



Évaluation des moyens de prévention des grossesses précoces dans les collèges et lycées de la Martinique

Ketsia Dubo

► To cite this version:

Ketsia Dubo. Évaluation des moyens de prévention des grossesses précoces dans les collèges et lycées de la Martinique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01468458

HAL Id: dumas-01468458

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01468458>

Submitted on 15 Feb 2017

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.



*Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud
UFR DES SCIENCES MÉDICALES*

EVALUATION DES MOYENS DE PREVENTION DES GROSSESSES PRECOCES DANS LES COLLEGES ET LYCEES DE LA MARTINIQUE

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe
BASTARAUD des Antilles

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 06/10/2016

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Par DUBO Ketsia

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Louis JEHEL	Président
Monsieur le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS	Membre
Monsieur le Professeur Vincent MOLINIE	Membre
Monsieur le Docteur Samuel M'PAY	Membre
Madame le Docteur Anne CRIQUET-HAYOT	Membre (Directrice)



*Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud
UFR DES SCIENCES MÉDICALES*

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

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI

Médecine interne
CHU de FORT- DE - FRANCE

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Pierre COUPPIE

Dermatologie
CH de CAYENNE

Thierry DAVID

Ophtalmologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
CHU de FORT- DE - FRANCE

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive
CHU de FORT- DE - FRANCE

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
CHU de FORT- DE - FRANCE

André WARTER

Anatomopathologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

André CABIE

Maladies Infectieuses
CHU de FORT- DE - FRANCE

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Raymond CESAIRE

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option
virologie**
CHU de FORT- DE - FRANCE

Philippe DABADIE

Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale
CHU de FORT- DE - FRANCE

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de FORT- DE - FRANCE

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE

Guillaume THIERY

Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Magalie DEMAR

Parasitologie et Infectiologue
CH de CAYENNE

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de FORT DE FRANCE

Philippe KADHEL

Gynécologie-obstétrique
CHU de FORT DE FRANCE

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de FORT- DE - FRANCE

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de FORT- DE - FRANCE

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

EYRAUD Rémi	Urologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
MARY Julia	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE
MOINET Florence	Rhumatologie et Médecine Interne CHU de FORT- DE - FRANCE
CARRERE Philippe	Médecin Générale CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
DE RIVOYRE Benoit	Ophtalmologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
SEVERYNS Mathieu	Orthopédie CHU de FORT –DE- FRANCE
DELAIGUE Sophie	Dermatologie – Maladies Infectieuses CH de CAYENNE
Katlyne POLOMAT	Médecine interne CHU de FORT- DE - FRANCE
BORJA DE MOZOTA Daphné	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
ROSE-DITE MODESTINE Johan	Urologie CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
JACQUES-ROUSSEAU Natacha	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
GUILLE Jérémy	ORL et Chirurgie Maxillo Faciale CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
BLETTERY Marie	Rhumatologie 5D CHU de FORT- DE - FRANCE
SCHOELL Thibaut	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE

SAJIN Ana Maria

Psychiatrie
CHU de FORT- DE - FRANCE

GHASSANI Ali

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES

BRUNIER-AGOT Lauren

Rhumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

CHARMILLON Alexandre

Maladies Infectieuses
CH de CAYENNE

Professeurs EMERITES

Bernard CARME

Parasitologie

Aimé CHARLES-NICOLAS

Psychiatrie Adulte

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Louis JEHEL,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Vincent MOLINIE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Samuel M'PAY.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et mon profond respect.

A Madame le Docteur Anne CRIQUET-HAYOT,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour votre aide et votre temps mis à disposition pour la réalisation de ce projet.

A Madame Karen ROME, pour son aide précieuse dans l'analyse statistique des données et son soutien.

Au Docteur Maryse MARCELIN, au Docteur Sandrine TIGNAC, à Madame Brioux pour leur aide à la réalisation de ce travail.

A Monsieur Jérôme GUILLE pour son aide informatique.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation.

A ma famille et mes ami(e)s.

ABSTRACT

Context

An outbreak in the number of teenage pregnancies and abortions has been observed in Martinique which is a major public health issue.

Objectives

To assess the implementation of teenage pregnancy prevention program in the secondary schools in Martinique. To determine the limits of the prevention program in order to propose areas for improvement.

Method

This is a cross observational epidemiological study carried out in 61 secondary schools in Martinique. Data collection has been conducted through a questionnaire of 82 questions addressed to the heads of secondary schools and to the person designated by them, in accordance with the Rector of Martinique. A descriptive analysis of data has been performed. Education policy respective effectiveness and coherence scores have been created to assess the implementation of teenage pregnancy prevention program.

Results

61 secondary schools participated in the survey. 55.7 % were junior high-school classes and 44.3% high-school classes. 83.6% were public schools. No permanency was provided by a nurse in 8.2 % of the schools, or a doctor in 41 % of them. 85.2% of the Principals stated that they felt involved in teenage pregnancy prevention. 31.1% considered that they did not have the necessary resources to develop that prevention plan against 29.5% of health education project coordinators. 64.7% of junior high-schools and 37% of high-schools had a compliance score with the maximal or submaximal recommendations. 58.8% of junior high and 29.6% of high schools had a coherence score in the implementation of the maximal or submaximal educational policy. School heads (directors) mention among the program weaknesses, the lack of human resources (26.2%) while health education project coordinators point out a lack of school time (24.6%). The most frequently mentioned obstacle is sexual or religious taboo (14.8% / 11.5%).

Conclusion

Our study is the first external assessment in Martinique of the effectiveness of teenage prevention program in schools. Teenage prevention program implementation is quite well observed (implemented) in junior high schools and to a lesser extent in high schools. Yet the number of teenage pregnancies still remains significant in Martinique. It therefore seems necessary to strengthen the school-based prevention program, but also to develop public awareness actions to achieve sustainable behavior changes.

RESUME

Contexte

Le nombre des grossesses précoces et des IVG est en recrudescence en Martinique et constitue un problème de santé publique majeure.

Objectif

Évaluer la mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces dans les établissements du second degré en Martinique. Déterminer les limites du dispositif de prévention afin de proposer des pistes d'amélioration.

Méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale sur 61 établissements du second degré de Martinique. Le recueil de données a été effectué par un questionnaire de 82 questions adressé aux chefs d'établissements du second degré et à la personne désignée par eux, en accord avec le Rectorat de la Martinique. Une analyse descriptive des données a été réalisée. Des scores respectifs d'effectivité et de cohérence de la politique éducative ont été construits afin d'évaluer la mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces.

Résultats

61 établissements du second degré ont participé à l'enquête. 55,7% avaient des classes de collège et 44,3% des classes de lycées. 83,6% étaient publics. Aucune permanence n'était assurée par une infirmière dans 8,2% des établissements et par le médecin dans 41%. 85,2% des chefs d'établissements ont dit se sentir impliqué dans la prévention des grossesses précoces. 31,1% estimaient ne pas disposer des moyens nécessaires au développement de cette prévention contre 29,5% des coordinateurs du projet d'éducation à la santé. 64,7% des collèges et 37% des lycées avaient un score de conformité aux recommandations maximal ou sous maximal. 58,8% des collèges et 29,6% des lycées avaient un score de cohérence à la mise en place de la politique éducative maximal ou sous maximal. Parmi les faiblesses du dispositif, les chefs d'établissements évoquent le manque de ressource humaine (26,2%) alors que les coordinateurs du projet d'éducation à la santé évoquent un manque de temps scolaire (24,6%). L'obstacle le plus souvent évoqué est le tabou sexuel ou religieux (14,8%/11,5%).

Conclusion

Notre étude est la première évaluation externe en Martinique de l'effectivité du dispositif de prévention des grossesses précoces en milieu scolaire. La mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces est plutôt bien respectée dans les collèges et dans une moindre mesure dans les lycées. Cependant le nombre des grossesses précoces reste encore important en Martinique. Il semble donc nécessaire de renforcer le dispositif de prévention en milieu scolaire, mais également de développer des actions de sensibilisation du grand public, pour obtenir des changements de comportement durables.

LISTE DES ABREVIATIONS

BDHF : Banque de données hospitalières de France

CESC : Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté

CHUM : Centre hospitalo-universitaire de la Martinique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPE : Coordinateur du projet d'éducation à la santé

CU : Contraception d'urgence

DOM : Département d'outre-mer

DRESS : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DIU : Dispositif Intra Utérin

ECLAIR : Ecoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite

EP : Etablissement prioritaire

FCS : Fausse couche spontanée

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IST : Infection sexuellement transmissible

LEGT : Lycée d'enseignement général et technologique

LP : Lycée professionnel

RRS : Réseau de réussite scolaire

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

SVT : Sciences de la vie et de la Terre

ULIS : Unités localisées pour l'inclusion scolaire

ZUS : Zone urbaine sensible

TABLE DES MATIERES

<u>1. Introduction</u>	16
<u>2. Rappels</u>	18
<u>2.1. Les grossesses précoces</u>	18
<u>2.1.1. Définition</u>	18
<u>2.1.2. Quelques données épidémiologiques sur les grossesses précoces et IVG en Martinique par rapport à la Métropole.</u>	19
<u>2.1.3. La sexualité et la contraception chez les adolescentes</u>	20
<u>2.1.4. Les facteurs de risque de grossesses précoces</u>	23
<u>2.1.5. Conséquence des grossesses précoces</u>	25
<u>2.2. Les Recommandations du ministère de l'éducation nationale sur la prévention des grossesses précoces et des IVG.</u>	26
<u>2.2.1. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté</u>	26
<u>2.2.2. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées</u>	27
<u>2.2.3. Les mesures complémentaires à l'éducation à la sexualité</u>	29
<u>2.2.4. L'évaluation des actions d'éducation à la sexualité</u>	30
<u>3. Matériel et méthode</u>	31
<u>3.1. Le type d'étude</u>	31
<u>3.2. La population étudiée</u>	31
<u>3.2.1. Les critères d'inclusion</u>	32
<u>3.2.2. Les critères d'exclusion</u>	32
<u>3.3. Le recueil de données</u>	33

<u>3.4. L'aspect éthique</u>	34
<u>3.5. L'analyse statistique</u>	35
<u>4. Résultats</u>	37
<u>4.1. Caractéristiques des établissements</u>	38
<u>4.2. Points de vue des chefs d'établissements</u>	39
<u>4.3. Implication et formation des équipes administratives et pédagogiques</u>	41
<u>4.4. Organisation d'au moins trois séances d'éducation à la sexualité</u>	43
<u>4.5. Autres éléments du dispositif d'éducation à la sexualité</u>	45
<u>4.6. Conformité au cadre réglementaire et cohérence avec la politique éducative en matière d'éducation à la sexualité</u>	46
<u>4.7. Faiblesses et obstacles au dispositif de prévention selon les chefs d'établissements et les coordinateurs du projet d'éducation à la santé</u>	48
<u>4.8. Association entre les scores d'effectivité et les caractéristiques des établissements.</u>	50
<u>4.9. Association entre les scores de cohérence et les caractéristiques des établissements.</u>	52
<u>5. Discussion</u>	54
<u>5.1. Résultats principaux</u>	54
<u>5.2. Les limites de l'étude</u>	57
<u>5.3. Focus sur les grossesses précoces en Martinique un an plus tard</u>	58
<u>5.4. Perspectives de l'étude</u>	68
<u>6. Conclusion</u>	70
<u>7. Références Bibliographiques</u>	71

<u>8. Annexes</u>	75
<u>8.1. Annexe 1 : Questionnaire aux établissements</u>	75
<u>8.2. Annexe 2 : Lettre du recteur aux établissements</u>	115
<u>8.3. Annexe 3 : Serment d'Hippocrate</u>	115

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>Tableau 1: Caractéristiques des établissements</u>	38
<u>Tableau 2: Point de vue des chefs d'établissement</u>	40
<u>Tableau 3: Implication et formation des équipes administratives et pédagogiques</u>	41
<u>Tableau 4: Composition et formation des équipes administratives et pédagogiques</u>	42
<u>Tableau 5: Organisation d'au moins trois séances d'éducation à la sexualité</u>	44
<u>Tableau 6: Séances spécifiquement dédiées aux élèves scolarisés en SEGPA et ULIS</u> .	44
<u>Tableau 7: Autres éléments du dispositif d'éducation à la sexualité</u>	45
<u>Tableau 8: Score de conformité</u>	48
<u>Tableau 9: Score de cohérence</u>	48
<u>Tableau 10: Faiblesses du dispositif mentionnées par les chefs d'établissements et les coordinateurs responsables du projet d'éducation à la santé</u>	49
<u>Tableau 11: Obstacles du dispositif mentionnés par les chefs d'établissement et les coordinateurs responsables du projet d'éducation à la santé</u>	50
<u>Tableau 12: Les IVG selon les régions en 2013</u>	61
<u>Tableau 13: Les accouchements, IVG et FCS recensés chez les mineures dans les 3 maternités de Martinique en 2012, 2013 et 2014</u>	62
<u>Tableau 14: Les grossesses chez les mineures dans les collèges de la Martinique</u>	63
<u>Tableau 15: Les grossesses chez les mineures dans les établissements du second degré contenant des classes SEGPA</u>	63
<u>Tableau 16: Les grossesses chez les mineures dans les lycées de la Martinique</u>	64
<u>Tableau 17: Délivrance de la contraception d'urgence chez les mineures</u>	65

<u>Figure 1: Collèges en Martinique 2012-2013</u>	31
<u>Figure 2: Lycées en Martinique 2012-2013</u>	31
<u>Figure 3: Evolution de la population</u>	58
<u>Figure 4: Implantation des hôpitaux en Martinique</u>	59

1. Introduction

Selon la classification internationale, la grossesse adolescente est définie par toute maternité survenant avant l'âge de 15 à 19 ans (1).

Depuis les années 60-70, une véritable « épidémie » de grossesses d'adolescentes s'est déclarée dans les pays occidentaux, Etats-Unis et Grande- Bretagne en tête. Les progrès de la médecine, la politique sanitaire de prévention et d'éducation à la santé dans les domaines de la vie familiale, affective et sexuelle, la libéralisation légale des moyens de contraception et la dépénalisation de l'avortement, n'ont pas eu raison de cette flambée épidémiologique. Au-delà des années 90, et malgré une diminution du taux global de natalité et du nombre d'IVG, la fécondité reste importante dans la plupart des pays industrialisés, à l'exception du Pays-Bas et en Scandinavie, régions réputées plus libérales en matière de sexualité (2).

La permanence d'une fécondité élevée chez les adolescentes s'explique par différents critères tels que la diminution progressive de l'âge pubertaire, l'abaissement de l'âge des premières relations sexuelles, le relâchement et/ou la modification des mœurs sexuelles, le désir précoce d'enfant, etc.

Dans nos sociétés occidentales, avoir un enfant à l'adolescence représente une perturbation de l'ordre séquentiel, socialement construit de la procréation. La parentalité à l'adolescence apparaît d'autant plus hors norme que les femmes et les couples ont moins d'enfants et que, lorsqu'ils en ont, c'est à un âge plus tardif.

Les grossesses précoces ne sont pas problématiques seulement à cause de leur prévalence élevée, mais aussi parce qu'elles sont fréquemment associées à une série de difficultés d'ordre socio-économique, familial et psychologique (3). Elles mettent en tension l'ordre sociétal,

sollicitent les familles et leurs ressources et révèlent la vulnérabilité de certaines adolescentes qui la vivront. Et en ce sens, elles constituent un réel problème de santé publique.

