



HAL
open science

Education à la santé sexuelle : évaluation de mise en œuvre dans les établissements scolaires du second degré en Guadeloupe

Nell Couprie

► **To cite this version:**

Nell Couprie. Education à la santé sexuelle : évaluation de mise en œuvre dans les établissements scolaires du second degré en Guadeloupe. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01159252

HAL Id: dumas-01159252

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01159252>

Submitted on 11 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2015

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2015AGUY0831

EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE :
EVALUATION DE MISE EN ŒUVRE DANS LES
ETABLISSEMENTS SCOLAIRES DU SECOND
DEGRE EN GUADELOUPE.

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane, et examinée par les enseignants de la dite faculté

le 05 Mars 2015

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Par

COUPRIE Nell

Examineurs de la thèse :

Madame le Professeur J. HELENE-PELAGE Présidente
Monsieur le Professeur E. JANKY Membre
Monsieur le Professeur B. HOEN Membre
Monsieur le Docteur P. CARRERE Directeur

« En réalité, il y a là deux fonctions sociales absolument distinctes et qu'il convient d'étudier séparément, sauf, s'il y a lieu, à tenir compte de leurs mutuelles réactions »

Émile Durkheim, « Débat sur l'éducation sexuelle. » (1911)

Remerciements

A Madame le Professeur Pelage,

Vous avez accepté de promouvoir ce travail et contribué à sa mise en route. Vous me faites à présent l'honneur de présider au jury qui l'examine. Soyez assurée de ma grande admiration pour l'engagement et la disponibilité dont vous faites preuve envers les étudiants.

A Monsieur le Professeur Janky,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci pour le temps que vous m'accordez. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Hoen,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci pour le temps que vous m'accordez. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Carrère,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour votre aide, votre rigueur, votre soutien tout au long de sa réalisation. Je vous souhaite un long et bel avenir à l'université des Antilles et de la Guyane. Que votre investissement dans vos travaux de recherche et auprès des étudiants ne fléchisse pas, mais qu'il soit couronné de succès.

Au Rectorat de l'académie de Guadeloupe, et particulièrement au Docteur Muller :

Merci de nous avoir permis de réaliser ce projet, et de votre soutien dans sa réalisation.

A tous les personnels des établissements scolaires :

Merci pour votre participation, merci pour votre témoignage, merci pour la sincérité avec laquelle vous m'avez parlé des difficultés que vous rencontrez.

A Monsieur Moutoussamy, documentaliste de l'IREPS :

Merci pour votre aide précieuse.

Au personnel de la faculté Hyacinthe Bastaraud :

Vous m'avez toujours bien reçu, aidé et aiguillé, avant même mon arrivée aux Antilles et jusqu'à ce jour. Merci

A ma famille, et particulièrement au Docteur Marc Lecasble.

A mes amis, de Bruxelles, de Béziers, de Guadeloupe et d'ailleurs.

Liste des enseignants

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER
 Doyen de la Faculté de Médecine : Pascal BLANCHET
 Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Raymond CESAIRE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI	Médecine interne CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45
Bruno HOEN	Maladies Infectieuses CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87
Bernard CARME	Parasitologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 54 05 - Fax : 05 94 39 53 09
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83
Thierry DAVID	Ophthalmologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88
Georges JEAN-BAPTISTE	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44
François ROQUES	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE	Chirurgie digestive CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie orthopédique CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
Didier SMADJA	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61 - Fax : 05 96 75 84 42
André WARTER	Anatomopathologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 50
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Philippe DABADIE	Anesthésiologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Parasitologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Gilles BEAUCAIRE	Maladies Infectieuses CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Professeur des Universités Associé

Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine générale Cabinet libéral au Gosier Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90
-----------------------	---

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christine AZNAR	Parasitologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 54
Christophe DELIGNY	Gériatrie et biologie du vieillissement CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
Philippe GARSAUD	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51
Jocelyn INAMO	Cardiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Franciane GANE-TROPLENT	Médecine générale Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90 20 39 37
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE	Endocrinologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH	Nutrition CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD	Urologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
Lauren BRUNIER-AGOT	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
Xavier BOUILLOUX	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66
Philippe CARRERE	Médecin Générale CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel :
Anne MOROY	Psychiatrie et Psychologie Médicale CHU de FORT DE FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Cédric Sandy PIERRE	ORL CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
Pierre CARRET	Orthopédie CHU de FORT –DE- FRANCE

Julie SAMBOURG

Tel : 05 90 55 22 28
Dermatologie – Maladies Infectieuses
CH de CAYENNE

Julien FABRE

Tel : 05 94 39 53 59
Cardiologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Edel FINKE

Tel : 05 96 55 23 72
Ophtalmologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Katlyne POLOMAT

Tel : 05 90 89 14 55
Médecine interne
CHU de FORT- DE - FRANCE

Teddy TOTO

Tel : 05 96 55 22 55
Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Laurent BRUREAU

Tel : 0590 89 17 90
Urologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Table des matières

Résumé	8
Liste des abréviations	9
INTRODUCTION	10
METHODES	15
RESULTATS.....	19
Résultats de l'échantillonnage	19
Analyse descriptive.....	19
Caractéristiques d'établissement	19
Implication et formation des personnels des établissements	20
Mise en œuvre du dispositif.....	23
Score de conformité et de cohérence.....	26
Analyse des facteurs associés aux faibles scores de conformité et de cohérence	28
Analyse bi-variée	28
Analyse multivariée	32
Exploration des faiblesses et des obstacles.	33
Faiblesses du dispositif.....	33
Obstacles au dispositif.....	35
DISCUSSION	37
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE	50
Liste des tableaux et figures	56
ANNEXE : Questionnaire de l'étude.....	57
Serment d'Hippocrate	89

Résumé

Position du problème : En 2012, la Guadeloupe restait particulièrement exposée au virus de l'immunodéficience humaine et le recours à l'interruption volontaire de grossesse chez les mineures y était particulièrement fréquent. Un dispositif d'éducation à la sexualité en milieu scolaire a pourtant été mis en place dès 2003.

Objectif : Cette étude est une évaluation de la mise en œuvre du dispositif d'éducation à la sexualité dans les collèges et lycées de la Guadeloupe.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle transversale de type écologique portant sur 71 établissements scolaires du second degré en Guadeloupe. Le recueil des données a été effectué par questionnaire administré en face à face aux chefs d'établissement ou aux personnels qu'ils avaient désignés. Un score d'effectivité a été constitué sur critères de conformité au cadre réglementaire.

Résultats : 30% des lycées et 35,7% des collèges parvenaient à un score de conformité maximal ou sous maximal. En analyse multivariée, une présence infirmière inférieure à un mi-temps et l'absence d'implication du chef d'établissement multipliaient par sept le risque de faible score de conformité ($p : 0,001$ à $0,017$). Selon les personnels d'établissements interrogés, les principales faiblesses du dispositif étaient le manque de personnel médicosocial et les difficultés d'organisation du temps scolaire. Les principaux obstacles étaient la crainte du caractère incitatif du dispositif et de son inefficacité à prévenir des grossesses précoces désirées.

Conclusion : Le dispositif d'éducation à la sexualité en milieu scolaire est incomplètement mis en œuvre en Guadeloupe. Poursuivre la sensibilisation des chefs d'établissement et de l'ensemble des équipes éducatives, solliciter l'adhésion des parents d'élève, diversifier l'offre éducative, sont autant de pistes pour améliorer l'effectivité et la cohérence du dispositif d'éducation à la sexualité.

Liste des abréviations

CECSC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine

IST : Infection sexuellement transmissible.

OMS : Organisation mondiale pour la santé

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté.

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise.

ULIS : Unités localisées pour l'inclusion scolaire

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION

Selon les définitions de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), la sexualité est un aspect central de l'être humain qui se construit tout au long de la vie et comprend le sexe, les identités et les rôles socialement associés aux genres, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. Dans cette acceptation, la santé sexuelle est définie comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité. Elle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble, et requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination ni violence (1).

Dans cette définition, la santé sexuelle implique la prévention des risques sexuels communément admis que sont la contraction d'infections sexuellement transmissibles (IST), la survenue de grossesse non désirée et l'exposition aux violences sexuelles (2).

Ces risques sexuels sont particulièrement présents en Guadeloupe. En effet avec 510 nouveaux diagnostics d'infection à VIH par million d'habitants en 2012, la Guadeloupe est la seconde région française touchée par le VIH/SIDA après la Guyane (3). L'incidence des autres IST est également importante et en augmentation (4).

Les grossesses non désirées y sont également fréquentes. En 2012, le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) des femmes en Guadeloupe était deux fois plus élevé qu'en France Métropolitaine, et pour les femmes de 15 à 17 ans, ce taux était de 31,8⁰/₀₀ soit trois fois plus qu'en France métropolitaine (5).

Parallèlement, les maternités précoces sont fréquentes en Guadeloupe. En 2010, plus de 10% des Guadeloupéennes nées entre 1980 et 1989 avaient eu au moins un enfant avant 20 ans, soit deux fois plus qu'en France métropolitaine (6). En 2012, on enregistrait 116 naissances de mères mineures à l'accouchement en Guadeloupe, ce nombre était stable depuis 2007(7). Selon les travaux de Guengant menés à la fin des années 1980, ces maternités précoces semblent généralement subies plus que désirées, et semblent jouer un rôle important dans les inégalités sociales et de santé par leur impact sur la scolarité des jeunes mères et leur insertion sociale (8). Les grossesses précoces gardent également de mauvais indicateurs de périnatalité, avec un risque de prématurité et de petit poids de naissance élevé(9).

Enfin les violences sexuelles sont répandues en Guadeloupe. Dans des études récentes, plus de 10% des collégiennes de classe de 3^e déclaraient avoir été victimes d'agression sexuelle (10), et 3,5% des jeunes adultes Guadeloupéennes déclaraient avoir subi un premier rapport sexuel forcé (11).

Répondre à ces problématiques représente un enjeu éducatif, d'autant que des défauts de connaissances et des connaissances erronées persistent dans la population guadeloupéenne, et sont en lien avec des comportements de prévention peu efficaces (10;11).

La nécessité de destiner des actions de prévention à un public jeune est renforcée par une réduction de l'âge d'entrée dans la sexualité, observée en Guadeloupe comme dans une large partie du Monde (12;13). L'âge médian des premiers rapports sexuels en Guadeloupe est actuellement de 15,5 ans pour les hommes et 16,8 ans pour les femmes (11).

Les âges correspondant au second degré scolaire, du fait de la prochaine entrée des élèves dans une vie sexuelle active, constituent une phase importante de la construction de

leur sexualité. Ces élèves représentent donc une population de choix pour la prévention des risques sexuels.

De plus, les modifications de l'espace public et médiatique font naître des inquiétudes concernant la réception par les plus jeunes des représentations sexuelles proposées. Ces considérations ont fait émerger le concept d'hypersexualisation, caractérisée par l'objectification du corps et l'acquisition du modèle médiatique comme adaptation sociale(14). Le développement des réseaux sociaux sur internet pose des questions relatives aux limites de l'intimité des jeunes et à l'imposition par le cercle de pairs de critères normatifs de la sexualité (15). L'impact de ces phénomènes n'est pas connu, cependant ces considérations viennent appuyer la nécessité de démarches de protection, de prévention et d'éducation soutenues à destination des plus jeunes (14).

L'École a une responsabilité propre vis à vis de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte. Dans cette optique l'éducation à la sexualité dispensée à l'École est une démarche éducative qui d'une part répond à des enjeux de santé publique et d'autre part contribue à la construction individuelle et sociale de la personne. Elle répond à des objectifs réglementaires fixés depuis 2003 (16).

L'éducation à la sexualité dans l'enseignement secondaire est pilotée par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Sa programmation est inscrite projet d'établissement et fait l'objet dans les lycées d'un débat au conseil de la vie lycéenne. Elle repose sur les enseignements, l'organisation de séances spécifiques, et la vie quotidienne des établissements.

Trois séances d'éducation à la sexualité doivent être planifiées en début d'année scolaire, prévues dans l'horaire global annuel des élèves et organisées en articulation avec les

enseignements. Ces séances sont prises en charge par des personnels volontaires formés et des partenaires extérieurs aux établissements ayant reçu un agrément.

Ce dispositif est complété par la mise à disposition de dépliants et l'établissement d'espaces d'affichage, l'installation dans les lycées de distributeurs de préservatifs, les interventions individuelles lors des passages à l'infirmier, ainsi que des dispositions concernant le renouvellement des contraceptifs oraux et la dispensation de la contraception d'urgence par les infirmiers de l'Education Nationale. Enfin des partenariats sont prévus entre académies, collectivités territoriales et centres de planning familial pour l'accès à la contraception. (17-19)

Ce dispositif paraît complet, mais dans quelle mesure est-il déployé ? Les professionnels de santé prenant en charge les IVG chez les adolescentes en Guadeloupe soulignent l'importance du milieu scolaire comme lieu d'information sur leur prévention et la nécessité d'une évaluation et d'une adaptation des démarches qui y sont entreprises (20). Pour certains auteurs, l'éducation à la sexualité dispensée à l'Ecole pourrait constituer une réponse suffisante à la prévention de ces IVG(21).

