilations sexuelles....

Le travail d'information et de prévention des femmes relais sur les questions de santé et de sexualité s'effectue au sein des associations de terrain, au cours de groupes d'échange et de parole.

*Ce rôle d'information et d'éducation à la santé et à la sexualité, joué par les adultes et femmes relais connaît certaines limites.*

*L'action des femmes relais auprès des populations, notamment immigrées ou issues de l'immigration, des quartiers, sur les problématiques intimes dont relèvent la santé et la sexualité, peut se trouver facilitée lorsque ces femmes relais appartiennent à la même communauté que les femmes rencontrées. L'information sur la sexualité est alors facilitée et mieux appréhendée par la population ciblée. Mais cette appartenance à une communauté peut s'avérer, à l'inverse, problématique et handicapante, lorsque les femmes rencontrées n'appartiennent pas à la même communauté.*

*En outre, l'extension des actions des femmes-relais en direction de publics défavorisés mais non nécessairement immigrés, tels que les femmes isolées ou les femmes non-autonomes, appelle une nécessaire diversification des aptitudes des actrices de la médiation socio-culturelle. Il serait donc souhaitable que les femmes-relais reçoivent, notamment, une formation solide et régulièrement actualisée, sur les thèmes de la santé et de la sexualité.*

### **II.1.5 - Les forums de santé, dans le département des Hauts-de-Seine**

L'Institut des Hauts-de-Seine, financé par le Conseil général des Hauts-de-Seine et le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, conduit des actions innovantes dans le domaine sanitaire et social.

Il a notamment initié des forums «Femmes sans frontières». En partenariat avec les communes, les organisations institutionnelles et les associations spécialisées, ces forums permettent aux mères de famille les plus isolées et souvent en situation de précarité de bénéficier de journées d'information et de prévention autour des thèmes tels que la santé, le bien-être, l'éducation sexuelle, la contraception, la ménopause, l'hygiène corporelle, de consultations et de dépistages gratuits. Chaque année, ces forums touchent plus de 3 000 femmes.

D'autres forums sont organisés dans le département des Hauts-de-Seine, à destination des jeunes, cette fois. Entre 1994 et 2003, ces forums de santé et de citoyenneté, intitulés «Giga la vie», ont eu lieu dans 34 des 36 communes des Hauts-de-seine et ont accueilli plus de 350 000 adolescents visiteurs. Au cours de ces rencontres, les professionnels de santé sensibilisent et informent les jeunes sur les thèmes de la sexualité, du sida, des maladies sexuellement transmissibles, la contraception, la puberté, la nutrition, ...

*Ces forums visent à apporter des réponses concrètes aux femmes et aux jeunes dans leur vie quotidienne, notamment dans leur vie sexuelle. Ils sont l'occasion de véhiculer des messages forts à l'encontre de populations vulnérables et/ou insuffisamment informés. A l'issue de ces forums itinérants, les populations continuent d'être suivies par les services et associations communales.*



## II.2 – Des propositions pour une évolution et une adaptation des pratiques

Lors des réunions de travail, les participants au groupe du CSIS ont fait un certain nombre de propositions concrètes visant à faire évoluer et à adapter les pratiques concernant l'information et l'éducation à la santé, notamment en matière de sexualité, des populations des quartiers.

Les propositions du groupe de travail s'organisent autour de quatre idées-forces :

- favoriser et renforcer la prévention et l'information sur la santé et la sexualité
- accentuer la mise en réseau des multiples acteurs
- promouvoir et développer la formation des acteurs
- sensibiliser les médias.

### II.2.1 - Favoriser et renforcer la prévention et l'information sur la santé et la sexualité

#### II.2.1.1 - Davantage intervenir auprès des populations concernées :

Afin que l'information et la prévention dans le domaine de la santé et de la sexualité soient efficaces, il semble tout d'abord que ces actions doivent se faire au plus près des populations auxquelles elles sont destinées. C'est donc en définissant très précisément les populations cibles et en développant des interventions concrètes et adaptées à ces populations repérées que les actions menées atteignent leur but.

L'une de ces populations concerne **les jeunes**, et le milieu scolaire est un lieu privilégié pour l'information et l'éducation.

□ Une première proposition du groupe concerne la mise en place *d'une information et une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*, à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène, comme le précise la circulaire du 17 février 2003.

Il s'agit de donner une place visible à « l'éducation sexuelle », sans la noyer au milieu d'autres sujets de santé et de société tels que la lutte anti-tabac ou la sécurité routière.

□ Il est proposé également de *créer des espaces et des moments de parole dans les établissements scolaires*, dans le cadre d'actions collectives, pour favoriser les échanges avec les jeunes sur ces thèmes particuliers.

Ces espaces de parole viendraient ainsi compléter le lieu privilégié que constitue l'infirmerie. En effet, parce que les questionnements d'ordre privé relèvent d'une prise en charge individuelle, les infirmières scolaires sont en général les premières à répondre individuellement aux questions ou au désarroi des jeunes.

□ Il a été proposé d'*organiser des animations ludiques à destination des jeunes* sur les thèmes du respect de l'autre, de l'égalité des filles et des garçons, de la sexualité et des solutions alternatives à la violence.

Des lieux d'échanges avec les jeunes pourraient être de plus institués **hors des établissements scolaires**.

Par exemple, des associations spécialisées notamment sur les questions de santé pourraient *tenir des permanences dans les principaux lieux de passage de ces populations jeunes*. Ont été notamment mentionnés les maisons de quartier, les centres sociaux, les points écoute

jeunes, les espaces santé jeunes ou encore les transports en commun de tous types, notamment certaines stations de métro ou de RER très fréquentées. Ces permanences seraient alors l'occasion de distribuer des brochures spécialisées ou de répondre aux questions des jeunes.

Une autre population cible concerne bien sûr **les parents et les familles**. C'est donc auprès des familles, dans leurs quartiers et dans leur quotidien, que l'information et l'éducation à la santé et à la sexualité doivent se faire.

□ Il conviendrait d'abord de *mobiliser davantage les parents et en particulier les pères* sur ces questions de santé et de sexualité, qui se tiennent trop souvent en retrait sur ces thèmes.

En effet, certains participants au groupe ont souligné la nécessité, pour les associations et les professionnels du terrain, de davantage se reposer sur les familles pour véhiculer, auprès des jeunes notamment, cette information et cette éducation.

□ Il faut également contribuer à *promouvoir le dialogue au sein des familles sur les questions de santé et de sexualité*, et plus particulièrement le dialogue entre les femmes et les hommes. Il a ainsi été proposé de conserver et surtout de développer les réseaux d'écoute et d'aide à la parentalité (REAP), groupes de parents, qui existent déjà au sein des quartiers. Il a de plus été projeté de développer d'autres lieux où les femmes et les hommes pourraient échanger sur l'éducation affective et sexuelle et sur le vivre ensemble. Les centres de planification et de protection maternelle et infantile pourraient accueillir ces moments d'échange, et ces moments de parole pourraient prendre la forme, par exemple, de modules de deux heures sur les représentations entre les femmes et les hommes.

D'autres propositions visant à favoriser la diffusion de l'information sur la santé et la sexualité concernent **l'ensemble de ces deux populations, jeunes et adultes des quartiers**.

□ Il convient de *rendre plus visibles les lieux d'accueil, d'écoute, d'éducation et de prévention*, que sont l'école, les PMI, les CPEF, EICCF et associations diverses qui existent doivent être utilisés au mieux.

Ceci passe par exemple par la diffusion d'affiches ou de cartes, format carte de téléphone, à distribuer, précisant leurs coordonnées. En effet, à l'heure actuelle, les adresses des CPEF ne figurent pas dans l'annuaire et il faut chercher dans la rubrique « PMI ». Les coordonnées des EICCF sont elles totalement absentes des annuaires.

Il conviendrait également *d'adapter davantage les horaires d'ouverture de ces lieux au public*, en y mettant notamment les moyens nécessaires en termes d'embauches.

Dans les endroits isolés, on pourrait profiter de la proximité de grandes surfaces ou centres commerciaux pour installer des lieux d'accueil, d'aide et d'information.

□ Une *campagne télévisée sur le thème du respect de l'autre et de l'égalité* pourrait être lancée afin de diffuser très largement l'information.

□ Enfin, *des brochures attrayantes*, traduites en plusieurs langues, sur les thèmes de la santé et de la sexualité *pourraient être réalisées et diffusées*.

### **II.2.1.2 - Contribuer à l'ouverture du quartier sur l'extérieur**

Intervenir au plus près des populations ne doit pas signifier cantonner l'intervention aux limites géographiques du lieu de vie des populations. Au contraire.