Dans les DOM, les taux de grossesses précoces sont plus élevés qu'en Métropole : 6,2 % en Guyane, 3,8 % à la Réunion, 2,8% en Guadeloupe et en Martinique contre 0,6% pour la France Métropolitaine (4). Les interruptions de grossesses sont plus importantes et plus particulièrement chez les mineures de 15-17 ans (5). Selon L'INSEE, la fécondité est généralement plus élevée et plus précoce qu'en Métropole (6).

Ainsi, il s'avère nécessaire de sensibiliser les jeunes générations dès l'âge scolaire aux questions d'une sexualité responsable et épanouie. C'est un des rôles de notre système éducatif en complémentarité avec les familles.

En ce sens, une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène (7). Ces séances sont inscrites dans l'horaire global annuel des élèves. Le dispositif d'éducation à la sexualité doit être intégré au projet d'établissement. Il s'appuie sur une équipe de personnel volontaire constitué dans un souci de pluralité d'enseignants et de personnels d'éducation, sociaux et de santé formée à cet effet ainsi que d'intervenants extérieurs agréés par l'éducation nationale. Les personnels des établissements scolaires doivent assurer la diffusion des informations sur la contraception en mettant à disposition des élèves des dépliants et des espaces d'affichages.

Des actions éducatives ponctuelles sur la prévention des grossesses précoces sont organisées dans les établissements au-delà de l'enseignement des SVT et des séances d'éducation à la sexualité.

Selon une étude réalisée dans les établissements du second degré français, sur 94% des établissements qui menaient des actions d'éducation à la sexualité, seulement 49% en moyenne répondaient aux critères de cohérence d'une politique éducative de santé (8).

A ce jour, aucune étude, n'a été faite dans les DOM.

En Martinique qu'en est-il ? Les moyens de prévention des grossesses précoces dans les collèges et les lycées sont-ils conformes aux recommandations de l'éducation nationale ? C'est l'objet de notre travail.

Notre objectif principal est d'évaluer la mise en œuvre des moyens de prévention des grossesses précoces dans les collèges et lycées en Martinique, avec en particulier leur conformité au cadre réglementaire ainsi que leur cohérence.

Notre objectif secondaire est de déterminer les limites du dispositif de prévention des grossesses précoces constatées par les établissements, afin de pouvoir trouver des pistes d'amélioration.

2. Rappels

2.1. Les grossesses précoces

2.1.1. Définition

Plusieurs termes sont employés dans la littérature pour désigner la grossesse survenant à l'adolescence : grossesses précoces, grossesses chez l'adolescente ou chez une mineure. Il n'y a pas de tranche d'âge clairement définis. Certains auteurs parlent de grossesses à l'adolescence chez les jeunes filles de 15 à 19 ans (1). Dans notre étude, on s'intéressera aux jeunes filles de moins de 18 ans.

2.1.2. Quelques données épidémiologiques sur les grossesses précoces et IVG en Martinique par rapport à la Métropole.

La fréquence des grossesses à l'adolescence varie beaucoup selon les pays. Les Etats-Unis ont, avec la Russie, le taux le plus élevé des pays industrialisés soit 3,9% en 2009 et le Royaume Uni le taux le plus élevé d'Europe soit 2,6%. En France métropolitaine, le taux des maternités à l'adolescence est de 0,8 % en 2008. Les grossesses adolescentes représentent 0,6% des naissances totales soit environ 4200 par an (1).

En Martinique, les naissances se produisent plus fréquemment aux âges extrêmes de la procréation. Ainsi, par rapport à la moyenne nationale, on enregistre plus de naissances chez les jeunes femmes (< 18 ans) mais aussi plus chez les femmes de 40 ans et plus. Les mineures représentent chaque année environ 2,5% des mères qui donnent naissance à un enfant sachant qu'il s'agit en majorité de jeunes filles âgées de 16 à 17 ans, les plus jeunes d'entre elles (moins de 15 ans) n'excédant pas la dizaine (9).

En 2013, 229 000 IVG ont été réalisés en France, dont 217 000 en Métropole. Leur nombre est relativement stable depuis 2006 et varie peu chaque année. Il enregistre une hausse en 2013, après deux années de légère baisse : il est ainsi passé de 226 100 en 2010 à 222 200 en 2011, et 219 000 en 2012. Dans les DOM (hors Mayotte) le nombre des IVG varie de 12 000 à 13 000 par an. En Métropole, 26 000 femmes de moins de 20 ans ont effectué une IVG en 2013 soit 14 femmes sur 1000, contre 28 pour 1000 dans les DOM. C'est parmi les femmes de 20 ans à 24 ans que les IVG demeurent les plus fréquentes. Elles concernent 28,1 femmes sur 1000 en Métropole contre 51,1 dans les DOM (5).

2.1.3. La sexualité et la contraception chez les adolescentes

L'adolescence

L'adolescence est définie comme un temps de passage de l'enfance et de la sexualité infantile à la responsabilité adulte et la sexualité adulte, à l'engagement dans la vie sociale, professionnelle et affective avec ses choix déterminants qui donnent place dans les institutions (10). Elle est une période de conflit, nécessaire à l'équilibre ultérieur dont la finalité est l'autonomie, l'identité et l'adaptation sexuelle. Elle débute à la puberté et s'accompagne d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales.

L'entrée dans la sexualité : une baisse de l'âge au premier rapport sexuel

En Martinique, on observe un rajeunissement de l'entrée en sexualité des femmes puisque l'âge médian au premier rapport est de 17,5 ans pour les femmes âgées de moins de 40 ans contre 19,1 ans pour celle âgées de 40 ans et plus (11).

En Guadeloupe, l'âge médian à la ménarche et du premier rapport sexuel a baissé significativement pour atteindre respectivement 12 et 17 ans dans la plus jeune génération. Le risque de premier rapport avant la médiane était significativement augmenté en cas de précocité de la ménarche. Ces âges restent, pour la plupart, inférieurs aux données de la Métropole (12).

En France, l'âge moyen des premiers rapports sexuels reste stable autour de 17 ans. Cependant beaucoup d'adolescentes sont concernées avant par la contraception, avec environ un quart des adolescentes sexuellement actives dès 15 ans. Les adolescentes ont une activité sexuelle souvent sporadique, non planifiée, avec plusieurs partenaires au cours du temps (13).

La contraception à l'adolescence

Les adolescentes représentent 4,7% de la population générale. C'est une classe d'âge où la fertilité est élevée et l'utilisation de la contraception trop souvent négligée. L'adolescence se caractérise par une sexualité irrégulière, un accès à la contraception parfois difficile, une observance aléatoire, expliquant les échecs trop fréquents (14).

Depuis la loi du 4 juillet 2001, les jeunes mineures ont accès à la contraception et l'avortement sans autorisation parentale, avec dans les centres de planification familiale une gratuité assurée (14). Le rôle du médecin traitant est primordial dans la prescription de la première contraception qui doit tenir compte de la situation particulière de chaque adolescente. Il doit la laisser choisir celle qui lui paraît la plus adaptée et tenir compte de son accessibilité afin de favoriser l'observance. Il est recommandé en cas de moyen de contraception à risque d'inobservance, d'expliquer et de prescrire dans le même temps une contraception d'urgence.

En 2004, la HAS recommandait en première intention chez l'adolescente une contraception oestroprogestative plus ou moins associée au préservatif et considérait comme possiblement utilisable la pilule micro progestative, les dispositifs intra-utérins au cuivre et l'implant sous cutané à l'étonogestrel. Cependant la pilule pose de gros problème d'observance chez l'adolescente, et des galéniques favorisant l'observance, comme le patch sous cutané et l'anneau vaginal, ne doivent pas être négligées. Par ailleurs, l'expérience américaine montre que le DUI et l'implant, en tant que moyens de contraception réversibles de longue durée paraissent bien adaptés et à faible risque chez l'adolescente et devraient être proposés plus systématiquement (13).

En Martinique, le recours à la contraception est le plus élevé entre 25 et 34 ans (61,30%) qu'entre 16-24ans (44,70%). Les deux méthodes les plus utilisées sont la contraception orale et le stérilet. Le préservatif et les autres méthodes sont beaucoup moins employés (15). Ce constat est corroboré par une autre étude qui montre dans les DOM une couverture contraceptive élevée mais insuffisante en particulier chez les plus jeunes (11). On observe également un recours aux méthodes de contraception non médicalisées, plus élevé dans les DOM qu'en Métropole. En effet, 6 femmes sur 10 utilisent une méthode médicalisée (pilule, stérilet principalement) alors que 4 sur 10 privilégient une méthode liée à l'acte sexuel (préservatif, méthodes locales ou naturelles) dont l'efficacité théorique comme moyen contraceptif est plus faible. Le préservatif, comme méthode de contraception, garde une place privilégiée tout au long de la vie des hommes et des femmes dans les DOM, alors qu'en métropole, son usage est plutôt associé à l'entrée dans la sexualité. Cette moindre utilisation de la pilule et du stérilet pourrait s'expliquer par des opinions relativement négatives des habitants des DOM sur ces méthodes. Ces méthodes sont perçues par une proportion élevée de femmes comme des méthodes de contraception contraignantes et elles restent très souvent associées à l'idée que leur utilisation peut rendre stérile (44% pour la pilule, 54% pour le stérilet). Enfin, on note un recours important à la contraception d'urgence peu efficace en raison du manque de connaissances liées à son usage (10% en Guadeloupe, 8% en Martinique et 11% en Guyane contre moins de 3% des femmes en Métropole). La diffusion de la contraception d'urgence semble encore insuffisante pour observer un effet mesurable sur la prévalence des grossesses non prévues chez les jeunes en raison de la méconnaissance des règles d'accès et d'utilisation. Hormis la notion d'un accès sans prescription qui est largement diffusée, les délais pour lesquels elle doit être prise pour une efficacité optimale sont peu connus (11).

2.1.4. Les facteurs de risque de grossesses précoces

Précocité sexuelle

Les jeunes mères très précoces ont toutes eu leurs premiers rapports sexuels avant 17 ans. Cette précocité est au départ physiologique : les deux tiers des jeunes mères ont eu leurs premières règles avant 13 ans. Par ailleurs, le caractère précoce des premières relations se combine avec une faible utilisation de la contraception (16).

La puberté précoce, la sexualité précoce, les rapports non protégés à l'adolescence et le nombre de partenaires sexuels au début de l'âge adulte sont intimement liés (17). Ces comportements sexuels précoces seraient favorisés par une consommation précoce de drogues ainsi que par des troubles dépressifs. L'âge de la puberté a effectivement une influence sur la sexualité mais ce lien va être modulé par un certain nombre de facteurs socio-comportementaux et n'est pas pérenne. Il n'est pas un bon indicateur de maturité de l'adolescence pour la sexualité car la maturité précoce et la sexualité précoce sont généralement associées à des comportements à risque.

Enfin, sept variables sont significativement et indépendamment associées à une initiation sexuelle précoce chez les filles (18) : famille recomposée ou monoparentale, ivresses répétées, consommation quotidienne de tabac, expérimentation du cannabis, sorties fréquentes le soir entre amis, appréciation plutôt négative de sa vie et ménarche à 12 ans ou moins. L'identification des différents facteurs associés à la précocité des premières relations sexuelles permettrait aux professionnels de santé une prise en charge plus ciblée et plus précoce de ces adolescentes particulièrement à risque.

Impact des facteurs psycho-socio-économiques sur les grossesses précoces

Certaines grossesses sont activement désirées sous l'influence de facteurs socio-économiques, culturels ou psychologiques. En effet, la plupart des adolescentes qui poursuivent leur grossesse viennent d'un milieu socio-économique défavorisé ou dysfonctionnel et de familles monoparentales. Elles sont elles-mêmes filles de mères adolescentes. Elles occupent des emplois peu rémunérés et peu valorisés. Les pères appartiennent comme les jeunes femmes aux milieux les moins bien nantis de la population. Mais la plupart d'entre eux travaillent et sont plus âgés (un tiers ont plus de 25 ans). La maturité sexuelle est souvent atteinte bien avant la maturité psychosociale. Ainsi, les adolescentes, initiées plus tôt à la sexualité, ne sont pas forcément outillées de façon adéquate, sur les plans cognitif, émotionnel et social, pour affronter les difficultés et négocier les risques liés à la sexualité(19).

Par ailleurs, les maternités à l'adolescence peuvent s'expliquer par le fait qu'un certain nombre d'adolescentes souhaitent avoir un enfant pour stabiliser une relation avec un homme et/ou acquérir un statut social. D'autres motivations très diverses sont évoquées : désir de prouver sa féminité, de s'émanciper, désir d'exister, désir naturel de maternité, désir de se reproduire, désir de prouver son indépendance à ses parents, mais également la volonté implicite de lancer un cri d'alarme, un signal de détresse qui peut couvrir un état pathologique, une dépression, l'envie de suicide ou correspondre à un passage à l'acte comme un suicide, un dérapage existentiel profond (2). Les praticiens et les travailleurs sociaux doivent prendre conscience de l'importance de la prévention et la prise en charge spécifique de ces adolescentes.

La contraception

Si le préservatif s'est imposé avec l'épidémie de sida, après une utilisation temporaire en début de relation, il est abandonné et généralement remplacé par la pilule. Ce changement de

méthode contraceptive ne s'effectue pas toujours bien, notamment en raison d'un dialogue difficile avec les familles et de la persistance de représentation et autres légendes urbaines circulant entre jeunes autour de la pilule, à l'origine d'échecs fréquents (20). D'autre part, les moyens de contraception ne sont pas toujours adaptés au mode de vie des adolescentes ce qui rend l'observance difficile.

2.1.5. Conséquence des grossesses précoces

Au-delà de l'image négative souvent véhiculée par nos sociétés occidentales, la parentalité à l'adolescence n'est pas un fait pathologique en soit et peut s'exprimer dans une grande diversité attribuable à des facteurs intra personnels, socio-économiques, et culturels.

S'il est communément admis que les grossesses à l'adolescence ne présentent pas de risque obstétrical plus élevé (4), elles sont devenues des grossesses à risque psychosocial, en raison des difficultés sociales que peut induire une maternité précoce à court ou long terme.

Les mères adolescentes doivent fréquemment faire face aux conséquences suivantes : isolement social, habitude de vie déficiente, sous-scolarisation, mauvais traitements, troubles psychiatriques telles que la dépression maternelle ainsi que des difficultés dans les soins du bébé. Les jeunes mères courent plus de risque d'abandonner l'école ou d'atteindre un niveau de scolarisation moins élevé, et par conséquent de plafonner professionnellement ou de rater des occasions d'emploi, autant de facteurs qui favorisent le recours aux prestations d'assistance-emploi (19).

Ainsi, la conjonction du risque social et dans une moindre mesure du risque médical fait des maternités précoces un problème de santé publique majeur. La prise en charge des grossesses à l'adolescence est complexe et nécessite une collaboration multidisciplinaire tout au long du

suivi. Il est indispensable de permettre un accueil rapide des jeunes femmes dans les maternités et de mettre en place un accompagnement psycho-social à long terme.

2.2. Les Recommandations du ministère de l'éducation nationale sur la prévention des grossesses précoces et des IVG.

2.2.1. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Le CESC s'inscrit dans le pilotage de la politique de chaque établissement scolaire du second degré (21).

Il est une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Le CESC organise le partenariat en fonction des problématiques éducatives à traiter (21).