Tout programme de promotion de la santé doit faire l'objet d'évaluations (22-24). Nous ne disposons pas de données quantitatives spécifiques aux Antilles-Guyane concernant la mise en œuvre globale du dispositif prévu dans le cadre réglementaire de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

L'objectif de ce travail était donc d'évaluer la mise en œuvre des programmes d'éducation à la santé sexuelle et du dispositif de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles dans les collèges et lycées de la Guadeloupe, et en particulier leur effectivité et conformité au cadre réglementaire, ainsi que leur cohérence.

METHODES

Pour ce faire, nous avons mis en place une étude épidémiologique observationnelle transversale de type écologique, avec pour unités statistiques les établissements scolaires de second degré de la Guadeloupe.

Le recrutement de ces établissements scolaires a été effectué de façon exhaustive, grâce une liste fournie par le rectorat de la Guadeloupe. Chaque établissement avait été préalablement informé par voie administrative de la mise en place de l'étude.

Les données ont été recueillies par un chargé d'étude préalablement formé, grâce à un questionnaire administré par entretien en face à face aux chefs d'établissements concernés et aux personnels qu'ils avaient désignés. Six chapitres composaient le questionnaire reproduit en annexe. À l'exception des chapitres B (« Point de vue d'un chef d'établissement ») et C (« Point de vue du coordonnateur du projet d'éducation à la santé ») explicitement destinés au chef d'établissement et au coordonnateur du projet d'éducation à la santé s'il existait, chacun de ces chapitres pouvait être abordé avec un personnel de l'éducation nationale désigné par le chef d'établissement. Par exemple, le chapitre A (« Caractéristiques de l'établissement ») pouvait être destiné à un membre de l'équipe administrative de l'établissement scolaire considéré. Le choix des filières d'administration du questionnaire était laissé aux chefs d'établissement.

Le consentement libre et éclairé des répondants a été sollicité. Chacun d'entre eux a été informé du caractère anonyme de ses réponses et de la possibilité qu'il avait de les modifier. Aucune donnée nominative n'a été enregistrée dans la base de données constituée pour les besoins de la recherche. Conformément à la réglementation, une déclaration a été

effectuée à la commission nationale de l'informatique et des libertés (numéro de déclaration : 1690663v0).

Le questionnaire permettait d'explorer :

- des variables ayant trait aux caractéristiques d'établissement (public ou privé, intégration à un dispositif d'éducation prioritaire, zone urbaine sensible, nombre d'élèves et de personnels) ;
- des variables ayant trait aux points de vue des chefs d'établissements et des coordonnateurs des projets d'éducation à la santé quant à la prévention des grossesses précoces et des IST ;
- des variables ayant trait à la mise en œuvre du dispositif de prévention tel qu'il est réglementairement fixé.

Un score d'effectivité du dispositif de prévention des grossesses précoces et des IST a été constitué sur critères de conformité au cadre réglementaire, par simple sommation des réponses aux questions fermées portant sur :

- a) la mise à disposition de dépliants informatifs sur la contraception et/ou les IST,
- b) l'existence d'espaces d'affichage sur la contraception et/ou les IST,
- c) l'accès à la contraception d'urgence,
- d) sur l'organisation de séances d'éducation à la sexualité
- e) et d'actions éducatives ponctuelles de prévention des grossesses précoces et/ou des IST,
- f) ainsi que sur l'accès à un distributeur de préservatifs (dans les lycées uniquement).

Ce score comptait donc un maximum de 8 points dans les collèges et 9 points dans les lycées.

Un score de cohérence de la politique éducative de santé en matière d'éducation à la sexualité a été constitué sur critères bibliographiques (25), par simple sommation des réponses aux questions fermées portant:

- a) sur l'inscription du projet d'éducation à la sexualité dans le projet de l'établissement,
- b) sur l'opérabilité du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté,
- c) sur la nomination d'un coordonnateur responsable de l'éducation à la santé,
- d) sur la tenue d'un débat au conseil de la vie lycéenne (dans les lycées uniquement),
- e) sur la réalisation d'un diagnostic préalable à la mise en place du projet,
- f) et sur l'évaluation des actions en fin d'année scolaire.

Ce score comptait donc un maximum de 5 points dans les collèges et 6 points dans les lycées.

Pour les besoins de l'analyse, ces scores pouvaient être discrétisés en terciles.

Dans un premier temps, nous décrivons les caractéristiques des établissements, l'implication et la formation de leurs personnels, et la mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces et des IST en milieu scolaire.

Dans un second temps, nous présentons une analyse bi- et multivariée des facteurs associés aux faibles niveaux de cohérence ou de conformité, définis comme le premier tercile de chaque score. L'étape bi-variée fait appel au test de Chi-2 ou au test exact de Fisher si le premier ne s'applique pas, l'étape multivariée à la régression logistique. Le processus d'analyse statistique est classique : après examen des relations bi-variées, une régression globale est réalisée explorant l'ensemble des variables associées à la variable dépendante avec un degré de signification inférieur à 0,25. Les variables apparaissant d'effet non significatif sont alors une à une ôtées de l'équation de régression jusqu'à l'obtention du modèle le plus

parcimonieux. Chacune de ces variables est à nouveau testée dans le modèle final. Les modèles de régression ont fait l'objet d'une recherche d'interactions ainsi que d'une analyse des résidus.

L'analyse quantitative des données a été réalisée avec le logiciel Stata v12. Le risque de première espèce est fixé à 5% pour l'ensemble des tests statistiques.

Plusieurs questions ouvertes ont été posées aux chefs d'établissements et aux coordonnateurs des projets d'éducation à la santé afin d'évaluer les faiblesses du dispositif d'éducation à la sexualité et de prévention des grossesses précoces et des IST et les obstacles à son développement. Les réponses à ces questions ont été directement transcrites au cours de l'entretien par le chargé d'étude et ont fait l'objet d'une analyse de contenu ainsi que d'un codage a posteriori.

RESULTATS

Résultats de l'échantillonnage

La liste fournie par le rectorat de la Guadeloupe nommait 84 établissements (collèges et lycées généraux ou technologiques). Les établissements nommés différemment ont été considérés individuellement même s'ils étaient sous la responsabilité d'un même chef d'établissement. Douze de ces établissements ont été exclus car hors Guadeloupe « continentale ». Un établissement a été exclu car ouvert après la date de début de l'étude. Soixante et onze établissements ont donc été visités. À deux reprises, deux établissements étaient regroupés en un groupe scolaire et géraient de façon commune leur politique d'éducation à la santé. Soixante-neuf questionnaires ont donc été complétés entre novembre 2013 et mars 2014.

Analyse descriptive

Caractéristiques d'établissement

Parmi les établissements participants (tableau 1), 42 comprenaient des niveaux collège, 31 des niveaux lycée, 82,6% étaient des établissements publics. Ils s'intégraient à un dispositif d'éducation prioritaire dans 11,6% des cas, et 26,1% étaient situés en zone urbaine sensible. Un tiers d'entre eux comprenaient moins de 462 élèves, et un tiers de 757 à 1241 élèves.

Dans 14,5% de ces établissements, presque exclusivement les établissements privés, aucune permanence infirmière n'était assurée.

Tableau 1 : Caractéristiques des établissements

	N	%
Types d'établissement		
Comprenant des classes de collège	42	
Comprenant des classes de lycée	31	
Public	57	82,6
Privé	12	17,4
Dispositif d'éducation prioritaire	8	11,6
Zone urbaine sensible	18	26,1
Nombre d'élèves par établissement		
De 68 à 461	23	33,3
De 478 à 749	23	33,3
De 757 à 1241	22	31,9
Non réponse	1	1,5

Implication et formation des personnels des établissements

Parmi les chefs d'établissements rencontrés (tableau 2), 82,6% ont déclaré se sentir impliqués dans la prévention des IST et/ou des grossesses précoces, 84,1% pensaient nécessaire de développer ces préventions, et 15,9% déclaraient y avoir été formés.

Parmi ces chefs d'établissements, 60,9% estimaient avoir les moyens de développer cette prévention, tout comme 69,8% des coordonnateurs des projets d'éducation à la santé, quand ils étaient présents.

Tableau 2 : Point de vue des chefs d'établissement

	N	%
Je me sens impliqué dans la prévention des IST et/ou des grossesses précoces		
Non	10	14,5
Oui	57	82,6
Non réponse	2	2,9
Je suis formé à la prévention des IST et/ou des grossesses précoces		
Non	53	76,8
Oui	11	15,9
Non réponse	5	7,3
J'estime nécessaire de développer cette prévention		
Non	8	11,6
Oui	58	84,1
Non réponse	3	4,3
J'estime disposer des moyens nécessaires		
Non	23	33,3
Oui	42	60,9
Non réponse	4	5,8

Parmi les établissements interrogés, 81,2% avaient mis en place un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Un coordonnateur responsable de l'éducation à la santé avait été désigné dans les deux tiers d'entre eux. Il s'agissait de l'infirmier de l'éducation nationale dans 93% des établissements publics, et dans 15 établissements l'infirmier de l'éducation nationale était nommé comme coordonnateur de fait sans avoir été explicitement désigné. Dans 58% des cas, le dispositif d'éducation à la sexualité était intégré au projet d'établissement. Ce dispositif avait fait l'objet d'un débat au sein du conseil de la vie lycéenne dans 30% des cas.

Une équipe d'éducation à la sexualité était constituée dans 63,8% des établissements (tableau 3). L'infirmier de l'éducation nationale en faisait systématiquement partie quand il

était présent dans l'établissement. Dans 25% des cas, il était seul membre de « l'équipe ». Parmi les personnels constamment présents dans l'établissement, les enseignants participaient à ces équipes dans 56,4% des cas, les conseillers principaux d'éducation dans 38,6% des cas. Quand ils étaient présents, les assistants de service social participaient à ces équipes dans 56,4% des cas, les médecins de l'éducation nationale dans 27,8% des cas.

Dans plus de la moitié des établissements (56,8%), des membres des équipes en charge de l'éducation à la sexualité avaient reçu une formation depuis moins de 3 ans. Dans 78,4% des cas, cette formation avait été assurée par les médecins de l'éducation nationale, dans 29,7% par le comité de pilotage des projets d'éducation à la santé mis en place par le rectorat. Une équipe sur cinq n'avait jamais bénéficié de formation.

Tableau 3 : Caractéristiques des équipes d'éducation à la sexualité

	N	%
Équipe dédiée à l'éducation à la sexualité		
Non	25	36,2
Oui	44	63,8
Composition de l'équipe (si personnel présent dans l'établissement)		
Infirmiers de l'éducation nationale	41	100
Assistants service social	22	56,4
Enseignants	24	55,8
Conseillers principaux d'éducation	17	38,6
Médecins de l'éducation nationale	5	27,8
Formation de l'équipe		
Jamais	9	20,5
Oui, depuis 3 ans ou plus	9	20,4
Oui, depuis moins de 3 ans	25	56,8
Non réponse	1	2,3

Mise en œuvre du dispositif

86% des établissements comprenant un niveau collège et 68% des établissements comprenant un niveau lycée avaient mis en place des séances d'éducation à la sexualité.

Les séances d'éducation à la sexualité avaient le plus souvent été proposées aux élèves en 4^e, 3^e et 2nde (tableau 4). Parmi les établissements participant, et quand ces niveaux étaient présents dans les établissements considérés, 63,8% avaient proposé au moins une séance dans leurs classes de 4^e, 54,8% dans leurs classes de 3^e, et 60% dans leurs classes de 2^e. Seuls 27,5% des établissements avaient proposé au moins une séance dans leurs classes de 6^e et 5^e, 36,7% dans leurs classes de 1^{re} et 24,1% dans leurs classes de terminale. Quand elles avaient été organisées, la participation à ces séances était obligatoire dans 94,5% des établissements, et avaient touché le plus souvent toutes les classes du niveau concerné.

Tableau 4 : Mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité

	N	%
Établissements proposant au moins une séance d'éducation à la sexualité aux classes de...		
Sixième	11	27,5
Cinquième	11	27,5
Quatrième	28	68,3
Troisième	23	54,8
Seconde	18	60,0
Première	11	36,7
Terminale	7	24,1
Établissements proposant au moins trois séances d'éducation à la sexualité aux classes de...		
Sixième	2	5,0
Cinquième	2	5,0
Quatrième	3	7,3
Troisième	3	7,1
Seconde	4	13,3
Première	2	6,7
Terminale	1	3,5

Quand il était présent, l'infirmier de l'éducation nationale était le premier impliqué dans l'organisation de ces séances (98,1% des cas), suivi des conseillers principaux d'éducation (21,4% des cas), des assistants de service social (18% des cas), et des enseignants de science de la vie et de la terre (10,7% des cas).

L'infirmier de l'éducation nationale était également le premier impliqué dans l'animation de ces séances (100% des cas), suivi des assistants de service social (24% des cas), et des enseignants de science de la vie et de la terre (10,7% des cas).