Il a ainsi été suggéré que, pour casser la spirale d'enfermement dont sont victimes les habitants des quartiers, *cette information et cette éducation peuvent se faire hors des frontières réelles ou supposées du quartier.*

Cet éloignement du cadre de vie, à condition bien sûr que les moyens d'accès aux lieux d'information soient pensés et assurés pour ces populations, devrait permettre à la fois une plus grande facilité de démarche des populations, se sentant alors non observées par le voisinage, mais aussi constituer l'occasion pour ces populations de s'extraire du périmètre quotidien.

**II.2.1.3 - Favoriser l'évolution des mentalités en faisant valoir l'histoire du mouvement des femmes en France, dans le monde (les acquis, les luttes, les obstacles rencontrés,...) et l'histoire des femmes immigrées (les acquis, les luttes, les obstacles rencontrés,...) ;** ainsi, l'éducation à la santé et à la sexualité serait abordée dans un contexte social et historique (lien entre les histoires singulières et l'histoire d'une génération, d'un groupe, d'une époque, ...); les espaces et les structures pressentis pour les actions précédentes restent valables pour ce type d'action.

### **II.2.2 – Accentuer la mise en réseau des multiples acteurs, pour davantage de cohérence dans le message et les actions**

Une seconde série de propositions concerne les acteurs mobilisés sur les questions de l'information et de l'éducation à la santé des femmes et des hommes des quartiers.

Ces acteurs sont divers et multiples, leurs actions et leurs messages gagneraient à davantage de cohérence.

Pour engager et promouvoir cette cohérence, deux types de propositions peuvent être faits.

#### **II.2.2.1 - Mobiliser tous les acteurs : institutions (différents ministères, collectivités locales), politiques, associations, médias**

□ Une première proposition tend à *intégrer les questions* de la prévention des violences intra familiales, des rapports hommes/femmes, de l'égalité homme/femme *dans les discussions des comités de concertation des contrats de ville.* En effet, ces comités sont des lieux privilégiés de discussion sur des problématiques très locales, mais aussi des lieux de décision. Or, jusqu'à présent, les questions de genre ne sont pas à l'ordre du jour des réunions de ces comités. Il est ainsi proposé qu'un alinéa, permettant alors la mise en place de projets et de financements, portant sur les thèmes de la santé et de la sexualité soit inséré dans le cahier des charges des contrats de ville.

□ Directement liée à la proposition précédente, une seconde proposition vise à *sensibiliser davantage les élus aux questions de genre et d'égalité entre les hommes et les femmes.* Ceci pourrait passer par la *désignation d'un unique correspondant bien identifié sur ces questions de santé, de sexualité et de rapports hommes/femmes.* Ce correspondant, particulièrement formé aux thèmes de santé et de sexualité, aurait pour missions d'assurer une permanence sur ces thèmes, de répondre rapidement et facilement aux questions des populations, et de jouer un rôle de relais entre les populations et les associations spécialisées.

Ce correspondant doit être placé au plus près des populations concernées et le niveau communal semble ainsi le plus approprié.

□ Il est également proposé d'*impliquer davantage et de sensibiliser aux questions de genre les différents acteurs et dispositifs liés au travail*, tels l'ANPE, l'AFPA, les ASSEDIC, les PAIO, etc, notamment à différentes actions d'information, sous forme de stands simples avec distribution de brochures.

□ Enfin, *les élus locaux devraient être sensibilisés* à l'importance des actions d'information, telles la production de brochures ou d'animations.

#### **II.2.2.2 - Aider à la mise en place de partenariats concrets, entre les associations et les autres acteurs.**

Certains partenariats existent d'ores et déjà, d'autres sont à relancer, d'autres enfin sont à créer de toutes pièces.

□ *Créer des locaux communs* pourrait permettre de faciliter la création ou la consolidation de ces partenariats. Ces espaces communs à différentes associations devraient permettre une mutualisation directe de leurs compétences et de leurs moyens techniques et matériels, ainsi que des échanges renforcés.

□ Outre, cette mise en commun de locaux, les partenariats inter-associatifs ou entre associations et institutions pourraient être stimulés par *la signature de conventions sur des projets communs*. Ces conventions, parce qu'elles engagent concrètement les signataires à agir ensemble et de façon concertée, scellent des relations de travail plus étroites.

### **II.2.3 - Promouvoir et développer la formation des acteurs/intervenants**

#### **II.2.3.1 - Former les acteurs dans les différents champs d'intervention, après avoir bien identifié les objectifs de la formation**

Comme le souligne le rapport du CSIS de 1999, « la question de l'attitude et de la « neutralité » de l'intervenant est centrale, chacun s'accordant à penser que cette neutralité est toute théorique. Tout intervenant est conscient de posséder des valeurs propres qu'il est susceptible de faire passer à des populations possédant des valeurs culturelles et familiales différentes. La neutralité requise fait donc appel à une capacité à se mettre à distance. Elle exige d'apprendre la tolérance face à des sensibilités culturelles ou religieuses autres, sans admettre pour autant l'expression totalitaire ou idéologique sur des thèmes qui s'y prêtent fortement. »

□ Il est donc souhaitable que *tout intervenant suive une formation de réflexion personnelle, philosophique et éthique*, s'il n'a pas déjà eu cette formation lors de son cursus professionnel, lui permettant une nécessaire prise de recul, sans oublier un soutien ou travail de supervision pour éviter l'isolement et l'enfermement. La nouvelle forme, plus courte, préconisée par un récent rapport du CSIS sur la formation « accueil et information pour une éducation à la vie » pourrait correspondre à ces besoins.

□ Si une/des formation(s) des acteurs dans les différents champs d'intervention concernant la santé et la sexualité est essentielle, il semble qu'il soit difficile d'aborder ces questions sans *travailler, au préalable, sur l'approche sociale de la sexualité*, à savoir la citoyenneté, le regard posé sur la femme et les rapports hommes/femmes ainsi que les stéréotypes qui y sont liés. La sexualité relève du désir, de l'irrationnel mais également du pouvoir et du rapport de force. Dans ce rapport de force, l'image de la virilité telle qu'elle se diffuse et s'impose dans les quartiers est celle d'hommes "dominants" qui soumettent les femmes.

Ainsi, la médiation et l'intervention sociales, notamment, doivent évoluer vers un travail sur les rapports entre les individus et renoncer à une vision cloisonnée de la réalité qui consisterait à travailler sur l'homme, sur la femme, sur le Français, sur l'immigré, etc...

Avant de former les intervenants aux questions de santé et de sexualité, il est nécessaire de les former et de les sensibiliser à l'approche de genre des représentations et à l'existence d'inégalités entre les femmes et les hommes.

□ Il convient donc de *développer des formations, à l'image de celles dispensées à ses salariés par le CNIDFF*, dont les objectifs seraient de :

- réfléchir à la différence culturelle et travailler sur les préjugés et stéréotypes qui souvent l'accompagnent

- questionner le masculin/féminin et l'interculturalité en général, pour arriver à questionner les problèmes spécifiques que sont le mariage forcé, l'excision, le voile,...

- comprendre la fonction de réseau dans un processus d'accompagnement vers l'intégration et réfléchir à la façon de travailler avec les associations de femmes immigrées.

□ Dans le domaine de l'intervention sociale, il faut enfin considérer que tout outil devient caduc au bout de quelques années. Il est donc nécessaire d'*actualiser régulièrement ces outils*, que sont notamment les formations, pour travailler sur une réalité "en mouvement".

Ainsi, il convient d'adapter les contenus et les objectifs des formations aux enjeux actuels de santé et de sexualité. Il a par exemple été proposé, en raison de la recrudescence des phénomènes observés, d'inclure les thèmes des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés dans les formations initiales des professionnels de santé et des travailleurs sociaux.

### **II.2.3.2 - Multiplier les destinataires des formations**

□ Concernant le milieu de **l'Education nationale**, l'effort de formation a été engagé depuis 1995. La circulaire du 17 février 2003, comme les précédentes, insiste sur la nécessaire formation de la communauté éducative. Ainsi, les nouvelles orientations de la politique de santé à l'école et la nécessité d'un travail structuré à tous les niveaux de l'institution mettent en évidence la nécessité de faire bénéficier l'équipe pluriprofessionnelle (enseignant, CPE, infirmière, médecin, assistante sociale) de formations dans le domaine de l'éducation à la vie. Les formateurs de ces formations doivent au moins avoir un DU de sexologie, ce qui est déjà le cas pour plusieurs académies.

Les objectifs fixés dans cette circulaire cadrent parfaitement avec les préconisations en termes de développement de la formation des acteurs et on ne peut qu'encourager la mise en application de cette circulaire, par un soutien actif à tous les niveaux de l'institution (ministères, rectorats, établissements,...) et par des financements correspondants.

Il serait important de mettre en place des formations communes pour les intervenants intérieurs et extérieurs aux établissements lorsqu'ils mènent ensemble des actions d'éducation à la vie relationnelle et sexuelle. Ces interventions en binôme permettent aux élèves d'identifier des personnes ressources sur les questions de sexualité dans et hors l'école et au plus près de leur quotidien.