Le CESC réunit, sous la présidence du chef d'établissement, les personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement et des représentants des personnels enseignants, des parents et des élèves, désignés par le chef d'établissement sur proposition des membres du conseil d'administration appartenant à leurs catégories respectives, ainsi que des représentants de la commune et de la collectivité de rattachement au sein de ce conseil. En fonction des sujets traités, il peut associer à ses travaux toute personne dont il estime l'avis utile (21).

Il exerce plusieurs missions dont notamment celle de définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque (21).

2.2.2. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

L'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique dans le domaine de la sexualité, ainsi que les connaissances scientifiques liées à la maîtrise de la reproduction humaine a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen.

Elle a pour objectif de donner aux élèves les moyens de s'approprier les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et de leur permettre de mieux analyser les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement. En partant de leurs représentations et de leur acquis, l'éducation à la sexualité vise à apporter aux élèves les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité. Elle doit susciter leur réflexion à partir de ces informations, et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

Les dispositions de la loi du 4 juillet 2001 se sont traduites par la circulaire d'application du 17 février 2003. Ainsi, une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène (7). Mais elle peut être complétée par des actions ponctuelles (journée mondiale de la contraception) et par des entretiens individuels selon les besoins des élèves.

Au collège et au lycée, le chef d'établissement établit en début d'année scolaire les modalités d'organisation et la planification de ces séances, inscrites dans l'horaire global annuel des élèves. Le dispositif doit être intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration. Pour les lycées, il doit faire l'objet d'un débat au sein du conseil de la vie lycéenne (7)

Les modalités d'organisation des séances, la durée, la taille des groupes sont adaptées à chaque niveau de scolarité (7).

La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité doit s'appuyer sur une véritable démarche de projet qui permet à la fois d'informer et /ou d'associer les parents d'élèves, de garantir la cohérence et la coordination des différents apports et d'assurer, le cas échéant des interventions de partenaires extérieurs (7).

Ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires constituée dans un souci de pluralité, associant autant que possible, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet (7).

Il peut être fait appel à des intervenants extérieurs institutionnels et associatifs ayant reçu l'agrément national ou académique. Afin d'assurer la continuité de la relation éducative, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des actions, un coordinateur responsable de l'éducation à la santé sera désigné (7).

La formation initiale et continue des personnels s'inscrit comme une des composantes du dispositif de pilotage d'une éducation à la sexualité des élèves (7). Elle prend appui aussi bien sur les ressources académiques que sur celles apportées par les intervenants extérieurs institutionnels ou associatifs habilités à intervenir auprès des élèves dans le domaine de l'éducation à la sexualité (7).

Deux guides sont disponibles afin d'optimiser l'organisation de ces séances adressées aux personnels des établissements :

- ✓ Le guide du formateur qui est avant tout un document d'appui et de réflexion pour les personnels responsables de la formation et de la mise en œuvre des actions dans les établissements scolaires (22).
- ✓ Le guide d'intervention pour les collèges et les lycées qui constitue un appui méthodologique à l'organisation des séances d'éducation à la sexualité (23).

2.2.3. Les mesures complémentaires à l'éducation à la sexualité

En plus des séances d'éducation à la sexualité, des mesures complémentaires sont mises en place afin de renforcer la diffusion des informations et la prévention.

Le préservatif

Au collège, les préservatifs sont accessibles auprès de l'infirmière scolaire, lui permettant de délivrer aux élèves une information claire et adaptée sur la sexualité et les risques associés.

Au lycée, le CESC doit proposer au conseil d'administration l'installation de distributeurs automatiques, qui donne son accord. Les distributeurs de préservatifs doivent être aisément accessibles et maintenus en bon état de fonctionnement et d'approvisionnement. Cette mesure doit être inscrite dans un cadre pédagogique et éducatif qui prend appui sur les enseignements et les séances d'éducation à la sexualité (24).

La mise à disposition de dépliants informatifs sur la contraception

Les personnels des établissements scolaires doivent assurer la diffusion des informations sur la sexualité, la contraception, la prévention des grossesses non désirées, par l'intermédiaire d'un espace d'affichage et la mise à disposition de dépliants (7). Des brochures éditées par l'Inpes sont disponibles dans les infirmeries telles que « Choisir sa contraception ou Questions d'ados ».

Internet

Onsexprime.fr, site de l'Inpes, est un outil informatif et interactif dont la vocation est d'accompagner les adolescents de 12 à 18 ans à faire leur entrée dans la vie sexuelle.

La contraception d'urgence

Seul(e)s les infirmier(e)s rattaché(e)s à un établissement et y disposant d'un local permettant le respect de la confidentialité peuvent administrer la contraception d'urgence. Toute décision concernant l'administration d'une contraception d'urgence doit être précédée d'un entretien avec l'élève. Cet entretien doit permettre à l'infirmier(e) d'apprécier si la situation de l'élève correspond aux critères d'urgence et de détresse caractérisée. Chaque fois, il sera indiqué à l'élève que la contraception d'urgence ne constitue pas une méthode régulière de contraception et qu'elle ne peut pas être efficace dans tous les cas. Elle sera également informée que ce médicament ne saurait lui être administré de manière répétée et que son usage ne peut être banalisé. Lorsque les indications du médicament ne permettent plus l'administration d'une contraception d'urgence, l'élève devra impérativement être orientée vers un centre de planification ou d'éducation familiale, l'hôpital ou un médecin généraliste ou gynécologue en cas de retard de règles (25).

2.2.4. L'évaluation des actions d'éducation à la sexualité

L'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts (26).

Dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif d'éducation à la sexualité, une évaluation préliminaire va permettre d'identifier les besoins et attentes des élèves et ainsi d'adapter les

thèmes abordés lors des séances d'éducation à la sexualité. De même, une évaluation en fin d'année permettrait de mettre en relief les lacunes de l'enseignement afin de les corriger. Cette évaluation peut se faire par le biais de questionnaires adressés aux élèves avec réponses anonymes, par corrélation avec les motifs de consultations à l'infirmerie.

3. Matériel et méthode

3.1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale avec pour unités statistiques les établissements scolaires du second degré de la Martinique pendant l'année scolaire 2012-2013.

3.2. La population étudiée

Les établissements du second degré en Martinique

Figure 1: Collèges en Martinique 2012-2013

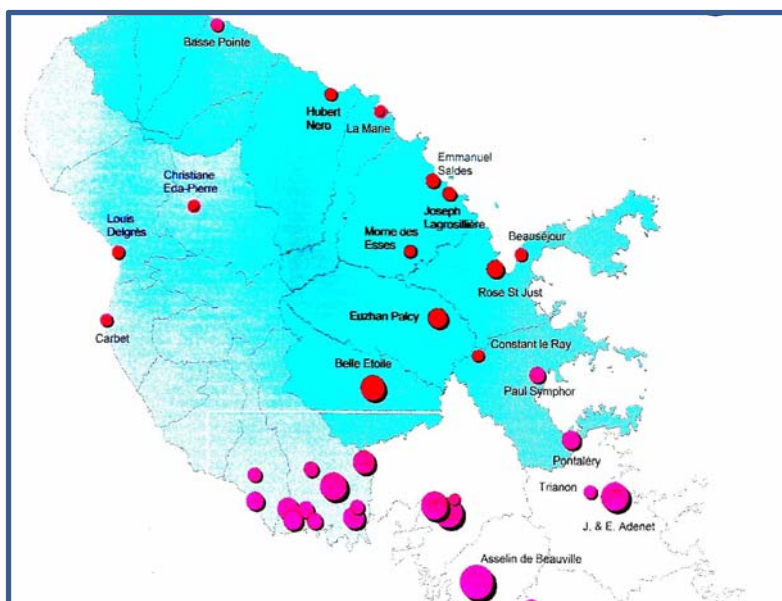
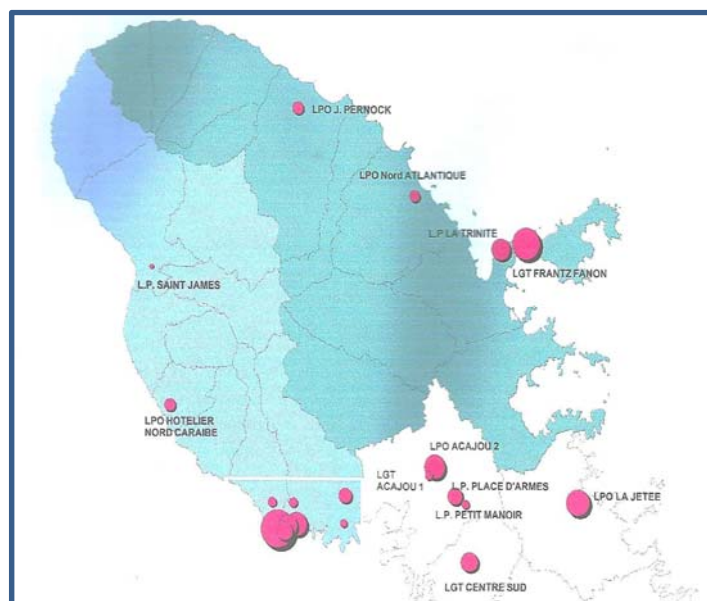


Figure 2: Lycées en Martinique 2012-2013



3.2.1. Les critères d'inclusion

Le recrutement des établissements a été fait de façon exhaustive à partir d'une liste disponible sur le site de l'académie de Martinique pour l'année 2012-2013.

Nous avons inclus à la fois les établissements du second degré publics, privés sous contrat et hors contrats.

3.2.2. Les critères d'exclusion

Nous avons exclu les établissements présentant les critères suivants :

- Les établissements du premier degré
- Les établissements du second degré n'ayant pas de chef d'établissement
- Les établissements du second degré qui ont refusés de participer à l'enquête ou qui n'ont pas donné suite à de nombreuses requêtes sur rendez-vous ou e-mail.

3.3. Le recueil de données

Au préalable, nous étions deux investigateurs, pour deux thèses différentes : une sur les IST et l'autre sur les grossesses précoces. Pour la réalisation de cette étude, nous avons créé un questionnaire (annexe 1) composé de questions à la fois sur les IST et les grossesses précoces, avec l'aide du département de médecine générale. Ce questionnaire a été soumis au Rectorat de la Martinique avec notre projet d'évaluation des moyens de prévention des grossesses précoces et des IST dans les établissements du second degré en Martinique.

Monsieur le Recteur a validé notre projet et nous a autorisés à réaliser notre étude.

Le rectorat a diffusé notre questionnaire par voie administrative accompagné de la lettre signée par monsieur le Recteur (annexe 2).

Nous avons ensuite contacté chaque établissement du second degré de la Martinique afin de leur présenter notre projet et de solliciter leur participation.

Les données ont été recueillies entre le 1^{er} mai 2013 et le 31 mars 2014 soit :

- Directement auprès des chefs d'établissements et du coordinateur du projet de santé ou de la personne désignée par le chef d'établissement
- Soit par courriel électronique

Dans la liste que nous nous sommes procurés sur le site de l'académie Martinique, 91 établissements étaient recensés.

Au total, 61 établissements ont participé à l'enquête que ce soit par réponse directe ou par e-mail.

La composition du questionnaire

Ce questionnaire était composé de 82 questions divisées en 6 chapitres. A l'exception du chapitre B (point de vue d'un chef d'établissement) et C (point de vue du coordinateur du projet d'éducation à la santé) explicitement adressés au chef d'établissement et au coordinateur du projet d'éducation à la santé, les autres chapitres pouvaient être soumis à la personne désignée par le chef d'établissement au sein du personnel de l'éducation nationale. C'est ainsi par exemple que le chapitre A (caractéristiques de l'établissement) pouvait être rempli par un membre de l'équipe administrative de l'établissement.

Le questionnaire, divisé en six chapitres, nous permettait d'explorer :

- Des variables en rapport avec les caractéristiques des établissements.
- Des variables concernant le point de vue du chef d'établissement et du coordinateur du projet d'éducation à la santé sur la prévention des grossesses précoces.
- Des variables concernant la mise en œuvre du dispositif de prévention en accord avec les recommandations de l'éducation nationale.

3.4. L'aspect éthique

Cette étude ne soulève pas de questionnement éthique et n'a pas fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Les répondants ont été informés de leur consentement libre et éclairé, du caractère anonyme de leur réponse et de la possibilité de pouvoir les modifier s'ils le souhaitaient.

Aucune donnée nominative n'a été enregistrée dans la base de données réalisée pour les besoins de la recherche. Les établissements ont été rendus anonymes.

3.5. L'analyse statistique

Pour répondre à notre objectif principal :

- Un score d'effectivité du dispositif de prévention des grossesses précoces a été constitué sur des critères de conformité au cadre réglementaire, par sommation des réponses aux questions fermées portant sur :
 - La mise à disposition de dépliants informatifs sur la contraception
 - L'existence d'espace d'affichage sur la contraception
 - L'organisation de séances d'éducation à la sexualité
 - L'organisation d'actions éducatives ponctuelles sur la prévention des grossesses précoces
 - L'accès à la contraception d'urgence
 - L'accès, dans les lycées uniquement, à 1 distributeur de préservatif fonctionnel

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

- Un score de cohérence de la politique éducative de santé en matière d'éducation à la sexualité a été constitué sur des critères bibliographiques (8) par sommation des réponses aux questions fermées portant sur :
 - L'inscription du projet d'éducation à la sexualité dans le projet d'établissement
 - L'opérabilité du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
 - La nomination d'un coordinateur responsable de l'éducation à la santé
 - L'existence, dans les lycées uniquement, d'un débat du projet d'éducation à la sexualité au sein du conseil de la vie lycéenne
 - La réalisation d'un diagnostic préalable à la mise en place du projet
 - L'évaluation des actions en fin d'année scolaire

Soit un score maximal de 5 points pour les collèges et de 6 points pour les lycées.

En ce qui concerne la réalisation des scores de cohérence et d'effectivité, les valeurs telles que non réponse et non applicable ont été comptabilisées comme des zéros.

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

Dans un premier temps, nous avons décrit les caractéristiques des établissements, l'implication et la formation des personnels et la mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces.

Pour répondre à notre objectif secondaire :

Des questions ouvertes ont été posées aux chefs d'établissements et coordinateur du projet d'éducation à la santé. Ces questions avaient pour but de déterminer les obstacles rencontrés à la mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces afin d'identifier les besoins des établissements pour améliorer la mise en place de ce dispositif. Les réponses à ces questions ont été regroupées en plusieurs réponses sous-type puis analysées par établissement sous forme binaire. Pour chaque question sous-type, une sommation a été faite et le résultat rapporté au nombre d'établissement visités lycées et collèges confondus. Un même répondeur sollicité pouvait donner plusieurs réponses.

Pour ce qui concerne les faiblesses du dispositif, cinq items ont été retenus :

- Le manque de ressources humaines comprenant le manque de personnels médico-sociaux, le manque d'intervenants extérieurs et le manque de disponibilité des personnes ressources
- Le manque de temps dédié aux séances d'éducation à la sexualité et aux actions de prévention des grossesses précoces
- Le manque d'implication et de formation du personnel
- Le manque de moyens de communication attractif et universel

Pour ce qui concerne les freins du dispositif, deux items ont été retenus :

- Le tabou religieux ou sexuel
- L'opposition ou le manque d'implication des parents d'élèves

Afin de mettre en évidence les faiblesses du dispositif de prévention des grossesses précoces, une association a été recherchée par les tests de χ^2 et Fisher entre :

- Les scores d'effectivité et de cohérence et les caractéristiques des établissements.
- Les scores d'effectivité et de cohérence et l'implication et la formation des chefs d'établissements dans la prévention des grossesses précoces.
- Les scores d'effectivité et de cohérence et la présence d'un médecin scolaire et d'une infirmière dans l'établissement.
- Les scores d'effectivité et de cohérence et l'implication et la formation des parents d'élèves.