Dans 53,8% des cas, s'il était présent, l'infirmier était seul à organiser ces séances, et dans 15,4% des cas, il était le seul à les animer.

Dans 75% des cas, des intervenants extérieurs à l'établissement avaient participé à l'animation de ces séances. Il s'agissait en particulier de l'organisme de planning familial « maternité consciente » (69% des établissements concernés) et d'équipes dépendant du centre de coordination régionale de lutte contre le VIH (COReVIH) (30,9% des établissements concernés). De nombreuses structures institutionnelles ou associatives étaient intervenues de façon plus ponctuelle.

Parmi les établissements participant, 3,5% à 13,3% avaient proposé trois séances ou plus d'éducation à la sexualité à au moins un niveau scolaire. Dans 18,8% des établissements, aucune séance d'éducation à la sexualité n'avait été proposée aux élèves.

À noter que 27,3% des établissements scolarisant des élèves en situation de handicap (ULIS) proposaient des séances d'éducation adaptées à ces élèves. Il en était de même pour 53,3% des établissements accueillant des élèves présentant des difficultés d'apprentissage graves et durables (SEGPA).

Parmi les établissements organisant des séances d'éducation à la sexualité, 48,2% ont déclaré n'avoir mené aucun diagnostic éducatif préalable (tableau 5). Quand ce diagnostic

avaité mené, l'indicateur le plus fréquemment utilisé était le nombre de grossesses chez les élèves scolarisées (58,6% des cas). Ils étaient néanmoins 63,6% à procéder à des évaluations intermédiaires (sur le nombre de participants, l'atteinte des objectifs éducatifs et la satisfaction parmi les élèves), et 73,2% à programmer un bilan des actions en fin d'année.

Tableau 5 : Évaluation des actions éducatives

	N	%
Diagnostic préalable à la mise en place du projet		
Oui, en début d'année scolaire	10	17,9
Oui, il y a moins de 3 ans à plus d'1 an	9	16,1
Oui, il y a 3 ans ou plus	10	17,9
Non	27	48,2
Évaluation intermédiaire des actions éducatives		
Oui, à chaque séance	23	41,8
Oui, une ou plusieurs fois	12	21,8
Non	20	36,4
Évaluation des actions programmée en fin d'année scolaire		
Oui	41	73,2

Un distributeur de préservatifs en état de fonctionnement était présent dans 17,9% des lycées (tableau 6). La contraception d'urgence était accessible dans 78,3% des établissements interrogés. Des dépliants informatifs sur la prévention des grossesses précoces ou des IST étaient disponibles dans 89,9% des établissements, des espaces d'affichage public dans 66,7% des établissements. Des dépliants informatifs étaient disponibles hors de l'infirmerie dans 27,5% des établissements. Des espaces d'affichage étaient en place hors de l'infirmerie dans 26,1% des établissements.

Des actions ponctuelles de prévention des IST avaient été menées dans 63,8% des établissements, presque exclusivement à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida. Seuls 14,5% des établissements avaient mené des actions ponctuelles de prévention des grossesses précoces. Des actions destinées aux parents d'élèves avaient été menées dans 11,6% des établissements. Les parents d'élèves avaient participé à l'organisation ou à l'animation d'actions ponctuelles dans 4,4% des établissements.

Tableau 6 : Mise en œuvre des autres éléments du dispositif de prévention

	N	%
Distributeur de préservatif		
Présent	8	25,8
En état de marche	4	17,9
Contraception d'urgence	54	78,3
Dépliants informatifs	62	89,9
Espace d'affichage	46	66,7
Actions ponctuelles		
Grossesses précoces	10	14,5
IST	44	63,8
Actions...		
Adressées aux parents d'élèves	8	11,6
Impliquant des parents d'élèves	3	4,4

Score de conformité et de cohérence

Un tiers des lycées et des collèges présentait un score de conformité maximal ou sous-maximal, tandis qu'un tiers des lycées et un quart des collèges présentaient un score de cohérence maximal ou sous-maximal (tableau 7).

Tableau 7 : Score de conformité et de cohérence

	N	%
Score de conformité		
Lycées		
de 0 à 5	11	36,7
de 6 à 7	10	33,3
de 8 à 9	9	30
Collèges		
de 0 à 4	11	26,2
de 5 à 6	16	38,1
de 7 à 8	15	35,7
Score de cohérence		
Lycées		
de 0 à 2	9	32,1
de 3 à 4	9	32,1
de 5 à 6	10	35,7
Collèges		
de 0 à 2	17	41,5
3	13	31,7
de 4 à 5	11	26,8

Parmi les lycées présentant un score de conformité faible ou intermédiaire, aucun n'avait organisé d'actions ponctuelles de prévention des grossesses précoces, 90,5% ne disposaient d'aucun distributeur de préservatifs, 47,6% n'avaient aucun espace d'affichage public sur la prévention des grossesses précoces ou des IST et n'avaient mis en place aucune séance d'éducation à la sexualité, 42,9% ne disposaient pas de la contraception d'urgence.

Parmi les lycées présentant un score de cohérence faible ou intermédiaire, aucun n'avait procédé à un diagnostic préalable à la mise en place des actions d'éducation, et les deux tiers ne programmaient aucune évaluation finale. Dans 83,3% des cas, le dispositif n'avait fait l'objet d'aucun débat en conseil de la vie lycéenne, et dans 61,1% des cas, il ne s'inscrivait pas dans le projet d'établissement.

Parmi les collèges présentant un score de conformité faible ou intermédiaire, plus des trois quart n'avaient organisé aucune action ponctuelle de prévention des grossesses précoces ou des IST, et plus de la moitié n'avait mis en place aucun espace d'affichage public sur la prévention des grossesses précoces ou des IST.

Parmi les collèges présentant un score de cohérence faible ou intermédiaire, la presque totalité n'avait procédé à aucun diagnostic préalable à la mise en place des actions d'éducation, et plus de la moitié ne programmait aucune évaluation finale. Dans près des deux tiers de ces établissements, aucun coordonnateur responsable de l'éducation à la santé n'avait été désigné, et le dispositif de prévention n'était pas inscrit dans le projet d'établissement.

Analyse des facteurs associés aux faibles scores de conformité et de cohérence

Analyse bi-variée

Dans les lycées n'atteignant pas les objectifs de conformité et de cohérence, on relevait l'absence d'action ponctuelle de prévention des grossesses précoces, l'absence de distributeur de préservatifs, peu de séances d'éducatives à la sexualité, peu d'espaces d'affichage public informant sur les moyens de prévention des grossesses des IST, une contraception d'urgence pas toujours disponible, peu d'évaluation des actions éducatives, une mauvaise intégration aux politiques d'établissements.

Dans les collèges n'atteignant pas les objectifs de conformité et de cohérence, on relevait très peu d'actions ponctuelles de prévention des grossesses précoces, peu d'espaces d'affichage public, peu d'évaluation des actions éducatives, une mauvaise intégration aux politiques d'établissements.

La presque totalité des collèges et lycées privés présentait un faible score de conformité au cadre règlementaire (tableau 8). À noter que dans dix des douze établissements privés interrogés, aucun infirmier n'assurait de permanence, et qu'aucun de ces établissements privés ne voyait intervenir de médecin de l'éducation nationale.

Les établissements intégrés à un dispositif d'éducation prioritaire ne présentaient jamais un faible score de conformité.

La conformité du programme de prévention des grossesses précoces et des IST ne semblait pas varier selon que les établissements soient implantés en zone urbaine sensible ou non.

Parmi les lycées, un faible score de conformité était plus souvent observé dans les établissements de petite taille ($p : 0,041$).

Globalement, 39% des établissements ne bénéficiant d'aucune présence médicale avaient un faible score de conformité, contre 4% des établissements où le médecin de l'éducation nationale intervenait, même de façon ponctuelle ($p : 0,001$).

De la même manière, le temps de présence infirmière était fortement associé au score de conformité ($p : 0,003$).

Enfin, seuls 21,4% des établissements dont les personnels de direction se sentaient impliqués dans la prévention des grossesses précoces et des IST présentaient un faible score de conformité, contre 60% des établissements dont les personnels de direction se sentaient peu impliqués.

Tableau 8 : Analyse bi-variée des facteurs associés à un faible score de conformité du dispositif de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles en milieu scolaire

	Faible score de conformité					
	Collèges		Lycées		Collèges et/ou lycées	
	%	p	%	p	%	p
Type d'établissement						
Privé	100		87,5		90,9	
Public	13,9	< 10 ⁻³	18,2	0,001	14,0	< 10 ⁻³
Dispositif d'éducation prioritaire						
Non	31,4		37,9		30,0	
Oui	0,0	0,161	0,0	1	0,0	0,099
Zone urbaine sensible						
Oui	27,3		33,3		22,2	
Non	25,8	1	38,1	1	28,0	0,761
Taille d'établissement selon le nombre d'élèves						
1^{er} tercile	28,6		63,6		39,1	
2^e tercile	20,0		33,3		21,7	
3^e tercile	30,8	0,826	10,0	0,041	18,2	0,308
Présence du médecin de l'éducation nationale						
Non	34,5		62,5		39,0	
Oui	8,3	0,128	0,0	< 10 ⁻³	4,0	0,001
Présence de l'infirmier de l'éducation nationale (par semaine)						
Moins d'un mi-temps	41,2		81,8		50,0	
Mi-temps ou plus	16,7	0,151	10,5	< 10 ⁻³	14,0	0,003
Attitude du chef d'établissement à l'égard de la prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles						
Ne se sent pas impliqué	42,9		100		60,0	
Se sent impliqué	22,9	0,353	26,1	0,005	21,4	0,020

L'analyse des facteurs associés à un faible score de cohérence livre des résultats similaires (tableau 9).

Tableau 9 : Analyse bi-variée des facteurs associés à un faible score de cohérence du dispositif de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles en milieu scolaire

	Faible score de cohérence					
	Collèges		Lycées		Collèges et/ou lycées	
	%	p	%	p	%	p
Type d'établissement						
Privé	100		83,3		90,0	
Public	31,4	0,003	18,2	0,007	25,0	< 10 ⁻³
Dispositif d'éducation prioritaire						
Non	44,1		33,3		36,2	
Oui	28,6	0,679	0,0	1	25,0	0,703
Zone urbaine sensible						
Oui	54,6		22,2		33,3	
Non	36,7	0,476	36,8	0,670	35,4	1
Taille d'établissement selon le nombre d'élèves						
1 ^{er} tercile	57,1		50,0		50,0	
2 ^e tercile	26,7		25,0		26,1	
3 ^e tercile	41,7	0,253	20,0	0,365	28,6	0,207
Présence du médecin de l'éducation nationale						
Non	46,4		57,1		46,2	
Oui	33,3	0,505	7,7	0,013	20,0	0,060
Présence de l'infirmier de l'éducation nationale (par semaine)						
Moins d'un mi-temps	64,7		70,0		62,5	
Mi-temps ou plus	26,1	0,024	11,1	0,003	19,5	0,001
Attitude du chef d'établissement à l'égard de la prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles						
Ne se sent pas impliqué	57,1		100		66,7	
Se sent impliqué	38,2	0,421	18,2	0,005	29,1	0,053

Analyse multivariée

À l'issue du processus de modélisation, seuls deux facteurs potentiels de risque de mauvais score de conformité ou de cohérence ont été retenus (tableau 10).

Une présence infirmière nulle ou inférieure à un mi-temps par semaine multipliait par sept à huit les risques de faibles scores de cohérence et de conformité (p : 0,003 à 0,001).

De la même façon, l'absence d'implication du chef d'établissement augmentait considérablement les risques de faibles scores de cohérence et de conformité (OR : 7,23 à 6,13 - p : 0,017 à 0,038).

Les caractéristiques sociales et de taille d'établissement, ainsi que la présence médicale paraissaient sans effet significatif.

Tableau 10 : Analyse multivariée des facteurs associés à un faible score de conformité ou de cohérence du dispositif de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles dans les collèges et/ou lycées

	Risque de faible conformité			Risque de faible cohérence		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Présence paramédicale						
≥ un mi-temps par semaine	1			1		
< un mi-temps par semaine	7,08	1,93-26,00	0,003	8,61	2,48-29,87	0,001
Attitude du chef d'établissement						
Se sent impliqué	1			1		
Ne sent pas impliqué	7,23	1,43-36,49	0,017	6,13	1,10-33,98	0,038

Exploration des faiblesses et des obstacles.

Des freins au développement des préventions des grossesses précoces et des IST ont été constatés par 69,6% des chefs d'établissements et par 75,4% des coordonnateurs des projets d'éducation à la santé. Nous avons classé les propos recueillis auprès des chefs d'établissement et des coordonnateurs des projets d'éducation à la santé concernant les limites du dispositif d'éducation à la sexualité en deux catégories : les faiblesses, internes au dispositif, et les obstacles, externes, limitant son efficacité et ne dépendant pas de l'organisation de l'institution.