□ Il apparaît que **le milieu associatif** soit assez fortement confronté au problème que pose la formation de ses intervenants. Les associations estiment nécessaire d'obtenir davantage de moyens, financiers et humains, pour la formation de leurs intervenants et pour la formation de leurs formateurs. Elles mettent également en avant la nécessité de constituer des relais, pour que cette tâche de formation des intervenants ne soit pas uniquement de leur responsabilité, mais puisse être prise en charge par d'autres structures, voire des institutions.

□ Une problématique particulière concerne **la formation des adultes et femmes relais** qui assurent un travail d'aide à l'éducation à la santé. L'Agence pour le développement des relations interculturelles (ADRI) a fait, au début des années 90, une première recherche nationale sur le rôle et les perspectives des femmes relais. Un certain nombre de recommandations étaient énoncées, parmi lesquelles la condition d'un cursus de formation prenant en compte la validation des acquis d'expérience.

Ces relais, après une formation de base qui apporte des rudiments de méthode et un socle sur lequel construire progressivement des connaissances tant générales que spécifiques et/ou techniques, sont en demande de formations complémentaires. Il conviendrait d'étudier les possibilités d'une mise à disposition d'intervenants pouvant répondre à ces demandes, de façon ponctuelle et localisée ou de façon périodique et groupée.

□ **Les conseillers conjugaux et familiaux** sont des acteurs essentiels de l'information et de l'éducation à la vie et à la sexualité, dans les quartiers comme ailleurs. Ces acteurs expriment leur besoin de suivre des formations régulières et actualisées.

Ils souhaitent, de plus et comme la majorité des intervenants, que soit favorisée la mixité des équipes de professionnels qui interviennent dans les quartiers sur les domaines de la santé et de la sexualité, et en l'occurrence, de développer la masculinisation du personnel. Cet encouragement à la mixité du personnel repose à nouveau la question du statut professionnel des conseillers conjugaux et familiaux, ou plutôt de l'absence de réel statut professionnel tant privé que public.

**II.2.4 - Sensibiliser les médias** sur les images véhiculées qui concentrent à la fois des préjugés sur les quartiers d'habitat social, sur les femmes et sur les personnes d'origine étrangère ; accompagner les médias pour faire évoluer ces images.

# **ANNEXES**

**PLANNING  
DES REUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL**

Mercredi 7 mai 2003, 9h30-12h

Jeudi 5 juin 2003, 9h30-12h

Jeudi 26 juin 2003, 9h30-12h

Jeudi 28 août 2003, 9h30-12h

Jeudi 18 septembre 2003, 9h30-12h

Jeudi 9 octobre 2003, 9h30-12h

Mardi 4 novembre 2003, 9h30-12h

Jeudi 18 décembre 2003, 9h30-12h

Jeudi 22 janvier 2004, 9h30-12h.



**CIRCULAIRE EDUCATION NATIONALE N°2003-027 DU 17 FEVRIER 2003,  
Relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées**

La circulaire du 17 février 2003, relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées précise les modalités de mise en œuvre et de pilotage des séances d'information et d'éducation à la sexualité instaurées par la loi du 4 juillet 2001.

*« Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale.*

*Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/ sida - et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.*

*L'éducation à la sexualité à l'école est inséparable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain, mais elle intègre tout autant, sinon plus, une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques. Elle doit ainsi permettre d'approcher, dans leur complexité et leur diversité, les situations vécues par les hommes et les femmes dans les relations interpersonnelles, familiales, sociales. »*

A l'école primaire, c'est aux maîtres chargés des classes qu'incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans le cadre des enseignements. Au collège et au lycée, ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé (médecins et infirmières), formés à cet effet.

La mise en œuvre de cette nouvelle obligation va nécessiter :

- une mobilisation importante et donc une disponibilité suffisante des personnels de l'Education nationale formés pour pouvoir consacrer du temps aux séances d'éducation sexuelle,
- la constitution dans chaque établissement d'équipes pluridisciplinaires s'appuyant sur les compétences complémentaires des divers personnels,
- une amplification du dispositif de formation, tous les niveaux scolaires étant désormais concernés : formation des enseignants du premier degré sur lesquels vont reposer les actions menées dans les écoles, poursuite de la formation des personnels du second degré, en particulier de lycées,
- une réflexion approfondie sur le contenu de l'éducation à la sexualité pour les élèves des écoles,
- la construction de partenariats entre les établissements scolaires et les établissements d'information, de consultation et de conseil conjugal et familial ainsi qu'avec les centres de planification familiale à la fois pour permettre une complémentarité des interventions auprès des élèves et pour assurer des relais à l'extérieur des établissements.

## TEXTES DES AUDITIONS

Lors des différentes réunions du groupe de travail, ont été auditionnés:

-**Madame LEBDI**, de l'association Ni putes, ni soumises.

-**Madame FRANJOU**, ancienne présidente du Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)

-**Madame PETEK**, Présidente de l'association ELELE, Migrations et cultures de Turquie

-**Monsieur UDINO**, de l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaine (IMEA)

-**Madame BESKI-CHAFIQ**, responsable d'étude et de formation à l'Agence pour le développement des relations interculturelles (ADRI)

-**Madame DURAND-SAVINA**, de la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV)

-**Madame DE KERPRIGENT**, Chargée des questions sanitaires et sociales au Cabinet de Monsieur PASQUA.

## ***Audition de Madame Safia LEBDI - jeudi 5 juin 2003***

Le groupe de travail a auditionné Madame Safia LEBDI, permanente de la Fédération nationale des maisons des potes et vice-présidente du mouvement « Ni putes, ni soumises ». Mme LEBDI travaille depuis 10 ans dans les quartiers et s'intéresse particulièrement depuis 4 ans à la situation des femmes et jeunes filles. Elle intervient, dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), trois à quatre fois par semaine, auprès de jeunes dans des collèges ou lycées.

A partir de cette expérience, elle fait plusieurs constats :

### **1- La sexualité reste un sujet tabou dans les quartiers**

Selon Mme LEBDI, les jeunes filles des quartiers disposent d'une information très limitée sur la sexualité, et notamment sur la contraception. Ceci s'explique d'abord par le manque, voire l'absence, d'échanges entre les mères et les filles sur ces sujets, les mères n'ayant elles-mêmes souvent reçu aucune éducation sexuelle et considérant la sexualité sous le seul aspect du devoir conjugal et de la reproduction.

Ce manque d'échanges mères/filles est de plus renforcé par l'absence de dialogue entre les hommes et les femmes sur ces sujets.

Cette absence d'information donnée aux jeunes filles et femmes est directement liée au refus de leur reconnaître un droit à la sexualité.

Enfin, les centres de planning familial sont soit absents des quartiers, soit installés depuis trop peu de temps, soit difficiles d'accès pour des femmes qui n'osent pas en pousser la porte.

### **2- La sexualité est exprimée en termes de violence**

Les jeunes, garçons et filles, rencontrés dans le cadre scolaire, parlent de la sexualité en termes très violents.

A aucun moment, ils ne s'expriment sur la sexualité à partir de mots tels que l'amour, le plaisir ou le désir.

Ceci apparaît assez peu étonnant, si on considère que cette violence dans les rapports sexuels est véhiculée par ailleurs, par exemple par certaines émissions radios pour les jeunes ou par la pornographie. De plus, cette violence se vit au quotidien dans les quartiers, dans le cadre des bandes de filles comme de garçons. Cette violence parfois extrême peut se traduire en viols collectifs, qui sont, soit très médiatisés, soit cachés et niés par les élus.

Les femmes, principales victimes de ces violences dans les quartiers, se terrent dans leur mutisme, puisque selon le jugement général de la communauté, elles sont responsables de ce qui leur arrive. Ces femmes, culpabilisées, éprouvent un sentiment d'impuissance total et n'envisagent pas de quitter le quartier. Elles sont dans l'incapacité de s'imaginer ailleurs.

### **3- Les normes collectives : la virginité avant le mariage et la vie familiale**

Les normes intégrées et partagées par une très grande majorité de la population des quartiers, quel que soit son rattachement confessionnel, restent celles de la virginité de la femme avant le mariage et de la vie de famille.

Ainsi, le seul modèle que les jeunes filles des quartiers envisagent est celui de rester vierge jusqu'au mariage, d'où la condamnation très violente de celles qui vivent une sexualité avant le mariage, et de se consacrer ensuite à leur mari et à leur vie de famille.

Ce modèle unique enferme l'ensemble des jeunes des quartiers dans une culture commune et tout écart induit l'exclusion du groupe ou des stratégies de contournement.

Ce retour des jeunes, qu'ils soient musulmans ou non-musulmans, aux préceptes dictés par le Coran et le repli communautaire des jeunes issus de l'immigration sur leurs origines facilitent le développement du fondamentalisme musulman dans les quartiers.