Le seuil de significativité retenu est de 5% et les tests statistiques sont réalisés en attitude bilatérale. Les rapports de prévalence ont été calculés pour mesurer les associations.

4. Résultats

Nous avons tout d'abord décrit les caractéristiques des établissements.

4.1. Caractéristiques des établissements

Parmi les établissements ayant répondu au questionnaire, 34 (55,7%) comprenaient des classes de collège et 27 (44,3%) des classes de lycées. 83,6 % étaient des établissements publics et 13,1% des établissements privés.

Ils s'intégraient à un dispositif d'éducation prioritaire dans 16 établissements (26,2%) et 10 établissements (16,4%) étaient situés en zone sensible urbaine.

Ils accueillaient dans 23% des cas des élèves scolarisés en ULIS et dans 26,2% des cas des élèves scolarisés en SEGPA.

29,5% des établissements comprenaient entre 38 et 363 élèves, 31,2% comptabilisaient entre 377 et 564 élèves et 26,2% comptaient entre 757 et 1271 élèves.

Dans 8,2% des établissements, aucune permanence n'était assurée par une infirmière de l'éducation nationale (exclusivement dans des établissements privés). Dans 23% des établissements, une infirmière était présente moins d'un mi-temps. Dans 34,4% des établissements, elle était présente un mi-temps à moins d'un temps plein et dans 31,1% des établissements, l'infirmière était présente un temps plein ou plus.

Dans 41% des établissements, aucune permanence n'était assurée par le médecin de l'éducation nationale.

Tableau 1: Caractéristiques des établissements

	n	%
Types d'établissement		
Comprenant des classes de collèges	34	55,7

Comprenant des classes de lycées	27	44,3
Public	51	83,6
Privé	8	13,1
Non renseigné	2	3,3
ECLAIR	16	26,2
Non renseigné	1	1,64
ZUS	10	16,4
Non renseigné	3	4,9
Présence d'élèves scolarisés en :		
ULIS	14	23,0
SEGPA	16	26,2
Nombre d'élèves par établissement		
De 38 à 363	18	29,5
De 377 à 564	19	31,2
De 757 à 1271	16	26,2
Non renseigné	8	13,1
Présence IDE : heures par semaine		
Aucune	5	8,2
Moins d'un mi-temps	14	23
Un mi-temps à moins d'un temps plein	21	34,4
Un temps ou plus	19	31,1
Non renseigné	2	3,3

4.2. Points de vue des chefs d'établissements

Parmi les chefs d'établissements répondants, 85,2% ont dit se sentir impliqué dans la prévention des grossesses précoces. 19,7 % déclaraient avoir été formés à cette prévention et 88,5% estimaient nécessaire de la développer. 31,1% des chefs d'établissements estimaient ne pas disposer des moyens nécessaires au développement de cette prévention.

Cet avis est partagé par 29,5% des coordinateurs du projet d'éducation à la santé.

Un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté était opérationnel dans 43 (70,5%) établissements interrogés. Un coordinateur responsable de l'éducation à la santé avait été désigné dans 46 (75,4%) établissements.

Un dispositif d'éducation à la sexualité avait été intégré au projet d'établissement dans 41 établissements (67,2%). Il avait fait l'objet d'un débat au sein du conseil de la vie lycéenne dans 2 lycées (7,4%).

Tableau 2: Point de vue des chefs d'établissement

	n	%
Implication dans la prévention des grossesses précoces		
Non	6	9,8
Oui	52	85,2
Non renseigné	3	4,9
Formation à la prévention des grossesses précoces		
Non	45	73,8
Oui	12	19,7
Non renseigné	2	3,3
Estime nécessaire de développer cette prévention		
Non	5	8,2
Oui	54	88,5
Non renseigné	2	3,3

Estime disposer des moyens nécessaires		
Non	19	31,1
Oui	37	60,7
Non renseigné	5	8,2

4.3. Implication et formation des équipes administratives et pédagogiques

Une équipe dédiée à l'éducation à la sexualité était constituée dans 21 établissements soit 34,4%.

Parmi les établissements ayant mis en œuvre les séances d'éducation à la sexualité, 37,7% ont déclaré n'avoir réalisé aucun diagnostic préalable à la mise en place du projet. Parmi ceux qui avait réalisé un diagnostic préalable, 57,7% l'ont réalisé au début d'année scolaire, 26,9 % il y avait plus d'un an mais moins de trois ans et 11,5% il y a plus de trois ans.

Ce diagnostic était réalisé dans 29,5% des cas à partir de données de l'infirmerie (nombre de grossesses précoces, de contraception d'urgence, demande de conseils, nombre d'IVG, demande de préservatif). Des questionnaires anonymes ont été proposés aux élèves afin d'évaluer leur connaissance dans 4,9% des cas ou des bulletins anonymes pour adresser des questions dans 16,4% des cas.

Un diagnostic final après la mise en œuvre des actions éducatives a été réalisé par 59 % des établissements ayant organisé ses séances d'éducation à la sexualité.

Tableau 3: Implication et formation des équipes administratives et pédagogiques

	n=61	%
Équipe dédiée à l'éducation à la sexualité		
Non	39	63,9
Oui	21	34,4
Non renseigné	1	1,7

Diagnostic de situation préalable à la mise en œuvre des actions		
Oui, dont :		
Au début de l'année scolaire 2012-2013	15	57,7
Il y a moins de trois ans mais plus d'un an	7	26,9
Il y a trois ans ou plus	3	11,5
Non	23	37,7
Non enseigné	5	8,2
Diagnostic final après mise en œuvre des actions		
Oui	36	59
Non	10	16,4
Non renseigné	9	14,8

Une équipe en charge de l'éducation à la sexualité était constituée dans 21 établissements. Le corps infirmier faisait partie de cette équipe dans 95,2 % des cas.

Dans 52,4% des cas cette équipe comprenait un CPE, dans 23,8% des cas un médecin de l'éducation nationale et dans 61,9% des cas un assistant du service social.

Un enseignant faisait partie de cette équipe dans 66,7% des cas. Il y avait au moins un professeur de SVT parmi les enseignants de cette équipe dans 71,4% des cas et un enseignant d'une autre matière dans 21,4% des cas.

33,3% des équipes ont reçu une formation depuis moins de 3 ans. Cette formation a été assurée dans 66,7% des cas par un médecin ou un infirmier de l'éducation nationale uniquement. 33,3% des équipes ont déclaré ne jamais avoir reçu de formation.

Tableau 4: Composition et formation des équipes administratives et pédagogiques

	n=21	%
Composition de l'équipe (si personnel présent dans l'établissement)		
IDE	20	95,2
Enseignants	14	66,7
CPE	11	52,4
Médecins	5	23,8
Assistant service social	13	61,9

Formation de l'équipe		
Jamais	7	33,3%
Oui, depuis moins de 3 ans	7	33,3%
Oui, depuis 3 à 5ans	2	9,5%
Non renseigné	1	4,8%

4.4. Organisation d'au moins trois séances d'éducation à la sexualité

Parmi les établissements participants, 88,5% proposaient des séances d'éducation à la sexualité.

Les séances d'éducation à la sexualité étaient plus fréquemment réalisées au collège en classe de quatrième (88,2%), troisième (70,6%) et au lycée en classe de seconde (77,8%).

Quand les niveaux étaient présents dans les établissements considérés, 52,9% proposaient au moins trois séances aux classes de quatrième, 51,9% aux classes de seconde, 38,2% aux classes de troisième, 32,4% aux classes de sixième, 14,7% aux classes de cinquième et 7,4% aux classes de terminal.

Lorsqu'elles étaient organisées, la participation des élèves aux séances d'éducation à la sexualité était obligatoire dans 78,7% des établissements.

Ces séances étaient presque toujours organisées par l'infirmier de l'éducation nationale (83,6%). Sont intervenus également les enseignants des sciences de la vie et de la terre

(16,4%), les conseillers principaux d'éducation (6,6%), les enseignants d'autres matières au même titre que les assistants d'éducation (3,3%). Les intervenants extérieurs ont participé également activement à l'organisation des séances dans 36,1% des cas (les sages-femmes et le réseau sexualité de la Martinique).

L'animation de ses séances s'est faite principalement par l'infirmier de l'éducation nationale (73,8%) ainsi que les intervenants extérieurs (68,9%), le plus souvent en partenariat. Ces intervenants étaient le plus souvent les sages-femmes et le réseau sexualité de la Martinique. Des professeurs des sciences de la vie et de la terre ont participé dans 13,1% des cas. Des enseignants d'autres matières et des assistants d'éducation ont animé ces séances dans 3,3 des cas. Enfin les CPE ont participé dans 1,6% des cas.

Tableau 5: Organisation d'au moins trois séances d'éducation à la sexualité

	n	%
6 ^{ème}	11	32,4
5 ^{ème}	5	14,7
4 ^{ème}	18	52,9
3 ^{ème}	13	38,2
2 ^{nde}	14	51,9
1 ^{ère}	6	22,2
Terminale	2	7,4

Parmi les établissements ayant des élèves scolarisés en ULIS, 21,4% leur proposaient des séances spécifiquement dédiées, 62,5% pour les élèves scolarisés en SEGPA

Tableau 6: Séances spécifiquement dédiées aux élèves scolarisés en SEGPA et ULIS

	n	%
SEGPA	10	62,5
ULIS	3	21,4

4.5. Autres éléments du dispositif d'éducation à la sexualité

Un distributeur de préservatif en état de fonctionnement était présent dans 4 lycées (36,4%).

Des dépliants informatifs concernant la contraception étaient disponibles dans 90,2% des établissements et un espace d'affichage dédié dans 68,9% des établissements.

La contraception d'urgence était accessible dans 83,6% des établissements.

Des actions ponctuelles de prévention des grossesses précoces ont eu lieu dans 31,1% des établissements, quasiment exclusivement lors de la dernière journée mondiale de la contraception.

Des actions spécifiquement dédiées aux parents d'élèves ont été menées dans 9,84% des établissements. Les parents d'élèves ont participé à l'organisation d'actions ponctuelles dans un seul établissement (1,6%).

Tableau 7: Autres éléments du dispositif d'éducation à la sexualité

	n	%
Distributeur de préservatif (lycée uniquement)		
Présent	11	40,7
En état de marche	4	36,4
Contraception d'urgence		
Oui	51	83,6
Non renseigné	3	4,9
Dépliants informatifs		
Oui	55	90,2
Non renseigné	2	3,3

Espace d'affichage		
Oui	42	68,9
Non renseigné	2	3,3
Actions ponctuelles		
Grossesses précoces	19	31,1
Non renseigné	8	13,1
Actions...		
Adressées aux parents d'élèves		
Oui	6	9,84
Non renseigné	9	14,8
Impliquant des parents d'élèves		
Oui	1	1,6
Non renseigné	7	11,5

4.6. Conformité au cadre réglementaire et cohérence avec la politique éducative en matière d'éducation à la sexualité

Dans l'ensemble, plus de la moitié des collèges (64,7%) et un peu plus d'un tiers des lycées (37%) avait un score de conformité maximal ou sous-maximal, alors que seulement moins d'un tiers des lycées (29,6%) et plus de la moitié des collèges (58,8%) présentait un score de cohérence de la politique éducative maximal ou sous maximal.

Dans les collèges

Parmi les collèges ayant un score de conformité faible ou intermédiaire, 91% n'avaient pas organisé d'actions ponctuelles sur les grossesses précoces, 27,3% ne proposaient pas de dépliants informatifs sur la contraception, 91% n'avaient pas d'espace d'affichage dédié. Tous avaient organisé des séances d'éducation à la sexualité. 36,4% n'avaient pas accès à la contraception d'urgence.

Parmi les collèges présentant un score de cohérence faible ou intermédiaire, 84,6% n'avaient pas réalisé de diagnostic préalable à la mise en place des séances d'éducation à la sexualité, 69,2% n'avaient pas fait d'évaluation de leurs actions éducatives en fin d'année. Dans 53,8% des cas, le dispositif de prévention n'était pas intégré au projet de l'établissement. Dans 38,5% des cas, ces établissements n'avaient pas de comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté fonctionnel et dans 46,2% des cas un coordinateur responsable de l'éducation à la santé n'avait pas été nommé.

Dans les lycées

Parmi les lycées ayant un score de conformité faible ou intermédiaire, 94,4% ne présentaient pas de distributeur de préservatif en état de fonctionnement, 88,2% n'avaient organisé aucune action ponctuelle de prévention des grossesses précoces, 29,4% n'avaient pas accès à la contraception d'urgence, 11,8% ne proposaient pas de dépliants informatifs sur la contraception, 41,2% n'avaient pas d'espace d'affichage sur la contraception, 35,3% n'avaient pas organisé de séances d'éducation à la sexualité.

Parmi les lycées présentant un score de cohérence faible ou intermédiaire, 68,4% des établissements n'avaient réalisé aucun diagnostic préalable à la mise en œuvre d'actions de prévention et 73,7% n'avaient fait ou programmé d'évaluation des actions éducatives en fin d'année scolaire. Dans aucun de ces lycées, le dispositif avait fait l'objet d'un débat au sein du conseil de la vie lycéenne et dans 52,6% des cas il ne s'inscrivait pas au projet d'établissement. Dans 57,9% des cas, ces lycées n'avaient pas de comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté fonctionnel et dans 42,1% des cas il n'y avait pas de coordinateur responsable de l'éducation à la santé.

Tableau 8: Score de conformité

	n	%
Collèges		
De 0-1	2	5,9%
De 2-3	9	26,5%
De 4-5	22	64,7%
Lycées		
De 0-2	5	18,5%
De 3-4	13	48,1%
De 5-6	9	33,3%
Non répondu	1	2,9%

Tableau 9: Score de cohérence

	n	%
Collèges		
De 0-1	3	8,8%
De 2-3	10	29,4%
De 4-5	20	58,8%
Lycées		
De 0-2	10	37%
De 3-4	9	33,3%
De 5-6	8	29,6%
Non répondu	1	2,9%

4.7. Faiblesses et obstacles au dispositif de prévention selon les chefs d'établissements et les coordinateurs du projet d'éducation à la santé

Parmi les établissements répondants, les coordinateurs du projet d'éducation à la santé évoquent un manque de temps scolaire (24,6%) comme faiblesse liée à l'organisation de

l'établissement. Le manque de ressources humaines (21,3%), et de moyens financiers et/ou matériel (14,8%) sont également évoqués dans une moindre proportion.

Les chefs d'établissement évoquent eux plutôt un manque de ressources humaines (26,2%), puis le manque de moyens financiers et/ou matériel (14,8%) et de temps scolaire (14,8%).

Le manque d'implication et /ou formation du personnel était mentionné par les coordinateurs de projets à 18% et par les chefs d'établissements à 4,9%.

Enfin, 11,5% des coordinateurs de projets et 8,2% des chefs d'établissements estimaient avoir des moyens de communication inadaptés aux élèves.

Tableau 10: Faiblesses du dispositif mentionnées par les chefs d'établissements et les coordinateurs responsables du projet d'éducation à la santé

Faiblesses du dispositif de prévention selon les CE et les CPE	CE		CPE	
	N	%	N	%
Manque de ressources humaines	16	26,2	13	21,3
Manque de moyens financiers et/ou matériels	9	14,8	9	14,8
Manque de temps	9	14,8	15	24,6

Manque d'implication et /ou de formation du personnel	3	4,9	11	18
Manque de moyen de communication adapté	5	8,2	7	11,5

Parmi les coordinateurs et les chefs d'établissement interrogés, l'obstacle le plus mentionné à la mise en place du dispositif est la notion de tabou sexuel ou religieux (respectivement 11,5% et 14,8%).