Faiblesses du dispositif

Les faiblesses du dispositif concernant l'organisation de l'établissement les plus citées par les chefs d'établissement ont été le manque de personnel médico-social, le manque de temps scolaire dédié, le défaut dans l'établissement de permanence d'une personne ressource pour recevoir les élèves. Les autres faiblesses les plus citées ont été le manque d'implication des parents d'élèves et le manque d'implication et le manque de formation des personnels de l'établissement (tableau 11).

Parmi les faiblesses du dispositif mentionnées par les coordonnateurs de projets d'éducation à la santé, le manque de temps scolaire était le plus cité. Il était rapporté le plus souvent à l'absence de plage spécifique dédiée lors de la création des emplois du temps, qui impliquait que chaque plage horaire dédiée à la prévention fasse l'objet d'une organisation exceptionnelle sur un créneau dédié par défaut à l'enseignement d'une autre matière, occasionnant des conflits entre professeurs et coordonnateurs de projets d'éducation à la santé.

Le manque de personnel médico-social, le manque de moyens matériels ou financiers, le défaut dans l'établissement de permanence d'une personne ressource pour recevoir les

élèves, et les difficultés à obtenir l'intervention de partenaires extérieurs étaient aussi fréquemment citées.

Les autres faiblesses mentionnées étaient le manque d'implication des parents d'élèves, l'inadaptation des techniques éducatives, et le manque d'implication des autres personnels de l'établissement (tableau 11).

Tableau 11 : Faiblesses du dispositif mentionnées par les coordonnateurs des projets d'éducation à la santé et les chefs d'établissement

	Selon les coordonnateurs		Selon les chefs d'établissement	
	N	%	N	%
Faiblesses liées à l'organisation de l'établissement				
Manque de temps scolaire	24	34,8	5	7,2
Manque de personnel médicosocial	16	23,2	21	30,4
Manque d'intervenants extérieurs	6	8,7	2	2,9
Manque de moyens financiers ou matériels	10	14,5	3	4,3
Défaut de permanence de personne ressource	7	10,1	4	5,8
Faiblesses liées aux parents d'élèves				
Manque d'implication	22	31,9	16	23,2
Faiblesses liées aux personnels d'établissement				
Manque d'implication	5	7,25	4	5,8
Manque de formation	0	0	4	5,8
Faiblesses liées aux actions éducatives				
Techniques éducatives inadaptées	7	10,1	0	0

Obstacles au dispositif

Nous avons regroupé les obstacles au dispositif mentionnés par les chefs d'établissement et les coordonnateurs des projets d'éducation à la santé en quatre thèmes (tableau 12).

Le tabou sexuel, parfois renforcé par le dogme religieux était un thème fréquemment mentionné par les chefs d'établissement et les coordonnateurs des projets d'éducation à la santé. Il était un motif de réticence ou d'opposition au dispositif d'information et de prévention en matière de sexualité de la part des parents d'élèves fréquemment mentionné par les chefs d'établissement, et de la part des personnels de l'établissement fréquemment mentionné par coordonnateurs de projets d'éducation à la santé. Le tabou sexuel était associé à la crainte du caractère incitatif de l'information donnée aux élèves, mentionné par les chefs d'établissement et les coordonnateurs de projets d'éducation à la santé dans 12 des 69 établissements, pour leur compte ou attribué aux personnels des établissements ou aux parents d'élèves. Cette crainte était associée au déni de l'existence d'une sexualité chez les élèves et à la crainte de « mettre les enfants dans le vice ».

Le désir de grossesse chez les élèves, conscient ou non, a été fréquemment cité. Il a été le plus souvent attribué à une recherche de valorisation sociale par la parentalité, et à une recherche d'autonomie financière par l'aide sociale. Il a été également rapporté à un modèle social de parentalité précoce et une acceptation générale des grossesses des élèves par leur famille.

Des obstacles d'ordre sociétal ont été relevés. Les répondants opposaient au discours proposé dans les démarches de prévention un modèle de sexualité diffusé par les médias

proposant une sexualité banalisée, de consommation et de performance. Ce modèle étant la référence unique des élèves si la sexualité n'est pas abordée en famille.

Le champ limité de l'institution, ne permettant pas de protéger les élèves en dehors de l'espace et du temps scolaire, était également perçu comme un obstacle à l'efficacité du dispositif, en particulier en direction des élèves les plus exposés par des difficultés sociales, familiales et économiques majeures. La survenue fréquente des grossesses entre les cycles scolaires était également fréquemment citée.

Enfin des caractéristiques bio-psycho-sociales des élèves ont été mentionnées comme limitant l'efficacité du dispositif. Il s'agit de reproduction de comportement par curiosité ou par recherche de popularité sans considération d'estime de soi ou dans un rapport au corps défaillant par jeunesse ou immaturité, ou de recherche volontaire de prise de risque et de transgression par rejet de l'institution, chez des élèves ayant une activité sexuelle de plus en plus précoce.

Tableau 12 : Obstacles au dispositif mentionnés par les coordonnateurs des projets d'éducation à la santé et les chefs d'établissement

	Selon les coordonnateurs		Selon les chefs d'établissement	
	N	%	N	%
Tabous sexuels et religieux	11	15,9	10	14,5
Réticence ou opposition des parents	1	1,4	14	20,3
Réticence ou opposition des personnels	6	8,7	2	2,9
Crainte du caractère incitatif du dispositif	7	10,1	5	7,2
Grossesses désirées	9	13,0	10	14,5

Obstacles d'ordre sociétal

Modèle de sexualité proposé par les médias	6	8,7	9	13
Champ et capacité d'action limités pour l'institution	5	7,2	10	14,5
Caractéristiques bio-psycho-sociales des élèves	5	7,2	15	21,7

DISCUSSION

Cette étude est la première évaluation externe de l'effectivité du dispositif d'éducation à la sexualité en milieu scolaire en Guadeloupe.

Elle met en évidence que seul un tiers des établissements du second degré parvient à des scores d'effectivité et de cohérence conformes aux objectifs réglementairement ou légalement fixés. Cette étude identifie les principales faiblesses du dispositif de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles (IST) en milieu scolaire.

Dans les lycées n'atteignant pas les objectifs de conformité et de cohérence, on relève :

- l'absence d'action ponctuelle de prévention des grossesses précoces,
- l'absence de distributeur de préservatifs,
- peu de séances d'éducatives à la sexualité,
- peu d'espaces d'affichage informant sur les moyens de prévention des grossesses des IST,
- une contraception d'urgence pas toujours disponible,
- une évaluation insuffisante des actions éducatives,
- une mauvaise intégration aux politiques d'établissements.

Dans les collèges n'atteignant pas les objectifs de conformité et de cohérence, on relève :

- très peu d'actions ponctuelles de prévention des grossesses précoces,
- peu d'espaces d'affichage public,

- une évaluation insuffisante des actions éducatives,
- une mauvaise intégration aux politiques d'établissements.

Cette étude souligne les difficultés que rencontrent les établissements scolaires pour parvenir à ces objectifs, particulièrement dans le secteur privé. Elle indique également que le dispositif est rarement ciblé vers les élèves en situation de handicap ou de difficulté d'apprentissage.

De façon prévisible, deux piliers du dispositif de prévention des grossesses précoces et des IST en milieu scolaire ont été identifiés :

Les infirmiers de l'éducation nationale sont les premiers impliqués dans les équipes d'éducation à la sexualité, ainsi que dans l'organisation et l'animation d'actions éducatives. Leur absence dans les établissements se solde par des programmes d'éducation et de prévention insuffisants, voire inexistantes.

Les chefs d'établissement ont la responsabilité de l'application du dispositif d'éducation à la sexualité réglementairement et légalement fixé. S'ils ne s'estiment pas concernés, le développement de ce dispositif reste très limité.

De façon moins prévisible, cette étude fait apparaître une faible implication des enseignants des sciences de la vie et de la terre dans le dispositif d'éducation à la sexualité, et particulièrement leur manque de participation à l'animation des séances d'éducation à la sexualité. Elle souligne enfin un investissement quasi nul des parents d'élèves dans ce dispositif.

Le principal frein à la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité est l'absence de temps scolaire dédié. Le second est l'insuffisance de personnel médico-social et de personnels formés à l'éducation à la sexualité. Enfin la capacité d'action des établissements en direction des élèves exposés aux situations les plus complexes et requérant une action individuelle est limitée par le défaut de permanence de personnes ressources ou relais.

Le principal obstacle relève des tabous sexuels et religieux, qui peuvent avoir un impact négatif sur l'implication de l'ensemble des équipes éducatives, et sur la participation des parents d'élèves aux actions de prévention. Il se manifeste particulièrement par la crainte du caractère incitatif du dispositif. Le second est l'incapacité à répondre à des grossesses précoces désirées, consciemment ou non, ou survenant entre les cycles ou hors des périodes scolaires.

La validité des résultats de notre étude est limitée par le caractère déclaratif des réponses à l'enquête. Seules l'existence et la disposition de panneaux d'affichage, ainsi que la présence dans l'établissement de dépliants informatifs ont été constatées par l'enquêteur.

Notre étude pourrait également sous-estimer le nombre d'actions éducatives réalisées. En effet elle ne tient pas compte d'initiatives qui auraient pu être menées par les enseignants dans le cadre de leur matière sans avoir été coordonnées au reste du dispositif d'éducation à la sexualité.

Enfin le contenu des actions éducatives n'a pas été évalué. Ce n'était pas l'objectif de l'étude. La méthode employée, quantitative, transversale et écologique, ne permet pas ce type d'évaluation.

Les résultats de notre étude peuvent être comparés à ceux d'une enquête nationale menée sur un échantillon d'établissements publics du second degré en 2008-2009 en France métropolitaine(25).

Dans cette enquête, 88% des établissements disposaient d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), contre 81,2% dans notre étude. Cependant un tiers des CESC auraient été inactifs dans l'enquête nationale, alors que notre étude relevait l'existence de CESC opérationnels.

Dans l'enquête nationale, un coordonnateur de l'éducation à la santé et à la sexualité était désigné dans 86% des établissements, c'était l'infirmier de l'éducation nationale dans 69% des cas. Dans notre étude, un coordonnateur de l'éducation à la sexualité était désigné dans seulement deux tiers des établissements, et ce rôle était presque systématiquement attribué à l'infirmier de l'éducation nationale.

Dans l'enquête nationale, 66% des collèges et 35% des lycées avaient mis en place des actions d'éducation à la sexualité, contre 86% des collèges et 68% des lycées dans notre étude. Ces actions étaient généralement réparties sur les mêmes niveaux. L'animation de ces actions dans 78% des cas par le personnel médico-social de l'établissement dans l'enquête nationale, contre 100% dans notre étude. 45% des établissements faisait intervenir un organisme de planning familial dans l'enquête nationale, contre plus de la moitié des établissements dans notre étude.

La présence de distributeurs de préservatifs n'était pas étudiée dans l'enquête nationale, cependant un sondage récent du syndicat lycéen FIDL indiquait que 46% des lycées ne disposait pas d'un distributeur de préservatif fonctionnel (26). Cette proportion est nettement inférieure à celle constatée dans notre étude, qui était de 82,1%.

Dans l'enquête nationale, 49% des établissements réunissaient les critères correspondant à un score de cohérence élevé du dispositif, qui n'était retrouvé que dans 35,7% des lycées et 26,8% des collèges dans notre étude, suggérant une moins bonne cohérence du dispositif en Guadeloupe qu'au niveau national.

Enfin les freins constatés étaient comparables dans ces deux études, en particulier concernant le manque de temps scolaire attribué et les difficultés d'organisation des emplois du temps. Ils étaient également similaires dans une enquête menée en 2001-2002 sur un échantillon de collèges de France métropolitaine (27).

Les résultats de cette étude permettent d'émettre des hypothèses sur le contexte de la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité.

Le sentiment d'implication déclaré par une large majorité des chefs d'établissements, et la réalisation de nombreuses actions ponctuelles destinées aux élèves ayant pour thème la prévention des IST et du VIH témoignent de l'intérêt porté à cette problématique. Cependant la faible implication des personnels non-médico-sociaux, la rareté des espaces d'affichages situés hors des infirmeries et le refus des établissements de disposer de distributeurs de préservatifs malgré une forte incitation institutionnelle (28), semblent indiquer que la visibilité des thèmes relevant de la sexualité pose problème, et que seul l'abord médical bénéficie d'une meilleure acceptation. Cette constatation, ainsi que le moindre investissement concernant la contraception, et les réticences constatées par les personnels interrogés, suggèrent un déni marqué ou une forte réprobation d'une activité sexuelle chez les élèves.

L'interprétation que l'on peut faire est que l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires du secondaire en Guadeloupe pose un véritable dilemme. La conscience dans la population guadeloupéenne de l'importance des enjeux sanitaires et

sociaux représentés par les risques sexuels (11;29) s'opposant à la crainte de la visibilité de la sexualité dans une société Guadeloupéenne condamnant fermement une sexualité sans dimension socialisante (29).

L'éducation à la sexualité dispensée dans les établissements scolaires résulterait alors d'un compromis en faveur d'une approche sanitaire des risques sexuels, correspondant plus à une campagne de sensibilisation aux risques sexuels qu'à la mise en œuvre d'un programme d'éducation transversal permettant la construction personnelle dans une approche positive de la sexualité.

