



HAL
open science

Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé affective et sexuelle chez les adolescents scolarisés en classe de Seconde aux Antilles françaises : protocole et premiers résultats

Pierre Leroy

► To cite this version:

Pierre Leroy. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé affective et sexuelle chez les adolescents scolarisés en classe de Seconde aux Antilles françaises : protocole et premiers résultats. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01980867

HAL Id: dumas-01980867

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01980867>

Submitted on 14 Jan 2019

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES
2018

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°2018ANTI0313

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIÈRE
DESANTE AFFECTIVE ET SEXUELLE CHEZ LES ADOLESCENTS
SCOLARISÉS EN CLASSE DE SECONDEAUX ANTILLES FRANÇAISES :
PROTOCOLE ET PREMIERS RÉSULTATS**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
et examinée par les enseignants de ladite Faculté

Le 22 octobre 2018

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

LEROY PIERRE

Examineurs de la thèse :

Madame le Professeur Jeannie HELENE-PELAGE

Monsieur le Professeur Sébastien BREUREC

Monsieur le Professeur André CABIE

Monsieur le Professeur Eustase JANKY

Monsieur le Professeur Louis JEHEL

Monsieur le Docteur Philippe CARRERE

Présidente

Membre

Membre

Membre

Membre

Directeur

UNIVERSITÉ DES ANTILLES



FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Rémi NEVIÈRE

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Michel DE BANDT

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

Christian SAINTE-ROSE

Neurochirurgie Pédiatrique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 73 27 27

André CABIE

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie & vénérologie
Hygiène hospitalière

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie médicale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY

Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et infectiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Mehdi MEJDOUBI

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 38 05 20

Nicolas VENISSAC

**Chirurgie Thoracique
Et cardiovasculaire**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 03 86 87

Félix DJOSSOU

**Maladies Infectieuses
Et tropicales**
CH de CAYENNE
Tél : 0694 20 84 20

Professeurs des Universités Associés

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Harold MERLET

Ophtalmologie
CHU de MARTINIQUE
Tél : 0596 55 22 57

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Maturin TABUE TEGUO

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
Du vieillissement**
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 0690 30 85 04

Narcisse ELENKA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 06 94 97 80 48

Moana GELU-SIMEON

Gastroentérologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

Véronique BACCINI

Hématologie, Transfusion

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 77

Franck MASSE

Médecine Générale

MSP DUCOS

Tél : 0596 56 13 23

Philippe CARRERE

Médecine Générale

Cabinet du Dr CARRERE Philippe

Tél : 0590 80 84 05

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Louis DARCHE

Chirurgie Générale et Viscérale

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Benjamin LEFEVRE

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 51 52 47

Pauline BUTORI

ORL

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 0590 89 14 50

Timothée BONIFAY

Médecine Générale

CHU de Cayenne Croix rouge

Tel : 06 90 99 99 11

Charlotte DURTETTE

Médecine Interne

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

Guillaume RENARD

Chirurgie Orthopédique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 96 26 27 33

Meggie GUERIN

Parasitologie et Mycologie

CH de CAYENNE

Tel : 06 70 86 88 91

Emmanuelle SYLVESTRE

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 20 60 31 36

Sébastien POUY

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 66 44 56 15

Hassan DEBBAGH

Urologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0596 55 22 71

Florent HENNO

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 06 37 85 15 28

Paul BANCEL

ORL

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Astrid MONFORT

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72

Éric PARIS

Réanimation
CHU POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 94 39 53 39

Jean-Marc JEREMIE

Psychiatrie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Ambre TRAMIER

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

Aurélie PIERRE-JUSTIN

Neurologie
CHU POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 40

Clément MOUREAUX

Urologie
CHU POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

Jamila CARPIN

Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane
Tel : 0690 72 12 04

Axiane PLACIDE

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0690 30 75 19

Florence NIEMETZKY

Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0694 16 15 31

Romain BLAIZOT

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Hélène-Pelage,

Vous avez participé à l'élaboration de ce travail en l'éclairant de votre riche expérience, et nous vous en remercions.

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider au jury qui l'examine. Soyez assurée de ma grande admiration pour l'engagement et la disponibilité dont vous faites preuve envers les étudiants.

À Monsieur le Professeur Breurec,

J'ai eu le plaisir d'être votre interne pendant un semestre. Vous me faites aujourd'hui l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma grande admiration et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Cabié,

Toujours avec bienveillance vous avez contribué à la réalisation de ce travail, et nous vous en remercions. Vous me faites aujourd'hui l'honneur de le juger. Soyez assuré de ma grande admiration et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Janky,

Votre présence dans le jury est un grand honneur. J'espère que ce travail suscitera votre intérêt et votre expertise. Soyez assuré de ma plus grande admiration et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jehel,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail qui j'espère suscitera votre intérêt. Soyez assuré de ma plus grande admiration et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Carrère,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Que de chemin parcouru depuis plus de deux ans, quand en souhaitant planifier mes congés vous m'avez proposé ce sujet. Je vous remercie pour votre bienveillance, le partage de votre expertise tant en clinique qu'en recherche, et la confiance que vous m'avez accordée. Soyez assuré, cher Maître, de ma plus grande admiration et de mon profond respect.

Aux Rectorats des académies, Agences régionales de santé et Observatoires régionaux de la santé de la Guadeloupe et de la Martinique,

Merci de nous avoir permis de mener à terme ce projet ambitieux, et pour votre soutien dans sa réalisation.

À tous les élèves qui ont participé à cette enquête, aux professeurs, infirmiers de l'Éducation nationale et personnels des établissements scolaires,

Merci pour votre participation et votre enthousiasme.

À mes collègues sur ce travail, Françoise Hoen, Jérôme Tanghe, Sarah Chalono, Noëlle Précart, Maïté Robinel et Laurence Germany,

Merci pour votre investissement et votre participation.

Françoise, merci pour le partage de ton expérience. Tes remarques et conseils ont toujours été judicieux et m'ont fait progresser.

Aux membres des Corévih de la Guadeloupe et de la Martinique,

Merci de votre soutien.

Je remercie en particulier les membres du Corévih de la Guadeloupe avec qui j'ai eu le plaisir et l'honneur de travailler : Monsieur le Professeur Bruno Hoen, Madame le Docteur Isabelle Lamaury, Madame le Docteur Isabelle Fabre, Madame le Docteur Elisabeth Fernandes, Madame le Docteur Rachida Ouissa, Madame France-Lise Coclès, Madame Vanessa Tressières, Monsieur Jean-Claude Maced.

Aux membres de la Cellule d'Intervention en Région Antilles, antenne Guadeloupe, Santé Publique France,

Et particulièrement à Monsieur le Docteur Lydéric Aubert, pour son aide précieuse et son soutien.

À ma compagne, Cynthia, ta présence à mes côtés et ton amour sont tous les jours les sources de ma motivation.

À mon fils, Louis-Gabriel, ton arrivée cette année est une bénédiction. Tous les jours je m'émerveille de te voir grandir.

Je souhaite également remercier :

Mes grands-parents, Marie-Louise dont la pensée m'est présente tous les jours, et Roger.

Ma mère Brigitte, et ma petite sœur, Suzy.

Ma belle-mère, Yvonne.

Ma filleule, Erin.

Mes oncles et tantes, d'ici et de là-bas.

Mon beau-père, Joseph.

Mon « frère », Philippe, sa femme Coralie et ses enfants, Jiven et Théo.

Mes cousins et cousines : Agathe, Raphaël, Alexandre, Fabienne, Steeve, Cédric.

Mes amis : Cyril, Mathieu, Guillaume, Benjamin, Pablo, Nathalie, Carl... la liste est longue.

Les membres du bureau de l'Alliance Capesterrienne.

Tous les professionnels de santé avec qui j'ai eu l'honneur et le plaisir de travailler au cours de mon internat.

Le Docteur Philippe Plé, mon modèle.

Le Docteur Christian Boireaux, mon inspirateur.

« To improve is to change, so to be perfect is to change often »

Sir Winston Churchill, Prix Nobel de Littérature 1953

RÉSUMÉ

Contexte : Les adolescents caribéens sont fortement exposés aux risques liés à la sexualité : infections sexuellement transmissibles, interruption volontaire de grossesse, maternité précoce, violence.

Objectifs : Évaluer les connaissances, attitudes, pratiques en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents aux Antilles françaises.

Méthodes : CAPSEX-AF est une enquête transversale réalisée en 2017-18 dans une population de guadeloupéens et martiniquais scolarisés en Seconde générale/technologique ou professionnelle, réunis par sondage en grappe. Le recueil des données a fait appel à un auto-questionnaire en ligne. Une double autorisation parentale était recherchée.

Résultats : 2247 élèves ont été inclus (taux de participation = 73,5%). On compte en règle générale moins de 5% de non-réponses aux questions posées. Les données aberrantes sont rares. Les résultats obtenus en Martinique et en Guadeloupe sont similaires. Les connaissances de prévention sont insuffisantes et il existe une dissociation entre connaissances et pratiques. Les attitudes à l'égard de l'homosexualité sont fréquemment négatives, les attitudes face aux grossesses précoces souvent favorables et les antécédents de grossesse fréquents, en particulier en filière professionnelle. L'exposition à la pédopornographie est importante. Les

antécédents de violence sont nombreux, en particulier chez les filles et en filière professionnelle.

Conclusion : Le taux de participation témoigne de l'acceptabilité de la recherche parmi les personnels de l'Éducation nationale, les élèves et leurs parents. Les données collectées paraissent de bonne qualité. CAPSEX-AF offre une typologie des risques sexuels auxquels sont confrontés les adolescents aux Antilles françaises. Elle permettra une meilleure adaptation des actions éducatives au contexte.

Mots-clés : adolescent ; sexualité ; connaissances, attitudes et pratiques en santé ; Caraïbe

ABSTRACT

Background: Caribbean teenagers are at high-risk of sexuality-related conditions: sexual transmitted diseases, abortion, early pregnancy, violence.

Aim: To evaluate knowledge, attitudes and practice in sexual health among adolescents in the French Caribbean.

Methods: CAPSEX-AF is a cross-sectional study conducted in 2017 and 2018 using cluster sampling of a population of teenagers enrolled in 10th grade in general and vocational schools of Guadeloupe and Martinique. Data was collected through a web-based self-administered questionnaire. An active consent of both parents was required.

Results: 2247 teenagers in 118 classrooms of 52 schools were included (participation rate: 73,5%). The non-response rate was less than 5% for most questions. Outliers were rare. Observations were similar in Martinique and Guadeloupe. Prevention knowledge was poor, and a gap existed between knowledge and practice. Attitudes towards homosexuality were commonly negative, attitudes towards early pregnancy were often positive, and history of pregnancy was frequent, especially in vocational schools. Filmed sexual encounters were widely distributed. History of violence was frequent, especially in girls and in vocational schools.

Conclusion: Acceptability of the study among adolescents, their parents and the education professionals, is assessed by the participation rate. Collected data appears

of good quality. CAPSEX-AF displays the trends of the sexual risks that teenagers face in the French West Indies and provides insights to implementing better school-based intervention programs.

Keywords: adolescent; sexuality; health knowledge, attitudes, practice; Caribbean region

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
ABSTRACT	3
TABLE DES MATIÈRES	5
LISTE DES TABLEAUX.....	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
INTRODUCTION	12
MÉTHODES	18
Type d'étude.....	18
Population	18
Taille de la population d'étude.....	20
Procédures de recrutement	20
Information et consentement	22
Recueil et traitement des données	23
Questionnaire	24
Éthique et réglementation	26
Gestion de l'étude	28
Analyse statistique.....	28

RÉSULTATS.....	30
Échantillonnage	30
Premiers résultats.....	31
<i>Caractéristiques de la population d'étude</i>	31
<i>Communication en matière de sexualité</i>	34
<i>Attitudes à l'égard de l'homosexualité</i>	35
<i>Attitudes à l'égard des grossesses précoces, connaissances de prévention des grossesses non désirées, usage de contraception orale urgente et antécédent de grossesse</i>	36
<i>Attitudes à l'égard du VIH/SIDA et connaissances de prévention des IST</i>	38
<i>Pratiques de prévention des grossesses non désirées et des IST</i>	40
<i>Attitudes et pratiques à l'égard de la pornographie</i>	41
<i>Pédopornographie</i>	42
<i>Rapports sexuels contre compensation</i>	43
<i>Violences sexuelles</i>	43
Contrôle qualité des données	44
DISCUSSION	47
Participation	47
Qualité des données collectées.....	48
Premiers résultats.....	49
<i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	49

<i>Communication en matière de sexualité</i>	51
<i>Attitudes à l'égard de l'homosexualité</i>	51
<i>Attitudes à l'égard des grossesses précoces, connaissances de prévention des grossesses non désirées, usage de contraception orale urgente et antécédent de grossesse</i>	52
<i>Attitudes à l'égard du VIH/SIDA et connaissances de prévention des IST</i>	53
<i>Pratiques de prévention des grossesses non désirées et des IST</i>	54
<i>Attitudes et pratiques à l'égard de la pornographie</i>	55
<i>Pédopornographie</i>	55
<i>Rapports sexuels contre compensation</i>	56
<i>Violences sexuelles</i>	56
Conclusion	57
<i>Remerciements</i>	59
<i>Contributions des auteurs</i>	60
<i>Conflit d'intérêts</i>	61
RÉFÉRENCES.....	62
ANNEXES.....	71
Annexe 1 : Protocole de l'étude	72
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude.....	91
Annexe 3 : Notices d'information destinées aux élèves et aux titulaires de l'autorité parentale (version Martinique)	109

Annexe 4 : Formulaire de consentement destiné aux élèves et d'autorisation destiné aux titulaires de l'autorité parentale (version Martinique)	114
Annexe 5 : Avis du comité d'éthique.....	117
Annexe 6 : Avis du CCTIRS	119
Annexe 7 : Récépissé de déclaration à la CNIL.....	122
SERMENT D'HIPPOCRATE	124

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude	32
Tableau 2 : Communication en matière de sexualité.....	34
Tableau 3 : Attitudes à l'égard de l'homosexualité.....	35
Tableau 4 : Attitudes à l'égard des grossesses précoces	36
Tableau 5 : Connaissances de prévention des grossesses non désirées.....	37
Tableau 6 : Utilisation de contraception d'urgence et antécédents de grossesse parmi celles ayant eu un rapport sexuel.....	38
Tableau 7 : Attitudes à l'égard du VIH/SIDA.....	38
Tableau 8 : Connaissances de prévention des IST.....	39
Tableau 9 : Pratiques de prévention des grossesses non désirées et des IST parmi celles et ceux ayant eu un rapport sexuel.....	40
Tableau 10 : Attitudes et pratiques à l'égard de la pornographie	41
Tableau 11 : Exposition à la pédopornographie parmi celles et ceux ayant eu un rapport sexuel.....	42
Tableau 12 : Rapport sexuel contre compensation parmi celles et ceux ayant eu un rapport sexuel.....	43
Tableau 13 : Antécédent de violence sexuelle	44

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
CAPSEX-AF	Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de santé affective et sexuelle aux Antilles françaises
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CORÉVIH	Coordinations Régionales de lutte contre le VIH
CSF	Contexte de la Sexualité en France
DFA	Départements Français d'Amérique
DUMG-AG	Département Universitaire de Médecine Générale de l'Université des Antilles
FECOND	Fécondité, contraception, dysfonction sexuelle
HBSC	<i>Health Behaviour in School-Aged Children</i>
HCE	Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
IC 95%	Intervalle de Confiance à 95%
IFERISS	Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société
INED	Institut National des Études Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
KABP	<i>Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practice</i>
LGT	Lycée Général et Technologique
LP	Lycée Professionnel
LPO	Lycée Polyvalent
OMS	Organisation Mondiale de Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UMR	Unité Mixte de Recherche
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
YRBS	<i>Youth Risk Behavior Survey</i>

INTRODUCTION

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social reconnu comme enjeu de santé public majeur [1]. L'éducation peut contribuer à son amélioration, en particulier quand elle est prodiguée en milieu scolaire[2]. En 2010, le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) renouvelait les standards d'éducation à la santé sexuelle [3], ayant désormais pour objectif un « apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité », adapté aux niveaux de connaissance et à l'âge des individus. En France, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) définissait en 2016 l'éducation à la sexualité comme une « manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit fondée sur l'égalité des sexes et des sexualités, adaptée à l'âge, basée sur des informations scientifiques et sans jugement de valeur » [4]. La même année, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) proposait la mise en place « d'une stratégie nationale de santé sexuelle concertée, prenant en compte les besoins de chacun à tous les âges de la vie ». Il était recommandé de mettre l'accent sur les programmes d'éducation à la vie sexuelle dès le plus jeune âge, et de développer les connaissances pour adapter ces programmes, en particulier dans les départements et régions d'outre-mer[5].