Les autres obstacles évoqués par les chefs d'établissement et les coordinateurs sont l'opposition ou le manque d'implication des parents (11,5 %/ 6,6%).

Tableau 11: Obstacles du dispositif mentionnés par les chefs d'établissement et les coordinateurs responsables du projet d'éducation à la santé

Obstacles du dispositif de prévention selon les CE et les CPE	CE		CPE	
	n	%	n	%
Tabou sexuel ou religieux	9	14,8	7	11,5
Opposition ou manque d'implication des parents	7	11,5	4	6,6

4.8. Association entre les scores d'effectivité et les caractéristiques des établissements.

Dans notre population étudiée :

- Le score d'effectivité fort semble plus fréquent dans les collèges qui ont des élèves ULIS même si cette association n'est pas significative ($p=0,71 > 0,05$). En revanche pour les lycées aucune différence n'est mise en évidence.

- Le score d'effectivité fort paraît plus élevé dans les collèges ayant des classes SEGPA même si cette association n'est pas significative ($p=0,08 > 0,05$). Cependant pour les lycées aucune différence n'est mise en évidence.
- Le score d'effectivité fort a l'air d'être plus fréquent dans les collèges appartenant à un dispositif d'éducation prioritaire même si cette association n'est pas significative ($p=0,11 > 0,05$).
- Le score d'effectivité fort serait moins fréquent dans les collèges situés en zone urbaine sensible même si cette association est non significative ($p=1 > 0,05$). Par contre le score d'effectivité fort semble plus élevé dans les lycées appartenant à une zone urbaine sensible même si cette association est non significative ($p=0,07 > 0,05$).
- Le score d'effectivité fort paraît plus fréquent dans les collèges où les chefs d'établissements sont impliqués dans la prévention même si cette association n'est pas significative ($p=0,57 > 0,05$).
- Le score d'effectivité fort a l'air d'être moins élevé dans les collèges où les chefs d'établissements ont reçu une formation sur la prévention des grossesses précoces même si cette association n'est pas significative ($p=1 > 0,05$). Pour les lycées la même association est observée même si elle n'est pas significative ($p=0,36 > 0,05$).
- Le score d'effectivité fort semble moins fréquent dans les collèges ayant une infirmière même si cette association n'est pas significative ($p=1 > 0,05$). Dans les lycées la même association est mise en exergue même si elle n'est pas significative ($p=0,21 > 0,05$).
- Le score d'effectivité fort paraît plus fréquent dans les lycées ayant un médecin scolaire même si cette association est non significative ($p=0,12 > 0,05$).

- Le score d'effectivité fort semble moins fréquent dans les collèges au sein desquels des actions d'éducation sont adressés aux parents d'élèves même si cette association n'est pas significative ($p=0,29 > 0,05$).

4.9. Association entre les scores de cohérence et les caractéristiques des établissements.

Dans notre population étudiée :

- Le score de cohérence fort semble moins fréquent dans les collèges accueillant des élèves ULIS même si cette association est non significative ($p=0,27 > 0,05$). En revanche le score de cohérence fort paraît plus fréquent dans les lycées ayant des classes ULIS même si cette association n'est pas significative ($p=0,20 > 0,05$).
- Le score de cohérence fort paraît moins fréquent dans les collèges ayant des classes SEGPA même si cette association est non significative ($p=1 > 0,05$). Cependant le score de cohérence fort semble plus fréquent dans les lycées ayant des classes SEGPA même si cette association n'est pas significative ($p=1 > 0,05$).
- Le score de cohérence fort a l'air d'être plus élevé dans les collèges faisant parti d'un dispositif d'éducation prioritaire même si cette association est non significative ($p=0,23 > 0,05$).
- Le score de cohérence fort paraît moins fréquent dans les collèges situés en zone urbaine sensible même si cette association est non significative ($p=0,34 > 0,05$). Pour les lycées la même association semble mise en évidence même si elle n'est pas significative ($p=1 > 0,05$).

- Le score de cohérence fort semble plus fréquent dans les collèges où les chefs d'établissement sont impliqués dans la prévention même si cette relation n'est pas significative ($p=0,14 > 0,05$). Par contre le score de cohérence fort a l'air d'être moins fréquent dans les lycées où les chefs d'établissement sont impliqués même si cette association n'est pas significative ($p=1 > 0,05$).
- Le score de cohérence fort paraît plus fréquent dans les collèges où les chefs d'établissement sont formés sur la prévention même si cette association n'est pas significative ($p=1 > 0,05$). Cependant le score de cohérence semble moins fréquent dans les lycées où les chefs d'établissement ont bénéficié d'une formation même si cette association n'est pas significative ($p=0,62 > 0,05$).
- Le score de cohérence fort a l'air d'être plus fréquent dans les collèges ayant une infirmière même si cette association n'est pas significative ($p=1 > 0,05$). Par contre, le score de cohérence fort semble moins fréquent dans les lycées ayant une infirmière même si cette association est non significative ($p=1 > 0,05$).
- Le score de cohérence fort paraît plus fréquent dans les collèges ayant un médecin scolaire même si cette association est non significative ($p=1 > 0,05$). Pour les lycées la même association est mise en évidence même si elle n'est pas significative ($p=0,33 > 0,05$).
- Le score de cohérence fort semble moins fréquent dans les collèges où des actions d'éducation sont adressées aux parents d'élèves même si cette relation n'est pas significative ($p=0,56 > 0,05$).

5. Discussion

5.1. Résultats principaux

Cette étude est une évaluation externe de l'effectivité du dispositif de prévention des grossesses précoces en milieu scolaire.

Elle montre que :

- Plus de la moitié des collèges et plus d'un tiers des lycées avaient un score d'effectivité maximal ou sous maximal.
- Moins d'un tiers des lycées et plus de la moitié des collèges avaient un score de cohérence de la politique éducative de santé maximal ou sous maximal.

Les lycées ayant un score d'effectivité et de cohérence faible se caractérisaient par :

- L'absence de distributeur de préservatif fonctionnel
- L'absence d'actions ponctuelles sur la prévention des grossesses précoces
- Peu d'espaces d'affichage sur la contraception
- Peu de séances d'éducation à la sexualité
- Une contraception d'urgence pas toujours accessible
- Une évaluation des actions éducatives insuffisante
- Peu de diagnostic préalable à la mise en place du projet d'éducation à la santé
- Une mauvaise intégration du dispositif d'éducation à la sexualité aux politiques d'établissement et l'absence de présentation de ce dispositif au sein du conseil de la vie lycéenne.

Les collèges ayant un score faible d'effectivité et de cohérence se caractérisaient par :

- Peu d'espace d'affichage sur la contraception

- Aucune action ponctuelle sur la prévention des grossesses précoces
- Un accès à la contraception d'urgence limitée
- Peu de diagnostic préalable à la mise en place du projet d'éducation à la santé
- Peu d'évaluation des actions éducatives
- Une mauvaise intégration du dispositif d'éducation à la sexualité au projet d'établissement

En ce qui concerne notre objectif principal :

Notre étude nous a permis de mettre en exergue que, globalement, la mise en œuvre de la politique d'éducation à la sexualité et des moyens de prévention des grossesses précoces selon les recommandations du ministère de l'éducation nationale était très bien respectée dans les collèges et respectée dans une moindre mesure dans les lycées.

Pour répondre à notre objectif secondaire :

Des questions ouvertes ont été analysées afin d'identifier les faiblesses et les obstacles du dispositif de prévention des grossesses précoces en milieu scolaire dans le but de proposer des pistes d'amélioration de la mise en œuvre de ce dispositif.

Les principales faiblesses évoquées étaient :

- Le manque de ressources humaines. En effet, la plupart des chefs d'établissement et coordinateurs de projet d'éducation interrogés, soulignent une insuffisance de personnels médico-sociaux. Le nombre de médecins de l'éducation nationale et d'infirmières à temps plein est insuffisant pour assurer une permanence optimale au sein des établissements, et s'impliquer davantage dans les actions d'éducation à la sexualité. De plus, ce défaut de permanence de personnes ressources ou relais rend difficile la prise en charge des élèves exposés à des situations complexes nécessitant

une prise en charge individuelle. Par ailleurs, le manque d'intervenants extérieurs a été également signalé comme faiblesse du dispositif. Le réseau sexualité de la Martinique et l'association des sages-femmes interviennent le plus souvent lors des séances d'éducation à la sexualité.

- Le manque de temps scolaire dédié aux actions d'éducation à la sexualité probablement lié au manque d'intégration du dispositif aux politiques d'établissement.
- Le manque de moyens matériels et/ou financiers a été souligné par les acteurs des programmes de prévention des grossesses précoces. Les espaces d'affichage informant sur la contraception sont peu nombreux. Les intervenants ne font pas la demande car les établissements ne savent pas toujours à qui s'adresser. Certains établissements ont d'autres priorités.
- Le manque d'implication et/ou de formation du personnel des établissements à l'éducation à la sexualité. Ceci est corroboré par la composition de l'équipe en charge de l'éducation à la sexualité qui montre un nombre moins important d'enseignants, de conseillers principaux d'éducation et d'assistant du service social. Ce nombre est encore plus faible quand il s'agit de l'organisation et l'animation des séances. Parmi les enseignants faisant parti de l'équipe, les enseignants des sciences de la vie et de la terre sont plus nombreux mais participent peu à l'animation des séances d'éducation à la sexualité. Dans la majorité des cas une formation s'adressait à l'équipe.
- Le manque de moyens de communication adaptés aux élèves, à savoir des moyens de communication plus attractifs et interactifs, était mentionné par les professionnels.

Les deux principaux freins évoqués étaient :

- Le tabou sexuel ou religieux. En effet, la société martiniquaise est très ancrée dans la religion. Les tabous sexuels ou religieux constituent une entrave à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité marquée par un manque d'implication des équipes éducatives et de la participation des parents d'élèves aux actions de prévention des grossesses précoces.
- L'opposition ou le manque d'implication des parents d'élèves qui s'explique d'une part par le manque d'actions qui leur sont adressées mais aussi par l'ancrage de la société martiniquaise dans la religion.

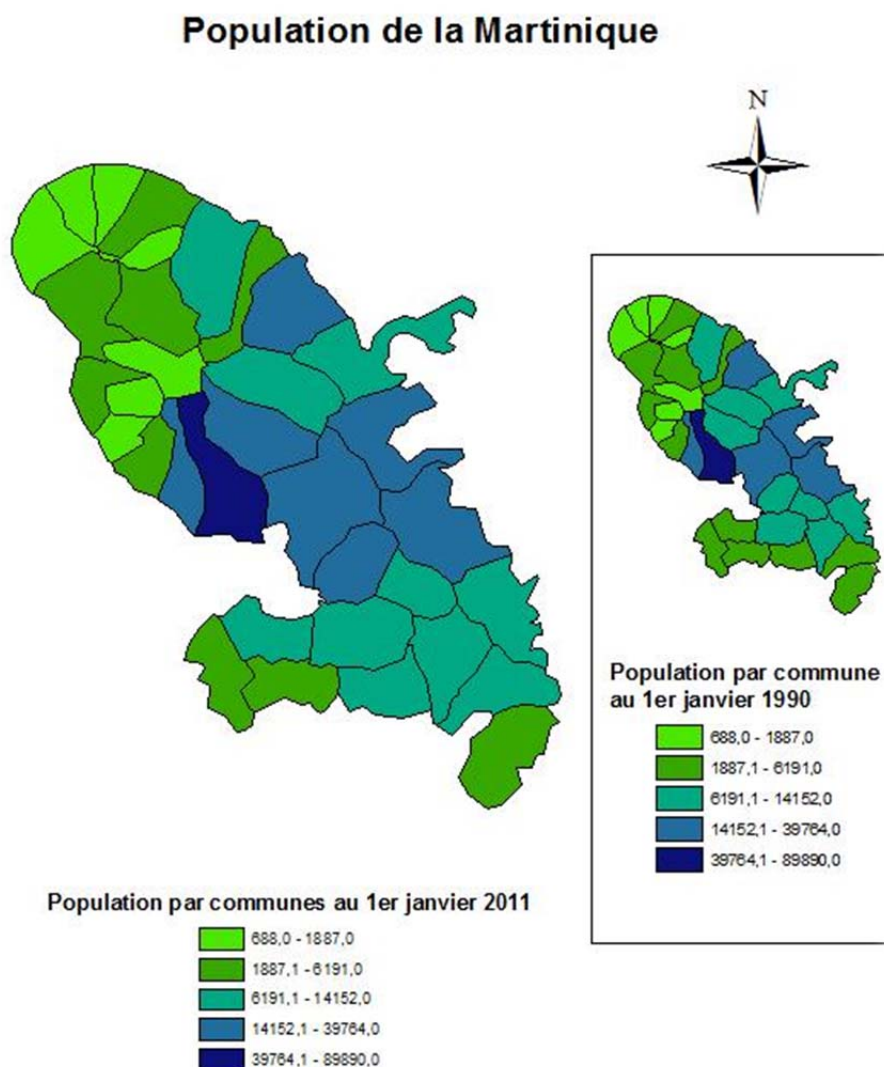
5.2. Les limites de l'étude

Une des principales limites de notre étude est le manque de puissance statistique due à l'absence d'exhaustivité du recueil de données. Seulement 67 % des établissements ont participé à l'étude. Ceci s'explique par un questionnaire trop long (82 questions portant à la fois sur les IST et les grossesses précoces). Il aurait fallu faire une enquête uniquement sur les grossesses précoces.

En ce qui concerne les actions éducatives portant sur la prévention des grossesses précoces, notre étude pourrait sous-estimer le nombre d'actions éducatives réalisées, en ne comptant pas les initiatives menées par les enseignants dans le cadre de leur matière en dehors des actions de prévention intégrées à la politique de l'établissement.