Les parents envoient d'ailleurs de plus en plus leurs enfants dans des institutions ou associations culturelles pour apprendre l'Arabe, par exemple, ou dans les mosquées. En effet, il n'existe que peu ou pas d'organismes laïcs chargés de promouvoir la culture arabo-musulmane dans les quartiers.

On observe enfin une diminution du nombre de couples mixtes et un retour au port du voile par les femmes.

#### 4- La fonction parentale mise à mal

Face à des jeunes à la recherche de nouveaux repères, les parents sont souvent démunis. Ce d'autant plus, qu'ayant subi de plein fouet la montée du chômage et vivant parfois dans la précarité, les parents, dévalorisés socialement, ont perdu leur autorité parentale. Les jeunes respectent alors difficilement leurs parents, et sont attirés par d'autres formes d'autorité, notamment l'autorité religieuse que représente l'imam.

## *Audition de Madame FRANJOU - jeudi 26 juin 2003*

Madame FRANJOU, est l'ancienne Présidente du Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants (GAMS).

L'association GAMS, créée en 1982, a pour objectif premier de lutter **contre l'excision des filles et femmes originaires d'Afrique sub-saharienne**.

Le travail de prévention du GAMS s'effectue à la fois par l'information des familles, par des interventions dans les lieux scolaires mais aussi par une sensibilisation et une formation des professionnels notamment au sein des centres de planification et d'éducation familiale.

L'essentiel de l'information demandée au GAMS concerne actuellement les conséquences des mutilations sexuelles : en effet, les jeunes filles et jeunes femmes, nées en France, devenues adultes, veulent savoir ce qu'elles ont vécu et connaître les conséquences des mutilations pour elles.

Si les mutilations sexuelles sont sanctionnées par le Code pénal, le GAMS, contrairement à la Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS), ne se porte jamais partie civile dans les procès.

Si le nombre de cas de mutilations sexuelles tend à diminuer, le GAMS observe à l'inverse une montée en force des **mariages forcés**. Sur ce sujet, le GAMS intervient auprès des jeunes et des professionnels simultanément avec d'autres associations.

En Occident, le mariage est civil et matérialisé à l'écrit, alors que bien souvent dans les villages africains d'où sont originaires les parents des adolescentes que le GAMS rencontre, il s'agit d'une seule entente orale entre familles.

En Afrique, les filles sont éduquées pour accepter la toute puissance de leur père, jusque dans le choix de leur futur époux. Ainsi elles sont surprises d'apprendre qu'en France elles sont en droit de refuser un mariage forcé.

De même, dans les pays africains, au sein d'un couple, l'écart d'âges peut être très important : ainsi dans certains Etats d'Afrique de l'Ouest, jusqu'à 50% voire même 70% des femmes sont mariées avant 18 ans quand seulement 1 à 2% des hommes le sont.

A l'égard des mariages forcés, un important travail sur les mentalités reste à faire : en effet, un père ayant orchestré l'enlèvement, le viol et le mariage de sa fille n'est passible en France que d'une peine d'amende.

En France, la protection des mineures est théoriquement plus aisée que celle des majeures en cas de mariage forcé : on peut avoir recours à la législation sur l'enfance en danger. Il conviendrait toutefois que le mariage forcé soit réellement perçu dans les deux cas pour ce qu'il est : à savoir un viol.

Le GAMS déplore le manque de structures d'accueil et de protection des jeunes filles majeures menacées d'être mariées sans leur consentement.

Pour le GAMS, le plus important est de développer la prévention primaire, à savoir donner une information suffisante à tous les jeunes, et d'intervenir avant que le mariage ne soit conclu.

Mme FRANJOU tient à mentionner la tenue, en Ethiopie, de la conférence internationale « Tolérance zéro à la MGF (mutilation génitale féminine) ». Cette conférence a notamment fait du 6 février la journée nationale de lutte contre les mutilations génitales féminines et contre les mariages forcés.

## ***Audition de Madame Gaye PETEK - jeudi 26 juin 2003***

Madame PETEK est la directrice d'ELELE, Migrations et cultures de Turquie.

Lors de sa création, l'association ELELE visait à l'intégration des populations turques qui constituent un groupe hétérogène, une communauté de conflits plus que d'intérêts. Avec la multiplication des questions de violences et de mariages forcés, l'association s'est recentrée sur la situation des femmes turques.

Les populations turques installées en France sont originaires pour 85% de l'Anatolie, de civilisations villageoises très normées. Dans ces civilisations, il est inculqué aux filles qu'elles ont un honneur, le Namos, à conserver et qu'elles doivent ainsi rester vierges jusqu'au mariage. Une jeune fille qui a du namos ne pense pas à la sexualité et elle n'obtient aucune information d'ordre sexuel dans le cadre de sa famille. Les jeunes filles sont donc tenues dans un étai et tout à fait à l'écart des questions de sexualité.

La problématique principale d'ELELE concerne **les mariages forcés des jeunes majeures**. Ceux-ci sont en croissance exponentielle, puisque 95% des jeunes originaires de Turquie et vivant en France sont concernés.

Pour les garçons, le mariage est vécu de façon opportuniste, il convient de ne pas refuser à leur mère une bru qui sera maltraitée par cette dernière, puis abandonnée par l'homme lui-même.

Les filles peuvent adopter trois démarches différentes à l'égard du mariage :

- certaines acceptent le mariage, puis développent des stratégies : faire venir le mari de Turquie, puis profiter de la réglementation des étrangers pour le chasser, 8-9 mois après.

- d'autres choisissent le contournement : elles se lancent alors dans l'extrémisme religieux et brandissent le Coran, qu'elles connaissent désormais mieux que leur père, pour refuser le mariage forcé.

- d'autres enfin fuguent ou demandent une protection. C'est le cas notamment des jeunes filles en fin de lycée, à qui l'on annonce un retour au pays en été.

L'action d'ELELE consiste d'une part à proposer une médiation et d'autre part à organiser la rupture des filles avec leur famille par une aide à la recherche d'un logement et un accompagnement social.

ELELE pointe à son tour le manque de places d'hébergement et de structures adaptées à ces jeunes filles. L'association travaille en partenariat avec un foyer sur Lyon, dans lequel 2-3 places sont réservées pour l'association. 18 filles ont ainsi été hébergées dans l'année. Cependant, certaines filles nécessiteraient un accompagnement social, que le foyer ne peut pas offrir.

ELELE fait d'autre part un travail d'information et de prévention des mariages forcés, aussi bien dans les milieux scolaires que dans les mosquées turques.

Suite à cette audition, un débat se noue sur le thème du **port du voile**.

En effet, l'association ELELE a relevé que certaines filles, pour éviter le mariage forcé, prennent la parole et s'opposent à leur père en brandissant le Coran et ses préceptes. Le port du voile leur permet ainsi d'acquérir une légitimité et d'obtenir la tranquillité.

Or, Mme PETEK fait remarquer que les jeunes turques sont inscrites dans l'école de la République française, et doivent par là même en respecter les principes.

De plus, le comportement de ces filles conduit à marginaliser celles qui ne veulent pas porter le voile et à faire progresser le fondamentalisme religieux. Il apparaît dès lors urgent que les politiques se saisissent du problème en France.

## ***Audition de Monsieur UDINO - jeudi 28 août 2003***

### ***Situation dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique et Guyane)***

Monsieur Moïse UDINO, suite à un parcours militant dans de nombreuses associations culturelles, artistiques, identitaires, d'aide ou de soutien à la personne, intervient, depuis plus de 10 ans, dans le champ de la santé publique.

Il a notamment collaboré à des programmes de formation à la lutte contre le SIDA, auprès de populations à risque aux Antilles (AIDES et SIDA info services).

Aujourd'hui il travaille à l'institut de médecine et d'épidémiologie africaine (IMEA) sur un programme d'accès aux soins et de prévention pour les personnes en situation de vulnérabilité. Ce travail consiste à former des médiateurs de santé publique. Il est également président de l'association Alliance Caraïbéenne pour la Solidarité (AKS).

Pour comprendre et évaluer les questions de la sexualité des hommes et des femmes des départements français d'Amérique, mettre en place des programmes et définir des politiques, il est indispensable de prendre en compte les aspects sociologiques liés à des causes historiques, sociales, et comportementales.

En ce qui concerne l'aspect sociologique et comportemental, on peut distinguer :

- les origines africaines
- le traumatisme de l'esclavage
- l'impact de la religion sur les comportements

#### 1/ les origines africaines et caraïbéennes

- En ce qui concerne le statut de l'homme et celui de la femme, l'homme est le pilier de la structure familiale et la femme est identifiée comme femme-mère. Cette différenciation des rôles est remise en cause avec le marché triangulaire et l'esclavage, puisque les individus sont réduits à l'état de marchandises.
- La polygamie est un héritage africain mais aussi caraïbéen (peuple de guerriers nomades jusqu'au début du 14<sup>ème</sup> siècle)
- La fierté des parents devant les exploits virils du fils alors que la fille reçoit une éducation plus sévère vis-à-vis des garçons
- La dimension mystique: le "kinbwa" et le vaudou.