A travers cette interprétation, la question qui se pose est celle du paradigme dans lequel l'éducation sexuelle se situe. L'absence de définition commune de l'éducation sexuelle relève en partie de l'interprétation de ses buts, qui conditionne l'organisation des programmes. L'interprétation du paradigme dans lequel se situent ces programmes permet d'en différencier, historiquement et géographiquement, trois types: (30;31)

- Premièrement les programmes de promotion de l'abstinence nommés «abstinence seulement» ont pour but est le renforcement des valeurs morales selon lesquelles les adolescents doivent être préservés le plus longtemps possible de la sexualité qui est une activité réservée aux adultes.
- Deuxièmement, les programmes d'«éducation sexuelle intégrée», dont le but est d'agir sur les enjeux de santé publique et qui se concentrent sur la réduction des risques. Ces programmes incluent l'abstinence en tant qu'option, mais abordent également les moyens de contraception et de prévention des IST. La sexualité adolescente y est présentée comme un phénomène à combattre, mais apparaît comme un mal inévitable qu'il faut accompagner en raison de l'inefficacité des dispositifs répressifs ou de déni.

- Troisièmement, les programmes d'éducation sexuelle « holistique » dans lesquels le but est de promouvoir le droit humain à la connaissance dans le domaine de la sexualité comme facteur essentiel du développement. Ils incluent la prévention des risques sexuels comme un but secondaire dans une approche positive de la sexualité. Ces programmes vont dans le sens d'un encouragement à la maîtrise des adolescents de leur propre corps avec le soutien bienveillant et discret de la société adulte.

L'efficacité de ces trois types de programmes n'est pas égale. L'évaluation des programmes gouvernementaux américains basés sur l'abstinence seule n'a pas permis de démontrer leur efficacité sur le report des premiers rapports sexuels, la réduction du nombre de partenaires ou la réduction des comportements sexuels à risques (32). Une revue systématique de littérature incluant des études menées sur 15940 jeunes américains n'a pas permis de démontrer une efficacité de ces programmes sur la réduction du risque d'infection par le VIH (33).

A l'opposé une étude américaine portant sur 2271 adolescents a mis en évidence l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle intégrée à retarder les premiers rapports sexuels et réduire l'exposition aux risques sexuels, ainsi que leur supériorité sur les programmes basés sur l'abstinence seule (34). Ces résultats sont confirmés par les revues de littérature mondiales successives (35;36), qui démontrent également l'absence d'effet négatif de l'éducation sexuelle sur la survenue d'un premier rapport sexuel plus précoce ou l'augmentation du nombre de partenaires sexuels.

L'impact des programmes holistiques n'est pas mesurable car ils correspondent aux programmes étatiques européens dont les effets ne peuvent être dissociés de ceux de l'ensemble des dispositifs sociaux et sanitaires mis en place au niveau national. Cependant l'approche holistique est reconnue comme étant la plus efficace pour prévenir l'irruption des

maternités précoces, et recommandée par l'OMS et le Centre Fédéral Allemand pour l'Éducation à la Santé (1). Les instances sanitaires internationales recommandent en conséquence l'abandon du premier type de programme au profit du second et du troisième (1;36;37).

Les programmes d'éducation sexuelle mis en place par les états européens servent de modèle pour la description de l'éducation sexuelle holistique. Cependant ces programmes ne sont pas uniformes et constituent un continuum entre éducation sexuelle intégrée et holistique (30;31). L'éventail de ces programmes d'éducation sexuelle peut être illustré par la comparaison de ceux mis en place au Royaume-Uni et aux Pays-Bas.

On décrit au Royaume-Uni une approche volontairement médicalisée et alarmiste de l'éducation sexuelle dans une optique de prévention des rapports sexuels précoces. Cette approche s'oppose à celle proposée aux Pays Bas, qui intègre l'éducation sexuelle dans une approche positive de la vie sociale et relationnelle et aborde les risques sexuels comme une part secondaire de cet enseignement. Cette différence d'approche est perçue comme un facteur explicatif de la variabilité de l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle à réduire les taux de grossesses précoces et non désirées (31;38). En 2008, le taux de recours à l'IVG chez les femmes de 15 à 19 ans aux Pays-Bas était de 8,3⁰/₀₀, contre 23,8⁰/₀₀ au Royaume-Uni (39).

L'éducation à la sexualité dispensée en France est décrite comme holistique (31). Cependant, si une telle approche est supposée par les textes, notre étude suggère que le dispositif en place en Guadeloupe constitue un programme d'éducation sexuelle intégré et non holistique, et relève d'une opposition entre les deux premiers paradigmes.

Dans ce contexte, développer l'éducation à la sexualité nécessite la mise en œuvre d'une stratégie de communication adaptée pour obtenir l'adhésion du public. Celle-ci serait d'autant plus efficace qu'elle reposerait sur l'affirmation des valeurs universelles susceptibles de répondre aux motifs de réticence et d'opposition exprimés par le public (36).

Tenir compte des attentes et des représentations du public est une condition de l'acceptation et de l'efficacité des programmes de prévention en matière de santé sexuelle (29). Des études réalisées en France métropolitaines évaluent les attentes des élèves en matière d'éducation à la sexualité (40;41), leurs résultats mériteraient d'être confirmés en Guadeloupe. D'autre part les représentations et les attentes du public adulte mériteraient d'être étudiées afin de préciser par quels moyens il est possible de renforcer son adhésion et son implication dans le dispositif d'éducation à la sexualité.

À l'issue de cette étude, huit pistes d'interventions pour le renforcement du dispositif d'éducation à la sexualité en place peuvent être proposées :

- 1- Poursuivre la sensibilisation et la formation des chefs d'établissements, des personnels médico-sociaux et l'ensemble des équipes éducatives.
- 2- Sensibiliser et informer les parents d'élèves sur les enjeux et les objectifs du dispositif pour favoriser leur adhésion.
- 3- Assurer une présence médico-sociale suffisante dans les établissements.
- 4- Assurer la disponibilité des supports d'information, de la contraception d'urgence et de préservatifs dans tous les établissements.
- 5- Désigner des personnes-ressources et relais présentes pendant la totalité du temps d'ouverture des établissements.

6- Réserver un temps scolaire suffisant à l'organisation des séances d'éducation à la sexualité.

7- Encourager une direction partagée des projets pour d'assurer leur pérennité.

8- Systématiser l'évaluation des actions éducatives.

Au-delà de ces propositions d'interventions, le constat de l'incapacité généralisée à mettre en place à chaque niveau trois séances annuelles d'éducation à la sexualité pose la question de l'adéquation des ressources disponibles dans les établissements avec cet objectif. Nous proposons deux pistes supplémentaires dans l'optique de développer la capacité d'intervention auprès des élèves dans les établissements.

Faire appel aux enseignants pour animer les séances d'éducation à la sexualité permettrait de développer la capacité des établissements à mettre en œuvre ces séances.

L'absence de pro-parent des enseignants ne fait pas d'eux des interlocuteurs privilégiés dans l'abord des questions intimes. Leur participation à des séances d'éducation à la sexualité sous forme de discussion ayant pour principal objet le rapport sexuel n'est généralement pas souhaitée (41;42). Cibler des thématiques non centrées sur le rapport sexuel permettrait de mieux les impliquer.

Nous en proposons ici à titre d'exemple le thème de la parentalité. Dans notre étude, un désir de grossesse chez les élèves, conscient ou non, est un obstacle fréquemment cité. L'écart entre désir de grossesse et désir d'enfant est un obstacle reconnu à la prévention des grossesses précoces (42;43). La société guadeloupéenne propose un modèle social valorisant particulièrement le rôle de mère (29). On peut penser que dans ce contexte une part des grossesses des adolescentes relève de tels mécanismes, et qu'une démarche de prévention focalisée sur les risques sexuels ne suffise pas à les prévenir, alors qu'une approche directe et

positive de la parentalité pourrait contribuer à la prise de conscience de ces désirs de grossesse et à leur report dans un projet de maternité future(44).

Développer l'offre de partenaires extérieurs aux établissements contribuerait également à augmenter leur capacité à mettre en œuvre les séances d'éducation à la sexualité.

La réalisation de ces séances repose en partie sur leur l'intervention, cependant les possibilités de recours à ces structures par les établissements semblent limitées, et leur capacité d'intervention n'est pas connue.

Recenser ces acteurs extérieurs permettrait d'améliorer le recrutement des effecteurs possibles. Evaluer leurs capacités d'intervention pourrait permettre de rationaliser l'offre et de proposer une meilleure répartition de leur action.

Le recrutement de nouveaux effecteurs par des initiatives innovantes pourrait compléter les structures disponibles. Dans cette optique, des projets d'éducation par les pairs et la formation de pairs pouvant servir de relais aux autres élèves pourraient être encouragés.

L'élaboration de projets animés par des étudiants en filières de santé, qui constituent un intermédiaire entre les pairs et les professionnels de santé, et dont l'intervention bénéficie d'un accueil favorable auprès des élèves, pourrait également compléter cette offre (41;45).

CONCLUSION

L'éducation à la sexualité dispensée à l'École répond à des enjeux de santé publique et contribue à la construction individuelle et sociale des élèves. Elle constitue un dispositif défini par des objectifs réglementaires, dont la mise en œuvre n'était pas évaluée en Guadeloupe.

Cette étude, observationnelle transversale de type écologique, portant sur 71 établissements scolaires du second degré en Guadeloupe, est la première évaluation externe du dispositif d'éducation à la sexualité en milieu scolaire en Guadeloupe. Elle identifie les modalités de sa mise en œuvre et quantifie l'atteinte de ses objectifs.

Le dispositif d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires de Guadeloupe reposait sur l'implication des chefs d'établissement et l'action des infirmiers de l'Éducation Nationale. Un tiers des établissements parvenait à des scores d'effectivité et de cohérence conformes aux objectifs réglementairement ou légalement fixés. Les trois séances annuelles réglementaires d'éducation à la sexualité étaient partiellement mises en place, mais dans une proportion supérieure à celle observée en France Métropolitaine.

Le déploiement du dispositif rencontrait des freins liés à des difficultés d'organisation, particulièrement dans le secteur privé dépourvu d'infirmier. Des réticences et des oppositions relevant des représentations associées à l'éducation sexuelle constituaient également des obstacles à sa mise en œuvre.

Cette étude permet d'élaborer des propositions d'interventions en réponse aux difficultés rencontrées. Impliquer de l'ensemble des personnels et les parents d'élèves, renforcer la présence médico-sociale dans les établissements et systématiser l'évaluation des politiques des établissements semblent particulièrement nécessaires.

Nous proposons également des pistes d'interventions supplémentaires pour développer la capacité des établissements à mettre en place les séances d'éducation à la sexualité, par l'implication des enseignants à leur animation, et par la rationalisation de l'offre de partenaires extérieurs contribuant à leur mise en œuvre.

Au-delà de ces propositions d'interventions, la question du paradigme dans lequel est conçue l'éducation sexuelle en Guadeloupe, qui sous-tend les réticences et les oppositions rencontrées par les établissements scolaires dans la mise en œuvre de leur programme, mérite d'être posée. Tenir compte des représentations de l'éducation sexuelles chez les adultes guadeloupéens nous semble indispensable à l'élaboration de programmes à la fois acceptables par le public, et susceptibles de contribuer à l'efficacité de l'éducation à la sexualité dispensée dans les établissements scolaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS Bureau régional pour l'Europe et BZgA. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe [en ligne]. Cologne: Federal Centre for Health Education; 2010. [consulté le 09 Janvier 2015] Disponible: https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf
2. Institut National de prévention et d'éducation pour la Santé. Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire [en ligne]. Saint-Denis : INPES ; 2008. [consulté le 09 Janvier 2015] Disponible: www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf
3. Melin M. Surveillance des infections à VIH et du sida dans les départements français d'Amérique : données 2013 et évolution depuis 2003. Bulletin de veille sanitaire. [en ligne]. Décembre 2014[consulté le 09 Janvier 2015]; 6:2-10. Disponible:http://www.invs.sante.fr/fr/content/download/99698/359678/version/44/file/bvs_ag_2014_06.pdf
4. Ferdinand S, Cornely V, Théodore M. Situation épidémiologique des infections transmises sexuellement et/ou par le sang, à travers l'analyse de l'activité des laboratoires d'analyses de biologie médicale volontaires de Guadeloupe et de Saint Martin, 2008-2009. Bulletin de veille sanitaire. [en ligne]. Mars 2011 [consulté le 09 Janvier 2015]; 3:6-9. Disponible: <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/Bulletin-de-veille-sanitaire-Antilles-Guyane.-n-3-mars-2011>
5. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Études et résultats. [en ligne]. Juin 2014[consulté le 09 Janvier 2015]; 884:1-6. Disponible: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er884.pdf>
6. Institut national de la statistique et des études économiques. Migrations, famille et vieillissement. Défis et enjeux pour la Guadeloupe. Antiane échos. [en ligne]. Septembre 2012[consulté le 09 Janvier 2015]; 19:1-8. Disponible: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guadeloupe/themes/antiane_echos/aechos19/aechos19_ga.pdf