Aux Antilles françaises, les adolescents sont particulièrement exposés aux risques liés à la sexualité : Infections Sexuellement Transmissibles (IST), maternité précoce, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), violence sexuelle. Guadeloupe et

Martinique sont parmi les régions françaises les plus affectées par le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) : en 2015 on y relevait respectivement 342 et 214 nouvelles séropositivités par million d'habitants, contre 89 au niveau national. Les moins de 25 ans représentaient 14% des nouvelles infections en Guadeloupe, 8% en Martinique, et 11% en France métropolitaine [6]. L'enquête LaboIST réalisée en 2016 a montré que les taux de diagnostic d'infection à *Chlamydiae trachomatis* et gonocoque étaient en Guadeloupe respectivement 3 et 5 fois supérieurs à ceux observés en métropole. Quelle que soit la région étudiée, la population la plus concernée était celle des 15-24 ans [7]. Par ailleurs, les grossesses précoces sont relativement fréquentes aux Antilles françaises : 10% des femmes guadeloupéennes et 11% des femmes martiniquaises nées entre 1980 et 1989 étaient mères avant l'âge de 20 ans, contre 4% en France métropolitaine [8]. Pourtant, les filles ont souvent recours à l'IVG : en 2016, le taux de recours chez les 15-17 ans était de 14,7 pour 1000 en Guadeloupe et de 16 pour 1000 en Martinique, contre 6,6 pour 1000 en métropole [9]. Enfin, le risque de violence sexuelle semble important : en 2008, une élève antillaise sur dix scolarisées en classe de Troisième déclarait avoir déjà été victime d'une agression sexuelle [10].

L'adolescence est une période critique de vulnérabilité, caractérisée par plus d'expérimentations, des changements de partenaires plus fréquents et une prise de risque plus importante qu'à l'âge adulte [11]. Une initiation sexuelle précoce peut s'associer au non-usage du préservatif ou d'une contraception au premier rapport, et majorer le risque d'IST ou de maternité précoce [12]. Plusieurs modèles théoriques cognitifs et comportementaux permettent de mieux comprendre comment se construisent les risques liés à la sexualité : Ajzen [13], Bandura [14], Bronfenbrenner

[15]. Ces risques sont déterminés par des facteurs s'articulant à plusieurs niveaux dans le temps : contexte socio-économique, environnement relationnel, et caractéristiques plus individuelles, biologiques ou ayant trait aux expériences de chacun [16].

L'effet du contexte social sur la santé sexuelle des adolescents est connu [17]. Une situation sociale défavorisée augmente le risque d'initiation sexuelle précoce [18], d'IST [19], de grossesse précoce [20] et de violence sexuelle dans l'enfance ou l'adolescence [21]. La seule étude de large ampleur ayant spécifiquement porté sur la sexualité des adolescents en France observait en 1994 que les jeunes scolarisés en filière d'enseignement professionnel, c'est-à-dire dans un environnement social plutôt défavorable, étaient plus à risque de sexualité précoce et de non-usage du préservatif que ceux scolarisés en filière générale/technologique. Les filles en filière professionnelle étaient de surcroît plus exposées aux grossesses précoces et aux rapports forcés [22]. Les indicateurs administratifs de pauvreté disponibles en France montrent que davantage de jeunes évoluent en situation sociale difficile aux Antilles françaises qu'en métropole [23].

La structure familiale et le « style parental éducatif » semblent jouer un rôle important. Le fait de vivre avec deux parents au sein d'un foyer stable peut limiter le risque de sexualité précoce [18,24] et d'IST [19]. Au contraire, l'altération de la structure familiale augmente le risque de multipartenariat [24,25], de recours à l'IVG, de grossesse précoce [20] et de violence sexuelle [21]. Un moindre contrôle parental s'associe à une entrée dans la sexualité plus précoce et une plus grande activité sexuelle [26]. La

qualité de la relation parent-enfant et de la communication intrafamiliale peut retarder l'âge d'entrée dans la sexualité et favoriser l'usage du préservatif et de la contraception [27]. Aux Antilles françaises, près d'un tiers des enfants sont en situation de famille monoparentale, le plus souvent avec une mère isolée [28].

Les adolescents sont particulièrement sensibles aux influences qu'exercent les groupes dans lesquels ils évoluent. Les normes sociales et la pression qu'elles induisent jouent un rôle de premier plan dans leurs comportements. Avoir ses amis comme interlocuteurs privilégiés en matière de sexualité est corrélé à des intentions plus précoces d'avoir un rapport sexuel [28], à un plus grand nombre de partenaires différents et à une moindre utilisation du préservatif [29]. Penser que ses pairs sont sexuellement actifs et qu'avoir des rapports sexuels confère un avantage social peut contribuer à une initiation sexuelle précoce [30].

L'appartenance religieuse peut également avoir une influence sur les comportements des adolescents. L'assiduité aux offices religieux s'associe à une entrée dans la sexualité plus tardive [31]. Plusieurs facteurs semblent impliqués : une forme de « conservatisme sexuel » [32], un plus grand contrôle parental, et une moindre permissivité des pairs [33]. L'influence des religions sur l'utilisation du préservatif et de la contraception est plus controversée, la littérature livrant des résultats contradictoires. En France, une étude réalisée en 2005 confirmait que la religiosité retarde l'âge d'entrée dans la sexualité, mais montrait également que la pratique régulière diminuait la probabilité d'usage d'un moyen de contraception, en particulier chez les catholiques [34]. Les religions occupent une place importante aux Antilles françaises : 60% des

adolescents guadeloupéens se disent pratiquants, contre 7% à 20% des 15-44 ans en France métropolitaine [35].

D'autres influences s'exercent. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication facilitent l'accès aux messages de prévention mais font craindre le développement d'une hypersexualisation, notamment par exposition aux contenus pornographiques. Une telle exposition s'associe à une plus grande probabilité d'avoir des partenaires sexuels multiples, à des attitudes plus négatives à l'égard du préservatif, et à une moindre utilisation de la contraception [36].

Enfin, les comportements de l'adolescent sont déterminés par des caractéristiques qui lui sont propres, au premier rang desquelles sa santé mentale. Un syndrome dépressif, par exemple, peut s'associer à une entrée dans la sexualité plus précoce chez les filles [37] et à une augmentation du risque de contracter une IST [38]. Plus encore, les événements traumatiques tels que les antécédents de violence sont corrélés à toutes les composantes du spectre des comportements sexuels à risque: initiation précoce, multipartenariat, non-usage de contraception ou de préservatif, IST, et rapports contre compensation [38-41].

Depuis 2003, tous les établissements scolaires du second degré français sont tenus d'appliquer un programme d'éducation à la santé sexuelle. Il s'appuie sur l'enseignement des sciences de la vie et de la terre, mais aussi sur des séances d'éducation à la sexualité et des actions ponctuelles participant à cette éducation [42].

En Guadeloupe, une évaluation du dispositif a montré les limites de sa mise en œuvre : en 2014, seuls un tiers des établissements parvenaient à organiser au moins une

séance d'éducation à la sexualité par niveau de scolarité. Les chefs d'établissement craignaient un manque d'acceptabilité du programme parmi les parents d'élèves. Les intervenants étaient peu nombreux et insuffisamment formés. Ils ne disposaient pas de l'état des lieux nécessaire à la mise en place de leurs actions éducatives[43].

Certaines enquêtes de grande envergure comme le *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) aux Etats-Unis [44–46] ou l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) en Europe [18,47] explorent de façon régulière la santé sexuelle des adolescents. En dépit des recommandations internationales et nationales, aucune enquête de ce type n'a été réalisée aux Antilles françaises.

En collaboration avec les Rectorats, les Agences Régionales de Santé (ARS), les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) et les Coordinations Régionales de lutte contre le VIH (Corévih) de la Guadeloupe et de la Martinique, le Département Universitaire de Médecine Générale de l'Université des Antilles (DUMG-AG) a donc développé, avec le soutien de l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), une étude observationnelle ayant pour objectif principal d'évaluer les connaissances et attitudes relatives à la santé sexuelle parmi les adolescents guadeloupéens et martiniquais. Les objectifs secondaires sont :

- a) d'évaluer les pratiques relatives à la santé sexuelle dans la même population ;
- b) d'explorer les facteurs sociodémographiques et psycho-sociaux associés aux connaissances inadaptées et pratiques à risque compte-tenu des consensus scientifiques existants.

Le propos de ce travail est de présenter le protocole de l'étude et ses premiers résultats.

MÉTHODES

Type d'étude

CAPSEX-AF (Connaissances, attitudes, et pratiques en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents scolarisés en classe de Seconde aux Antilles françaises) est une étude transversale faisant appel à auto-questionnaire proposé aux élèves de 118 classes de Seconde, réparties dans 52 établissements scolaires publics sur les 59 que comptent la Guadeloupe et la Martinique soit 42 lycées généraux/technologiques et/ou professionnels publics sur 44 existants. L'étude a été menée en Guadeloupe de janvier 2017 à mai 2017 et en Martinique de février 2018 à juin 2018. Une phase pilote l'avait précédée en Guadeloupe en 2016 afin de tester procédures et questionnaire. Cette étude s'inscrit dans un programme de recherche interventionnelle débuté en 2014 par une évaluation des dispositifs d'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire [43] et devant contribuer au développement d'actions éducatives mieux adaptées au contexte social et anthropologique qui prévaut aux Antilles françaises.

Population

La population cible est adolescente, antillaise française, en âge d'entrer dans la sexualité, et susceptible de recevoir une éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire. Près de 98% des adolescents français de moins de 18 ans sont scolarisés. Aux Antilles françaises, après le Brevet des collèges, près de neuf élèves sur dix passent par une Seconde générale/technologique ou professionnelle. La grande majorité de ces élèves de Seconde sont âgés de 15 ans. Selon les données épidémiologiques disponibles en France, l'âge de 15 ans peut être considéré comme une période critique d'entrée dans la sexualité[48]. Par ailleurs, en Guadeloupe comme en Martinique, près de neuf élèves sur dix scolarisés en classe de Seconde le sont dans un établissement scolaire public[49]. L'évaluation des dispositifs d'éducation à la santé sexuelle menée en 2014 et la phase pilote de 2016 avaient démontré la faible acceptabilité d'un programme de recherche tel que CAPSEX-AF au sein des établissements scolaires privés, souvent confessionnels. La population source est donc scolarisée en classe de Seconde dans un établissement public en Guadeloupe ou en Martinique. Cette stratégie de recrutement maximise l'acceptabilité de la recherche au sein des établissements scolaires en évitant les classes à examen que sont les Troisième, Première et Terminale. Elle permet de faire le point sur ce qui a été acquis au cours des années collège et sur ce qui reste à acquérir au cours des années lycée.

Les listes d'élèves scolarisés en classe de Seconde n'étant pas accessibles, la population d'étude a été réunie par un sondage en grappe inspiré de l'étude HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children*[18,47]. Ce sondage a été stratifié sur la région – Guadeloupe ou Martinique – afin de garantir une correcte représentation des deux territoires. Le sondage a également été stratifié sur le type de Seconde –

générale/technologique ou professionnelle – afin de garantir un effectif suffisant en filière professionnelle. En France, les élèves scolarisés en filière professionnelle sont davantage qu'en filière générale/technologique issus de milieux sociaux défavorisés, ce qui peut avoir un impact sur nos variables d'intérêt et sur le déroulement de la recherche. Au premier niveau ont donc été tirés au sort un échantillon de classes de Seconde par strate. Au second niveau ont été sollicités tous les élèves scolarisés dans ces classes.

Taille de la population d'étude

L'objectif d'échantillonnage était de recruter 2000 élèves afin d'assurer une précision des estimations de l'ordre de 2% sur données globales pour une fréquence attendue de 50% avec un risque alpha de 5%, l'effet de sondage étant supposé négligeable. Les listes des classes de Seconde de l'ensemble des lycées de Guadeloupe et Martinique étaient fournies par les Rectorats de chaque région avec détail des effectifs par classe, ce qui a permis de calculer le nombre de classes à tirer au sort pour parvenir au nombre de sujets nécessaires, en anticipant un taux de réponse de 70% en moyenne, soit 60% en Seconde professionnelle et 80% en général/technologique.

Procédures de recrutement

Le protocole de l'étude a été construit en collaboration avec les services médicaux des Rectorats et autorisé par les Recteurs de chaque région. Une infirmière de l'Éducation

nationale et quatre étudiants en troisième cycle d'études de médecine préalablement formés aux procédures de la recherche ont assuré la mise en œuvre du protocole, assistés d'un chef de projet par région, sous la responsabilité d'un coordinateur.

En amont de la période d'inclusion des participants, les personnels de direction des lycées publics de chaque région ont été informés des objectifs et modalités de la recherche par courrier du Recteur faisant autorité et par entretien téléphonique avec le coordinateur. Les attachés de recherche ont ensuite rencontré individuellement chaque chef d'établissement comprenant une classe tirée au sort afin d'obtenir leur accord pour réaliser l'étude au sein de leur lycée. Lors de cet entretien, les procédures de la recherche ont été discutées et validées. Tous les établissements publics sollicités ont accepté de participer. Un personnel de l'Éducation nationale a été désigné comme référent pour la recherche au sein de chaque établissement. Afin d'optimiser le déroulement de l'étude, les procédures ont également été discutées par les attachés de recherche avec le référent, l'infirmier et les responsables des services administratifs et informatiques de chaque établissement, ainsi que les professeurs principaux de chaque classe tirée au sort. Ces échanges ont donné lieu à des ajustements mineurs du protocole.

Au terme de ces phases préparatoires, les attachés de recherche ont animé dans chaque classe tirée au sort une séance d'information et d'échange autour des objectifs et des modalités de l'étude afin de solliciter la participation des élèves scolarisés dans ces classes.

Information et consentement

À l'issue de ces séances, chaque élève recevait une notice écrite d'information et un formulaire de consentement. Une deuxième notice d'information destinée aux parents et accompagnée d'un formulaire d'autorisation parentale était remise aux élèves mineurs acceptant de se prêter à la recherche. Chaque parent d'élève mineur sollicité pouvait contacter le coordinateur de la recherche pour entretien complémentaire. Deux mois ont été laissés aux élèves pour ramener les formulaires éventuellement complétés, avec relance hebdomadaire en classe.

Les informations orales et écrites visaient à faire prendre connaissance aux élèves et aux titulaires de l'autorité parentale : a) de l'objectif de la recherche, b) du caractère facultatif, libre et volontaire de la participation à la recherche, du droit de refuser d'y prendre part, c) de la nécessité d'autorisation du ou des titulaires de l'autorité parentale pour les élèves mineurs, d) du traitement confidentiel, anonymisé, et informatisé des données personnelles recueillies au cours de la recherche, e) du droit de rétractation ou d'opposition à tout moment de la recherche, f) du droit des participants à consulter et à rectifier toute donnée leur appartenant collectée au cours de la recherche, g) des modalités d'exercice de ces droits.

Le consentement écrit des participants et la capacité de répondre en toute confidentialité au questionnaire utilisé pour la recherche constituaient des critères d'inclusion. Pour les élèves mineurs au moment de l'enquête, étaient aussi requises : a) les autorisations écrites des deux titulaires de l'autorité parentale lorsqu'ils étaient tous deux identifiés et en mesure d'apporter leur signature, b) ou une autorisation

écrite d'un titulaire de l'autorité parentale et une non-opposition du second titulaire lorsque celui-ci était identifié mais non en mesure de d'apporter sa signature, c) ou une autorisation écrite d'un seul titulaire de l'autorité parentale lorsque le second ne pouvait être identifié.

Recueil et traitement des données

Le recueil des données a fait appel à un auto-questionnaire en ligne, grâce à une web-application agréé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel (*wepi.org*, développé par la société *Epiconcept*). Le questionnaire était administré au sein des établissements scolaires en classe entière ou demi-classeselon les ressources informatiques disponibles,sous supervision d'au moins un attaché de recherche. Le calendrier de recueil des donnéesa été optimisé afin de limiter la diffusion,à l'intérieur des classes et entre les classes,du contenu du questionnaire avant complétion par les participants.

Aucune donnée directement identifiante n'était recueillie dans ce questionnaire,chaque élève participant étant désigné par un numéro aléatoire unique.Afin de garantir les droits de rétractation et de modification, une liste de correspondance entre nom/prénom des participants et numéro aléatoire était maintenue au sein des établissementspar les attachés de recherche pour chaque classe tirée au sort.