#### 2/ les traumatismes de l'esclavage

- déculturation
- nouveau statut de la femme qui n'est plus une mère, mais une porteuse.
- L'espérance de vie d'un esclave ne dépassant pas 10 ans après sa déportation, la femme s'habitue très tôt à la généralisation de la monoparentalité
- Forte difficulté à s'affirmer et à exister en tant que noir, du fait de l'esclavage mais aussi du fait des iconographies religieuses (le noir symbolisant le mal et le blanc la pureté)
- L'usage du fouet dans l'éducation, comme héritage de la violence subie et reproduite par l'esclave.

#### 3/ l'impact de la religion

- la sanction divine et les proverbes à caractère religieux qui ponctuent la vie des gens

- fatalisme et déresponsabilisation, notamment en cas de violences conjugales, incestes et viols
- la respectabilité qui pousse les femmes à une quête perpétuelle du mari, ce qui accentue la multi-patriarcalité. Etre marié pour une femme constitue un pas vers le paradis alors qu'une maternité en dehors du mariage est un passeport pour l'enfer.
- la honte, notamment dans le cas des enfants handicapés
- Une stigmatisation violente des comportements déviants : les alcooliques, les toxicomanes, les homosexuels, la femme libérée « mangeuse d'hommes » représentent des marginaux à bannir. En conséquence, ces personnes pensent ne pas mériter d'être aidées.

Les caractéristiques communes aux différents départements français d'Amérique peuvent être définies par :

- La concentration de population qui pose des problèmes de confidentialité
- Le taux de chômage élevé, l'oisiveté croissante qui conduit les personnes les plus précaires vers la délinquance
- Le nombre important d'agressions sexuelles et d'incestes (33% de la population carcérale en milieu ouvert ou fermé l'est pour récidive de délits à caractère sexuel)
- Le taux de grossesses précoces très important
- Le taux d'illettrisme considérable (problème pour les campagnes d'affichage)
- Le manque d'acteurs de terrain véritablement formés, avec des connaissances mises à jour, et les difficultés d'accessibilité à l'information dans les régions reculées, notamment en Guyane.

Bien qu'ils partagent des caractéristiques communes, ces départements ont des particularités dont il faut tenir compte dans les politiques de santé. Elles sont d'ordre linguistique, géographique, économique ...

La Guadeloupe se caractérise par une épidémie VIH galopante et l'existence d'un tourisme toxicomane, notamment à Saint-Martin. En Martinique, on assiste à une prostitution masculine et féminine grandissante et on observe des addictions inquiétantes (mélange de bière et d'essence). La Guyane présente une pluralité ethnique et un cloisonnement de la population entraînant un décalage culturel entre les soignants et les autochtones. Le tissu associatif est très fragile et les difficultés d'acheminement des malades constituent l'un des problèmes majeurs.

Quelles pistes propres à ces départements peut-on proposer ?

- Favoriser la communication pour changer les comportements, informer, sensibiliser, éduquer, notamment en milieu scolaire et durant les périodes du carnaval et les vacances "d'été".
- Renforcer le lien familial et social pour créer une prise de conscience générale et individuelle.

Il en ressort trois points importants :

- Intégrer dans les politiques de santé l'école, la famille et la société civile
- Former des acteurs de terrains sur les enjeux de santé publique, des IST et de leurs conséquences sur la santé et la reproduction.
- Créer une passerelle de solidarité entre les trois départements français d'Amérique et entre eux et la métropole.



Au terme de cet exposé sur les caractéristiques des départements français d'Amérique, Moïse UDINO rappelle qu'il est important de ne pas diviser les populations migrantes, mais au contraire de créer une unité autour de la migration afin de susciter une forme de solidarité.

Des affiches ont été créées, dans le cadre d'une campagne qui a malheureusement été interrompue, à l'attention des hommes, des femmes et des jeunes. Il regrette que ces affiches ne soient pas placardées dans les véritables lieux de rencontres des uns et des autres (par exemple, pour les hommes, les PMU assidûment fréquentés par les antillais, africains, et magrebhins, pour les femmes les marchés).

Par ailleurs, Moïse UDINO précise que les médiateurs de santé publique sont des personnes qui interviennent au niveau du public, des professionnels de santé et des institutions. Ils devraient assurer une sorte de veille sanitaire qui permette de recenser les besoins des personnes en situation de vulnérabilité sur le terrain et d'établir des diagnostics communautaires.

En Ile-de-France on recense environ 70 médiateurs de santé publique, à Nice et à Marseille, une vingtaine de personnes ont été formées, et la Guyane dispose de 15 à 20 médiateurs. La reconnaissance du statut et du travail de ces médiateurs reste une difficulté.

## ***Audition de Madame Chahla BESKI-CHAFIQ - jeudi 28 août 2003***

### ***Interculturalité et gestion de la diversité culturelle dans l'intervention sociale***

Responsable d'étude et de formation à l'Agence pour le développement des relations interculturelles (ADRI) depuis 11 ans, Chahla BESKI est sociologue de formation et iranienne d'origine. Écrivaine, elle a publié des ouvrages sur la place des femmes dans les sociétés musulmanes.

Dans le cadre de ses missions, elle est amenée à former des acteurs dans les différents champs d'intervention, sur toutes les problématiques qui touchent l'intégration des populations d'origine étrangère et la lutte contre les discriminations. Ainsi, elle a travaillé également sur la qualification des acteurs de la médiation socioculturelle.

La place que la médiation a prise dans le champ de l'intervention sociale a commencé, tout d'abord, en milieu rural, où elle était assurée par des femmes à destination d'un public franco-français. Puis, dans les années 80 les femmes relais et médiatrices issues d'immigration ont commencé à jouer le rôle d'intermédiaire entre la population et les institutions. Cette notion a ensuite été reprise, notamment à travers le dispositif des emplois-jeunes, avec pour objectif l'insertion professionnelle des personnes elles-mêmes en les mettant au service de la médiation sociale.

L'ADRI a fait la première recherche nationale sur le rôle et les perspectives des femmes-relais. Et au début des années 90, un certain nombre de recommandations étaient énoncées, parmi lesquelles la condition d'un cursus de formation prenant en compte la validation des acquis du terrain (à l'époque, essentiellement des femmes des quartiers). Aujourd'hui nous sommes en présence d'une pluralité de profils.

Pour faire de la médiation un outil efficace, utilisable dans le domaine de la santé, il convient de bien identifier les objectifs, de former efficacement les acteurs, et d'en assurer la mixité.

Être en bonne santé relève d'une prise de conscience qui ne peut advenir que chez les personnes dont les autres besoins ont été globalement satisfaits. En conséquence, l'enjeu, dans le domaine de la santé, est d'explicitier la demande, de créer la prise conscience sachant que les besoins sanitaires sont toujours camouflés par les autres, sans compter l'ignorance et les préjugés, notamment en matière de sexualité, qui ont également leurs effets pervers. Le travail est aussi important en direction du public, qu'en direction des professionnels car ils partagent, le plus souvent, des images fausses et des préjugés qui font obstacle à la communication.

La médiation assujettie aux origines des personnes et à leur appartenance à une communauté, peut parfaitement valoriser une compétence à mieux comprendre l'autre, mais également être à l'origine d'un cloisonnement et parfois même à une prise de pouvoir au niveau de la communauté, qui fera obstacle à la communication. D'où l'importance de la formation des acteurs, de la mise en place d'un suivi et du développement de la mixité.

Dans le cadre de la médiation et de l'intervention sociale, il ne suffit pas d'avoir des connaissances sur la santé et la sexualité, il faut être en mesure d'établir une communication active qui permette de vérifier ses propres connaissances et d'établir une reconnaissance de l'autre comme une personne capable d'évoluer. Dans le cas contraire, l'interculturalité devient

dangereuse : « tout ce que l'on connaît sur l'autre vient faire écran pour empêcher de le connaître ». On crée "un autre" très généralisé, très figé, qui finit par dérober la personne que l'on a en face de soi.

Pour illustrer ce paradoxe, Chahla BESKI donne l'exemple d'un village au sein duquel vivait une communauté turque très importante et où la médiation était assurée par des femmes-relais d'origine turque. Le travail qu'elles faisaient, certes nécessaire, risquait également de faire obstacle à l'explicitation de la demande du fait qu'elles partageaient avec les membres de la communauté les mêmes tabous, notamment sur la sexualité et la pression que les belles-mères exercent sur les belles-filles. Un travail de formation, d'encadrement et de supervision et a été indispensable pour prévenir cette dérive.