7. Institut national de la statistique et des études économiques. Données détaillées des statistiques d'état civil sur les naissances en 2012 [en ligne]. Octobre 2013 ; [consulté le 09 Janvier 2015]. Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=irsocsd20121
8. Guengant J-P, Chataigne C, Lévy M. Fécondité, sexualité, contraception : les jeunes mères et les autres [en ligne]. Pointe à Pitre : ORSTOM, 1993.[consulté le 09 Janvier 2015] Disponible: <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:38284>
9. Guiot O, Foucan T, Janky E, Kadhel P. Grossesses évolutives chez les mineures en Guadeloupe : nouvel état des lieux. J Gynecol Obstet Biol Reprod, Juin 2013;42(4):372-82.
10. Service études et statistiques Antilles Guyane. Étude des modes de vie des adolescents aux Antilles-Guyane. Rapport final [en ligne]. Pointe à Pitre : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2009. [consulté le 09 Janvier 2015] Disponible: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ados_v3def2009-2.pdf
11. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/SIDA et à d'autres risques sexuels. Paris, La Documentation Française ; 2014. 336p.
12. M. Bozon. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. Popul Soc. [en ligne]. Juin 2003 [consulté le 09 Janvier 2015]; 391:1-4. Disponible: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18835/pop_et_soc_francais_391.fr.pdf
13. Kadhel P, Deloumeaux J, Janky E. Évolution transgénérationnelle de l'âge des principales étapes de la vie reproductive en Guadeloupe. Gynecol Obstet Fertil. Avril 2013;41(4):255-9.
14. Jouanno C. Contre l'hypersexualisation, un nouveau combat pour l'égalité. [en ligne]. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; 2012[consulté le 09 Janvier 2015]. 161p. Disponible: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hypersexualisation2012.pdf

15. De Luca Barrusse V. Usages d'Internet et représentations de la sexualité chez les jeunes : quels liens ? Santé homme. [en ligne]. Mars 2012 [consulté le 09 Janvier 2015];418:p11-13. Disponible: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-390.pdf>
16. Ministère de l'éducation nationale. Circulaire n°2003-027 : l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées [en ligne]. Février 2003[consulté le 09 Janvier 2015].Disponible: <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/ensel.htm>
17. Ministère de l'éducation nationale. Circulaire n° 2011-216 : Politique éducative de santé dans les territoires académiques [en ligne]. Décembre 2011[consulté le 09 Janvier 2015].Disponible: http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640
18. Code de la santé publique - Article L4311-1 [en ligne]. 29 Décembre 2011 [consulté le 09 Janvier 2015].Disponible: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9BF05E1CB832683B02224CEF3A2913E4.tpdjo03v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000025104393&dateTexte=20121128&categorieLien=id#LEGIARTI000025104393
19. Décret no 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi no 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. JORF [en ligne]. 28 Mars 2001 [consulté le 09 Janvier 2015]; 74:4825. Disponible: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000588249&dateTexte=&categorieLien=id>
20. Flory F, Manouana M, Janky E, Kadhel P. Caractéristiques sociodémographiques et médicales des interruptions volontaires de grossesse des mineures en Guadeloupe. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Avril 2014;42(4):240-5.
21. De Lambilly S, Panel P. Réponse de S. de Lambilly et P. Panel à l'article de F. Flory et al. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Mai 2014;42(5):370-2.
22. Société française de l'évaluation.Charte de l'évaluation des politiques publiques [en ligne].Société française de l'évaluation; 2006[consulté le 09 Janvier 2015].Disponible: http://www.sfe-asso.fr/intranet/ckfinder/userfiles/files/sfe_charte-evaluation_06-08.pdf

23. Jabot F. Enjeux et pratiques de l'évaluation. La santé de l'homme [en ligne]. Juillet 2007 [consulté le 09 Janvier 2015]; 390:14-16. Disponible: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-390.pdf>
24. Dagenais C, Ridde V. Approches et pratiques en évaluation de programme. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2012. 480p.
25. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. L'éducation à la santé dans les établissements du second degré (2008-2009). Note d'information, n° 11.17 [en ligne]. Décembre 2011[consulté le 09 Janvier 2015].Disponible: http://media.education.gouv.fr/file/2011/74/4/DEPP-NI-2011-17-education-sante-etablissements-second-degre_201744.pdf
26. FIDL, le syndicat lycéen.46% des lycées déclarent ne pas avoir de distributeur de préservatif en état de marche ! [en ligne]. 2014[consulté le 09 Janvier 2015].Disponible: <http://www.fidl.org/product/46-des-lycees-declarent-ne-pas-avoir-de-distributeur-de-preservatif-en-etat-de-marche/>
27. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège en 2001-2002. Note d'information, n° 03.23 [en ligne]. Avril 2003[consulté le 09 Janvier 2015].Disponible: <ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/dpd/ni0323.pdf>
28. Ministère de l'éducation nationale. Circulaire n° 2006-204 relative à l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels [en ligne]. Décembre 2006[consulté le 09 Janvier 2015].Disponible: <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/46/MENE0603070C.htm>
29. Bombereau G. Représentations sociales du VIH/sida en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique [Thèse]. Quebec : Université Laval ; 2005. 396p. Disponible: <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/22985/22985.html>
30. Ketting E, Winkelmann C. New approaches to sexuality education and underlying paradigms. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. [en ligne]. Février 2013 [consulté le 09 Janvier 2015];56(2):250-5. Disponible: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00103-012-1599-8>

31. Daguerre A, Nativel C. Les maternités précoces dans les pays développés, Problèmes, dispositifs, enjeux politiques [en ligne]. Bordeaux : CERVL IEP ; 2004[consulté le 09 Janvier 2015]. 51p. Disponible: [http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/dossier_53 -
_meres_adolescentes.pdf](http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/dossier_53_-_meres_adolescentes.pdf)
32. Trenholm C, Devaney B, Fortson K. Impacts of Four Title V Section 510 Abstinence Education Programs [En ligne].Princeton: Mathematica Policy Research Inc; 2007[consulté le 09 Janvier 2015]. Disponible: <http://www.mathematica-mpr.com/publications/pdfs/impactabstinence.pdf>
33. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. BMJ. Août 2007;(7613):248-259.
34. Kohler P, Manhart L, Lafferty W. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. Journal of Adolescent Health. Avril 2008;42(4):344-51.
35. UNESCO. International technical guidance on sexuality education. Volume I & II [en ligne]. Paris : UNESCO ; 2009. [consulté le 09 Janvier 2015]Disponible: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>
36. Kirby D, Laris B, Rolleri L. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health. Mars 2007;40(3):206-17.
37. International planned parenthood federation. Le cadre de l'IPPF pour une éducation sexuelle intégrée [en ligne]. London : IPPF ; 2010. [consulté le 09 Janvier 2015] Disponible: [http://www.ippf.org/system/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_educati
on_french_0.pdf](http://www.ippf.org/system/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education_french_0.pdf)
38. Lewis J, Knijn T. Sex education materials in The Netherlands and in England and Wales: A comparison of content, use and teaching practice. Oxford Review of Education. Mars 2003;29(1):113-50.
39. Gissler M, Fronteira I, Jahn A, Karro H, Moreau C, Oliveira da Silva M, et al. Terminations of pregnancy in the European Union. BJOG. Novembre 2011;119(3):324-32.

40. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Arch Pediatr. Mars 2010;17(3):219-25.
41. Dilas M. Impact de l'éducation à la sexualité chez des adolescents du pays voironnais [Mémoire]. Grenoble : Université Joseph Fournier, école de sages-femmes de Grenoble ; 2011. 47p. Disponible: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629298/>
42. Nissand I. Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. [en ligne]Paris : Haut conseil de la population et de la famille ; 2006[consulté le 09 Janvier 2015]. 26p.Disponible: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000104/0000.pdf>
43. Le Van C. Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan ; 1998. 206p.
44. Alvin P. Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe. Arch Pediatr. Avril 2006;13(4):329-32.
45. Lewis-Barned A. What do school children want from sex education? J Fam Plann Reprod Health Care. Avril 2010;36(2):93-6.

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques des établissements.....	20
Tableau 2 : Point de vue des chefs d'établissement.....	21
Tableau 3 : Caractéristiques des équipes d'éducation à la sexualité	22
Tableau 4 : Mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité	23
Tableau 5 : Évaluation des actions éducatives	25
Tableau 6 : Mise en œuvre des autres éléments du dispositif de prévention	26
Tableau 7 : Score de conformité et de cohérence	27
Tableau 8 : Analyse bi-variée des facteurs associés à un faible score de conformité du dispositif de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles en milieu scolaire	30
Tableau 9 : Analyse bi-variée des facteurs associés à un faible score de cohérence du dispositif de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles en milieu scolaire	30
Tableau 10 : Analyse multivariée des facteurs associés à un faible score de conformité ou de cohérence du dispositif de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles dans les collèges et/ou lycées	32
Tableau 11 : Faiblesses du dispositif mentionnées par les coordonnateurs des projets d'éducation à la santé et les chefs d'établissement	34
Tableau 12 : Obstacles au dispositif mentionnés par les coordonnateurs des projets d'éducation à la santé et les chefs d'établissement	36

ANNEXE : Questionnaire de l'étude

Faculté de Médecine, pôle médecine générale, UAG 2013

PRESCO-GI 1

**PREVENTION DES GROSSESSES PRECOCES
ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
EN MILIEU SCOLAIRE :
EVALUATION DE MISE EN ŒUVRE
DANS LES COLLEGES ET LYCEES DES ANTILLES FRANCAISES**

Questionnaire n° ...

Coordonnées GPS de l'établissement : ...

Nom et prénom de l'enquêteur : ...

**PREVENTION DES GROSSESSES PRECOCES
ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
DANS LES COLLEGES ET LYCEES DES ANTILLES FRANCAISES**

Le nombre important de grossesses précoces, d'IVG, et la recrudescence des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes constituent de nos jours un enjeu majeur de santé publique dans les départements français d'Amérique.

Le département de médecine générale de l'université des Antilles et de la Guyane, en partenariat avec les rectorats de Guadeloupe et Martinique, a décidé de mettre en œuvre un programme de recherche visant à améliorer les pratiques de prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles. Cette problématique est fortement liée aux comportements à risques, elle nécessite une éducation ciblée des jeunes d'âges scolaires.

La première étape consiste à faire l'état des lieux des dispositifs actuellement en place : c'est l'objet de l'enquête que nous vous présentons, et pour laquelle nous vous sollicitons.

En Guadeloupe, la réalisation de cette enquête est confiée à Monsieur Nell Couprie, assisté de Madame Carole Cornilliet, dans le cadre de leur thèse de doctorat en médecine. L'un ou l'autre se rendra dans votre établissement et remplira avec vous et les collaborateurs que vous lui désignerez le questionnaire ci-joint. Vos réponses seront traitées de façon anonyme.

Votre collaboration est essentielle dans le bon déroulement de ce programme de recherche, et nous vous remercions de bien vouloir vous y associer.

Pour le pôle médecine générale de la faculté de médecine de l'université des Antilles et de la Guyane

Nell Couprie
Interne en médecine générale

Pr Hélène-Pelage
Coordonnateur du DES de médecine générale

Dr Anne Criquet-Hayot
Coordinateur du DES pôle Martinique

Dr Philippe Carrère
Chef de clinique universitaire

Dr Florise Bottius
Médecin conseiller technique du Recteur de la
Martinique

Dr Suzel Muller
Médecin conseiller technique du Recteur de la
Guadeloupe

QUESTIONNAIRE

Qualité du 1^{er} répondant : ...

Chapitre « Caractéristiques de l'établissement » : questions 1 à 11

Qualité du 2^e répondant : ...

Chapitre « Point de vue d'un chef d'établissement » : questions 12 à 19

Qualité du 3^e répondant : ...

Chapitres « Point de vue du coordonnateur du projet d'éducation à la santé » : questions 20 à 22

Qualité du 4^e répondant : ...

Chapitre « Implication et formation des équipes administrative et pédagogique » : questions 23 à 33

Qualité du 5^e répondant : ...

Chapitres « Élèves et prévention » : questions 34 à 74

Qualité du 6^e répondant : ...

Chapitres « Relations extérieures » : questions 75 à 82

A) Caractéristiques de l'établissement (en 2012-2013)

Q1 : Quel est le type de votre établissement, quels niveaux sont représentés ? (6 réponses possibles)

	Oui	Non	
1 : collège	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	A01
2 : lycée général	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	A02
3 : lycée technologique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	A03
4 : lycée professionnel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	A04
5 : classes d'enseignement supérieur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	A05
6 : enseignements européens et internationaux	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	A06
7 : nr	999		

Q2 : Votre établissement accueille-t-il des élèves scolarisés au titre des ULIS ? A07

1 : oui	<input type="checkbox"/> 1
2 : non	<input type="checkbox"/> 0
3 : nr	<input type="checkbox"/> 999

Q3 : Votre établissement accueille-t-il des élèves admis en SEGPA ? A08

1 : oui	<input type="checkbox"/> 1
2 : non	<input type="checkbox"/> 0
3 : nr	<input type="checkbox"/> 999

Q4 : Votre établissement est-il : (une réponse possible) A09

1 : public ?	<input type="checkbox"/> 1
2 : privé sous contrat ?	<input type="checkbox"/> 2
3 : privé hors contrat ?	<input type="checkbox"/> 3
4 : nr	<input type="checkbox"/> 999

Q5 : Votre établissement s'intègre-t-il à un dispositif d'éducation prioritaire (RRS, Eclair ...) ?