5.3. Focus sur les grossesses précoces en Martinique un an plus tard

Figure 3: Evolution de la population



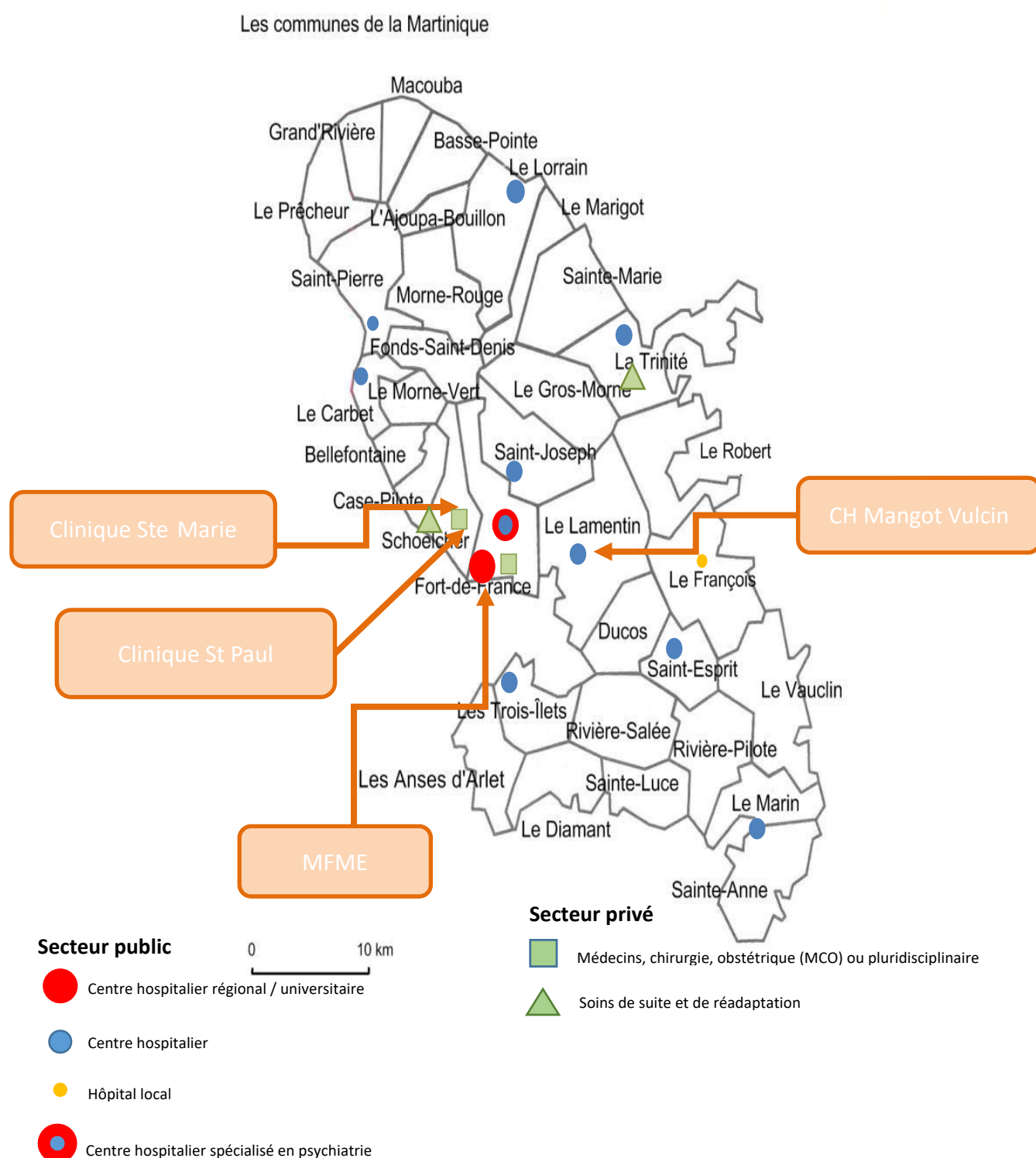
Source: INSEE 1990/2009

Source : OMS - rapport sur les inégalités socio-sanitaires en Martinique

La Martinique est une île des Petites Antilles, située dans la mer Caraïbes entre la Dominique au Nord et Sainte-Lucie au sud. Sa superficie est de 1 128 km². La population de la

Martinique est passée de 392 300 habitants au 1^{er} janvier 2011 à 388 364 habitants en 2012. Avec 385 500 habitants en 2013, la Martinique compte 12 000 habitants de moins qu'en 2008 soit une baisse annuelle de 0,6% (27). Le vieillissement de la population est la conséquence des effets conjugués de la diminution des naissances en lien avec une baisse de la population féminine en âge de procréer et de l'émigration des jeunes (28).

Figure 4: Implantation des hôpitaux en Martinique



Il existe trois maternités en Martinique : La Maison de la Femme de la Mère et de l'enfant (MFME) qui est un hôpital public située à Fort-de-France et deux cliniques privés, la Clinique Saint-Paul et la Clinique Sainte-Marie situées à Schoelcher. Le nombre d'accouchement en Martinique est en diminution puisqu'il est passé de 4480 en 2012 à 4115 en 2013 et 4353 en 2014 (données extraites de la BDHF).

Les IVG dans les DOM en 2013

Le nombre d'IVG est plus important dans les départements d'outre-mer qu'en Métropole. Selon le rapport de la DRESS sur les interruptions de grossesses en 2013, en moyenne en France Métropolitaine, 15 femmes pour 1000 ont eu recours à l'IVG en 2013. En Guadeloupe, le taux d'IVG est environ de 40 pour 1000 femmes et 26 pour 1000 femmes en Martinique et en Guyane. Les grossesses précoces demeurent un problème de santé publique majeur dans les DOM puisque le recours à l'IVG est particulièrement important chez les adolescentes de 15 à 17 ans. En France Métropolitaine, 10 adolescentes sur 1000 ont eu recours à l'IVG en 2013. Ce taux est multiplié par 3 en Guyane (28,7), en Guadeloupe le taux atteint 24,4 pour 1000 tandis qu'à la Réunion et à la Martinique c'est deux fois plus qu'en Métropole (20,2 pour 1000 à la Réunion et 18,8 pour 1000 pour la Martinique).

Tableau 12: Les IVG selon les régions en 2013

Régions	IVG hospitalière (SAE)	Forfaits remboursés en centres de santé, établissements de PMI et de planification familiale	Forfaits remboursés en ville	Total des IVG réalisées	IVG (pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)	IVG (pour 1000 femmes mineures de 15 à 17 ans)
France métropolitaine	182240	2686	31771	216697	15,3	9,7
Guadeloupe*	2544	0	1282	3826	39,6	24,4
Martinique	2205	0	108	2313	25,6	18,8
Guyane	1135	0	495	1630	26,2	28,7
La Réunion	3337	0	1218	4555	21,1	20,2
Mayotte	1344	0	114	1458		
Total DOM (hors Mayotte)	9221	0	3103	12324	26,5	22,3
France entière (hors Mayotte)	191461	2686	34874	229021	15,6	10,2

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

(*) non compris dans le centre hospitalier de Saint-Martin.

Sources: DREES (SAE), ATIH (PMSI), INSEE (ELP), CNAM-TS (DCIR).

Les accouchements, IVG et FCS recensés dans les trois maternités de Martinique en 2012, 2013 et 2014.

Entre 2012 et 2014, le nombre d'IVG en Martinique a diminué (2404 en 2012 contre 2282 en 2014). Mais ce nombre reste encore élevé.

Le nombre de grossesses précoces est stable.

Au CHUM, le nombre d'accouchements était de 79 en 2012 et 75 en 2014. En clinique privée, le nombre de grossesses chez les mineures est moins important qu'à l'hôpital public du fait du caractère payant de l'hospitalisation dans le privé et du statut socio-économique faible de la plupart des mineures. A la clinique Sainte-Marie, le nombre d'accouchement chez les

mineures était de 7 en 2012 et en 2013 et 10 en 2014. A la clinique Saint-Paul, 6 en 2012 et 4 en 2013 et 2014.

En ce qui concerne les cliniques privées, la clinique Sainte-Marie ne reçoit pas les filles de moins de 16 ans et ne pratique pas d'IVG. La clinique Saint-Paul ne pratique pas d'IVG.

Tableau 13: Les accouchements, IVG et FCS recensés chez les mineures dans les 3 maternités de Martinique en 2012, 2013 et 2014

	CHUM			Clinique Saint- Paul			Clinique Sainte-Marie		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Accouchements	79	67	75	6	4	4	7	7	10
IVG	2404	2276	2282	0	0	0	0	0	0
FCS	233	211	181	1	66	43	21	30	41

Source : extrait de la Base régionale PMSI Pilot MCO

Le nombre de grossesses chez les mineures recensées dans les établissements du second degré dans l'académie de la Martinique durant l'année scolaire 2012-2013 et 2013-2014.

Durant l'année scolaire 2012-2013, 12 grossesses ont été recensées chez les mineures au collège dont 4 en EP (3 en ECLAIR et 1 en RRS) et 8 hors EP. En 2013-2014, ce nombre est en diminution avec 10 grossesses comptabilisées (5 en EP et hors EP).

Dans les établissements du second degré comportant des classes de SEGPA, le nombre de grossesse est quasi nulle (1 grossesse en EP pour l'année 2012-2013 et absence de grossesse en 2013-2014).

Pour ce qui concerne les lycées, le nombre de grossesses chez les mineures est plus important que dans les collèges et plus marqué dans les LP que dans les LEGT. Ainsi, on note dans les LEGT, 21 grossesses hors EP en 2012-2013 contre 31 hors EP en 2013-2014. Dans les LP, 30 grossesses en 2012-2013 (7 en RRS et 23 hors EP) contre 31 grossesses, hors EP en 2013-2014.

Au total, durant l'année scolaire 2012-2013, 64 grossesses chez les mineures ont été dénombrées, collèges et lycées confondus. L'année suivante, 2013-2014, on a observé une légère recrudescence des grossesses chez les mineures avec 72 grossesses répertoriées.

Tableau 14: Les grossesses chez les mineures dans les collèges de la Martinique

	Collèges					
	2012-2013			2013-2014		
	Eclair	RRS	Hors EP	Eclair	RRS	Hors EP
Grossesses	3	1	8	2	3	5
Total	12			10		

Source : Enquête DGESCO B3-1, Ministère de l'éducation nationale, Académie de la Martinique

Tableau 15: Les grossesses chez les mineures dans les établissements du second degré contenant des classes SEGPA

	SEGPA					
	2012-2013			2013-2014		
	Eclair	RRS	Hors EP	Eclair	RRS	Hors EP
Grossesses	1	0	0	0	0	0

Total	1	0
--------------	---	---

Source : Enquête DGESCO B 3-1, Ministère de l'éducation nationale, Académie de la Martinique

Tableau 16: Les grossesses chez les mineures dans les lycées de la Martinique

	LEGT					
	2012-2013			2013-2014		
	Eclair	RRS	Hors EP	Eclair	RRS	Hors EP
Grossesses	0	0	21	0	0	31
Total	21			31		

Source : Enquête DGESCO B 3-1, Ministère de l'éducation nationale, Académie de la Martinique

	LP					
	2012-2013			2013-2014		
	Eclair	RRS	Hors EP	Eclair	RRS	Hors EP
Grossesses	0	7	23	0	0	31
Total	30			31		

Source : Enquête DGESCO B 3-1, Ministère de l'éducation nationale, Académie de la Martinique

Ces résultats sont corroborés par notre étude qui met en exergue dans les lycées un score d'effectivité et de cohérence maximal et sous maximal moins important que dans les collèges. D'où l'importance de renforcer l'éducation à la sexualité dans les lycées comme par exemple, augmenter le nombre de séances d'éducation à la sexualité, avoir des distributeurs de préservatif fonctionnel et une meilleure intégration du dispositif de prévention dans la politique de l'établissement.

Par ailleurs, devant la diminution des grossesses précoces dans les collèges, on peut émettre l'hypothèse que la prévention est plus efficace avant l'âge du lycée car la population est plus jeune et plus réceptive aux informations. Il faudrait commencer plus précocement l'éducation sexuelle et affective dès l'âge de 10-14 ans et favoriser les thèmes qui préoccupent les jeunes.

L'interlocuteur doit de préférence être jeune et utiliser des moyens de communication adaptée vivants et ludiques afin de dédramatiser cette éducation (29).

Enfin, si l'on compare le nombre de grossesses précoces recensé dans le CHUM à celui comptabilisé en milieu scolaire par l'académie de Martinique, sur la même période, on se rend compte que le nombre de grossesse chez les mineures scolarisées est nettement inférieur à celui du CHUM. Ce qui revient à se demander si toutes les grossesses précoces sont scolarisées ? Et de surcroît est-ce que le phénomène des grossesses précoces en Martinique n'est pas plutôt un problème socio-économique ? Pour étayer cette hypothèse, une étude qualitative sociologique ciblée uniquement sur les grossesses précoces serait intéressante. On pourra alors comparer les grossesses scolarisées et les grossesses non scolarisées. Aucune étude à ce jour n'a été faite en Martinique.

La contraception d'urgence un an après

Tableau 17: Délivrance de la contraception d'urgence chez les mineures

	Collèges		SEGPA		LEGT		LP	
	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014
Nombre de demandes de CU par les élèves	75	85	5	5	52	66	42	49
Nombre de délivrance de CU aux élèves par l'infirmière	48	36	1	0	43	54	30	41
Nombre de délivrance de CU aux élèves par le médecin	2	0	0	0	0	0	0	0

Source : Enquête DGESCO B 3-1, ministère de l'éducation nationale académie de Martinique

Durant l'année scolaire 2012-2013, 174 mineures ont fait la demande de CU. Sur les 174 demandes, 122 CU ont été délivrées aux mineures par l'infirmière de l'éducation nationale, et 2 par le médecin scolaire. 60 mineures n'ayant pas reçu la CU dans l'établissement ont été orienté vers la PMI. Le nombre de demande de CU chez les mineures a augmenté un an après avec 206 demandes en 2013-2014 et 131 CU délivrées uniquement par l'infirmière. 49

mineures n'ayant pas reçu pas la CU dans l'établissement ont été orientée vers la PMI. Nous n'avons eu aucun retour concernant le devenir des mineures orientées en PMI.

Ces résultats sont également corroborés par notre étude qui souligne un accès à la CU dans les établissements scolaires encore limitées.

On peut alors émettre l'hypothèse que le nombre des IVG ou de grossesses précoces chez les mineures ne s'explique pas par un défaut d'information de contraception, puisque malgré une utilisation de la CU de plus en plus importante, le nombre de grossesses précoces ne diminue pas en Martinique.

En effet, les femmes sont globalement bien informées sur la santé sexuelle, en particulier la contraception et le SIDA (entre 88 et 93% se disent bien ou très bien informés), thème ayant fait l'objet de nombreuses campagnes d'information de l'INPES. Entre 2000 et 2010, la progression de ce sentiment d'information pour la contraception est de + 8 points. Cependant, parmi les 15-30 ans, le sentiment d'être mal informé sur les thèmes de la santé sexuelle se révèle fortement marqué par l'âge et la précarité financière (30).

En Martinique, 57% des mineures utilisaient un moyen de contraception avant la grossesse et 43% n'en n'utilisaient pas du tout. Parmi les arguments retenus par celles qui n'utilisaient aucun moyen de contraception figure : « la difficulté du port du préservatif et l'allergie au latex, la pilule fait grossir et cause trop de problème, le fait d'être longtemps ensemble nous dispense du port préservatif » (31). Ainsi on constate que l'utilisation de la contraception chez les jeunes en Martinique semble liée aux idées reçues, fausses, des jeunes filles sur la contraception. L'information est indispensable mais pas suffisante pour provoquer des changements de comportements bien ancrés dans les habitudes. Le suivi des évolutions entreprises s'inscrit à moyen et à long terme.

Il serait pertinent de réaliser des actions de prévention et d'éducation à la santé entreprises sur la durée pour un changement de comportement. Il s'agit d'une mission de santé publique dans les DOM.

Par ailleurs, d'après les résultats de l'étude de la DRESS, sur les interruptions volontaires de grossesses, près de deux femmes sur trois ayant eu une IVG utilisaient une méthode contraceptive qui n'avait pas fonctionné, en raison d'un oubli de pilule ou d'un accident de préservatif. De plus les femmes connaissent de mieux en mieux la CU et l'utilisent de plus en plus (5). Les échecs de contraceptif s'expliquent en partie par une inadéquation entre les contraintes du contraceptif prescrit et le mode de vie des femmes. En effet, la logique de prescription en France répond à un parcours contraceptif stéréotypé : ainsi la pilule apparaît comme le contraceptif le plus distribué, notamment auprès des jeunes, remplacé après la survenue d'une ou plusieurs maternités par un dispositif intra-utérin (30). Afin de modifier la dynamique d'usage des différents modes de contraception et de sortir d'une prescription médicale automatisée, la HAS a émis des recommandations professionnelles afin de faciliter la personnalisation de la contraception, permettre une diversification des méthodes utilisées et ouvrir l'accès au dispositif intra-utérin à un plus large public, notamment nullipare. Des actions de communication / sensibilisation ont été engagées par l'INPES, telle la campagne « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » lancée en 2007, accompagnée de la diffusion de la brochure « choisir sa contraception » (32). De plus, l'élargissement des lieux et conditions d'accès, notamment pour les mineures, l'allongement des délais d'efficacité pour les méthodes orales et la diffusion d'une information sur ces éléments a amélioré le recours à ces contraceptions d'urgence.