Les femmes sont à la frontière du privé et du public, des rapports hommes / femmes, des rapports de sexes, des rapports que ces femmes ont avec les hommes qui sont dans leur vie, les maris, les pères, les frères, et finalement la communauté.

On a longtemps considéré que les femmes étaient les véritables actrices des changements de la société et l'intervention sociale a donc été majoritairement féminine. Puis, on a commencé à s'intéresser aux pères. Et aujourd'hui, il faudrait peut-être changer l'ordre des choses et travailler davantage sur les rapports hommes-femmes, également à l'intérieur de la famille entre ses différents composants.

Les représentations que les hommes et les femmes ont d'eux-mêmes, de la religion (certains hommes pensent que comme ils sont musulmans, ils ne peuvent pas attraper le sida), le langage, et la représentation que chaque culture a des mots sont extrêmement déterminante dans la sexualité. Tout travail sur l'interculturel commence notamment par une réflexion sur ses représentations de la sexualité.

Dans le cas de populations immigrées, ces représentations deviennent beaucoup plus complexes, car elles sont le fruit d'une articulation entre la culture de la société d'origine et son interprétation dans la trajectoire personnelle de chaque individu, lui-même en situation de captation des codes et normes de son quartier, de son école etc...

Les situations de violence à l'égard des femmes et jeunes filles dans les quartiers illustrent bien cette difficulté. Les acteurs de la santé ou de la scolarité considèrent le plus souvent que cet état de fait résulte de la mentalité et de l'image de la femme que les hommes ont dans leur culture d'origine. On doit cependant tenir compte que dans ces quartiers, les attitudes misogynes font également rage chez les populations autochtones et que la pornographie est répandue.

L'image de la femme libre considérée comme objet sexuel n'est pas l'image exclusive du monde musulman, mais de la société tout entière. En revanche l'articulation de l'héritage culturel musulman, surtout dans sa version islamiste, avec la culture pornographique environnante entérine une situation explosive.

Un autre exemple est fourni par le développement du phénomène du port du voile parmi les femmes et les jeunes filles musulmanes. L'analyse de ce fait ne peut s'approfondir que dans la mesure où on tient compte des facteurs sociologiques et politiques qui le favorisent. Notons qu'aujourd'hui le port du voile se réintroduit dans les quartiers comme un élément de distinction et paradoxalement de séduction, opposant la femme "de mauvaise vie" à celle susceptible de devenir une bonne épouse. Au-delà d'être un fait religieux, ce phénomène met en relief les enjeux de l'égalité des sexes et de la citoyenneté démocratique.

Par ailleurs, comment aborder la question de la sexualité sans travailler sur la citoyenneté et le regard posé sur la femme ? La sexualité relève du désir, de l'irrationnel mais également du pouvoir et du rapport de force. Dans ce rapport de force, l'image de la virilité telle qu'elle se diffuse et s'impose dans le quartier est celle d'hommes "dominants" qui soumettent les femmes. Pourtant l'image de la femme et de la féminité ne peut être dissocié de la femme désirable.

Au terme de cette réflexion, il est fondamental de ne jamais perdre de vue la position des droits de l'homme. C'est l'universel qui nous permet de ne pas valoriser la culture au détriment de l'être humain, les idéologies extrémistes, elles nient les droits de l'homme au profit de la culture.

Aujourd'hui la médiation et l'intervention sociales doivent évoluer vers un travail sur les rapports entre les individus et renoncer à une vision cloisonnée de la réalité qui consisterait à travailler sur l'homme, sur la femme, sur le Français, sur l'immigré...etc...

La question des jeunes filles et femmes des quartiers est toujours renvoyée à des associations communautaires. Il manque un travail commun entre les différentes institutions qui interviennent dans le domaine de la santé publique.

Avant toute chose, s'impose la qualification des acteurs pour une approche dynamique de l'interculturel. Cette formation trouvera son efficacité à condition que les acteurs travaillent en amont avec les institutions. Un diagnostic doit ensuite identifier les différentes situations qui se répètent sur le terrain.

Dans le domaine de l'intervention sociale, il faut considérer que tout outil devient caduc au bout de quelques années. Il convient donc de remanier régulièrement les mêmes outils pour travailler sur une réalité "en mouvement". Les convictions humanistes et morales ne suffisent pas pour mener à bien ces objectifs, de véritables compétences professionnelles sont nécessaires. Même si sur le terrain, la réflexion évolue intelligemment, cette avancée ne se traduit pas toujours par des avancées concrètes dans le changement des supports de travail. La médiation est un outil, et à ce titre doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi.

## ***Audition de Madame DURAND-SAVINA - jeudi 9 octobre 2003***

Madame DURAND-SAVINA est responsable du département Lien social et service public à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV).

Sylvie DURAND-SAVINA exerce ses fonctions à la DIV depuis un an et demi désormais. Elle a travaillé auparavant pendant plus de 15 ans sur le terrain, notamment dans le cadre d'un contrat de ville intercommunal et d'un Grand projet de ville (GPV).

La politique de la ville présente deux caractéristiques fondamentales : transversale, elle est aussi une politique contractuelle, notamment avec les élus locaux. Si la définition des objectifs de solidarité relève de la délégation, la politique de la ville repose toute entière sur la programmation locale. Ainsi, 95% du budget de la DIV est déconcentré. Elle précise d'emblée que pour les élus locaux, la santé est une affaire d'Etat et que ceux-Responsable du département Lien social et service public à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV).

Sylvie DURAND-SAVINA exerce ses fonctions à la DIV depuis un an et demi désormais. Elle a travaillé auparavant pendant plus de 15 ans sur le terrain, notamment dans le cadre d'un contrat de ville intercommunal et d'un Grand projet de ville (GPV).

La politique de la ville présente deux caractéristiques fondamentales : transversale, elle est aussi une politique contractuelle, notamment avec les élus locaux. Si la définition des objectifs de solidarité relève de la délégation, la politique de la ville repose toute entière sur la programmation locale. Ainsi, 95% du budget de la DIV est déconcentré. Elle précise d'emblée que pour les élus locaux, la santé est une affaire d'Etat et que ceux-ci n'ont qu'une vision partielle de l'état sanitaire de leur population.

### ***Les quartiers de la politique de la ville***

Il existe une réelle difficulté à faire entendre et préciser ce que sont les quartiers.

Les quartiers de la politique de la ville sont clairement identifiés : ce sont les zones urbaines sensibles (ZUS). Ces ZUS, délimitées par décret, sont caractérisées par « un cumul des handicaps », en termes notamment de logements sociaux, de difficultés scolaires, de richesse des communes, de taux de chômage, etc...

La politique de la ville évolue régulièrement sur la définition donnée à cette notion de « quartiers ».

Le périmètre des difficultés diffère du périmètre de résolution des difficultés, qui relève aussi de la politique urbaine et des agglomérations urbaines.

La DIV a une vision des quartiers à trois échelles :

- l'échelle infra-communale, représentée par les ZUS
- l'échelle communale, échelle légitime de réflexion et de résolution des problèmes
- l'échelle de l'agglomération, qui est celle du développement.

La loi du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, resserre le périmètre des quartiers sur les ZUS.

Contrairement à la vision qu'en donnent les médias, les quartiers ne sont pas homogènes, et il faut être vigilant sur les représentations qui s'imposent ou que l'on s'impose des quartiers, et sur les risques d'amalgame.

### *L'égalité Homme/Femme*

Dans ces quartiers, des discriminations de toute nature existent : certes on parle beaucoup de la lutte contre les discriminations raciales, mais il existe aussi notamment des discriminations sexistes, ou encore des discriminations spatiales, celles que connaissent les habitants du fait de l'adresse de leur domicile. Une des missions de la DIV est de faire reconnaître et de lutter contre cette dernière discrimination.

Les femmes des quartiers, qui sont françaises, d'origine française ou immigrée, peuvent être victimes d'un cumul de discriminations, racistes, sexistes, culturelles ou encore spatiales. Elles sont davantage que les hommes exposées au chômage et aux emplois sous-qualifiés.

Elles sont restées globalement invisibles, et deux images leur sont principalement attachées :

-l'image de la mère qui se doit de bien éduquer ses enfants, d'assurer la cohésion familiale et qui est tenue pour responsable de ses enfants délinquants.

-l'image des jeunes filles, beurs ou blacks, objets de désir ou bien travailleuses.

Ces femmes se heurtent sans cesse à la difficulté de trouver leur place dans l'espace public. La non-reconnaissance du droit de vote ne les rend pas citoyennes, alors que leurs propres enfants peuvent voter.

Dans les quartiers, la victimisation des femmes est permanente. Il existe une vision et un sentiment de fatalisme liée aux discriminations subies par les femmes.

En conséquence, selon Mme DURAND-SAVINA, les quartiers sont plus en risque d'implosion que d'explosion.

Pour l'année 2003, la DIV s'est donné pour objectif de faire en sorte que la question de l'égalité homme/femme soit transversale à l'ensemble des thématiques.