A10

1 : oui

 1

2 : non

 0

3 : nr

 999

Q6 : Votre établissement est-il en Zone Urbaine Sensible ?

A11

1 : oui

 1

2 : non

 0

3 : nr

 999

Q7 : Combien de classes compte votre établissement ? (7 réponses numériques)

1 : 6^e ...

A12

2 : 5^e ...

A13

3 : 4^e ...

A14

4 : 3^e ...

A15

5 : lycée 1^e année (ou seconde ou CAP 1^e année) ...

A16

6 : lycée 2^e année (ou première ou CAP 2^e année) ...

A17

7 : lycée 3^e année (ou terminale - Bac) ...

A18

8 : nr

999

Q8 : Au total, combien d'élèves y sont scolarisés ? (7 réponses numériques)

1 : 6^e ...

A19

2 : 5^e ...

A20

3 : 4^e ...

A21

4 : 3^e ...

A22

5 : lycée 1^e année (ou seconde ou CAP 1^e année) ...

A23

6 : lycée 2^e année (ou première ou CAP 2^e année) ...

A24

7 : lycée 3^e année (ou terminale - Bac) ...

A25

8 : nr

999

Q9 : Concernant les personnels de votre établissement, quel est le nombre : (4 réponses numériques)

1 : d'enseignants ? ...	_____	A26
2 : d'assistants d'éducation ? ...	_____	A27
3 : d'assistants pédagogiques ? ...	_____	A28
4 : de conseillers principaux d'éducation ? ...	_____	A29
5 : nr	999	

Q10 : Par mois en moyenne, combien d'heures de présence au sein de votre établissement sont assurées par les médecins de l'éducation nationale ? (1 réponse numérique)

1 : ...	_____	A30
2 : nr	999	

Q11 : Par semaine en moyenne, combien d'heures de présence au sein de votre établissement sont assurées par les personnels suivants : (3 réponses numériques)

1 : infirmiers de l'éducation nationale ? ...	_____	A31
2 : conseillers d'orientation-psychologue ? ...	_____	A32
3 : assistants de service social ? ...	_____	A33
4 : nr	999	

B) Point de vue d'un chef d'établissement

Q12 : Vous sentez-vous impliqué dans la prévention des grossesses précoces ? (1 réponse possible)

B01

- 1 : oui, fortement 1
- 2 : oui 2
- 3 : non 3
- 4 : nr 999

Q13 : Vous sentez-vous impliqué dans la prévention des infections sexuellement transmissibles ? (1 réponse possible)

B02

- 1 : oui, fortement 1
- 2 : oui 2
- 3 : non 3
- 4 : nr 999

Q14 : Avez-vous reçu une formation sur la prévention des grossesses précoces ou des infections sexuellement transmissibles ? (1 réponse possible)

B03

- 1 : oui, sur la prévention des grossesses précoces 1
- 2 : oui, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles 2
- 3 : oui, sur les deux 3
- 4 : non 4
- 5 : nr 999

Q15 : Pensez-vous qu'il est nécessaire de développer cette prévention ?

B04

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q16 : Si oui, de quelle manière ? (réponse libre)

1 :

B05

--

2 : nr

999

Q17 : Pensez-vous que votre établissement dispose des moyens nécessaires au développement de cette prévention ?

B06

1 : oui

1

2 : non

0

3 : nr

999

Q18 : Si non, que manquerait-il ? (réponse libre)

1 :

B07



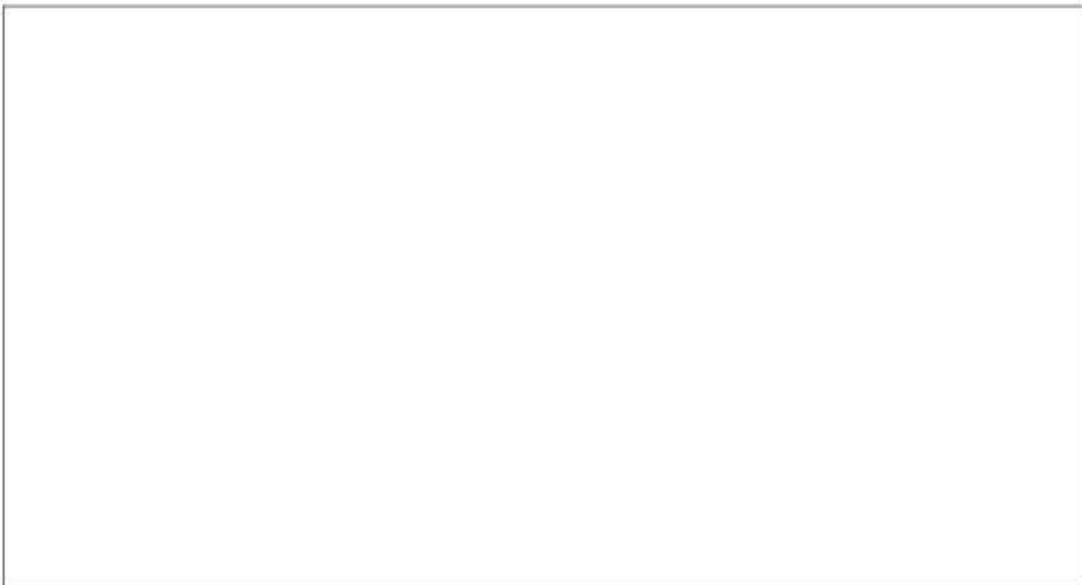
2 : nr

999

Q19 : Quels freins avez-vous constaté quant au développement de la prévention des grossesses précoces ou des infections transmissibles au sein de votre établissement ? (réponse libre)

1 :

B08



2 : nr

999

C) Point de vue du coordonnateur du projet d'éducation à la santé

Q20 : Pensez-vous que votre établissement dispose des moyens nécessaires au développement de la prévention des grossesses précoces ou des infections transmissibles au sein de votre établissement ?

C01

1 : oui

 1

2 : non

 0

3 : nr

 999

Q21 : Si non, que manquerait-il ? (réponse libre)

1 :

C02

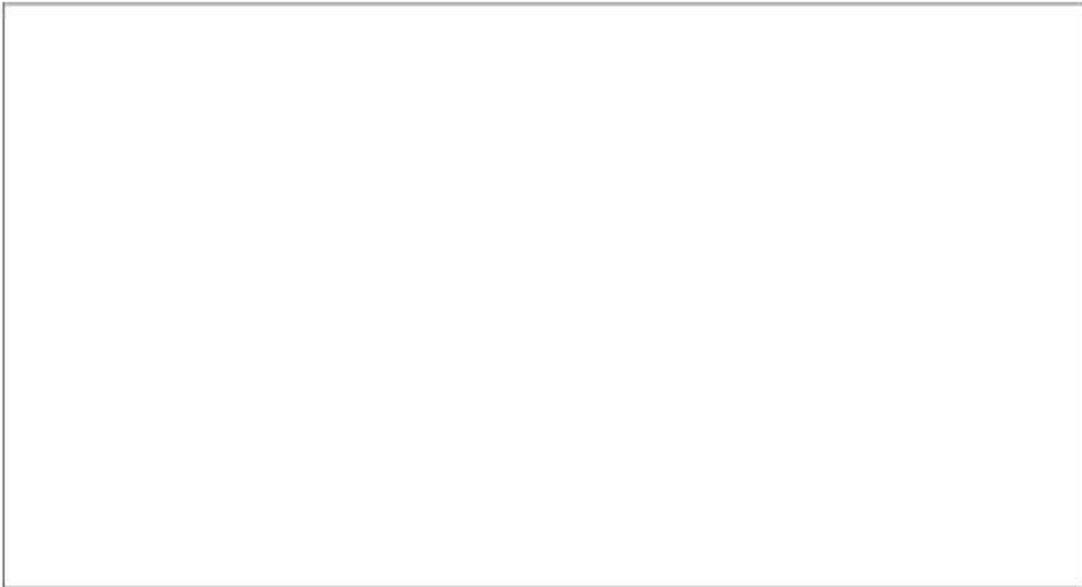
2 : nr

999

Q22 : Quels freins avez-vous constaté quant au développement de la prévention des grossesses précoces ou des infections transmissibles au sein de votre établissement ? (réponse libre)

1 :

C03



2 : nr

999

D) Implication et formation des équipes administrative et pédagogique (en 2012-2013)

Q23 : Existe-t-il un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté opérationnel dans votre établissement ? D01

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q24 : Un coordonnateur responsable de l'éducation à la santé a-t-il été désigné au sein de votre établissement ? D02

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q25 : Un dispositif d'éducation à la sexualité est-il intégré au projet d'établissement ? D03

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q26 : Pour les lycées uniquement, ce dispositif a-t-il fait l'objet d'un débat au sein du conseil de la vie lycéenne ? D04

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q27 : Une équipe en charge de l'éducation à la sexualité a-t-elle été constituée parmi les personnels de votre établissement ? D05

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q28 : Combien d'enseignants de votre établissement font partie de cette équipe ? (1 réponse numérique)

1 : ...	_____	D06
2 : nr	999	

Q29 : Précisez leur matière : (plusieurs réponses possibles)

1 : ...	_____	D07
2 : ...	_____	D08
3 : ...	_____	D09
4 : ...	_____	D10
5 : nr	999	

Q30 : Combien de personnels de votre établissement font partie de cette équipe parmi : (3 réponses numériques)

1 : les assistants d'éducation ? ...	_____	D11
2 : les assistants pédagogiques ? ...	_____	D12
3 : les conseillers principaux d'éducation ? ...	_____	D13
4 : nr	999	

Q31 : Quels sont les autres membres de cette équipe ? (5 réponses possibles)

	Oui	Non	
1 : médecin de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	D14
2 : infirmier de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	D15
3 : conseiller d'orientation-psychologue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	D16
4 : assistant de service social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	D17
5 : autres,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	D19
précisez : ...	_____		D20
précisez : ...	_____		D21
précisez : ...	_____		D22
6 : nr	999		

Q32 : Les personnels de votre établissement faisant partie de cette équipe ont-ils eu accès à une ou plusieurs formations à la prévention des grossesses précoces ou des infections sexuellement transmissibles ? (1 réponse possible) D23

- 1 : oui, depuis moins de 3 ans 1
- 2 : oui, depuis 3 à 5 ans 2
- 3 : oui, depuis plus de 5 ans 3
- 4 : non 4
- 5 : nr 999

Q33 : Si oui, quels acteurs ont assuré ces formations ? (2 réponses possibles)

- | | Oui | Non | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----|
| 1 : médecins ou infirmiers de l'éducation nationale | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | D24 |
| 2 : autres, | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | D25 |
| précisez : ... | _____ | | D26 |
| précisez : ... | _____ | | D27 |
| précisez : ... | _____ | | D28 |
| 3 : nr | 999 | | |

E) Élèves et prévention

Q34 : Au cours de l'année scolaire 2012-2013, les élèves scolarisés dans votre établissement ont-ils eu accès à des séances d'éducation à la sexualité ? E01

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q35 : Si non, pourquoi ? (réponse libre)

1 : E02

2 : nr

999

Q36 : À quels niveaux sont intervenues ces séances d'éducation à la sexualité ? (7 réponses possibles)

	Oui	Non	
1 : 6 ^e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E03
2 : 5 ^e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E04
3 : 4 ^e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E05
4 : 3 ^e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E06
5 : lycée 1e année (ou seconde ou CAP 1e année)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E07
6 : lycée 2e année (ou première ou CAP 2e année)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E08
7 : lycée 3e année (ou terminale - Bac)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E09
8 : nr	999		

Q37 : Par niveau, combien de ces séances ont été organisées au cours de l'année scolaire 2012-2013 ?
(7 réponses numériques)

1 : 6 ^e ...	_____	E10
2 : 5 ^e ...	_____	E11
3 : 4 ^e ...	_____	E12
4 : 3 ^e ...	_____	E13
5 : lycée 1e année (ou seconde ou CAP 1e année) ...	_____	E14
6 : lycée 2e année (ou première ou CAP 2e année) ...	_____	E15
7 : lycée 3e année (ou terminale - Bac) ...	_____	E16
8 : nr	999	

Q38 : Par niveau, combien d'heures ont été organisées au cours de l'année scolaire 2012-2013 ? (7 réponses numériques)

1 : 6 ^e ...	_____	E17
2 : 5 ^e ...	_____	E18
3 : 4 ^e ...	_____	E19
4 : 3 ^e ...	_____	E20
5 : lycée 1e année (ou seconde ou CAP 1e année) ...	_____	E21
6 : lycée 2e année (ou première ou CAP 2e année) ...	_____	E22
7 : lycée 3e année (ou terminale - Bac) ...	_____	E23
8 : nr	999	