Des rapports réguliers et un fichier de suivi élaborés par les attachés de recherche ont permis de contrôler le déroulement de l'étude. La concordance entre rapports, fichier de suivi, formulaires restitués, listes de correspondance et complétions du questionnaire était vérifiée chaque semaine par les chefs de projet.

La base de données nécessaire à la recherche a été clôturée en juillet 2018, après validation de l'ensemble des formulaires et des questionnaires reçus. Les listes de correspondance ont été confiées aux personnels de direction des établissements concernés et sont désormais inaccessibles aux personnes pouvant consulter la base. Les données hébergées par la société *Epiconcept* ont été effacées après avoir été téléchargées dans un répertoire informatique sécurisé du centre de coordination de l'étude, accessible uniquement sur autorisation du coordinateur. Ces données ne peuvent être transférées. Les formulaires de consentement et d'autorisation doivent être conservés pour une durée de dix ans par le centre de coordination et les établissements concernés.

Questionnaire

Le questionnaire utilisé pour la recherche a été construit sur revue de la littérature et à partir d'études menées en population adolescente (YRBS[44–46], HBSC[18,47], Fécondité, contraception, dysfonction sexuelle – FECOND[50]) ou principalement adulte (Contexte de la Sexualité en France – CSF[51]– et *Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practice* – KABP – Antilles-Guyane [35]). Ce questionnaire a fait l'objet de

discussions avec l'ensemble des partenaires de la recherche pour limiter le nombre de questions au temps horaire scolaire, pour adapter leur formulation à la population cible, et pour assurer une validation de contenu. Il a également discuté en *focus group* avec trois classes d'élèves de Seconde au cours de la phase pilote, afin d'évaluer son acceptabilité, sa compréhension et sa validité apparente. Le temps de passation allait de 20 minutes à 50 minutes selon les participants, certaines questions étant conditionnées par les réponses qui les précédaient.

La première partie du questionnaire explorait des variables socio-démographiques et psycho-sociales telles que l'âge, le sexe, la structure familiale, le niveau socio-économique du foyer, les résultats scolaires, la religiosité, l'exposition aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, la langue la plus souvent parlée, ou l'estime de soi.

La deuxième partie du questionnaire explorait des variables psycho-sociales plus en rapport avec la sexualité, telles que la communication intra- et extra-familiale, les connaissances en matière de prévention des grossesses non désirées ou des IST, les attitudes à l'égard de l'homosexualité, du préservatif et du multipartenariat, ainsi que face au VIH/SIDA, aux grossesses précoces et à la pornographie.

La troisième partie du questionnaire abordait plus directement la sexualité et les pratiques qui y ont trait : ménarche, antécédent de rapport sexuel, multipartenariat, orientation sexuelle, normes sociales en matière d'usage du préservatif ou de la contraception, usage d'un moyen de prévention des grossesses non désirées ou des IST au premier et au dernier rapport, recours à la contraception orale urgente,

antécédent de dépistage, antécédent de grossesse, rapport contre compensation, consommation de pornographie, exposition à la pédopornographie, attouchement et viol.

Une assistance médicale immédiate était assurée pour tout élève paraissant en situation de souffrance au cours de la passation du questionnaire. Une assistance à distance était plus largement proposée à tout participant à l'étude, des contacts utiles et adaptés à chaque région étant spécifiés en fin de questionnaire.

À la fin de la phase de recueil des données, chaque classe participante s'est vue proposée une séance de debriefing post-questionnaire revenant sur les premiers résultats obtenus grâce aux analyses intermédiaires des données, et sur les moyens de prévention faisant l'objet de consensus scientifique. Ces séances étaient animées par les membres de l'équipe CAPSEX-AF et par des professionnels de l'éducation à la santé.

Éthique et réglementation

L'étude a été initiée avant décret d'application de la loi Jardé. Une expertise juridique a été sollicitée. Le protocole a été soumis au comité d'éthique du centre hospitalo-universitaire de Pointe-à-Pitre – Guadeloupe – et au Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche Scientifique (CCTIRS) qui ont émis des avis favorables, respectivement les 13/06/2016 (numéro d'enregistrement : A6_16_03_29_CA) et 05/10/2016 (numéro de dossier : 16-699). Le traitement des données était conforme à une Méthodologie de Référence (MR-003) de la Commission

Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et a été enregistré le 12/01/2017
(numéro de déclaration : 2024937 v 0).

Gestion de l'étude

L'étude a été gérée en équipe réunissant les cinq attachés de recherche, les deux chefs de projets et le coordinateur, sous l'égide du centre de coordination (DUMG-AG) et du promoteur (IFERISS).

Le comité scientifique créé pour les besoins de l'étude réunissait les services médiaux des Rectorats, les ORS et les CoréviH de Guadeloupe et Martinique, ainsi que l'INSERM UMR1027.

Analyse statistique

L'analyse est réalisée par le centre de coordination de l'étude, assisté de l'INSERM UMR1027 et du CNRS UMR5044. Elle fait appel au logiciel Stata v.15 et tient compte du plan de sondage (procédure *svyset*). Le risque de première espèce est fixé à 5% pour tous les tests statistiques.

L'ensemble des variables explorées doit être analysé. Les données manquantes doivent être signalées. L'analyse des données est effectuée sur la totalité de l'échantillon avec pondération sur le type de seconde et la région. Elle est dans un premier temps descriptive puis bivariée. Elle pourra ensuite être multivariée pour répondre aux objectifs secondaires de l'étude.

À l'étape univariée, les variables catégorielles sont décrites en effectif brut et pourcentage pondéré avec éventuel Intervalle de Confiance à 95% (IC 95%), les

variables continues en moyenne et IC 95% ou médiane et étendue interquartile selon la normalité de leur distribution.

À l'étape bivariée, l'analyse fait appel aux tests de Chi2 ou Fisher pour les variables catégorielles et aux tests de Student ou de Wilcoxon pour les variables continues, selon les conditions d'application de ces tests.

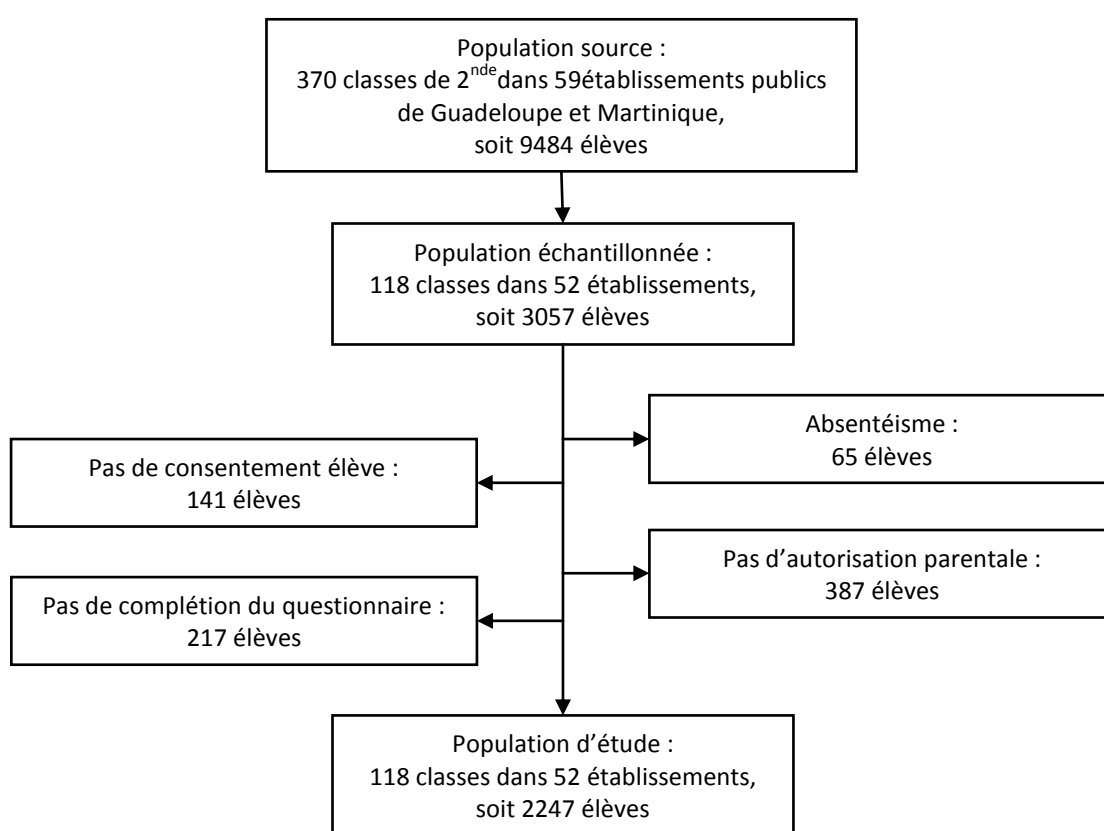
À l'étape multivariée, la régression multi-niveau sera utilisée compte tenu de la structure hiérarchisée des données.

Dans ce qui suit sont présentés les résultats de l'échantillonnage, les caractéristiques de la population d'étude, ainsi que les premières données relatives à l'objectif principal et au premier objectif secondaire de l'enquête classées par thématique. Ces résultats sont systématiquement stratifiés sur le sexe compte tenu des nombreux éléments bibliographiques témoignant du caractère genré des risques sexuels. Ces résultats sont également stratifiés sur la filière d'enseignement – général/technologique ou professionnel – ici utilisée comme proxy du contexte social des répondants. Une analyse de la qualité des données est enfin proposée : non-réponses, données aberrantes et discordance Guadeloupe-Martinique.

RÉSULTATS

Échantillonnage

Figure 1 : Diagramme de flux – CAPSEX-AF 2017-18



La population source comptait 9484 élèves scolarisés dans 370 classes de Seconde réparties dans 59 établissements publics (Figure 1), 70,7% de ces élèves étant en filière générale/technologique. Cent dix-huit classes ont été tirées au sort, regroupant 3057 élèves dans 52 établissements scolaires ; 61,6% de ces élèves étaient en filière

générale/technologique en raison du suréchantillonnage en filière professionnelle. Finalement, 2247 élèves ont répondu au questionnaire en tout respect des critères d'inclusion, dont 65,9% en Seconde générale/technologique du fait d'un taux de participation supérieur dans cette filière (78,6%) comparativement à la filière professionnelle (65,3%).

Globalement, le taux de participation a atteint 73,5%. L'attrition s'est révélée majoritairement liée à des facteurs semblant propres aux élèves (absentéisme chronique, refus de participer à l'étude, ou non-complétion du questionnaire en dépit des autorisations nécessaires), l'absence d'autorisation des titulaires de l'autorité parentale représentant 47,8% des non-participations.

Premiers résultats

Caractéristiques de la population d'étude

La population d'étude est composée de 55,2% de filles (Tableau 1), cette proportion variant de 61,1% en filière générale/technologique à 42,1% en filière professionnelle ($p < 0,001$). Globalement 86,2% des participants avaient 15 à 16 ans au moment de l'enquête, et 12,3% avaient 17 ans ou plus. Cette dernière classe d'âge était plus représentée chez les garçons que les filles (15,8% versus 9,5% - $p < 0,001$), et en filière professionnelle que générale/technologique (28,9% versus 4,8% - $p < 0,001$).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude (n=2247) - CAPSEX-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
Sexe					
Féminin	(1240) 55,2			(902) 61,1	(578) 42,1***
Masculin	(1007) 44,8			(338) 38,9	(429) 57,9
Age					
14 ans ou moins	(35) 1,5	(19) 1,5	(16) 1,5***	(33) 2,1	(2) 0,3***
15 à 16 ans	(1926) 86,2	(1096) 89,0	(830) 82,7	(1376) 93,1	(550) 70,8
17 ans et plus	(286) 12,3	(125) 9,5	(161) 15,8	(71) 4,8	(215) 28,9
Structure du foyer					
Au moins deux adultes présents	(1509) 67,1	(827) 66,6	(682) 67,9	(1042) 70,1	(467) 60,7***
Parent isolé	(732) 32,6	(410) 33,2	(322) 31,8	(433) 29,6	(299) 39,1
Ne souhaite pas répondre	(6) 0,3	(3) 0,2	(3) 0,3	(5) 0,3	(1) 0,2
Situation financière du foyer					
« Ça va » ou mieux	(1495) 66,2	(817) 65,6	(678) 66,9	(1018) 68	(477) 62,2***
« C'est juste »	(452) 20,3	(263) 21,4	(189) 19,1	(294) 20,3	(158) 20,5
« C'est difficile » ou pire	(198) 9,0	(109) 9,0	(89) 9,1	(11) 8,0	(87) 11,3
Ne souhaite pas répondre	(102) 4,5	(51) 4,0	(51) 4,9	(57) 3,7	(45) 6,0
Langue la plus souvent parlée					
Français	(1335) 60,2	(792) 63,7	(563) 56,0***	(1013) 67,5	(342) 44,1***
Créoles	(751) 33,8	(364) 29,7	(387) 38,8	(379) 26,8	(372) 49,2
Autres	(135) 5,7	(83) 6,5	(52) 4,7	(83) 5,4	(52) 6,6
Ne souhaite pas répondre	(6) 0,3	(1) 0,1	(5) 0,5	(5) 0,3	(1) 0,1
Place de la religion dans la vie					
Importante	(1372) 60,9	(812) 65,4	(560) 55,4***	(894) 60,7	(478) 61,5***
Non importante	(737) 33,0	(365) 29,5	(372) 37,2	(512) 34,3	(225) 29,9
Ne souhaite pas répondre	(138) 6,1	(63) 5,1	(75) 7,4	(74) 5,0	(64) 8,6
Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi, de ce que je suis...					
Oui ou plutôt oui	(1704) 76,1	(871) 70,6	(833) 82,8***	(1092) 74,2	(612) 80,3***
Non ou plutôt non	(512) 22,6	(355) 28,3	(157) 15,5	(373) 24,8	(139) 17,6
Ne souhaite pas répondre	(31) 1,3	(14) 1,1	(17) 1,7	(15) 1,0	(16) 2,1
Temps passé face à des écrans, en semaine					
≤ 2 heures par jour	(504) 22,3	(268) 21,6	(236) 23,3	(333) 22,4	(171) 22,3***
3 à 4 heures par jour	(724) 32,1	(403) 32,3	(321) 31,9	(525) 34,8	(199) 26,1
≥ 5 heures par jour	(975) 43,6	(548) 44,3	(427) 42,6	(602) 41,4	(373) 48,3
Ne souhaite pas répondre	(44) 2,0	(21) 1,8	(23) 2,2	(20) 1,4	(24) 3,3
Actuellement en couple					
Non	(1291) 57,2	(669) 53,6	(622) 61,7***	(951) 62,7	(340) 45,2***
Oui	(900) 40,3	(546) 44,5	(354) 35,2	(499) 35,2	(401) 51,6
Ne souhaite pas répondre	(56) 2,5	(25) 1,9	(31) 3,1	(30) 2,1	(26) 3,2
Antécédent de rapport sexuel					
Non	(1246) 55,5	(815) 65,8	(431) 42,9***	(970) 64,6	(276) 35,6***
Oui	(878) 38,9	(388) 31,2	(490) 48,4	(442) 30,7	(436) 57,0
Ne souhaite pas répondre	(123) 5,6	(37) 3,0	(86) 8,7	(68) 4,7	(55) 7,4

^a : % pondérés ; * : p<0,05, ** : p<0,01 et *** : p<0,001 (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Une situation de famille monoparentale a pu être relevée dans 32,6% des cas, et 29,3% des participants ont déclaré que la situation financière de leur foyer était « juste » ou « difficile », sans différence significative selon le sexe. Les situations de monoparentalité étaient significativement plus fréquentes en filière professionnelle qu'en filière générale/technologique (39,1% versus 29,6% - $p < 0,001$), tout comme les situations financières décrites comme difficiles (11,3% versus 8% - $p < 0,001$).

Six participants sur dix ont déclaré que la religion occupait une place importante dans leur vie, les filles davantage que les garçons (65,4% versus 55,4% - $p < 0,001$). Quatre participants sur dix déclaraient passer cinq heures ou plus par jour devant un écran (smartphone, ordinateur, téléviseur, console de jeu), davantage en filière professionnelle qu'en filière générale-technologique (48,3% versus 41,4% - $p < 0,001$).

Une mauvaise estime de soi a pu s'observer dans 22,6% des cas, davantage chez les filles que chez les garçons (82,8% versus 70,6% - $p < 0,001$) et en filière générale/technologique qu'en filière professionnelle (80,3% versus 74,2% - $p < 0,001$).