Pour ce faire, la DIV souhaite notamment favoriser:

-l'accès des femmes à la langue française

-l'information sur l'accès aux droits ( les femmes, en tant que rejoignantes, ont des droits dérivés)

-la lutte contre la discrimination à l'embauche

-l'entrepreneuriat des femmes des quartiers

-l'égale participation des femmes à la vie de la cité

-le soutien aux associations et aux regroupements de femmes

-la réflexion sur le rôle des pères dans l'éducation et sur les moyens de valoriser ce rôle

-les actions sur les thèmes de la santé et de la sexualité.

### *Santé/Sexualité*

Aborder les thèmes de la santé et de la sexualité n'est pas chose aisée : en effet, culturellement, ces thèmes restent tabous. Il faut ainsi emprunter des détours pour les aborder.

Les questions de santé relèvent de la loi, mais elles ont longtemps été oubliées dans les contrats de ville.

Il s'agit de mettre en place des programmes locaux de santé, le « local » s'entendant pour la DIV comme les 3 niveaux infra-communal, communal et intercommunal, et non pas régional ou départemental.

Mme DURAND-SAVINA expose ensuite deux expérimentations d' « ateliers santé-ville » réalisées, depuis un an, en Seine-Saint-Denis et dans le Var.

Ces ateliers constituent des espaces de parole où les professionnels médicaux et para-médicaux peuvent échanger, afin de faire un point sur l'état sanitaire de la population et, sur la base d'un diagnostic partagé, de décider d'un programme de priorités. Ces ateliers sont pilotés par les maires, les DDASS et les sous-préfets ville.

Les ateliers santé-ville sont articulés avec les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et sont reconnus à l'échelle nationale dans le programme national de renforcement de la lutte contre les exclusions (PNRLE), ainsi qu'à l'échelle européenne dans le plan national d'action pour l'inclusion (PNAI).

Le centre de ressources Politique de la ville du 93 (Profession Banlieue) a d'ailleurs rédigé un rapport sur les ateliers santé-ville, paru en mars 2003. Dans ce rapport, il est mentionné que 75% de ces ateliers disent la nécessité de campagnes d'information et de prévention sur les questions de santé, et notamment sur l'éducation sexuelle.

La DIV accorde de plus une subvention, au titre du partenariat national, à l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaines (IMEA) pour la formation des médiateurs de santé.

Enfin, la DIV finance et a maintenu son budget sur les adultes relais. Aujourd'hui, ils sont environ 3 000, essentiellement des femmes. Ces adultes relais assurent des médiations dans les écoles sur les questions des relations école-famille, de tranquillité publique, mais aussi sur les aspects éducatifs.

L'une des priorités de la DIV est de faire en sorte que les nouveaux postes d'adultes relais, notamment ceux indiqués dans une mesure du comité interministériel à l'intégration du 10 avril dernier, soient « reprofilés » sur les thèmes de l'accès aux soins et sur l'habitat.

*La loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine*

Le Ministre délégué à la ville et à la rénovation urbaine, Jean-Louis BORLOO, a souhaité, dans cette loi, donner la priorité à :

- la rénovation urbaine, gérée désormais par l'Agence nationale pour la rénovation urbaine, nouvellement créée
- la procédure de rétablissement personnel : elle concerne les personnes qui ont subi un « accident de la vie » (chômage, veuvage, divorce, maladie), cause d'une situation de surendettement.

Dans le cadre de cette loi, ont été créées 41 nouvelles zones franches urbaines, qui viendront s'ajouter aux 44 créées en 1996. Des centres médicaux, tout comme d'autres entreprises, peuvent s'implanter dans ces zones franches urbaines en bénéficiant d'exonérations de diverses charges.

Le chapitre premier du titre I vise la « réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles ».

Cette loi doit faire l'objet d'un rapport annuel devant l'Assemblée.

Un des intérêts de cette loi réside dans la création et la mise en place d'indicateurs de résultat pour l'évaluation de la loi. Parmi ces indicateurs, on peut mentionner, entre autres, ceux concernant la démographie médicale (on observe une désertification médicale dans les quartiers à l'image de celle dans les zones rurales), le ratio de praticiens libéraux pour 5000 habitants dans les ZUS, le nombre de réseaux de santé publique, le nombre de maisons de santé, ou encore l'accès aux soins.

La DIV a pu évaluer que les quartiers sont les plus pourvoyeurs aux urgences pour des pathologies simples.

Il convient de développer des budgets publics dans les ZUS, et notamment pour veiller au suivi des prescriptions de soins à l'issue des bilans de santé scolaire.

*La nécessité d'engager un travail sur les représentations*

Concernant les représentations attachées aux quartiers, il n'existe bien entendu aucun indicateur.

Sur cette question des représentations, la DIV souhaite favoriser quelques programmes.

Par exemple, elle a ainsi subventionné un programme théâtre forum NAJE (N'abandonnons jamais l'espoir) sur les relations hommes/femmes, et vient de consacrer le numéro de septembre 2003 de sa revue « Comme la vie » sur le thème de la vie des femmes dans les quartiers. Elle soutient aussi financièrement le mouvement « ni putes, ni soumises », ainsi que le travail mené par l'association « La Médina ». Dans un autre registre, elle a accordé cette année son soutien à des associations favorisant la relation mère enfant autour du livre (ACCESS), des pratiques musicales (Enfance et Musique) ou à des associations permettant de développer des savoir-faire en matière de petite enfance comme l'ACEP.

La DIV souhaite aussi libérer la parole sur les relations amoureuses, vécues ou représentées trop souvent de façon sordide.

Mme SAVINA-DURAND mentionne de plus l'étude effectuée sur les quartiers par le sociologue Daniel WETZER-LANG. Dans cette étude, le sociologue met au jour que les problèmes dans les quartiers ne résultent pas seulement de la situation de ghetto vécue par les habitants, mais des relations difficiles entre les hommes et les femmes. Il souligne de plus l'importance de l'homosexualité latente et refoulée, génératrice de nombreuses violences. ci n'ont qu'une vision partielle de l'état sanitaire de leur population.



## ***Audition de Madame DE KERPRIGENT - mardi 4 novembre 2003***

Madame DE KERPRIGENT est chargée en 1994 des questions sanitaires et sociales au Cabinet de Monsieur PASQUA, Président du Conseil général des Hauts-de-Seine.

Elle a fondé en 1996 l'Institut des Hauts-de-Seine, dont elle est la directrice générale. Cet Institut est une association loi 1901, financée par le Conseil général des Hauts-de-Seine et le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Il conduit des actions innovantes dans le domaine sanitaire, social et humanitaire. Il a un rôle pionnier dans l'expérimentation des programmes éducatifs et préventifs du département pour répondre au mieux aux exigences du public dans un secteur en constante évolution.

La campagne Femmes sans frontières, initiée par l'Institut des Hauts-de-Seine en 1996, vient en aide à plus de 80 000 femmes par an en France et à l'étranger.

Dans les Hauts-de-Seine, le programme Femmes sans frontières a été lancé, suite à l'observation du terrain pendant dix ans : les femmes habitant dans les cités vivent souvent plus mal que les femmes vivant dans leur pays d'origine.

Dans le département des Hauts-de-Seine, 14 communes sur 36 relèvent de la politique de la ville dans lesquelles vivent des populations démunies. Le Conseil général a alors décidé de consacrer, dans le cadre de la politique de la ville, un budget important de reconstruction des quartiers défavorisés.

Dans ces quartiers, il convient de distinguer deux types d'habitantes :

- les femmes migrantes, isolées dans les cités. Ces femmes sont confrontées à des problèmes d'illettrisme, d'accès aux droits, aux soins ; elles méconnaissent les structures d'accueil communales et départementales.

- les femmes de souche française, aux revenus très bas et le plus souvent chefs de famille monoparentale.

Les forums « Femmes sans frontières »

Dans le département 92, des forums « Femmes sans frontières » sont organisés pour répondre aux besoins de ces deux types de femmes.

A l'origine, dans ces forums, seules les questions de sexualité étaient abordées. Or, les organisateurs se sont vite aperçus que les maris refusaient alors toute participation de leur femme à ces rencontres.

En conséquence, désormais, outre les questions d'éducation sexuelle, les thèmes de santé globale sont proposés : prévention de la malnutrition, des conduites à risque, de la maltraitance. Ainsi, les invitations sont distribuées en femmes sans signaler les stands d'éducation à la sexualité pour éviter tout refus systématique des hommes et/ou maris.

### ***- Les partenariats***

Ces forums sont organisés en partenariat avec la DDASS, la CPAM, la CRAMIF, les CCAS, les centres de planification et d'éducation familiale, des associations de femmes relais, des associations caritatives, des sponsors variés... Un des objectifs est en effet de développer un réseau d'assistance et d'aide aux femmes en situation de précarité et de détresse.