Q39 : Par niveau, combien d'élèves ont participé à une au moins de ces séances ? (7 réponses numériques)

1 : 6 ^e ...	_____	E24
2 : 5 ^e ...	_____	E25
3 : 4 ^e ...	_____	E26
4 : 3 ^e ...	_____	E27
5 : lycée 1e année (ou seconde ou CAP 1e année) ...	_____	E28
6 : lycée 2e année (ou première ou CAP 2e année) ...	_____	E29
7 : lycée 3e année (ou terminale - Bac) ...	_____	E30
8 : nr	999	

Q40 : Par niveau, combien d'élèves ont participé à toutes les séances ? (7 réponses numériques)

1 : 6 ^e ...	_____	E31
2 : 5 ^e ...	_____	E32
3 : 4 ^e ...	_____	E33
4 : 3 ^e ...	_____	E34
5 : lycée 1e année (ou seconde ou CAP 1e année) ...	_____	E35
6 : lycée 2e année (ou première ou CAP 2e année) ...	_____	E36
7 : lycée 3e année (ou terminale - Bac) ...	_____	E37
8 : nr	999	

Q41 : Des séances spécifiquement dédiées aux élèves scolarisés en ULIS ont-elles été organisées ?
E38

1 : oui	<input type="checkbox"/> 1
2 : non	<input type="checkbox"/> 0
3 : non applicable (pas d'élèves scolarisés en ULIS)	
4 : nr	<input type="checkbox"/> 999

Q42 : Des séances spécifiquement dédiées aux élèves admis en SEGPA ont-elles été organisées ?
E39

1 : oui	<input type="checkbox"/> 1
2 : non	<input type="checkbox"/> 0
3 : non applicable (pas d'élèves admis en SEGPA)	
4 : nr	<input type="checkbox"/> 999

Q43 : La participation des élèves aux séances d'éducation à la sexualité était-elle obligatoire ?
E40

1 : oui	<input type="checkbox"/> 1
2 : non	<input type="checkbox"/> 0
3 : nr	<input type="checkbox"/> 999

Q44 : Si non, pourquoi ? (réponse libre)

1 :

E41



2 : nr

999

Q45 : Qui a organisé ces séances ? (10 réponses possibles)

	Oui	Non	
1 : enseignants en biologie/SVT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E42
2 : autres enseignants,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E43
précisez leur matière : ...	_____		E44
précisez leur matière : ...	_____		E45
précisez leur matière : ...	_____		E46
précisez leur matière : ...	_____		E47
3 : assistants d'éducation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E48
4 : assistants pédagogiques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E49
5 : conseillers principaux d'éducation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E50
6 : conseillers d'orientation-psychologue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E51
7 : assistants de service social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E52
8 : médecins de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E53
9 : infirmiers de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E54
10 : intervenants extérieurs,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E55
précisez : ...	_____		E56
précisez : ...	_____		E57
précisez : ...	_____		E58
précisez : ...	_____		E59
11 : nr	999		

Q46 : Qui a animé ces séances ? (10 réponses possibles)

	Oui	Non	
1 : enseignants en biologie/SVT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E60
2 : autres enseignants,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E61
précisez leur matière : ...	_____		E62
précisez leur matière : ...	_____		E63
précisez leur matière : ...	_____		E64
précisez leur matière : ...	_____		E65
3 : assistants d'éducation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E66
4 : assistants pédagogiques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E67
5 : conseillers principaux d'éducation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E68
6 : conseillers d'orientation-psychologue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E69
7 : assistants de service social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E70
8 : médecins de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E71
9 : infirmiers de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E72
10 : intervenants extérieurs,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	E73
précisez : ...	_____		E74
précisez : ...	_____		E75
précisez : ...	_____		E76
précisez : ...	_____		E77
11 : nr	999		

Q47 : À partir de quels niveaux de scolarisation les thèmes suivants ont été abordés au cours des séances d'éducation à la sexualité ? (5 réponses)

1 : connaissance du corps : ...	_____	E78
2 : différentes IST (dont SIDA) et risques qui leur sont liés : ...	_____	E79
3 : différents moyens de prévention des IST (dont SIDA) : ...	_____	E80
4 : principes de la contraception : ...	_____	E81
5 : différents moyens de contraception : ...	_____	E82
6 : nr	999	

Q48 : Un diagnostic de situation préalable à la mise en œuvre du projet d'éducation à la sexualité a-t-il déjà été mené au sein de votre établissement ? (1 réponse possible) E83

- 1 : oui, plusieurs fois 1
- 2 : oui, une fois 2
- 3 : non 3
- 4 : nr 999

Q49 : Si oui, quand était-ce pour la dernière fois ? (1 réponse possible) E84

- 1 : il y a plus de 5 ans 1
- 2 : il y a 3 à 5 ans 2
- 3 : il y a moins de 3 ans mais plus d'1 an 3
- 4 : au début de l'année scolaire 2012-2013 4
- 5 : nr 999

Q50 : Si oui, sur quoi ce(s) diagnostic(s) de situation portai(en)t-il(s) ? (réponse libre)

1 : E85

2 : nr 999

Q51 : Ces séances d'éducation ont-elles fait l'objet d'auto-évaluation(s) intermédiaire(s) de leur action pédagogique au cours de l'année 2012-2013 ? (1 réponse possible) E86

- 1 : oui, à chaque séance 1
- 2 : oui, plusieurs fois 2
- 3 : oui, une fois 3
- 4 : non 4
- 5 : nr 999

Q52 : Si oui, par quelle(s) méthode(s) d'évaluation ? (7 réponses possibles)

- | | Oui | Non | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----|
| Auto-évaluation de l'activité globale | | | |
| 1 : nombre des participants | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | E87 |
| 2 : nombre, durée et type de séances | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | E88 |
| 3 : nombre, qualité et formation des intervenants | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | E89 |
| Auto-évaluation de l'atteinte des objectifs du programme | | | |
| 4 : atteinte des objectifs pédagogiques pour les participants | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | E90 |
| 5 : satisfaction des participants | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | E91 |
| 6 : satisfaction des intervenants | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | E92 |
| 7 : Autre, | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | E93 |
| précisez : ... | _____ | | E94 |
| précisez : ... | _____ | | E95 |
| précisez : ... | _____ | | E96 |
| précisez : ... | _____ | | E97 |
| 8 : nr | 999 | | |

Q53 : Ces séances d'éducation ont-elles fait ou vont-elles faire l'objet d'un bilan à la fin de l'année scolaire 2012-2013 ? E98

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q54 : Ces séances d'éducation ont-elles fait l'objet d'une évaluation externe de leur action pédagogique ? E99

- 1 : oui 1
 2 : non 0
 3 : nr 999

Q55 : Si oui, par quel(s) organisme(s) ? (réponse libre)

1 : E100

2 : nr 999

Q56 : Les élèves ont-ils accès à un distributeur de préservatif dans l'établissement ? E101

- 1 : oui 1
 2 : non 0
 3 : nr 999

Q57 : Si non, pourquoi ? (réponse libre)

1 :

E102

--

2 : nr

999

Q58 : Si oui, où est-il installé ? (réponse libre)

1 :

E103

--

2 : nr

999

Q59 : Ce distributeur est-il actuellement en état de fonctionnement ?

E104

1 : oui

1

2 : non

0

3 : nr

999

Q60 : Ce distributeur est-il gratuit ?

E105

1 : oui

1

2 : non

0

3 : nr

999

Q61 : Actuellement, la contraception d'urgence est-elle disponible au sein de votre établissement ?

E106

1 : oui

1

2 : non

0

3 : nr

999

Q62 : Si non, pourquoi ? (réponse libre)

1 :

E107

2 : nr

999

Q63 : Des dépliants informatifs concernant la contraception sont-ils mis à la disposition des élèves au sein de votre établissement ? E108

1 : oui

1

2 : non

0

3 : nr

999

Q64 : Si non, pourquoi ? (réponse libre)

1 :

E109

2 : nr

999

Q65 : Si oui, où sont-ils accessibles ? (réponse libre)

1 :

E110

2 : nr

999

Q66 : Un espace d'affichage d'informations concernant la contraception a-t-il été mis en place au sein de votre établissement ? E111

1 : oui

1

2 : non

0

3 : nr

999

Q67 : Si non, pourquoi ? (réponse libre)

1 :

E112

2 : nr

999

Q68 : Si oui, où est-il installé ? (réponse libre)

1 :

E113

2 : nr

999

Q69 : Des dépliants informatifs concernant les IST sont-ils mis à la disposition des élèves au sein de votre établissement ? E114

1 : oui

1

2 : non

0

3 : nr

999

Q70 : Si non, pourquoi ? (réponse libre)

1 :

E115

2 : nr

999

Q71 : Si oui, où sont-ils accessibles ? (réponse libre)

1 :

E116

2 : nr

999

Q72 : Un espace d'affichage d'informations concernant les IST a-t-il été mis en place au sein de votre établissement ? E117

1 : oui

1

2 : non

0

3 : nr

999

Q73 : Si non, pourquoi ? (réponse libre)

1 :

E118

2 : nr

999

Q74 : Si oui, où est-il installé ? (réponse libre)

1 :

E119

2 : nr

999

F) Relations extérieures

Q75 : Au-delà de l'enseignement des SVT et des séances d'éducation à la sexualité, des actions éducatives ponctuelles portant sur la prévention des grossesses précoces ont-elles été menées au sein de votre établissement au cours de l'année 2012-2013 ? (1 réponse possible) F01

- 1 : oui, à plusieurs occasions 1
- 2 : oui, à une occasion 2
- 3 : non 3
- 4 : nr 999

Q76 : Au-delà de l'enseignement des SVT et des séances d'éducation à la sexualité, des actions éducatives ponctuelles portant sur la prévention des IST ont-elles été menées au sein de votre établissement au cours de l'année 2012-2013 ? (1 réponse possible) F02

- 1 : oui, à plusieurs occasions 1
- 2 : oui, à une occasion 2
- 3 : non 3
- 4 : nr 999

Q77 : Une action portant sur la prévention des IST a-t-elle été menée à l'occasion de la dernière journée mondiale de lutte contre le sida (1^{er} décembre 2012) ? F03

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q78 : Une action portant sur la prévention des grossesses précoces a-t-elle été menée à l'occasion de la dernière journée mondiale de la contraception (26 septembre 2012) ? F04

- 1 : oui 1
- 2 : non 0
- 3 : nr 999

Q79 : Si oui, ces actions ont-elles fait intervenir des associations ou des intervenants locaux engagés dans la prévention des grossesses précoces et des IST ?

F05

1 : oui

 1

2 : non

 0

3 : nr

 999

Q80 : Si oui, lesquelles ? (réponse libre)

1 :

F06

--

2 : nr

999

Q81 : Certaines de ces actions s'adressaient-elles aux parents d'élèves ?

F07

1 : oui

 1

2 : non

 0

3 : nr

 999

Q82 : À l'inverse, des associations de parents d'élèves se sont-elles impliquées dans des actions de prévention des grossesses précoces et des IST au sein de votre établissement au cours de l'année 2012-2013 ?

F08

1 : oui

 1

2 : non

 0

3 : nr

 999

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque

COUPRIE Nell

**EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE : EVALUATION DE
MISE EN ŒUVRE DANS LES ETABLISSEMENTS
SCOLAIRES DU SECOND DEGRE EN GUADELOUPE.**

Thèse de médecine générale – Université Hyacinthe Bastaraud
Année 2015
N° 2015AGUY0831

Mots clés : éducation sexuelle, risques sexuels, enseignement secondaire, évaluation, Guadeloupe.

Résumé :

Objectif : Evaluer la mise en œuvre du dispositif d'éducation à la sexualité dans les collèges et lycées de la Guadeloupe.

Méthodes : Etude observationnelle transversale de type écologique portant sur 71 établissements scolaires du second degré en Guadeloupe. Etablissement d'un score d'effectivité sur critères de conformité au cadre réglementaire.

Résultats : 30% des lycées et 35,7% des collèges parvenaient à un score de conformité maximal ou sous maximal. En analyse multivariée, une présence infirmière inférieure à un mi-temps et l'absence d'implication du chef d'établissement multipliaient par sept le risque de faible score de conformité ($p : 0,001$ à $0,017$). Selon les personnels interrogés, les principales faiblesses du dispositif étaient le manque de personnel médicosocial et les difficultés d'organisation du temps scolaire. Les principaux obstacles étaient la crainte du caractère incitatif du dispositif et de son inefficacité à prévenir des grossesses précoces désirées.

Conclusion : Le dispositif d'éducation à la sexualité en milieu scolaire est incomplètement mis en œuvre en Guadeloupe. Nous proposons des pistes pour améliorer son effectivité et sa cohérence.

Jury :

Madame le Professeur J. HELENE-PELAGE, Présidente de Jury

Monsieur le Professeur E. JANKY

Monsieur le Professeur B. HOEN

Monsieur le Docteur P. CARRERE, Directeur de thèse