La diffusion de méthodes limitant les défauts d'utilisation doit être renforcée, et les médecins généralistes accompagnés. Dans le même temps, la contraception d'urgence comme complément à la contraception régulière doit être soutenue. Car malgré l'ouverture de l'accès

à la contraception d'urgence sans ordonnance et malgré sa gratuité pour les mineures, cette méthode de rattrapage reste encore sous utilisée (30).

5.4. Perspectives de l'étude

Notre étude permet de suggérer des mesures de renforcements du dispositif de prévention des grossesses précoces :

- Augmenter l'effectif du personnel médico-social en recrutant plus de médecins de l'éducation nationale et des infirmières à temps pleins.
- Sensibiliser et informer les parents d'élèves sur le problème des grossesses précoces dans les établissements en renforçant le nombre d'actions qui leur sont adressées.
- Proposer une formation sur la prévention des grossesses précoces accessible à tout le personnel de l'établissement sur le principe du volontariat.
- Mettre à disposition des élèves plus de support d'information sur la contraception, rendre l'accès plus facile à la contraception d'urgence et aux préservatifs dans tous les établissements.
- Poursuivre la sensibilisation et la formation des chefs d'établissements, des équipes éducatives et du personnel médico-social sur les moyens de prévention des grossesses précoces.
- Réorganiser le programme des matières afin d'avoir un temps suffisant pour réaliser les trois séances d'éducation à la sexualité pour chaque niveau.
- Assurer la permanence d'une personne ressource pendant toute la durée d'ouverture de l'établissement.
- Favoriser le développement de groupes de pairs afin de mieux sensibiliser les élèves sur les moyens de prévention des grossesses précoces.

- Systématiser l'évaluation des actions éducatives.
- Mettre à disposition des établissements de façon systématique des dépliants ou des affiches informatives.
- Développer le partenariat entre les différents acteurs de la prévention des grossesses précoces.
- Une fois le personnel formé, mieux cibler les adolescentes en difficulté ayant des facteurs de risque de grossesses précoces pour mieux les prévenir.

6. Conclusion

Notre travail démontre que la mise en œuvre des moyens de prévention des grossesses précoces est plutôt bien respectée dans les collèges, mais dans une moindre mesure dans les lycées.

Cependant les grossesses précoces constituent un problème de santé publique majeur en Martinique. Il apparaît donc pertinent de renforcer le dispositif de prévention en milieu scolaire, mais également de développer des actions de sensibilisation du grand public sur ce thème, pour obtenir un changement de comportement.

Une enquête, uniquement ciblée sur les grossesses précoces, pourrait être renouvelée dans cinq ans pour évaluer l'efficacité des mesures de renforcement des moyens de prévention mises en œuvre.

Au-delà des moyens de prévention des grossesses précoces on peut se demander si le phénomène de grossesses précoces n'est pas lié à des problèmes psycho-sociaux et pas seulement la cause d'un simple échec de contraception. Une étude qualitative sur les raisons pour lesquelles une jeune fille aura désiré sa grossesse serait également intéressante.

La constatation d'un nombre plus élevé en 2012 -2013 de grossesses précoces non scolarisées (82), comparativement au milieu scolaire (64) soulève la question d'un problème socioéconomique en Martinique.

Une étude sociologique sur les grossesses précoces pourrait mettre en exergue des facteurs d'inégalités sociales, et permettre la mise en place de leviers d'amélioration.

C'est en enjeu de santé publique

7. Références Bibliographiques

1. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O. 3 - Les grossesses à l'adolescence. In: Thessier JDAD, Milijkovitch R, Rosenblum O, editors. Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité (2e édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cited 2015 Jun 28]. p. 83–98. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294710247000037>
2. Ados: Adolescentes enceintes [Internet]. Psy.be - Le site belge de la psychologie et du bien-être. [cited 2015 Jul 7]. Available from: <http://www.psy.be/famille/fr/ados/adolescentes-enceintes.htm>
3. Wendland J, Levandowski DC. Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences. L'Évolution Psychiatr. 2014 juillet;79(3):411–9.
4. Soula O, Carles G, Largeaud M, El Guindi W, Montoya Y. Grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans: Étude de 181 cas en Guyane française. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2006 Jan;35(1):53–61.
5. Les interruptions volontaires de grossesses en 2013 [Internet]. [cited 2015 Nov 28]. Available from: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_924_ivg_web.pdf
6. Anne-Thérèse Aerts. La fécondité dans les régions depuis les années 1960 [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 May 9]. Report No.: 1430. Available from: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1430/ip1430.pdf>
7. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [cited 2016 Mar 4]. Available from: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
8. L'éducation à la sante dans les établissements du second degré (2008-2009) - DEPP-NI-2011-17-education-sante-etablissements-second-degre_201744.pdf [Internet]. [cited

2016 May 9]. Available from:

http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/74/4/DEPP-NI-2011-17-education-sante-etablissements-second-degre_201744.pdf

9. Observatoire de la Santé de la Martinique. Grossesse et adolescence. 2009.
10. reperes-boutin_112696.pdf [Internet]. [cited 2016 Mar 4]. Available from: http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/69/6/reperes-boutin_112696.pdf
11. Halfen S, Fénies K, Ung B, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004 [Internet]. Observatoire régional de la santé d'Île-de-France; 2006 [cited 2015 Jun 23].
12. Kadhel P, Deloumeaux J, Janky E. Évolution transgénérationnelle de l'âge des principales étapes de la vie reproductive en Guadeloupe. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2013 avril;41(4):255–9.
13. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. *Arch Pédiatrie*. 2013 juin;20(6):707–13.
14. Duflos C. Chapitre 48 - Contraception de l'adolescente. In: Plu-Bureau BR-T, editor. *La Contraception en Pratique* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2013 [cited 2015 Jun 29]. p. 219–22. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294727856000487>
15. Observatoire de la Santé de la Martinique et la Cellule InterRégionale d'Epidémiologie Antilles Guyane. Enquête sur la Santé et les Comportements alimentaires. 2004.
16. Guengant J-P, Lévy M, Chataigne C. Etre mère à 16 ans. *Antiane-Eco*. 1992;(18):13–5.
17. Tresch C, Ohl J. Âge de la puberté et sexualité des jeunes femmes occidentales. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2015 février;43(2):158–62.

18. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2008 février;36(2):176–82.
19. Santé et Services sociaux Québec. MSSS - Sujets - Problèmes sociaux - Grossesse à l'adolescence [Internet]. 2015 [cited 2015 Jul 7]. Available from: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/grossesseadolescence.php
20. Amsellem-Mainguy Y. Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. Informations sociales. 2011 Oct 1;165-166(3):156–63.
21. Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté - Le CESC : sa composition, ses missions - Éducol [Internet]. [cited 2015 Jun 30]. Available from: <http://eduscol.education.fr/cid46871/comite-education-sante-citoyennete.html>
22. L'éducation à la sexualité au collège et au lycée - education_sexualite_112682.pdf [Internet]. [cited 2016 Jun 11]. Available from: http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/68/2/education_sexualite_112682.pdf
23. L'éducation à la sexualité au collège et au lycée - education_sexualite_intervention_114526.pdf [Internet]. [cited 2016 Jun 11]. Available from: http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/52/6/education_sexualite_intervention_114526.pdf
24. Education nationale. Enseignement élémentaire et secondaire Education à la sante Installation des distributeurs automatiques de préservatifs

dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels

[Internet]. 2006. Available from:

www.education.gouv.fr/bo/2006/46/MENE0603070C.htm

25. 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 | Legifrance [Internet]. [cited 2015

Aug 6]. Available from:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000588249&dateTexte=&categorieLien=id>

26. Société française de l'évaluation. Charte de l'évaluation des politiques publiques et des programmes publiques [Internet]. 2006. Available from: www.sfe-asso.fr/intranet/ckfinder/userfiles/files/sfe_charte-evaluation_06-08.pdf

27. Insee - Population - La baisse de la population martiniquaise se confirme en 2013 [Internet]. [cited 2016 May 26]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=23896

28. Insee - Population - 392 300 habitants en Martinique au 1er janvier 2011 [Internet]. [cited 2016 May 26]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=20679

29. 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 Pédiatrie. 2010 Mar;17(3):219–25.

30. Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010 - baro-jeunes.pdf [Internet]. [cited 2016 Mar 6]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>

31. Dr BEKHALED,LUBINO. Grossesses précoces au CHU de Martinique: Grossesses accidentelles ou démarche volontaire? 2015 Sep.
32. Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. [cited 2016 May 25]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes#toc_1

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Questionnaire aux établissements

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	☐ 1	☐ 0	A01
2 : lycée général	☐ 1	☐ 0	A02
3 : lycée technologique	☐ 1	☐ 0	A03
4 : lycée professionnel	☐ 1	☐ 0	A04
5 : classes d'enseignement supérieur	☐ 1	☐ 0	A05
6 : enseignements européens et internationaux	☐ 1	☐ 0	A06
7 : nr	999		

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

1 : oui ☐ 1

2 : non ☐ 0

3 : nr ☐ 999

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

1 : oui ☐ 1

2 : non ☐ 0

3 : nr ☐ 999

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

1 : public ? ☐ 1

2 : privé sous contrat ? ☐ 2

3 : privé hors contrat ? ☐ 3

4 : nr ☐ 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 1e année (ou seconde ou CAP 1e année)	_____	A16
6 : lycée 2e année (ou première ou CAP 2e année)	_____	A17
7 : lycée 3e 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)

B05

1 :



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

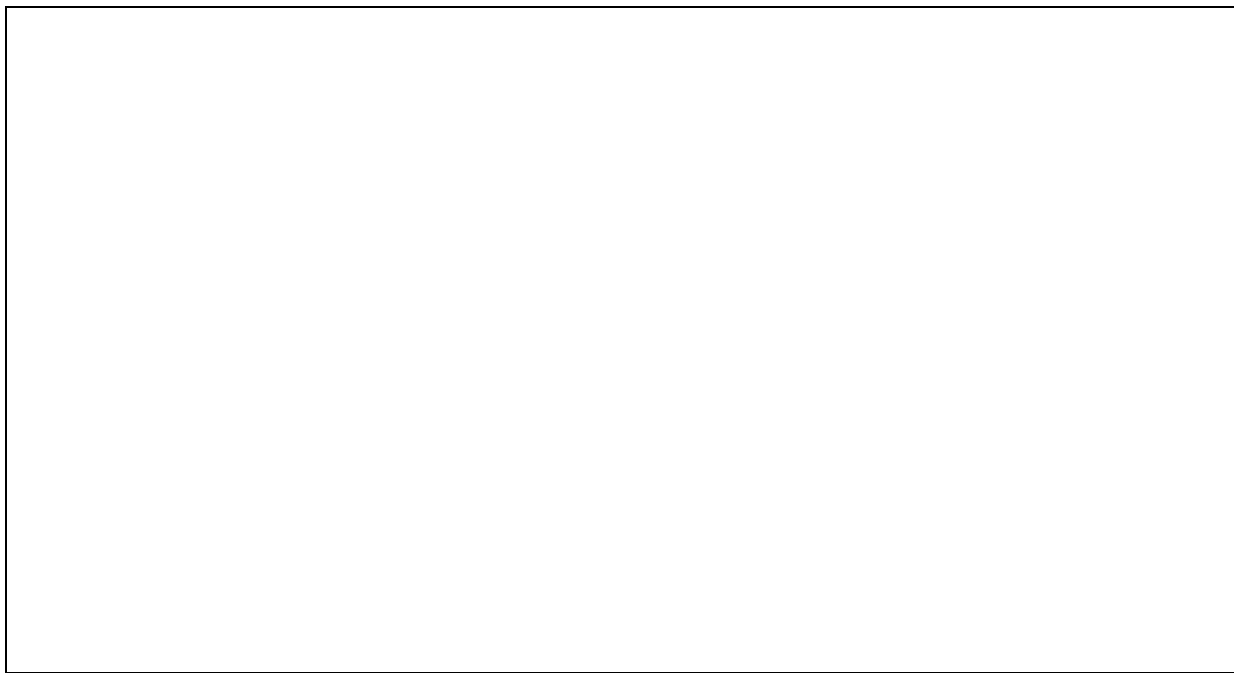
3 : nr

☐ 999

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

B07

1 :



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 sexuellement transmissibles au sein de votre établissement ?

C01

1 : oui

☐ 1

2 : non

☐ 0

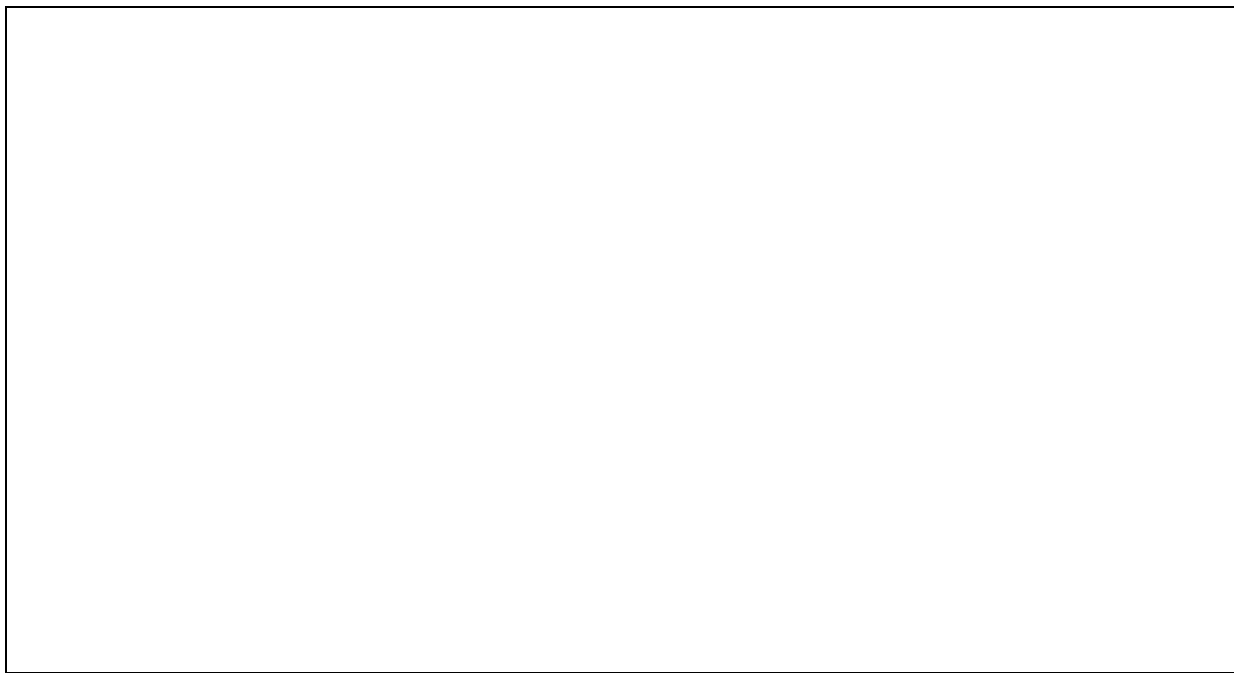
3 : nr

☐ 999

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

C02

1 :