C'est d'ailleurs par l'intermédiaire et par la mobilisation des partenaires communaux et départementaux qui s'occupent notamment de la distribution des convocations, que le Département parvient à toucher les femmes des quartiers, à aller à leur rencontre et à faire en sorte qu'un grand nombre d'entre elles participe aux forums. Ainsi par exemple, près de 900 femmes des quartiers ont participé au forum qui s'est tenu à Nanterre.

Un partenariat existe aussi avec la police, ainsi des femmes agents de police sont présentes lors des forums. C'est alors l'occasion pour les femmes des quartiers de parler des violences

familiales auxquelles elles peuvent être confrontées, sur leur éventuelle infériorité, réelle ou ressentie, par rapport à leurs enfants, sujets de discussion très souvent tabous. Concernant ce sentiment d'infériorité ressentie par les femmes, le Département travaille en étroite relation avec des groupes de soutien à la parentalité. ( avec le CIDF)

#### *- Les objectifs des forums*

Ces forums visent à apporter aux femmes des réponses dans leur vie quotidienne. Ainsi, un carnet de santé a été créé et est distribué à ces femmes lors des forums, et des dépistages gratuits sont proposés : mammographie, frottis, visuel, cardio-vasculaire, dentaire...

Les forums sont en effet organisés et encadrés par 250 de professionnels encadrants: il peut y avoir jusqu'à 100 médecins présents, ces médecins sont non-bénévoles et sont payés à la vacation, des conseillers conjugaux sont également présents, ainsi deux conseillers travaillent avec Femmes sans frontière.

Ces forums, sont finalement vécus comme de véritables moments récréatifs pour les femmes, qui au cours d'une demi-journée peuvent prendre soin d'elles-mêmes, leurs enfants étant notamment confiés à une crèche organisée sur place.

Au cours de ces forums, des brochures sur la santé et la sexualité, réalisées par l'Institut des Hauts-de-Seine, sont distribuées aux femmes. Ces brochures se veulent les plus simples et pratiques possibles, à l'inverse des brochures réalisées par le ministère de la santé jugées peu lisibles. Certaines de ces brochures, notamment sur le SIDA, ont été traduites en plusieurs langues.

#### *- L'après forum*

A l'issue de ces forums, les femmes continuent d'être suivies par les services et les associations communales. Certaines mères résidant dans d'autres communes du département ont demandé la tenue du forum dans leur commune : ce forum, itinérant, est facilement et rapidement mobilisable, il se tient en général dans le gymnase de la commune et des navettes sont mises en place pour en faciliter l'accès.

Le Conseil général des Hauts-de-Seine incite de plus les maires à poursuivre l'élan et à initier des actions de prévention en direction des femmes des quartiers dans leur commune. Mme DE KERPRIGENT constate que la santé et la sexualité, tout comme la maladie et la vieillesse, restent souvent des sujets tabous pour les élus. Il convient alors d'« habiller » les actions menées sur ces thèmes.

Mme DE KERPRIGENT précise qu'aucun forum sur les thèmes de la santé et de la sexualité n'a été organisé à destination des hommes en particulier. En effet, contrairement aux catégories d'hommes de moins de 25 ans et de plus de 65 ans auxquelles le département s'intéresse davantage, les hommes actifs relèvent du droit et de la médecine du travail. Il conviendrait de travailler davantage avec les médecins du travail.

#### *- Les autres initiatives du Département*

D'autres forums sont organisés dans le département 92, à destination des jeunes, cette fois. Entre 1994 et 2003, ces forums de santé et de citoyenneté, intitulés « Giga la vie », ont eu lieu dans 34 des 36 communes des Hauts-de-Seine et ont accueilli plus de 350 000 adolescents visiteurs. Sur chaque forum, environ 4 000 jeunes sont reçus.

Au cours de ces forums et à partir de l'enquête les « 24 heures d'un collégien » réalisée par le Département, 50% des jeunes ne sont pas choqués par les scènes de violences et les films pornographiques. Il est donc apparu important pour les médecins d'introduire parallèlement à des animations très médicales des notions de valeur autour du respect du corps et du langage d'amour dans les animations des forums.

Sur le plan financier, Mme DE KERPRIGENT précise que :

- les forums « Femmes sans frontières », sur une demi-journée, reviennent à 70 000 F
- les forums « Giga la vie », sur deux jours, représentent 550 000 F .

Ces forums sont gratuits pour la commune qui les organise, car ils sont financés notamment par le Département et l'Etat.

Le Conseil général a également engagé, depuis trois ans, un programme d'alphabétisation avec le CIDF. Au cours des campagnes d'alphabétisation menées, le Département propose un volet santé aux associations chargées sur le terrain de l'alphabétisation. Des médecins viennent ainsi deux fois par mois dans le groupe chargé de l'alphabétisation.

De plus, les femmes ne maîtrisent ni leur éducation sexuelle, ni leur nutrition (problème d'obésité) et utilisent en excès les médicaments. Ces femmes sont en effet avant tout préoccupées par les comportements à risque de leurs jeunes, par leur vie conjugale difficile (compliquée par des situations de chômage et de faibles revenus). Les femmes migrantes vivent de plus un fort sentiment d'infériorité.

Actuellement, le Conseil général propose la mise en place d'une enquête, «Les 24h de la femme dans les cités », sur le modèle de celle déjà réalisée sur les jeunes, pour faire un point sur la situation et le rôle des femmes dans les quartiers. Cette enquête devra faire la distinction entre les femmes vivant dans ces quartiers qui travaillent et les femmes issues de l'immigration qui ne travaillent pas. Certaines évolutions concernant cette population féminine ont déjà pu être observées : notamment face à l'augmentation de la consommation d'alcool et de tabac, la précocité grandissante de la mortalité féminine.

#### L'éducation à la santé

La contraception est un sujet assez largement débattu. Sur ce thème, les jeunes femmes sont très actives, elles veulent participer aux campagnes de contraception.

L'Institut a constaté le manque d'intérêt des jeunes filles par rapport au *préservatif féminin*, celui-ci étant trop cher et difficile à poser. La demande des jeunes privilégie l'usage des préservatifs masculins.

Le Département a noté également les effets pervers de la *pilule du lendemain*, lancée sans information et sans campagne. L'un de ces effets pervers a consisté en la banalisation de l'utilisation de cette pilule. En effet, les jeunes filles, qui n'ont pas été préparées et informées sur cette pilule, n'ont pas bien compris son utilisation et certaines s'en servent comme d'un moyen de contraception classique. Aucune évaluation de l'utilisation de cette pilule n'a été demandée et réalisée. Mme DE KERPRIGENT précise de plus que le nombre d'IVG dans le département 92 n'a pas baissé.

Ceci pose le problème de l'insuffisance des informations sur la sexualité données aux jeunes. Les centres de planification et d'éducation familiale sont parfois difficiles d'accès et les horaires pas compatibles. Les pharmaciens disent quant à eux ne pas disposer de temps suffisant pour informer la jeune femme, qui demande notamment une pilule du lendemain. Enfin, les jeunes, hors circuit scolaire, n'ont accès à aucune éducation sur la sexualité, éducation normalement donnée par l'infirmière dans les établissements scolaires.

Le questionnaire réalisé récemment sur les jeunes a relevé que l'âge médian des premiers rapports sexuels est de 16 ans. Or, les jeunes filles sont plutôt mal informées. Si les tabous religieux ont sauté en ce qui les concerne, à savoir qu'on peut aborder plus facilement les questions de sexualité, ces tabous ne sont pas réellement levés pour *les mères*. Il est

indispensable de transformer les mères en relai de prévention santé dans les familles en leur facilitant l'accès à l'information et à l'instruction.

Concernant les *femmes âgées*, celles-ci, n'ayant pas eu d'éducation sexuelle, ont oublié ce qu'est le cycle féminin. Il convient donc d'abord de leur faire connaître leur corps. La ménopause est un sujet peu traité, notamment peu de supports (textes, affiches) lui sont consacrés. Or, il faut bien reconnaître que les personnes âgées ont encore une sexualité et qu'elles sont oubliées par les pouvoirs publics.

En conclusion, Mme de KERPRIGENT fait part de ses inquiétudes sur la difficulté de trouver des personnes qui prennent le relais et s'investissent dans les associations qui travaillent auprès des femmes des quartiers. Difficultés financières et usure des missions. Elle souligne d'un autre côté, que l'expérience lancée dans le 92 a permis de constater que les femmes ne veulent plus être passives dans leurs quartiers, elles deviennent des « médiatrices actives » ; elles souhaitent être actrices de leur vie quotidienne. C'est ainsi qu'elles ont demandé la mise en place de stages, notamment d'esthétique, de relooking, ou encore de gymnastique. Elles souhaitent réfléchir et engager un « mieux-vivre » dans leur cité, elles organisent elles-mêmes leurs activités, leurs sorties .