Quatre participants sur dix ont déclaré avoir un petit ami au moment de l'étude, soit 44,5% chez les filles contre 35,2% chez les garçons ($p < 0,001$), ou 51,6% en filière professionnelle contre 35,2% en filière générale/technologique ($p < 0,001$). Enfin, 38,9% disaient avoir déjà eu un ou plusieurs rapports sexuels, davantage chez les garçons que chez les filles (48,4% versus 31,2% - $p < 0,001$) et en filière professionnelle que générale/technologique (57% versus 30,7% - $p < 0,001$).

Communication en matière de sexualité

Les membres de la famille étaient les premiers (Tableau 1) à être présentés comme interlocuteurs de confiance des élèves lorsqu'il s'agit de parler de sexualité (62,1%), particulièrement chez les filles (64,8% contre 58,9% chez les garçons - $p < 0,001$). Les amis ou partenaires sexuels étaient cités en deuxième position, davantage chez les filles que les garçons (57,9% versus 52,9% - $p < 0,001$). Un quart des participants disaient faire confiance aux médias (sites internet, journaux, télévision) pour répondre à leurs questions sur la sexualité, plus chez les filles que chez les garçons (30,3% versus 19,2% - $p < 0,001$) ou en filière générale/technologique que professionnelle (29,1% versus 16,9% - $p < 0,001$). Les professionnels de l'éducation et de la santé venaient en dernière position, deux participants sur dix (22,1% à 19,6%) les désignant comme personnes de confiance en la matière. Près d'un élève sur dix (8,7%) disait n'avoir confiance en personne.

Tableau 2 : Communication en matière de sexualité (n=2247) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
À qui ou quoi fais-tu confiance pour répondre à tes questions sur la sexualité ?					
Membre de la famille	(1400) 62,1	(805) 64,8	(595) 58,9 ^{***}	(944) 63,5	(456) 59,2 [*]
Amis/partenaire sexuel	(1256) 55,6	(722) 57,9	(534) 52,9 ^{***}	(838) 56,3	(418) 54,2
Médias	(561) 25,3	(368) 30,3	(193) 19,2 ^{***}	(429) 29,1	(132) 16,9 ^{***}
Professionnel de l'éducation	(494) 22,1	(286) 23,2	(208) 20,7 ^{**}	(341) 22,9	(153) 20,2 [*]
Professionnel de santé	(443) 19,6	(266) 21,4	(177) 17,3 ^{***}	(301) 20,3	(142) 17,9 [*]
Personne	(191) 8,7	(97) 7,9	(94) 9,6 ^{***}	(118) 8,2	(73) 9,7 [*]

^a : % pondérés ; * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$ et *** : $p < 0,001$ (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Attitudes à l'égard de l'homosexualité

Si 44,1% des participants déclaraient que l'homosexualité était une « sexualité comme une autre » (Tableau 3), ils étaient 40,4% à y voir « une sexualité contre nature ». Un quart (27,8%) percevaient les rapports homosexuels comme « le signe d'une sexualité libérée », mais 21,9% estimaient qu'ils traduisaient « un problème psychologique ». Globalement, 43,3% des participants présentaient des attitudes uniquement positives à l'égard de l'homosexualité ; 37,3% entretenaient des représentations uniquement négatives, particulièrement chez les garçons (53,2% contre 24,4% chez les filles - $p < 0,001$) et en filière professionnelle (45,8% contre 33,4% en filière générale/technologique- $p < 0,001$).

Tableau 3 : Attitudes à l'égard de l'homosexualité (n=2247) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous (n) % ^a	Filles (n) % ^a	Garçons (n) % ^a	Général et Technologique (n) % ^a	Professionnel (n) % ^a
Selon toi, l'homosexualité c'est...					
Une sexualité comme une autre	(993) 44,1	(699) 56,2	(294) 29,2 ^{***}	(744) 49,3	(249) 32,3 ^{***}
Une sexualité contre nature	(908) 40,4	(380) 30,6	(528) 52,5 ^{***}	(551) 37,8	(357) 46,1 ^{***}
Le signe d'une sexualité libérée	(624) 27,8	(436) 35,1	(188) 18,9 ^{***}	(448) 30,2	(176) 22,6 ^{***}
Le signe d'un problème psychologique	(488) 21,9	(138) 11,3	(350) 34,9 ^{***}	(274) 19	(214) 28,4 ^{***}
Ne souhaite pas répondre	(209) 9,3	(110) 8,7	(99) 10,0 ^{***}	(114) 7,7	(95) 12,9 ^{***}
Attitudes à l'égard de l'homosexualité (synthèse)					
Positives	(972) 43,3	(698) 56,4	(274) 27,1 ^{***}	(737) 49,1	(235) 30,4 ^{***}
Ambivalentes	(229) 10,1	(131) 10,5	(98) 9,7	(145) 9,8	(84) 10,9
Négatives	(837) 37,3	(301) 24,4	(536) 53,2	(484) 33,4	(353) 45,8
Ne se prononce pas	(209) 9,3	(110) 8,7	(99) 10,0	(114) 7,7	(95) 12,9

^a : % pondérés ; * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$ et *** : $p < 0,001$ (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Attitudes à l'égard des grossesses précoces, connaissances de prévention des grossesses non désirées, usage de contraception orale urgente et antécédent de grossesse

Globalement, 12,7% des participants déclaraient que la survenue d'une grossesse chez eux-mêmes ou leur partenaire serait une bonne chose voire la meilleure qui puisse leur arriver à ce moment de leur vie (Tableau 4). En filière professionnelle, cette proportion pouvait atteindre 31% chez les garçons et 14,6% chez les filles.

Tableau 4 : Attitudes à l'égard des grossesses précoces (n=2247) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
Attitudes à l'égard des grossesses précoces					
Défavorables	(1810) 81,0	(1097) 89,0	(713) 71,1***	(1297) 87,7	(513) 66,2***
Favorables	(294) 12,7	(94) 7,3	(200) 19,4	(110) 7,5	(184) 24,1
Ne se prononce pas	(143) 6,3	(49) 3,7	(94) 9,5	(73) 4,8	(70) 9,7

^a : % pondérés ; * : p<0,05, ** : p<0,01 et *** : p<0,001 (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Le moyen de prévention des grossesses non désirées le plus fréquemment cité (Tableau 5) était le préservatif masculin (91,6%), davantage chez les garçons que chez les filles (95,9% versus 88,1% - p<0,001). Le deuxième était le préservatif féminin (67,9%). Moins des deux tiers des filles (63,8%) et de la moitié des garçons (45,2%) mentionnaient la contraception hormonale orale, 50,7% et 33,4% le dispositif intra-utérin, 58,7% et 44,6% la contraception orale urgente. Des méthodes ne faisant pas consensus scientifique étaient également évoquées : toilette intime (10,6%), coït interrompu (22,1%), contraception hormonale orale discontinue (25,4%) et méthode du calendrier (39,4%).

En définitive, ce sont 21,5% des participants qui ne citaient que des réponses faisant consensus, davantage chez les garçons que chez les filles (25,1% versus 18,6% - $p < 0,001$), tandis que 76,6% donnaient à la fois des réponses attendues et non consensuelles.

Tableau 5 : Connaissances de prévention des grossesses non désirées (n=2 247) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous (n) % ^a	Filles (n) % ^a	Garçons (n) % ^a	Général et Technologique (n) % ^a	Professionnel (n) % ^a
Selon toi, quels moyens sont efficaces pour éviter qu'une fille tombe enceinte ?					
Préservatif masculin	(2063) 91,6	(1098) 88,1	(965) 95,9 ^{***}	(1357) 91,4	(706) 92,1
Préservatif féminin	(1526) 67,9	(873) 70,5	(653) 64,8 ^{**}	(1043) 70,4	(483) 62,5 ^{***}
Pilule (prise quotidienne)	(1238) 55,5	(783) 63,8	(455) 45,2 ^{***}	(897) 60,6	(341) 44,0 ^{***}
Pilule du lendemain	(1173) 52,3	(725) 58,5	(448) 44,6 ^{***}	(799) 54	(374) 48,4 [*]
Dispositif intra-utérin	(963) 43,0	(628) 50,7	(335) 33,4 ^{***}	(691) 46,5	(272) 35,2 ^{***}
Méthode du calendrier	(880) 39,4	(537) 43,5	(343) 34,4 ^{***}	(598) 40,7	(282) 36,5
Autres moyens	(829) 37,1	(557) 45,1	(272) 27,2 ^{***}	(657) 44,0	(172) 21,8 ^{***}
Implant contraceptif	(814) 36,3	(542) 43,7	(272) 27,2 ^{***}	(560) 38,0	(254) 32,6 [*]
Patch contraceptif	(637) 28,4	(412) 33,4	(225) 22,3 ^{***}	(440) 29,7	(197) 25,7
Pilule (prise au besoin)	(564) 25,4	(301) 24,7	(263) 26,4	(372) 25,5	(192) 25,3
Éviter la pénétration	(493) 22,4	(303) 24,7	(190) 19,5 ^{**}	(375) 25,6	(118) 15,4 ^{***}
Coït interrompu	(500) 22,1	(251) 20,5	(249) 24,1 [*]	(287) 19,6	(213) 27,8 ^{***}
Se laver après l'acte sexuel	(237) 10,6	(121) 9,9	(116) 11,6	(132) 9,4	(105) 13,4 ^{**}
Abstinence	(155) 6,9	(84) 6,7	(71) 7,1	(97) 6,6	(58) 7,4
Ne sait pas	(7) 0,3	(4) 0,3	(3) 0,3	(5) 0,4	(2) 0,2
Connaissances de prévention des grossesses non désirées (synthèse)					
Réponses attendues uniquement	(491) 21,5	(235) 18,6	(256) 25,1 ^{***}	(287) 19,2	(204) 26,5 ^{***}
Intermédiaire	(1716) 76,6	(977) 79,0	(739) 73,7	(1161) 78,5	(555) 72,5
Réponses non attendues uniquement	(40) 1,9	(28) 2,4	(12) 1,2	(32) 2,3	(8) 0,9

^a : % pondérés ; * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$ et *** : $p < 0,001$ (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Parmi les filles ayant eu un rapport sexuel, 29,4% avaient déjà eu recours à une contraception orale urgente. Mais 9,7% avaient déjà été en situation de grossesse menée à terme ou non, cette proportion atteignant 13,3% en filière professionnelle (Tableau 6). Ces grossesses avaient donné lieu à une fausse couche dans 31,4% des

cas, une interruption volontaire dans 59,3% des cas, et une naissance dans 9,2% des cas.

Tableau 6 : Utilisation de contraception d'urgence et antécédents de grossesse parmi celles ayant eu un rapport sexuel (n=388) – CAPSEX-AF 2017-18

	Filles (n) % ^a	Général et Technologique (n) % ^a	Professionnel (n) % ^a
Recours à la contraception orale urgente			
Non	(269) 69,4	(149) 70,5	(120) 67,8
Oui, une fois	(70) 18,2	(33) 16,3	(37) 20,8
Oui, plusieurs fois	(44) 11,2	(25) 12,6	(19) 9,4
Ne souhaite pas répondre	(5) 1,2	(1) 0,6	(4) 2,0
Antécédent de grossesse			
Non	(340) 88,3	(190) 91,6	(150) 83,5 [*]
Oui	(41) 9,7	(16) 7,2	(25) 13,3
Ne souhaite pas répondre	(7) 2,0	(2) 1,2	(5) 3,2 [*]

^a : % pondérés ; * : p<0,05, ** : p<0,01 et *** : p<0,001 (un test par variable : général/technologique versus professionnel)

Attitudes à l'égard du VIH/SIDA et connaissances de prévention des IST

Deux tiers des participants (65,8%) percevaient le VIH/SIDA comme une infection ou une maladie potentiellement mortelle (Tableau 7), davantage chez les garçons que chez les filles (70% versus 62,5% - p<0,001) et en filière générale/technologique que professionnelle (67,4% versus 62,4% - p<0,050). Trois sur quatre (76,7%) reconnaissaient qu'il s'agissait d'une infection ou d'une maladie grave nécessitant un traitement lourd, tandis que 13,4% estimaient possible de guérir cette infection.

Tableau 7 : Attitudes à l'égard du VIH/SIDA (n=2247) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
Selon toi, le VIH/SIDA est une maladie...					
Grave qui nécessite un traitement lourd	(1728) 76,7	(968) 77,8	(760) 75,5	(1165) 78,6	(563) 72,7 ^{***}
Potentiellement mortelle	(1474) 65,8	(773) 62,5	(701) 70,0 ^{***}	(997) 67,4	(477) 62,4 [*]
Qui peut être guérie	(302) 13,4	(156) 12,8	(146) 14,0	(181) 12,3	(121) 15,6 [*]
Chronique que l'on peut soigner	(299) 13,2	(148) 12,0	(151) 14,7 [*]	(178) 12,0	(121) 15,7 ^{**}
Ne sait pas	(83) 3,7	(42) 3,4	(41) 4,0	(37) 2,4	(46) 6,4 ^{***}

^a : % pondérés ; * : p<0,05, ** : p<0,01 et *** : p<0,001 (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Parmi les moyens de prévention des IST (Tableau 8), le préservatif masculin était le plus fréquemment cité (91,6%), davantage chez les garçons que les filles (95,5% versus 88,4% - p<0,001). Suivait la demande de dépistage chez le partenaire pour 81,1% des filles et 71,2% des garçons (p<0,001). La réalisation régulière de test de dépistage pour soi-même était mentionnée par 70,2% des premières et 58,7% des seconds (p<0,001).

Tableau 8 : Connaissances de prévention des IST (n=2247) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
Selon toi, quels moyens sont efficaces pour se protéger du VIH/SIDA ou des autres IST ?					
Préservatif masculin	(2058) 91,6	(1097) 88,4	(961) 95,5 ^{***}	(1355) 91,5	(703) 91,9
Demander un test de dépistage à son/sa ou ses partenaires	(1726) 76,7	(1007) 81,1	(719) 71,2 ^{***}	(1179) 79,2	(547) 70,9 ^{***}
Préservatif féminin	(1648) 73,4	(942) 76,1	(706) 70,1 ^{***}	(1124) 75,9	(524) 67,7 ^{***}
Faire régulièrement un test de dépistage	(1460) 65,0	(870) 70,2	(590) 58,7 ^{***}	(1030) 69,3	(430) 55,7 ^{***}
La fidélité à son/sa partenaire	(1035) 46,1	(639) 51,3	(396) 39,7 ^{***}	(705) 47,8	(330) 42,3 [*]
L'abstinence	(831) 37,1	(495) 40,2	(336) 33,2 ^{**}	(638) 42,6	(193) 24,9 ^{***}
Se laver après l'acte sexuel	(313) 13,9	(142) 11,6	(171) 16,6 ^{***}	(177) 12,2	(136) 17,4 ^{**}
Autre moyen	(124) 5,6	(65) 5,3	(59) 6,0	(72) 4,9	(52) 7,1 ^{***}
Ne sait pas	(54) 2,3	(25) 1,9	(29) 2,8	(20) 1,3	(34) 4,5 ^{***}

^a : % pondérés ; * : p<0,05, ** : p<0,01 et *** : p<0,001 (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Pratiques de prévention des grossesses non désirées et des IST

Parmi les participants ayant déclaré avoir déjà eu un rapport sexuel, 47,4% des élèves déclaraient n'avoir utilisé aucun moyen de prévention des grossesses non désirées ou des IST au premier rapport, davantage chez les garçons que chez les filles (53,1% versus 40,1% - $p < 0,001$). Quand plusieurs rapports sexuels étaient survenus, la proportion de participants n'ayant utilisé aucun moyen de prévention au dernier rapport restait identique chez les garçons mais augmentait à 50,5% chez les filles. Si un moyen de prévention avait été utilisé, il s'agissait dans plus de neuf cas sur dix du préservatif masculin. La toilette intime était citée par 7,5% des participants, la contraception orale continue par 8%.