2 : nr

999

Q22 : Quels freins avez-vous constaté quant au développement de la prévention des grossesses précoces ou des infections sexuellement 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 ☐ 1 ☐ 0 D14

2 : infirmier de l'éducation nationale	☐ 1 ☐ 0	D15
3 : conseiller d'orientation-psychologue	☐ 1 ☐ 0	D16
4 : assistant de service social	☐ 1 ☐ 0	D17
5 : autres,	☐ 1 ☐ 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	☐ 1	☐ 0	D24

2 : autres,	☐ 1 ☐ 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	☐ 1	☐ 0	E03
2 : 5 ^e	☐ 1	☐ 0	E04
3 : 4 ^e	☐ 1	☐ 0	E05
4 : 3 ^e	☐ 1	☐ 0	E06
5 : lycée 1 ^e année (ou seconde ou CAP 1 ^e année)	☐ 1	☐ 0	E07
6 : lycée 2 ^e année (ou première ou CAP 2 ^e année)	☐ 1	☐ 0	E08
7 : lycée 3 ^e année (ou terminale - Bac)	☐ 1	☐ 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

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

E38

1 : oui

☐ 1

2 : non

☐ 0

3 : non applicable (pas d'élèves scolarisés en ULIS)

4 : nr

☐ 999

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

E39

1 : oui

☐ 1

2 : non

☐ 0

3 : non applicable (pas d'élèves admis en SEGPA)

4 : nr

☐ 999

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

E40

1 : oui

☐ 1

2 : non

☐ 0

3 : nr

☐ 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

☐ 1 ☐ 0

E42

2 : autres enseignants,

☐ 1 ☐ 0

E43

précisez leur matière : ...	_____	E44
précisez leur matière : ...	_____	E45
précisez leur matière : ...	_____	E46
précisez leur matière : ...	_____	E47
3 : assistants d'éducation	☐ 1 ☐ 0	E48
4 : assistants pédagogiques	☐ 1 ☐ 0	E49
5 : conseillers principaux d'éducation	☐ 1 ☐ 0	E50
6 : conseillers d'orientation-psychologue	☐ 1 ☐ 0	E51
7 : assistants de service social	☐ 1 ☐ 0	E52
8 : médecins de l'éducation nationale	☐ 1 ☐ 0	E53
9 : infirmiers de l'éducation nationale	☐ 1 ☐ 0	E54
10 : intervenants extérieurs,	☐ 1 ☐ 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	☐ 1	☐ 0	E60
2 : autres enseignants,	☐ 1	☐ 0	E61
précisez leur matière : ...	_____		E62
précisez leur matière : ...	_____		E63
précisez leur matière : ...	_____		E64
précisez leur matière : ...	_____		E65
3 : assistants d'éducation	☐ 1	☐ 0	E66
4 : assistants pédagogiques	☐ 1	☐ 0	E67
5 : conseillers principaux d'éducation	☐ 1	☐ 0	E68
6 : conseillers d'orientation-psychologue	☐ 1	☐ 0	E69
7 : assistants de service social	☐ 1	☐ 0	E70
8 : médecins de l'éducation nationale	☐ 1	☐ 0	E71
9 : infirmiers de l'éducation nationale	☐ 1	☐ 0	E72
10 : intervenants extérieurs,	☐ 1	☐ 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

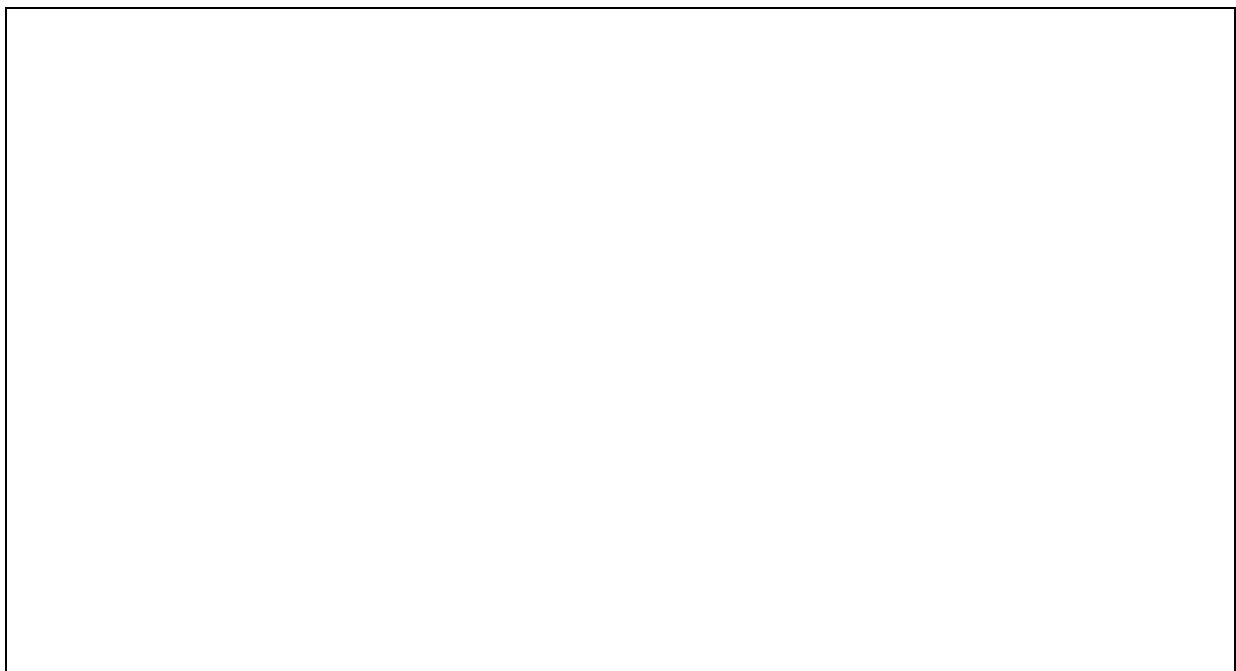
5 : nr

☐ 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	☐ 1	☐ 0	E87
2 : nombre, durée et type de séances	☐ 1	☐ 0	E88
3 : nombre, qualité et formation des intervenants	☐ 1	☐ 0	E89
Auto-évaluation de l'atteinte des objectifs du programme			
4 : atteinte des objectifs pédagogiques pour les participants	☐ 1	☐ 0	E90
5 : satisfaction des participants	☐ 1	☐ 0	E91
6 : satisfaction des intervenants	☐ 1	☐ 0	E92
7 : Autre,	☐ 1	☐ 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)

E115

1 :

--

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

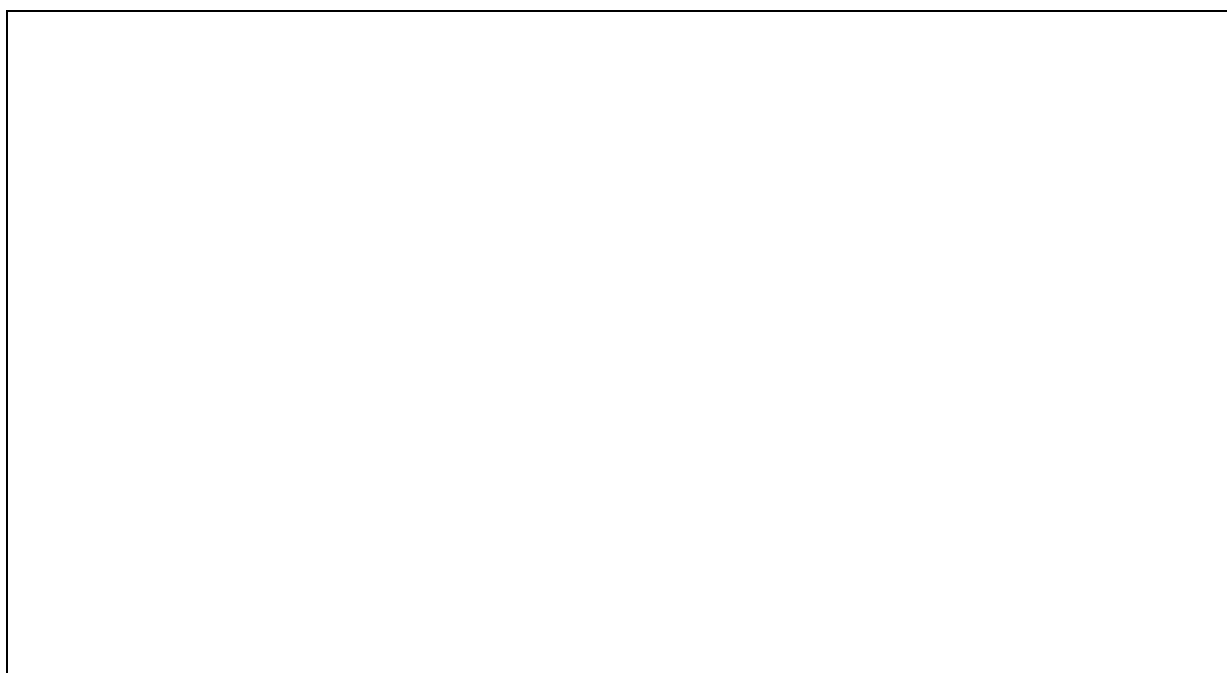
3 : nr

☐ 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

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 engagées 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

8.2. Annexe 2 : Lettre du recteur aux établissements



**MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

**MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE**

Rectorat

Division

Bureau

Dossier suivi par
Florise BOTTIUS
Téléphone
05.96.59.99.90
0596 59 99 93/95
Fax
05.96.59.99.79
Mel
Florise.bottius
@ac-martinique.fr

9 av. St John Perse
97200 FDF



Schoelcher, le jeudi 27 juin 2013

Le Recteur de l'Académie de la Martinique
Chancelier de l'Université
Directeur académique des services
de l'Éducation nationale

à

Mesdames et Messieurs les Chefs d'établissement

Objet : Prévention des Infections Sexuellement Transmissibles dans les Collèges et Lycées de Martinique.
Référence : MPSFE/FB/CC/

Le nombre important de grossesses précoces, d'IVG, et la recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les jeunes constituent de nos jours un enjeu majeur de santé publique en Martinique.

Le Département de Médecine Générale, en partenariat avec le Rectorat de la Martinique, a décidé de mettre en œuvre un programme de recherche visant à améliorer les pratiques de prévention des IST.

Cette problématique fortement liée aux comportements à risques, nécessite une éducation ciblée des jeunes d'âge scolaire.

La première étape consiste à faire l'état des lieux des dispositifs actuellement en place.

Dans ce cadre nous vous demandons de bien vouloir contribuer à ce programme de recherche. Cette enquête, sujet de sa thèse de doctorat de Médecine, sera confiée à Madame Marie DAUTY. Elle se rendra dans votre établissement et remplira avec vous, ou le collaborateur que vous lui désignerez, le questionnaire ci-joint. Vos réponses seront traitées de façon anonyme.

J'attacherai du prix à ce que vous preniez toutes dispositions utiles pour le bon déroulement de cette recherche, dont l'intérêt majeur pour la santé publique en Martinique, ne vous aura pas échappé.

Bien cordialement,

André SIGANOS



8.3. Annexe 3 : Serment d'Hippocrate

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.

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Spécialité Médecine Générale -)

Présentée par : Mme DUBO Ketsia

.....
Né(e) le 31/08/1986 à Schœlcher

.....
Département Martinique Pays France

Et

Intitulée : Evaluation des moyens de prévention des grossesses précoces en
Martinique dans les collèges et lycées

Jury proposé

Président : M le Professeur Louis Jehel.....

Juges : M le Professeur Charles-Nicolas Aimé

M le Professeur Vincent molinie.....

M le docteur Samuel M'PAY.....

Mme le dr Anne-Criquet-Hayot (directeur)

Vu Pointe-À-Pitre, le Le Président de Thèse Louis JEHEL Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale Addictologie et Psychotraumatologie CHU de Martinique - B.P. 632 - 97261 CEDEX FDF Tél 0596 55 14 11 - Fax 0596 75 84 49 Professeur LOUIS Jehel	Pour accord Pointe-À-Pitre, le Le Doyen de la Faculté de Médecine Professeur Raymond Césaire
AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE Pointe-À-Pitre, le Le président de l'Université des Antilles et de la Guyane Corinne MENCE-CASTER	

(1) Cet imprimé doit être obligatoirement dactylographié

NOM ET PRENOM : DUBO Ketsia

SUJET DE LA THESE :

Evaluation des moyens de prévention des grossesses précoces dans les collèges et lycées de la Martinique

THESE : Médecine Générale

ANNEE : 2016

MOTS CLEFS : Prévention, grossesses précoces et IVG, Martinique, enseignements secondaire, évaluation

Contexte : Le nombre des grossesses précoces et des IVG est en recrudescence en Martinique et constitue un problème de santé publique majeure.

Objectif : Évaluer la mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces dans les établissements du second degré en Martinique. Déterminer les limites du dispositif de prévention afin de proposer des pistes d'amélioration.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale sur 61 établissements du second degré de Martinique. Le recueil de données a été effectué par un questionnaire de 82 questions adressé aux chefs d'établissements du second degré et à la personne désignée par eux, en accord avec le Rectorat de la Martinique. Une analyse descriptive des données a été réalisée. Des scores respectifs d'effectivité et de cohérence de la politique éducative ont été construits afin d'évaluer la mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces.

Résultats : 61 établissements du second degré ont participé à l'enquête. 55,7% avaient des classes de collège et 44,3% des classes de lycées. 83,6% étaient publics. Aucune permanence n'était assurée par une infirmière dans 8,2% des établissements et par le médecin dans 41%. 85,2% des chefs d'établissements ont dit se sentir impliqué dans la prévention des grossesses précoces. 31,1% estimaient ne pas disposer des moyens nécessaires au développement de cette prévention contre 29,5% des coordinateurs du projet d'éducation à la santé. 64,7% des collèges et 37% des lycées avaient un score de conformité aux recommandations maximal ou sous maximal. 58,8% des collèges et 29,6% des lycées avaient un score de cohérence à la mise en place de la politique éducative maximal ou sous maximal. Parmi les faiblesses du dispositif, les chefs d'établissements évoquent le manque de ressource humaine (26,2%) alors que les coordinateurs du projet d'éducation à la santé évoquent un manque de temps scolaire (24,6%). L'obstacle le plus souvent évoqué est le tabou sexuel ou religieux (14,8%/11,5%).

Conclusion : Notre étude est la première évaluation externe en Martinique de l'effectivité du dispositif de prévention des grossesses précoces en milieu scolaire. La mise en œuvre du dispositif de prévention des grossesses précoces est plutôt bien respectée dans les collèges et dans une moindre mesure dans les lycées. Cependant le nombre des grossesses précoces reste encore important en Martinique. Il semble donc nécessaire de renforcer le dispositif de prévention en milieu scolaire, mais également de développer des actions de sensibilisation du grand public, pour obtenir des changements de comportement durables.

JURY :

Président : Pr Louis JEHEL

Juges : Pr Aimé CHARLES-NICOLAS, Pr Vincent MOLINIE, Dr Samuel M'PAY, Dr Anne CRIQUET-HAYOT