Tableau 9 : Pratiques de prévention des grossesses non désirées et des IST parmi celles et ceux ayant eu un rapport sexuel – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous (n) % ^a	Filles (n) % ^a	Garçons (n) % ^a	Général et Technologique (n) % ^a	Professionnel (n) % ^a
Usage d'un moyen de prévention des grossesses ou des IST au 1^{er} rapport (n=878)					
Non	(417) 47,4	(156) 40,1	(261) 53,1 ^{***}	(190) 42,7	(227) 52,9 ^{**}
Oui	(387) 44,0	(201) 51,7	(186) 37,9	(218) 49,4	(169) 37,5
Ne souhaite pas répondre	(74) 8,6	(31) 8,2	(43) 9,0	(34) 7,9	(40) 9,6
Moyens de prévention des grossesses ou des IST utilisés au 1^{er} rapport (n=387)					
Préservatif masculin	(365) 94,1	(188) 93,2	(177) 94,9	(209) 95,6	(156) 91,6
Pilule contraceptive	(31) 8,0	(14) 7,2	(17) 8,9	(17) 7,6	(14) 8,6
Se laver après l'acte sexuel	(28) 7,5	(13) 7,2	(15) 7,8	(19) 8,9	(9) 5,2
Pilule du lendemain	(24) 6,0	(12) 5,9	(12) 6,0	(11) 5,0	(13) 7,4
Préservatif féminin	(20) 5,0	(6) 3,0	(14) 7,1 [*]	(10) 4,6	(10) 5,6
Coït interrompu	(16) 3,8	(11) 5,2	(5) 2,2	(5) 2,3	(11) 6,0 [*]
Autre méthode	(7) 1,8	(5) 2,3	(2) 1,2	(4) 1,8	(3) 1,7
Implant contraceptif	(5) 1,2	(2) 0,9	(3) 1,4	(2) 0,7	(3) 1,9
Ne se souvient plus	(3) 0,7	(1) 0,3	(2) 1,0	(1) 0,4	(2) 1,1
Usage d'un moyen de prévention des grossesses ou des IST lors du dernier rapport (n=653)					
Non	(344) 51,8	(156) 50,5	(188) 53,0 [*]	(145) 45,8	(199) 58,3 ^{***}
Oui	(270) 42,1	(139) 45,7	(131) 38,9	(157) 51,2	(113) 32,2
Ne souhaite pas répondre	(39) 6,1	(12) 3,8	(27) 8,1	(10) 3,0	(29) 9,5

^a : % pondérés ; * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$ et *** : $p < 0,001$ (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Attitudes et pratiques à l'égard de la pornographie

Quatre filles sur dix (39,4%) se disaient mal à l'aise face aux productions pornographiques, voire choquées pour 37,1% d'entre elles (Tableau 10). Ces proportions étaient significativement inférieures chez les garçons (respectivement 20,3% et 13,4%, $p < 0,001$). Un tiers de ces derniers (32,3%) voyaient la pornographie comme un moyen d'apprentissage de la sexualité, tout comme 20,1% des filles.

Tableau 10 : Attitudes et pratiques à l'égard de la pornographie (n=2247) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
Que penses-tu des photos ou des vidéos pornographiques ?					
Cela me met mal à l'aise	(693) 30,8	(484) 39,4	(209) 20,3 ^{***}	(508) 34,2	(185) 23,5 ^{***}
Cela me choque	(600) 26,5	(460) 37,1	(140) 13,4 ^{***}	(401) 27,1	(199) 25,1 [*]
Cela me permet d'apprendre	(573) 25,6	(247) 20,1	(326) 32,3 ^{***}	(349) 23,8	(224) 29,5 ^{***}
Cela m'excite	(406) 18,2	(146) 11,8	(260) 26,0 ^{***}	(272) 18,2	(134) 18,0 [*]
Cela me détend	(288) 13,1	(70) 5,6	(218) 22,2 ^{***}	(181) 12,4	(107) 14,6 ^{**}
Ne souhaite pas répondre	(473) 21,1	(220) 17,5	(253) 25,6 ^{***}	(287) 19,5	(186) 24,6 ^{***}
Attitudes à l'égard de la pornographie (synthèse)					
Positives	(705) 31,4	(252) 20,2	(453) 45,2 ^{***}	(447) 30,1	(258) 34,2 ^{***}
Ambivalentes	(200) 9,1	(108) 9,1	(92) 9,1	(130) 9,1	(70) 9,2
Négatives	(869) 38,4	(660) 53,2	(209) 20,1	(616) 41,3	(253) 32,0
Ne souhaite pas répondre	(473) 21,1	(220) 17,5	(253) 25,6	(287) 19,5	(186) 24,6
Regardes-tu des photos ou des vidéos pornographiques ?					
Jamais	(894) 39,3	(672) 53,9	(222) 21,4 ^{***}	(606) 40,9	(288) 35,9 ^{***}
Exceptionnellement	(751) 33,3	(355) 28,2	(396) 39,6	(473) 31,8	(278) 36,7
Plusieurs fois par mois	(155) 6,8	(35) 2,7	(120) 11,9	(115) 7,6	(40) 5,1
Plusieurs fois par semaine	(119) 5,4	(33) 2,9	(86) 8,4	(96) 6,5	(23) 2,8
Tous les jours	(46) 2,2	(7) 0,7	(39) 4,0	(32) 2,2	(14) 2,1
Ne souhaite pas répondre	(282) 13,0	(138) 11,6	(144) 14,7	(158) 11,0	(124) 17,4

^a : % pondérés ; * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$ et *** : $p < 0,001$ (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Globalement, 45,2% des garçons exprimaient des attitudes uniquement favorables à la pornographie, contre 20,2% des filles ($p < 0,001$). Près d'un quart des garçons (24,3%)

déclaraient en visionner plusieurs fois par mois voire davantage, contre 6,3% des filles ($p<0,001$).

Pédopornographie

Parmi celles et ceux ayant déjà eu des rapports sexuels (Tableau 11), un sur dix disait s'être déjà filmé au cours de ces rapports, sans différence significative selon le sexe ou la filière d'enseignement. Au total, trois-quarts de ces participants (73,4%) disaient avoir déjà vu des photos ou vidéos mettant en scène des adolescents qu'ils connaissaient nus ou ayant des rapports sexuels, et 14,1% disaient en avoir déjà partagées.

Tableau 11 : Exposition à la pédopornographie parmi celles et ceux ayant eu un rapport sexuel (n=878) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
Je me suis déjà filmé(e) ou pris(e) en photo nu(e) ou pendant un rapport sexuel					
Non	(766) 87,7	(329) 85,8	(437) 89,2	(382) 86,7	(384) 88,9
Oui	(91) 10,0	(47) 11,6	(44) 8,7	(50) 11,2	(41) 8,5
Ne souhaite pas répondre	(21) 2,3	(12) 2,6	(9) 2,1	(10) 2,1	(11) 2,6
J'ai déjà été filmé(e) ou pris(e) en photo nu(e) ou pendant un rapport sexuel					
Non	(825) 94,1	(357) 92,5	(468) 95,5 ^{***}	(425) 96,0	(400) 91,9 [*]
Oui	(41) 4,4	(28) 6,7	(13) 2,5	(14) 3,3	(27) 5,6
Ne souhaite pas répondre	(12) 1,5	(3) 0,8	(9) 2,0	(3) 0,7	(9) 2,5
J'ai déjà vu des photos ou vidéos d'adolescents que je connais nus ou ayant un rapport sexuel					
Non	(218) 24,6	(92) 23,5	(126) 25,5 [*]	(104) 23,6	(114) 25,7
Oui	(644) 73,4	(294) 76,0	(350) 71,3	(332) 75,1	(312) 71,5
Ne souhaite pas répondre	(16) 2,0	(2) 0,5	(14) 3,2	(6) 1,3	(10) 2,8
J'ai déjà partagé des photos ou vidéos d'adolescents que je connais nus ou ayant un rapport sexuel					
Non	(742) 84,0	(341) 87,1	(401) 81,6	(383) 86,0	(359) 81,7 ^{**}
Oui	(120) 14,1	(43) 11,7	(77) 16,0	(57) 13,6	(63) 14,6
Ne souhaite pas répondre	(16) 1,9	(4) 1,2	(12) 2,4	(2) 0,4	(14) 3,7

^a : % pondérés ; * : $p<0,05$, ** : $p<0,01$ et *** : $p<0,001$ (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Rapports sexuels contre compensation

Parmi celles et ceux ayant déjà eu des rapports sexuels (Tableau 12), 7,3% des garçons et 1,8% des filles disaient avoir déjà payé pour avoir un rapport, tandis que respectivement 0,6% et 4,8% disaient avoir déjà eu un rapport en échange d'argent ou de cadeaux.

Tableau 12 : Rapport sexuel contre compensation parmi celles et ceux ayant eu un rapport sexuel (n=878) – CAPSEX-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
J'ai déjà eu un rapport sexuel en payant					
Non	(826) 94,1	(380) 98,1	(446) 91,1***	(423) 96,0	(403) 92,0**
Oui	(43) 4,9	(7) 1,8	(36) 7,3	(14) 3,0	(29) 7,0
Ne souhaite pas répondre	(9) 1,0	(1) 0,1	(8) 1,6	(5) 1,0	(4) 1,0
J'ai déjà eu un rapport sexuel en étant payé(e) ou contre un cadeau					
Non	(837) 95,3	(381) 98,1	(456) 93,0**	(431) 97,6	(406) 92,5**
Oui	(26) 2,9	(2) 0,6	(24) 4,8	(17) 2,0	(17) 4,1
Ne souhaite pas répondre	(15) 1,8	(5) 1,3	(10) 2,2	(13) 0,4	(13) 3,4

^a : % pondérés ; * : p<0,05, ** : p<0,01 et *** : p<0,001 (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Violences sexuelles

Dans l'ensemble de la population d'étude (Tableau 13), 13,9% des filles disaient avoir victimes d'attouchement sexuel (5,3% de non-réponse), ainsi que 4,2% des garçons (3,1% de non-réponse). Parmi celles et ceux ayant déjà eu des rapports sexuels, respectivement 16,4% (2,7% de non-réponse) et 4,1% (1,2% de non-réponse) disaient avoir été victimes de viol.

Tableau 13 : Antécédent de violence sexuelle – Capsex-AF 2017-18

	Tous	Filles	Garçons	Général et Technologique	Professionnel
	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a	(n) % ^a
Attouchement, parmi l'ensemble de la population d'étude (n=2247)					
Non	(1938) 86,1	(1003) 80,8	(935) 92,7***	(1297) 87,3	(641) 83,5***
Oui	(214) 9,6	(172) 13,9	(42) 4,2	(139) 9,7	(75) 9,2
Ne souhaite pas répondre	(95) 4,3	(65) 5,3	(30) 3,1	(44) 3,0	(51) 7,3
Viol, parmi celles et ceux ayant eu un rapport sexuel (n=878)					
Non	(778) 88,7	(315) 80,9	(463) 94,8***	(397) 89,5	(381) 87,6
Oui	(84) 9,5	(63) 16,4	(21) 4,0	(38) 8,9	(46) 10,2
Ne souhaite pas répondre	(16) 1,8	(10) 2,7	(6) 1,2	(7) 1,6	(9) 2,2

^a : % pondérés ; * : p<0,05, ** : p<0,01 et *** : p<0,001 (deux tests par variable : filles versus garçons, ou général/technologique versus professionnel)

Au total, ce sont 15,8% des filles (5,1% de non-réponse) et 5,7% des garçons (3% de non-réponse) participant à notre étude qui ont déclaré avoir déjà été victimes de violence sexuelle, attouchement ou viol. Ces différences selon le sexe étaient toujours très significatives (p<0,001).

Contrôle qualité des données

La proportion de participants n'ayant pas souhaité répondre à certaines questions posées était en règle générale inférieure à 5%, exception faite des questions ayant trait : a) à la religiosité (non-réponse - nr : 6,1%) ; b) aux antécédents de rapport sexuel (nr : 5,6%) ; c) aux attitudes à l'égard de l'homosexualité (nr : 9,3%) ; d) aux attitudes à l'égard des grossesses précoces (nr : 6,3%) ; e) à l'usage d'un moyen de prévention au

premier et dernier rapport (nr : 8,6% et 6,1%) ; f) aux attitudes à l'égard de la pornographie et à la consommation de ce type de media (nr : 21,1% et 13%).

L'analyse des données a révélé des incohérences dans les réponses des participants à l'étude. Ainsi, 1,5% des participants ont déclaré être scolarisés dans une filière d'enseignement qui n'était pas la leur. Dans les questions à choix multiples, certains ont pu sélectionner le choix « je ne sais pas » ou « je ne souhaite pas répondre » tout en sélectionnant d'autres items proposés dans ces questions. Cela concerne : a) 0,4% des répondeurs à la question explorant la composition du foyer ; b) 3,3% des répondeurs à la question explorant la communication en matière de sexualité ; c) 1,9% des répondeurs à la question explorant les attitudes à l'égard du VIH/SIDA ; d) 1,2% à 1,1% des répondeurs aux questions ayant trait à la prévention des grossesses non désirées et des IST. Pour les questions portant sur les moyens de prévention des grossesses non désirées ou des IST, 0,3% à 2,3% des participants n'ont pas été en mesure de choisir l'une des multiples réponses qui leur étaient proposées. Chez celles et ceux ayant déjà eu un rapport sexuel et déclarant avoir utilisé un moyen de prévention au premier rapport, 0,7% n'étaient pas en mesure de préciser ce moyen de prévention. Au total, aucun participant n'a fait preuve d'incohérences dans l'ensemble de ses réponses aux questions évoquées ci-dessus.

Par ailleurs, sur la totalité des variables présentées dans ce travail, treize s'exprimaient de façon significativement différente en Martinique et en Guadeloupe. Pour sept de ces différences, la p-value renvoyée par les tests statistiques était inférieure à 0,05 : a) mauvaise estime de soi (78% en Martinique versus 74% en Guadeloupe) ; b) exposition

aux écrans ≥ 5 heures par jour (46,2% versus 41,2%) ; c) confiance dans les professionnels de l'éducation (24,5% versus 19,9%) ; d) attitudes à l'égard de l'homosexualité (34,7% versus 39,6%) ; e) mention du préservatif comme moyen de prévention des grossesses non désirées (93,3% versus 90,1%) ; f) antécédent de grossesse (13% versus 7%) ; g) attitudes négatives à l'égard de la pornographie (29,5% versus 33,1%). Pour trois de ces différences, la p-value était inférieure à 0,01 : a) mention du dépistage régulier comme moyen de prévention des IST (67,7% versus 62,7%) ; b) recours à un moyen de prévention des grossesses non désirées ou des IST au dernier rapport (35,3% versus 47,8%) ; c) avoir été filmé(e) nu(e) ou pendant un rapport sexuel (5,8% versus 3,1%). Pour trois de ces différences, la p-value était inférieure à 0,001 : a) situation financière du foyer perçue comme favorable (68,9% versus 63,8%) ; b) visionnage de pédopornographie mettant en scène des adolescents connus (68,5% versus 77,6%) ; c) partage de vidéos ou photos de ce type (8,9% versus 18,4%).

DISCUSSION

Participation

Le taux de participation à l'étude CAPSEX-AFa atteint 73,5% alors qu'il existait de fortes contraintes réglementaires, imposant notamment le recueil de l'autorisation écrite d'un voire deux titulaires de l'autorité parentale. En phase pilote, le taux de retour des formulaires de consentement élève et d'autorisation parentale était de 43% [52]. C'est une meilleure répartition de la charge de travail liée à l'étude qui a permis l'amélioration de ce taux de retour. L'effectif d'attachés de recherche a été augmenté, l'aide des professeurs principaux de chaque classe tirée au sort a été sollicitée, et la désignation d'un référent pour l'étude au sein de chaque établissement en a facilité le déroulement. Le taux de participation finalement obtenu peut être considéré comme élevé pour ce type de recherche. Aux Etats-Unis en 2015, le taux de participation à l'enquête YRBS était de 60% [45]. En 2002, dans une étude similaire à CAPSEX-AF portant sur un échantillon de 1 854 élèves, le taux de participation était de 55% [53]. En Europe en 2010, le taux de participation à l'enquête HBSC était, tous pays confondus, inférieur à 60% [47]. La nécessité de recueillir l'autorisation des parents limite habituellement la participation des élèves, notamment du fait de l'augmentation de la charge de travail liée à l'enquête, des craintes de certains élèves de présenter les formulaires d'autorisation à leurs parents, ou du désengagement voire de l'opposition de certains parents. Ce risque de désengagement est d'autant plus important que les

conditions socio-économiques sont difficiles[54]. L'excellent taux de participation observé dans l'étude CAPSEX-AF en Guadeloupe comme en Martinique traduit la bonne adéquation des procédures de la recherche, ainsi qu'une bonne acceptabilité de cette recherche parmi les personnels de l'Éducation nationale, les élèves et les parents.

Qualité des données collectées

En raison d'évidentes considérations éthiques, il était permis aux participants de ne pas se prononcer pour les questions abordant les sujets les plus sensibles – pédopornographie, rapport contre compensation, violence par exemple. Le taux de non-réponse à ces questions dites sensibles s'est révélé inférieur à cinq pourcents dans la quasi-totalité des cas. Dans le même temps, peu de données aberrantes ont été constatées à l'analyse. Un biais de désirabilité sociale a cependant pu s'exprimer de façon variable selon les questions posées. Par exemple, il est possible que les antécédents de rapport contre compensation aient été sous-estimés chez les filles. Mais l'utilisation d'un auto-questionnaire informatisé peut diminuer l'effet du biais de désirabilité sociale sur les réponses à des questions sensibles, tout du moins comparativement aux modes de recueil en face à face[55]. Des biais d'information ont également pu survenir du fait de la qualité des instruments de mesure utilisés. Nos estimations des antécédents de violence ont pu par exemple en être affectés, le sens donné par les répondants à certains comportements assimilables à des attouchements et la liberté de parole de ces répondants variant selon les territoires et les époques[56].

Premiers résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Dans la population d'étude CAPSEX-AF, la proportion de filles était de 61,1% en filière générale/technologique et de 42,1% en filière professionnelle. Ces valeurs sont proches de celles observées en population source par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance de l'Éducation nationale : respectivement 56,1% et 38,2% [49]. Ces écarts inférieurs ou égaux à cinq points traduisent une relative sous-participation des garçons.

Dans notre population d'étude, la proportion d'élèves en situation de famille monoparentale était globalement de 32,6%. Ces valeurs sont cohérentes avec les statistiques régionales disponibles. Selon les données de recensement produites par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2015 les familles monoparentales comportant des enfants âgés entre 11 et 17 ans représentaient 29,4% de la totalité des familles monoparentales en Guadeloupe et 27,3% en Martinique [57]. Selon une étude publiée en 2012 par l'INSEE et l'Institut National des Études Démographiques (INED), 31% des enfants martiniquais et près de 30% des enfants guadeloupéens évoluent dans une famille monoparentale [28].

Dans notre population d'étude, la proportion d'élèves ne se percevant pas dans une situation financière confortable variait de 28,3% en filière générale/technologique à 31,8% en filière professionnelle. Cette variation est cohérente avec ce que l'on sait du système éducatif français, la filière générale/technologique recevant moins d'élèves en situation sociale défavorisée que la filière professionnelle. La proportion d'élèves ne se

percevant pas dans une situation financière confortable variait également selon la région, de 32,4% en Guadeloupe à 25,9% en Martinique, ce qui est cohérent avec les statistiques régionales disponibles. En 2015, 26,7% de la population guadeloupéenne et 24,4% de la population martiniquaise était bénéficiaire de la couverture maladie universelle, 26,9% et 22,8% du revenu de solidarité active[23], ces deux dispositifs sociaux étant uniquement accessibles aux personnes en situation de pauvreté.

Une forte proportion des participants à notre étude (60,9%) estimait que la religion occupait une place importante dans leur vie. On connaît la prégnance des religions aux Antilles françaises. Dans l'étude KABP menée dans les Départements Français d'Amérique (DFA) en 2011, la religion était considérée comme très importante pour près de sept personnes sur dix[35].

Enfin, près de la moitié des garçons ayant participé à l'enquête CAPSEX-AF indiquaient avoir déjà eu un rapport sexuel contre un tiers des filles. Dans l'étude KABP DFA de 2011, l'âge médian du premier rapport était estimé à 15,5 et 14,8 ans chez les garçons guadeloupéens et martiniquais, contre 16,8 et 16,5 ans chez les filles[35].

Sur ces cinq indicateurs, les caractéristiques de notre échantillon semblent donc proches de celles que l'on pouvait s'attendre à observer en population source. On ne peut cependant prétendre que notre population d'étude est représentative de l'ensemble des adolescents âgés de 15 à 16 ans aux Antilles françaises. Les onze à douze pourcents d'élèves scolarisés dans le privé n'ont pu être pris en compte en raison des difficultés à mettre en œuvre des études en rapport avec la sexualité dans ces établissements. Leurs personnels de direction craignent que l'acceptabilité de ce

type de recherche parmi les parents d'élèves soit insuffisante. Les onze à douze pourcents d'élèves en première année de certificat d'aptitude professionnelle ne sont pas représentés, les listes des classes correspondantes n'ayant pas été obtenues.

Communication en matière de sexualité

Parmi les personnes de confiance pour évoquer des questions liées à la sexualité, les membres de la famille (62,1%) et les amis (55,5%) étaient les premiers cités par les participants à notre étude. Les professionnels de l'éducation et de la santé n'arrivaient qu'en dernière position (22,1% et 19,6%). Une hiérarchie similaire était observée dans l'enquête *Youth Sexuality* menée en 2010 en Allemagne : selon le sexe 52% à 68% des adolescents faisaient confiance à leur meilleur ami, 51% à 66% à leur mère, 4% à 10% à leur médecin et 4 à 7% à leurs enseignants [58]. Une revue de littérature de 2017 atteste que les médecins communiquent peu avec les adolescents au sujet de la santé sexuelle en dehors des consultations dédiées à la contraception ou aux IST[59]. Professionnels de santé comme de l'éducation ne se sentent pas toujours assez formés pour aborder les questions de sexualité chez l'enfant [4]. Ces limites nuisent à leur positionnement en tant que référents en matière de santé sexuelle auprès des élèves.

Attitudes à l'égard de l'homosexualité

Les attitudes à l'égard de l'homosexualité étaient fréquemment négatives parmi les participants à notre étude, en particulier chez les garçons et en filière professionnelle. L'enquête CSF réalisée en 2006 en métropole montrait des attitudes plus favorables, notamment chez les 18-24 ans : seuls 30% des hommes et 14,6% des femmes

déclaraient que l'homosexualité était « le signe d'un problème psychologique » ou « une sexualité contre nature »[51]. Dans une publication de 2015 portant sur des données recueillies dans 79 pays, le sexe masculin, l'âge, un faible niveau d'études ou de revenus, et une forte présence des religions étaient associés à des attitudes plus homonégatives[60]. L'étude KABP menée dans les DFA en 2011 retrouvait un niveau d'attitudes négatives encore supérieur à celui observé dans notre échantillon, en particulier chez les hommes ou chez celles et ceux de faible niveau d'études[35].

Attitudes à l'égard des grossesses précoces, connaissances de prévention des grossesses non désirées, usage de contraception orale urgente et antécédent de grossesse

Dans notre population, 9,7% des filles ayant eu des rapports sexuels soit 3,3% de la totalité des participantes déclaraient avoir déjà été en situation de grossesse, 59,3% de ces grossesses ayant donné lieu à une interruption volontaire. En Angleterre et au Pays de Galles en 2016, le taux de conception chez les 15-17 ans était estimé à 1,9%, 51,4% de ces conceptions ayant donné lieu à une IVG[61]. La proportion de filles nous ayant déclaré avoir déjà été en situation de grossesse était significativement supérieure en filière professionnelle (13,3%). L'association entre position sociale défavorisée et risque de grossesse avant 18 ans est bien démontrée, notamment en Europe[62]. Le recours à la pilule du lendemain observé dans notre échantillon doit être interprété à la lumière de ce contexte. Il peut paraître élevé, mais ne semble pas sujet à inégalités, et la sécurité d'usage de ce type de contraception urgente est garantie hors contre-indication ou interaction médicamenteuse majeure.

Ces résultats contrastent avec les données qu'apporte notre étude quant aux connaissances de prévention. Plus de 95% des participants étaient en mesure de citer au moins un des moyens de prévention des grossesses non désirées faisant consensus scientifique. On peut cependant noter que les filles moins que les garçons citaient le préservatif masculin, et que moins des deux-tiers d'entre elles mentionnaient la contraception orale continue. En définitive, de nombreuses idées reçues persistaient à l'encontre du discours scientifique et faisaient courir un risque à près des deux tiers de l'échantillon.

Il faut également relever que des attitudes positives à l'égard des grossesses précoces étaient exprimées par 12,7% des participants à notre étude, soit 19,4% des garçons et 7,3% des filles. Dans l'enquête *Youth Sexuality* menée en 2010 en Allemagne, on relevait également des attitudes plus favorables chez les garçons que chez les filles, mais à des niveaux inférieurs : 8% et 5%, respectivement [58]. Dans notre population, ces attitudes favorables s'exprimaient plus particulièrement en filière professionnelle. Aux Etats-Unis entre 2002 et 2008, il a été démontré que les attitudes à l'égard des grossesses précoces étaient plus fréquemment positives parmi les adolescentes évoluant dans un contexte social défavorisé [63].

Attitudes à l'égard du VIH/SIDA et connaissances de prévention des IST

Pour deux-tiers à trois-quarts de notre population, le VIH/SIDA restait une infection/maladie potentiellement mortelle ou d'une certaine gravité. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête KABP menée dans les DFA en 2011 : 68% des 18-24 ans disaient alors craindre le VIH/SIDA. Le risque de contamination par le virus

du VIH était d'ailleurs perçu avec davantage d'acuité en Guadeloupe et Martinique qu'en métropole[35], ce qui semblait traduire la forte incidence de cette infection aux Antilles françaises.

En matière d'IST, le préservatif restait le moyen de prévention le plus connu des participants à notre étude, qui le mentionnaient dans plus de neuf cas sur dix. Le dépistage du partenaire était certes cité par près des trois-quarts de notre échantillon, mais le dépistage personnel l'était beaucoup moins, en particulier chez les garçons. L'enquête KABPde 2011 rapportait que plus de la moitié des hommes de 18-24 ans aux Antilles françaises n'avait jamais eu recours au dépistage du VIH[35].

Pratiques de prévention des grossesses non désirées et des IST

Parmi les participants à notre étude ayant déjà eu un rapport sexuel, seuls 44% avaient utilisé un moyen de prévention des grossesses non désirées ou des IST au premier rapport. Cette proportion n'était pas améliorée au dernier rapport sexuel si plusieurs rapports étaient survenus, elle semblait même diminuer chez les filles. Le préservatif était le principal moyen de prévention utilisé. Ces valeurs sont bien inférieures à ce qui a été ailleurs observé. En Allemagne, l'enquête *Youth Sexuality* menée en 2010 rapportait que 75% des allemands de 14 à 17 ans avaient utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel [58]. Selon l'enquête HBSC, en 2010 en Irlande 80% des adolescents âgés de 15 à 18 ans déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport [18]. Aux Etats-Unis, l'étude YRBS retrouvait en 2015 un usage du préservatif au dernier rapport sexuel chez 54% des filles et 65,6% des garçons scolarisés dans un niveau similaire à celui de notre étude [45].

Attitudes et pratiques à l'égard de la pornographie

Quatre à cinq garçons sur dix ayant participé à notre étude entretenaient des attitudes positives face à la pornographie, moitié moins chez les filles. En corollaire, près d'un quart des garçons déclaraient en consommer régulièrement, quatre fois plus que les filles. Il est difficile de mettre en perspective ces résultats. Une revue de la littérature de 2016 explorant la consommation de pornographie par les adolescents rapportait des prévalences d'exposition extrêmement variables selon la méthodologie de l'étude, le lieu et l'époque de sa réalisation. Quoi qu'il en soit, l'exposition intentionnelle était constamment supérieure chez les garçons[64]. On peut noter qu'un quart de notre population d'étude considérait la pornographie comme un moyen d'apprentissage de la sexualité.

Pédopornographie

Parmi les participants à notre étude ayant eu un rapport sexuel, près d'un sur dix s'étaient déjà filmé nu ou ayant un rapport sans différence selon le sexe ou la filière d'enseignement. Les trois-quarts avaient déjà vu des photos ou vidéos d'adolescents qu'ils connaissaient nus ou ayant un rapport sexuel. Ici encore, il est difficile de mettre en perspective nos résultats. Dans une étude réalisée en 2012 aux Etats-Unis et portant sur des usagers d'internet de 10 à 17 ans, 5,9% rapportaient avoir déjà reçu des images pornographiques d'autres adolescents et 1% déclaraient avoir été l'objet de telles images [65]. La même année au Texas, 28% d'une population âgée de 14 à 19 ans indiquaient avoir déjà diffusé des photos les représentant nus[66]. Une valeur similaire était observée à l'analyse des données YRBS collectées en 2015 en

Pennsylvanie[46]. En fait, alors que l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication par les jeunes s'est considérablement développé au cours des dix dernières années, peu de données sont disponibles. La normalisation de la diffusion de photos ou vidéos pédopornographiques observée dans notre population inquiète compte-tenu des potentielles conséquences sur le développement des adolescents [67].

Rapports sexuels contre compensation

Les rapports sexuels contre compensation ne semblaient pas au premier plan des risques sexuels encourus par les participants à notre étude. Seuls 0,6% des filles et 4,8% des garçons déclaraient avoir déjà eu un rapport sexuel en échange d'un cadeau ou d'argent. Parmi l'ensemble des répondants à l'étude KABP menée dans les DFA en 2011, 0,3% des femmes et 0,9% déclaraient avoir eu des rapports sexuels en étant payé au cours des cinq dernières années[35]. L'écart de prévalence observé entre garçons de l'étude CAPSEX-AF et hommes de l'étude KABP pourrait relever d'un biais d'information ou d'une authentique évolution des pratiques au sein des sociétés antillaises.

Violences sexuelles

Dans notre population d'étude, 15,8% des filles et 5,7% des garçons ont déclaré avoir déjà été victimes de violence sexuelle, attouchement ou viol. En assimilant les non-réponses à des antécédents de violence, les prévalences s'élevaient respectivement à 20,9% et 8,7%. Ces valeurs sont remarquablement proches des moyennes observées à

l'international. Dans une méta-analyse publiée en 2009 et portant sur 65 articles, soit plus de 10 000 individus, les prévalences de violence sexuelle chez les moins de 18 ans étaient globalement de 19,7% pour les filles et 7,9% pour les garçons[68]. Selon une seconde méta-analyse réalisée en 2011 à partir de 331 études pour un total de dix millions d'individus, ces prévalences atteignaient respectivement 18% et 7,6%[56].

Conclusion

L'excellent taux de participation obtenu par l'enquête CAPSEX-AF témoigne qu'il est possible de réaliser ce type d'enquête tout en respectant un cadre éthique rigoureux, faisant notamment appel au double consentement parental et à une procédure d'anonymisation garantissant les droits des participants. Y parvenir a nécessité que le niveau de scolarité choisi pour la réalisation de l'étude tienne compte des contraintes des établissements scolaires, que les procédures de la recherche soient adaptées, consensuelles et détaillées, et que les acteurs impliqués soient diversifiés et formés. Un tel taux de participation n'aurait pas été possible sans les fortes attentes des personnels des établissements scolaires. Ils sont les premiers à être confrontés aux problématiques liées à la santé sexuelle des jeunes et sont en demande de données permettant de mieux prévenir et gérer ces problématiques. Ce taux de participation n'aurait pu être atteint sans l'adhésion des adolescents sollicités. L'organisation de séances d'échange autour de l'étude dans chaque classe tirée au sort a permis de convaincre le plus grand nombre du bien-fondé de la recherche, et de répondre aux craintes qui pouvaient exister quant à la confidentialité des réponses. La répétition

bienveillante et régulière des sollicitations par les attachés de recherche et les personnels des établissements a facilité le retour des formulaires. Ce fort taux de participation démontre enfin qu'à l'encontre des idées reçues l'acceptabilité d'une recherche portant sur la santé sexuelle peut être bonne parmi les parents d'élèves. Le soutien des Rectorats et des ARS, l'implication d'unités de recherche, le cadre universitaire, le parfait respect de la réglementation, l'information dispensée par les membres de l'équipe CAPSEX-AF, ainsi que la médiation des personnels des établissements, semblent avoir levé la plupart des inhibitions.

La qualité des données que nous avons obtenues déconstruit les stéréotypes que certains entretiennent à l'égard du manque de sérieux supposé des adolescents dans leur participation à ce type d'étude. Au-delà des classiques biais de mesure inhérents à toute recherche épidémiologique, rien ne permet de prétendre que les participants à l'étude CAPSEX-AF ont répondu de manière déloyale aux questions qui leur étaient posées. La qualité des échanges entre membres de l'équipe de recherche, personnels des établissements et élèves, la rigueur des procédures et les modalités de passation du questionnaire ont pu contribuer à la qualité des données collectées.

En définitive, CAPSEX-AF a atteint son premier objectif : offrir une typologie précise des risques sexuels auxquels sont exposés les adolescents aux Antilles françaises, et hiérarchiser ces risques : a) des connaissances insuffisantes en matière de prévention, b) des pratiques à risque trop fréquentes et une dissociation entre connaissances et pratiques, c) une forte exposition à la pédopornographie, d) des attitudes très souvent négatives à l'égard de l'homosexualité, e) une forte exposition aux violences sexuelles,

f) des attitudes trop souvent favorables face aux grossesses précoces, g) et de fortes inégalités sociales dans l'expression de ces risques.

Le programme CAPSEX-AF doit se poursuivre. Il s'agit de compléter l'analyse des données obtenues, thématique par thématique. Il s'agit également d'initier les études complémentaires nécessaires à une meilleure compréhension des phénomènes impliqués dans la construction des risques sexuels chez les adolescents antillais, en faisant appel à des méthodes plus qualitatives et en explorant plus spécifiquement des groupes d'adolescents affectés par ces risques. Il s'agit enfin de communiquer les résultats de façon concertée et ordonnée, afin d'inciter au débat autour de la santé sexuelle des plus jeunes dans toutes les communautés, et d'apporter aux professionnels de l'éducation et de la santé les données dont ils ont besoin pour adapter leurs interventions. La répétition à intervalle régulier de la phase observationnelle ici présentée contribuera à l'évaluation de l'efficacité de ces interventions.

Remerciements

Nous remercions tous les élèves ayant répondu au questionnaire ainsi que leurs parents. Nous remercions également tous les personnels de l'Éducation nationale qui ont contribué à la réussite de cette recherche, dans les Rectorats et dans les établissements scolaires participants : Lycée Professionnel (LP) Augustin Arron, Baie-Mahault ; Lycée d'enseignement Général et Technique (LGT) Baimbridge, Les Abymes ; LP Bertène Juminer, Lamentin ; Lycée Polyvalent (LPO) Charles Coëffin, Baie-Mahault ; LPO Chevalier de Saint-Georges, Les Abymes ; LGT des Droits de l'Homme, Petit-Bourg ;

LP Ducharmoy, Saint-Claude ; LGT Faustin Fléret, Morne-à-l'Eau ; LGT Félix Proto, les Abymes ; LP Gerty Archimède, Morne-à-l'Eau ; LGT Gerville Réache, Basse-Terre ; LP Hôtelier du Gosier ; LGT Jardin d'Essai, Les Abymes ; LP Louis Delgrès, Le Moule ; LP Paul Lacavé, Capesterre Belle-Eau ; LPO Pointe Noire ; LPO Raoul Georges Nicolo, Basse-Terre ; LGT Sonny Rupaire, Sainte-Rose ; LGT Acajou 1, Le Lamentin ; LPO Acajou 2, Le Lamentin ; LP André Alier, Fort-de-France ; LGT Bellevue, Fort-de-France ; LGT Centre Sud, Ducos ; LP Chateauboeuf, Fort-de-France ; LP Dillon, Fort-de-France ; LP Dumas Jean-Joseph, Fort-de-France ; LGT Frantz Fanon, La Trinité ; LPO La Jetée, Le François ; LGT Joseph Gaillard, Fort-de-France ; LPO Joseph Zobel, Rivière-Salée ; LP Joseph Pernock, Le Lorrain ; LP La Trinité ; LP Léopold Bissol, Le Lamentin ; LP Lumina Sophie, Schoelcher ; LGT Montgérald, Le Marin ; LPO Nord Atlantique, Sainte-Marie ; LPO du Nord Caraïbe, Bellefontaine ; LP Raymond Nérès, Le Marin ; LPO Victor Anicet, Saint-Pierre ; LGT Victor Schoelcher, Fort-de-France.

Contributions des auteurs

Pierre Leroy a contribué à l'élaboration des procédures de la recherche, participé au recueil des données en Guadeloupe et en Martinique, assuré les fonctions de chef de projet en Martinique, contribué à l'interprétation des résultats, contribué à la recherche bibliographique, et rédigé le manuscrit.

Philippe Carrère a initié l'étude, élaboré le protocole et les procédures de la recherche, assuré les fonctions de coordinateur, produit l'analyse statistique ici présentée, contribué à l'interprétation des résultats, contribué à la recherche bibliographique, et corédigé le manuscrit.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

L'étude a bénéficié d'un financement des ARS de la Guadeloupe et de la Martinique.

RÉFÉRENCES

1. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PFA. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*. 2006;368:1595- 607.
2. Denford S, Abraham C, Campbell R, Busse H. A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychol Rev*. 2017;11:33- 52.
3. Standards for sexuality education in Europe – A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Federal Centre for Health Education (BZgA), 2010 [accédé le 26/06/2016]. Disponible sur: <http://www.bzga-whocc.de/pdf.php?id=061a863a0fdf28218e4fe9e1b3f463b3>
4. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet]. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2016 [accédé le 19/08/2018]. 136 p. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01346048>
5. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2016 [accédé le 20/06/2016]. 90 p. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
6. Petit Sinturel M, Aubert L, Melin M, Cazein F. Surveillance des infections à VIH et Sida dans les territoires français d'Amérique. *Bull Veille Sanit Antill-Guyane*. 2016;2- 10.
7. Ndeikoundam Ngangro N, Bouvet de la Maisonneuve P, Le Strat Y, Fouquet A, Viriot D, Fournet N, Bercot B, Goubard A, de Barbeyrac B, Bebear C, le groupe des référents Cire, Pillonel J, Lot F. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016 [Internet]. Santé publique France, 2018 [accédé le 19/07/2018]. 6 p. Disponible

- sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/Estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostic-d-infections-a-Chlamydia-et-a-gonocoque-en-France-en-2016>
8. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Migrations, famille et vieillissement. Défis et enjeux pour la Guadeloupe [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1293332>
 9. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Etudes Résultats DREES. 2017;1- 6.
 10. Service Etudes & Statistiques Antilles Guyane, Direction de la santé et du développement social de Guadeloupe, Guyane et Martinique. Etude des modes de vie des adolescents aux Antilles Guyane. 2008. 172 p.
 11. Turner CF, Ku L, Rogers SM, Lindberg LD, Pleck JH, Sonenstein FL. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science*. 1998;280:867- 73.
 12. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish girls. *Sex Transm Infect*. 2000;76:98- 102.
 13. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50:179- 211.
 14. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Adv Behav Res Ther*. 1978;1:139- 61.
 15. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, Etats-Unis 1979. 352 p.

16. Jones KE, Meneses da Silva AM, Soloski KL. Sexological Systems Theory: an ecological model and assessment approach for sex therapy. *Sex Relatsh Ther.* 2011;26:127- 44.
17. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet.* 2007;369:1220- 31.
18. Young H, Burke L, Nic Gabhainn S. Sexual intercourse, age of initiation and contraception among adolescents in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Ireland study. *BMC Public Health.* 2018;18:1- 17.
19. Upchurch DM, Mason WM, Kusunoki Y, Kriechbaum MJ. Social and behavioral determinants of self-reported STD among adolescents. *Perspect Sex Reprod Health.* 2004;36:276- 87.
20. Maness SB, Buhi ER. Associations Between Social Determinants of Health and Pregnancy Among Young People: A Systematic Review of Research Published During the Past 25 Years. *Public Health Rep.* 2016;131:86- 99.
21. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child Sexual Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23:321- 37.
22. Hugues L, Brigitte L. Les Comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans : enquête [Internet]. Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les Hépatites Virales (ANRS), 1995 [accédé le 17/08/2018]. 23 p. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/954045500/index.shtml>
23. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social [Internet]. 2015 [accédé le 01/06/2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm>

24. Devine D, Long P, Forehand R. A prospective study of adolescent sexual activity: Description, correlates, and predictors. *Adv Behav Res Ther.* 1993;15:185- 209.
25. Asamoah BO, Agardh A. Individual- and Family-Level Determinants of Risky Sexual Behavior Among Swedish- and Foreign-Born Young Adults 18-30 Years of Age, Residing in Skåne, Sweden. *Arch Sex Behav.* 2018;47:517- 28.
26. Sieverding JA, Adler N, Witt S, Ellen J. The influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:724- 9.
27. Martinez G, Abma J, Copen C. Educating teenagers about sex in the United States. *NCHS Data Brief.* 2010;1- 8.
28. Busse P, Fishbein M, Bleakley A, Hennessy M. The Role of Communication with Friends in Sexual Initiation. *Commun Res.* 2010;37:239- 55.
29. Holtzman D, Rubinson R. Parent and peer communication effects on AIDS-related behavior among U.S. high school students. *Fam Plann Perspect.* 1995;27:235- 40, 268.
30. Kinsman SB, Romer D, Furstenberg FF, Schwarz DF. Early Sexual Initiation: The Role of Peer Norms. *Pediatrics.* 1998;102:1185- 92.
31. Hull SJ, Hennessy M, Bleakley A, Fishbein M, Jordan A. Identifying the Causal Pathways from Religiosity to Delayed Adolescent Sexual Behavior. *J Sex Res.* 2011;48:543- 53.
32. Aalsma MC, Woodrome SE, Downs SM, Hensel D, Zimet GD, Orr DP, Fortenberry JD. Developmental Trajectories of Religiosity, Sexual Conservatism and Sexual Behavior among Female Adolescents. *J Adolesc.* 2013;36:1193- 204.
33. Landor A, Simons LG, Simons RL, Brody GH, Gibbons FX. The Role of Religiosity in the Relationship Between Parents, Peers, and Adolescent Risky Sexual Behavior. *J Youth Adolesc.* 2011;40:296- 309.

34. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Religiosity, religious affiliation, and patterns of sexual activity and contraceptive use in France. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2013;18:168- 80.
35. Halfen S, Lydie N. Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels. [Internet]. 2014 [accédé le 26/06/2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1577.pdf>
36. Wingood GM, DiClemente RJ, Harrington K, Davies S, Hook EW, Oh MK. Exposure to X-rated movies and adolescents' sexual and contraceptive-related attitudes and behaviors. *Pediatrics*. 2001;107:1116- 9.
37. Spriggs AL, Halpern CT. Sexual Debut Timing and Depressive Symptoms in Emerging Adulthood. *J Youth Adolesc*. 2008;37:1085- 96.
38. Buffardi AL, Thomas KK, Holmes KK, Manhart LE. Moving Upstream: Ecosocial and Psychosocial Correlates of Sexually Transmitted Infections Among Young Adults in the United States. *Am J Public Health*. 2008;98:1128- 36.
39. Saewyc EM, Magee LL, Pettingell SE. Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36:98- 105.
40. Young M-ED, Deardorff J, Ozer E, Lahiff M. Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18-22. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2011;49:287- 93.
41. Saewyc E, Skay C, Richens K, Reis E, Poon C, Murphy A. Sexual Orientation, Sexual Abuse, and HIV-Risk Behaviors Among Adolescents in the Pacific Northwest. *Am J Public Health*. 2006;96:1104- 10.
42. Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. *Bulletin officiel*

n°9 du 27 février 2003, NOR : MENE0300322C [accédé le 26/06/2016]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>

43. Couprie N. Éducation sexuelle : évaluation de mise en œuvre dans les établissements scolaires du second degré en Guadeloupe [Thèse de Doctorat en Médecine, sous la direction du Dr Philippe Carrère]. Université des Antilles, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe, 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01159252>
44. Young H, Költő A, Reis M, Saewyc EM, Moreau N, Burke L, Cosma A, Windlin B, Gabhainn SN, Godeau E. Sexual Health questions included in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: an international methodological pilot investigation. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16:169.
45. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, Queen B, Lowry R, Olsen EO, Chyen D, Whittle L, Thornton J, Lim C, Yamakawa Y, Brener N, Zaza S. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2015. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC 2002*. 2016;65:1- 174.
46. Frankel AS, Bass SB, Patterson F, Dai T, Brown D. Sexting, Risk Behavior, and Mental Health in Adolescents: An Examination of 2015 Pennsylvania Youth Risk Behavior Survey Data. *J Sch Health*. 2018;88:190- 9.
47. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6) [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé - Bureau régional européen, Copenhague, Danemark, 2012 [accédé le 11/06/2018]. 272 p. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>

48. Service Etudes & Statistiques Antilles Guyane. Etude des modes de vie des adolescents aux Antilles-Guyane [Internet]. 2008 [accédé le 25/03/2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ados-97123.pdf>
49. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, , Ministère de l'Education Nationale, Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Base de données de référence [Internet]. 2016 [accédé le 19/10/2018]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bcp/>
50. Bajos N, Moreau C. FECOND « Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles » en France métropolitaine - Volet population générale [Internet]. 2009 [accédé le 26/06/2016]. Disponible sur: <http://nesstar.ined.fr/webview/index/fr/MyServer/Catalogue-des-enqu-tes-de-IINED.c.MyServer/Enqu-tes-non-mises-disposition.d.2/Ann-es-2000-2014.d.9/FECOND-F-condit-Contraception-Dysfonctions-sexuelles-en-France-m-tropolitaine-Volet-Population-G-n-rale-2009-2011-/fStudy/IE0233A>
51. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genres et santé. [Internet]. La Découverte, Paris 2008 [accédé le 21/08/2018]. 612 p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
52. Flahaut S, Rollier B. Connaissances, attitudes, et pratiques en matière de santé sexuelle parmi les adolescents scolarisés en classe de seconde en Guadeloupe : CAPSEX-GUADELOUPE, présentation du protocole d'étude et de l'étude pilote [Thèse de Doctorat en Médecine, sous la direction du Dr Philippe Carrère]. Université des Antilles, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe, 2016. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01556700/file/ThEse__Flahaut_Solenne__Rollier_Benjamin.pdf
53. Hoff T, Greene L, Davis J. National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes and Experiences [Internet]. Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, Californie, Etats-Unis, 2003 [accédé le 14/07/2018]. 141

- p. Disponible sur: <https://www.kff.org/hiv/aids/report/national-survey-of-adolescents-and-young-adults/>
54. Liu C, Cox RB, Washburn IJ, Croff JM, Crethar HC. The Effects of Requiring Parental Consent for Research on Adolescents' Risk Behaviors: A Meta-analysis. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2017;61:45- 52.
 55. Kissinger P, Rice J, Farley T, Trim S, Jewitt K, Margavio V, Martin DH. Application of computer-assisted interviews to sexual behavior research. *Am J Epidemiol.* 1999;149:950- 4.
 56. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16:79- 101.
 57. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Les résultats des recensements de la population (2015) [Internet]. 2018 [accédé le 20/08/2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>
 58. Hessling A. Youth sexuality 2010. Repeat survey of 14 to 17-year-olds and their parents [Internet]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Federal Centre for Health Education), Cologne, Allemagne, 2010 [accédé le 16/07/2018]. 192 p. Disponible sur: <https://publikationen.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=2132>
 59. Fuzzell L, Shields CG, Alexander SC, Fortenberry JD. Physicians Talking About Sex, Sexuality, and Protection With Adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2017;61:6- 23.
 60. Jäckle S, Wenzelburger G. Religion, Religiosity, and the Attitudes Toward Homosexuality—A Multilevel Analysis of 79 Countries. *J Homosex.* 2015;62:207- 41.

61. Haines N. Conceptions in England and Wales: 2015 [Internet]. Office For National Statistics 2017 [accédé le 13/12/2017]. 10 p. Disponible sur: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/conceptionandfertilityrates/bulletins/conceptionstatistics/latest>
62. Wellings K, Palmer MJ, Geary RS, Gibson LJ, Copas A, Datta J, Glasier A, Scott RH, Mercer CH, Erens B, Macdowall W, French RS, Jones K, Johnson AM, Tanton C, Wilkinson P. Changes in conceptions in women younger than 18 years and the circumstances of young mothers in England in 2000-12: an observational study. *Lancet Lond Engl*. 2016;388:586- 95.
63. Lau M, Lin H, Flores G. Pleased to be pregnant? Positive pregnancy attitudes among sexually active adolescent females in the United States. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014;27:210- 5.
64. Peter J, Valkenburg PM. Adolescents and Pornography: A Review of 20 Years of Research. *J Sex Res*. 2016;53:509- 31.
65. Mitchell KJ, Finkelhor D, Jones LM, Wolak J. Prevalence and Characteristics of Youth Sexting: A National Study. *Pediatrics*. 2012;129:13- 20.
66. Temple JR, Paul JA, van den Berg P, Le VD, McElhany A, Temple BW. Teen sexting and its association with sexual behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166:828- 33.
67. Van Ouytsel J, Walrave M, Ponnet K. Adolescent Sexting Research: The Challenges Ahead. *JAMA Pediatr*. 2018;172:405- 6.
68. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:328- 38.

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de l'étude

**CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE
SANTÉ AFFECTIVE ET SEXUELLE PARMIS LES ADOLESCENTS
SCOLARISÉS EN CLASSE DE SECONDE AUX ANTILLES FRANÇAISES**

PROTOCOLE DE RECHERCHE NON INTERVENTIONNELLE

Promoteur :

Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS - FR4142), faculté de médecine, 37 allées Jules Guesde, 31062 Toulouse cedex 9

Tél : 0561 14 59 56 - Mèl : contact@iferiss.org

Investigateur coordonnateur :

Docteur Philippe Carrère, Unité de Recherche Ambulatoire (URA), Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG), faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud, campus de Fouillole, université des Antilles, BP 145, 97154 Pointe-à-Pitre Cedex

Tél : 0590 48 33 33 - Fax : 0590 48 30 28 - Mèl : philippe.carrere@univ-antilles.fr

Centre de méthodologie :

Inserm-Université Toulouse III Paul Sabatier UMR1027 Épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques, handicaps, équipe 5, faculté de médecine, 37 allées Jules Guesde, 31062 Toulouse cedex 9

Tél : 0561 14 59 35 - Fax : 0562 26 42 40

Chefs de projet :

Madame Laurence Germany (volet Guadeloupe) et Monsieur Pierre Leroy (volet Martinique), URA, DUMG, faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud, campus de Fouillole, université des Antilles, BP 145, 97154 Pointe-à-Pitre Cedex

Attachés de recherche :

Mesdames Sarah Chalono, Françoise Hoën, Noëlle Précart, Maïté Robinel, et Monsieur Jérôme Tanghe, URA, DUMG, faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud, campus de Fouillole, université des Antilles, BP 145, 97154 Pointe-à-Pitre Cedex

Partenaires institutionnels :

Rectorat de la Guadeloupe, Parc d'activités la Providence, ZAC de Dothémare, BP 480, 97183 Les Abymes Cedex

Rectorat de la Martinique, Rue Saint-John Perse, 97200 Fort-de-France

Agence Régionale de Santé de la Guadeloupe, Rue des Archives, Bisdary, 97113 Gourbeyre

Agence Régionale de Santé de la Martinique, Centre d'affaires Agora, Zac de l'EtangZ'abricot, Pointe des grives, BP 656, 97263 Fort-de-France Cedex

Partenaires associatifs :

Observatoire Régional de la Santé (ORS) de la Guadeloupe, Enceinte du GIPRASPEG, Imm. Le Squal, Rue René RABAT, Houelbourg Sud II, 97122 Baie-Mahault

ORS de la Martinique, Imm. Objectif 3000, Rue de l'Afu, Acajou Sud, 97232 Le Lamentin

Coordination Régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) de la Guadeloupe, CHU de Pointe-à-Pitre / Abymes, Bâtiment B Ancien Hôpital Ricou, 2ème étage, BP465, 97159 Pointe-à-Pitre Cedex

COREVIH de la Martinique, CHU de Fort-de-France, Hôpital Pierre Zobda-Quitmann, Niveau 0, Aile D, BP 632, 97261 Fort-de-France Cedex

1. ÉTAT DE LA QUESTION ET OBJECTIF DE LA RECHERCHE**1.1. État actuel des connaissances**

En 2010, le bureau européen de l'OMS renouvelait les standards d'éducation à la santé sexuelle en faisant évoluer une approche jusqu'alors basée sur la prévention des risques en une approche plus positive, de nature holistique. Dans cette nouvelle approche, l'éducation à la santé sexuelle a pour objectif un « apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité », adapté aux niveaux de connaissance et à l'âge des individus [1]. En France, le Haut Conseil de la Santé Publique propose dans un rapport récent la mise en place « d'une stratégie nationale de santé sexuelle concertée, prenant en compte les besoins de chacun à tous les âges de la vie ». Il est recommandé de mettre l'accent sur les programmes d'éducation à la vie sexuelle dès le plus jeune âge. Il est également recommandé de développer les connaissances pour adapter ces programmes, en particulier dans les départements d'outre-mer [2].

Au cours de la dernière décennie, des enquêtes de grande envergure ont permis d'explorer certains aspects de la santé affective et sexuelle des adolescents aux USA (Youth Risk Behavior Surveillance System - YRBSS 2011/2013/2015) [3], en Europe (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC 2010/2014) [4] et en France métropolitaine (Fécondité, contraception, dysfonction sexuelle - FECOND 2010/2013 [5]). Aucune enquête d'ampleur comparable n'a été réalisée

aux Antilles françaises.

En Guadeloupe comme en Martinique, les adolescents sont pourtant particulièrement exposés aux risques liés à la sexualité. Près de 10% des femmes nées entre 1980 et 1989 étaient mères avant 20 ans, contre 4% en France métropolitaine [6]. Au cours des dernières années, l'âge au premier enfant a certes augmenté, mais l'âge à la première grossesse évoluait peu. Cela s'explique par le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) [7], trois fois plus fréquent chez les 15-17 ans aux Antilles françaises qu'en métropole [8]. Ce recours fréquent à l'IVG semble lié à une connaissance insuffisante de la contraception d'urgence et à une couverture contraceptive imparfaite: 11,3% des femmes de 18-24 ans disent ne pas avoir utilisé de moyen de contraception lors de leur dernier rapport sexuel [9]. La prévention du risque infectieux semble également déficiente. La séroprévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis est estimée à 10,9% chez les moins de 25 ans. Près d'un patient sur dix découvrant une séropositivité au VIH est âgé de 15 à 24 ans. Enfin, le risque de violence est important. En 2008, plus de 10% des guadeloupéennes en classe de 3^e disaient avoir déjà été victimes d'agression sexuelle [10]. Les jeunes guadeloupéens et martiniquais évoluent dans un contexte historique, anthropologique et social qui peut les distinguer de leurs homologues de métropole. Une famille sur deux comprenant un enfant de moins de 25 ans est monoparentale, avec le plus souvent une mère isolée [6]. Ce modèle familial matrifocal est ancien. En corollaire, le multipartenariat est fréquent [11]. Les religions chrétiennes occupent cependant une place importante dans la société. Six adolescents guadeloupéens sur dix se disent pratiquants [9]. En réalité, l'articulation entre pratiques religieuses et sexualité demeure mal connue aux Antilles françaises [12], alors même que ces pratiques religieuses peuvent avoir un impact majeur sur les échanges d'informations et les comportements en matière de sexualité. Par ailleurs, les nouvelles technologies de l'information et de la communication facilitent l'accès aux messages de prévention mais font craindre le développement d'une hypersexualisation, par exposition aux contenus pornographiques. Cette hypersexualisation peut prendre des formes extrêmement visibles, comme le Bouyon, forme musicale populaire d'origine dominiquaise, dont la danse mime l'acte sexuel sur des paroles explicites. La pratique de cette danse semble illustrer les fortes inégalités de genre qui affectent les Antilles françaises.

La première source d'information sur la sexualité et les risques qui lui sont liés est l'école. Depuis 2003, les établissements scolaires du second degré français ont tenu à appliquer un programme d'éducation à la santé sexuelle. Il s'appuie sur l'enseignement des sciences de la vie et de la terre, mais aussi sur des séances d'éducation à la sexualité et des actions ponctuelles participant à cette éducation. Il prévoit, au sein des établissements scolaires, la mise en place d'espaces d'affichage et la distribution de dépliants informatifs, la mise à disposition de préservatifs et la simplification de la délivrance de la contraception d'urgence [13]. En Guadeloupe, une évaluation récente du dispositif a démontré les limites de sa mise en œuvre [14].

1.2. Hypothèses de recherche

L'état actuel des connaissances permet d'émettre les hypothèses de travail suivantes :

- Le niveau de connaissance à l'égard de la prévention des risques liés à la sexualité est globalement insuffisant parmi les adolescents des Antilles françaises.
- Il en résulte des pratiques à risque relativement fréquentes.
- Il existe des inégalités sociales de connaissances en matière de prévention et d'exposition aux risques, impliquant le contexte socio-économique du foyer, la structure familiale, et l'accès à une information adaptée.
- L'influence des médias sur la construction des rapports de genre, de l'affectivité et de la sexualité augmente l'exposition aux risques, en particulier pour les jeunes femmes.
- Les pratiques religieuses peuvent avoir une influence sur l'âge et les modalités d'entrée dans la sexualité, ainsi que sur l'accès aux connaissances de prévention.

1.3. Objectifs

1.3.1. Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances et attitudes relatives à la sexualité, ses risques et leur prévention parmi les adolescents scolarisés en classe de seconde en Guadeloupe et Martinique.

1.3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- d'évaluer les pratiques relatives à la sexualité, ses risques et leur prévention dans la même population,
- d'explorer les facteurs sociodémographiques et psychosociaux associés aux connaissances adaptées et pratiques à risque compte tenu des consensus scientifiques existants.

2. MÉTHODE D'OBSERVATION RETENUE

2.1. Justification des choix méthodologiques

Une étude observationnelle transversale permettra de répondre aux objectifs de recherche en testant les différentes hypothèses de travail.

A 14 ans révolus, 10% des garçons et 6% des filles disent avoir vécu un premier rapport sexuel. Entre 15 et 18 ans cette proportion s'élève respectivement à 55% et 30% [10]. L'âge de 15 ans peut être considéré comme le début d'une période critique d'entrée dans la sexualité. Les adolescents de cet âge sont en majorité scolarisés en classe de seconde.

L'impossibilité d'accéder à une liste exhaustive des élèves scolarisés en seconde justifie un plan de sondage en grappe.

Le manque d'investissement voire l'opposition à l'éducation à la santé sexuelle constatés dans les établissements scolaires privés [14], ainsi que l'effectif relativement faible de lycéens scolarisés en classe de seconde dans ce type d'établissement aux Antilles françaises (< 10%) contraint à limiter l'exploration aux établissements publics.

La vulnérabilité de la population cible et le caractère sensible des variables explorées entraîne de fortes contraintes éthiques. Ces contraintes imposent :

- une procédure d'information et de recueil de « consentement » impliquant l'autorisation du ou des titulaires de l'autorité parentale,
- des modalités de recueil des données garantissant confidentialité et anonymisation aux participants,
- l'assurance d'un accompagnement sanitaire et médico-social à tout participant en manifestant le besoin,
- une action d'éducation à la santé affective et sexuelle proposée à tous les participants après complétion du questionnaire.

2.2. Conception de la recherche

Il s'agit d'une étude :

- transversale à visée descriptive et analytique,
- sur échantillon représentatif des personnes scolarisées en classe de seconde en Guadeloupe et Martinique, réuni par sondage en grappe,
- faisant appel à un auto-questionnaire anonyme administré en ligne au sein des établissements scolaires, grâce à une web-application conforme au décret sur l'hébergement de données individuelles de santé.

3. POPULATION CONCERNÉE

La population cible est adolescente, antillaise française, en âge d'entrer dans la sexualité, et susceptible de recevoir une éducation à la santé sexuelle en lycée.

La population source est adolescente, scolarisée dans en classe de seconde dans un établissement public de Guadeloupe ou Martinique.

3.1. Critères d'inclusion

Tout élève scolarisé en classe de seconde générale/technologique ou professionnelle dans un lycée public de Guadeloupe ou Martinique au moment de l'étude.

3.2. Critères de non-inclusion

Tout élève à inclure présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- Refus de participer à la recherche, par l'élève à inclure ou par l'un des titulaires de l'autorité parentale.
- Non-restitution par l'élève à inclure d'un formulaire de « consentement » à participer à la recherche, complété et signé par lui-même, et d'un formulaire d'autorisation, complété et signé par le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale, dans un délai de quatre semaines après que l'élève a été sollicité pour participer. Le cas échéant, l'absence de signature du 2^e titulaire de l'autorité parentale doit être justifiée.
- Impossibilité de réponse par l'élève au questionnaire en toute confidentialité, en raison de caractéristiques physiques propres à l'élève (handicap visuel ou cognitif) ou techniques propres à l'établissement (absence de postes informatiques adaptés).

3.3. Modalité d'inclusion des participants

Le recrutement des élèves à inclure fait appel à un sondage en grappe.

Les classes de seconde de l'ensemble des lycées de Guadeloupe et Martinique sont listées grâce au concours des Rectorats. Pour chaque région, un tirage au sort sans remise de n classes est effectué, avec stratification sur le type de classe, générale/technologique ou professionnelle, le nombre étant calculé de façon à parvenir aux effectifs souhaités (cf. chapitre 4).

Tous les élèves scolarisés dans les classes tirées au sort sont invités à participer à la recherche. Après information orale et écrite adaptée, chaque élève peut recevoir deux formulaires, l'un de « consentement » destiné à l'élève et l'autre d'autorisation destiné au(x) titulaire(s) de l'autorité parentale (cf. chapitres 3.4, 6.2.3). Seuls les élèves retournant les formulaires dûment complétés et signés seront finalement inclus dans la recherche (cf. chapitre 6.2.4).

3.4. Information des participants

Les attachés de recherche délivrent une information orale et écrite dans chaque classe sélectionnée. Aux élèves acceptant de participer est remise une notice d'information destinée au(x) titulaire(s) de l'autorité parentale (cf. chapitre 6.2.3). Cette information vise à leur faire prendre connaissance :

- de l'objectif de la recherche,
- du caractère facultatif, libre et volontaire de la participation à la recherche, du droit de refuser d'y prendre part,
- de la nécessité d'autorisation du ou des titulaires de l'autorité parentale,
- du traitement confidentiel, anonymisé, et informatisé des données personnelles qui seront recueillies au cours de cette recherche,
- du droit de rétractation ou d'opposition à tout moment de la recherche,
- du droit des participants à consulter et à rectifier toute donnée leur appartenant qui aura été écollectée au cours de la recherche,

- des modalités d'exercice de ces droits (cf. chapitre 7.3).

Un formulaire de «consentement» écrit est proposé aux élèves sollicités. Un formulaire d'autorisation du ou des titulaires de l'autorité parentale est également distribué à ceux qui consentent à participer à la recherche. En plus de l'accord de l'élève, l'autorisation écrite de l'un des titulaires de l'autorité parentale conditionne la participation à l'étude. L'autorisation écrite d'un éventuel second titulaire est recherchée dans tous les cas. Le cas échéant, le titulaire signataire est invité à justifier, sur le formulaire d'autorisation qui lui est destiné, l'absence de signature du second titulaire. Les formulaires signés sont collectés par les attachés de recherche avant le recueil de toute donnée relative à la recherche (cf. chapitres 6.2.3 et 6.2.4).

4. JUSTIFICATION DU NOMBRE DE SUJETS

Pour atteindre l'objectif principal, le calcul du nombre de sujets nécessaire fait appel à la formule approchée suivante :

$$n = \frac{[\pi(1 - \pi)] \left(\varphi^{-1} \left(1 - \frac{\alpha}{2} \right) \right)^2}{\varepsilon^2}$$

Pour parvenir à une précision des estimations (ε) de l'ordre de 3% en Guadeloupe et en Martinique, avec une prévalence de chaque variable estimée a priori à 50% (π) et un risque alpha (α) fixé à 5%, un échantillon (n) d'environ 1000 élèves est nécessaire dans chaque région, si l'on suppose négligeables les effets de sondage et de taille de la population cible.

On tient compte de 30% de non-réponse, la taille de l'échantillon doit être portée à 1300 élèves minimum dans chaque région. Si l'on postule que 70% des classes de seconde sont de type général/technologique 30% de type professionnel, il faudrait réunir un effectif de 370 élèves de seconde professionnelle et 930 élèves de seconde générale/technologique. L'effectif d'élèves de seconde professionnelle pourrait être porté à 400 (+ 30%, soit 520 élèves) afin de faciliter d'éventuelles analyses en sous-groupe.

Selon la liste fournie par le Rectorat de la Guadeloupe, pour l'année scolaire 2016-2017, 5116 élèves sont scolarisés en classe de seconde dans les lycées de Guadeloupe "continentale", 28% en classe professionnelle, 72% en classe générale/technologique. Les effectifs moyens étaient de 21 élèves en classe de seconde professionnelle et 29 élèves en classe de seconde générale/technologique. Ont donc été tirées au sort 25 classes de seconde professionnelle - soit 526 élèves - et 31 classes de seconde générale/technologique - soit 933 élèves.

Les mêmes modalités de calcul ont été appliquées pour déterminer le nombre de classes à tirer au sort en Martinique pour l'année scolaire 2017-2018.

5. ORIGINE ET NATURE DES DONNÉES NOMINATIVES RECUEILLIES

Aucune donnée directement identifiante n'est collectée ni traitée. Dans la base de données constituée pour la recherche, les âges ne sont mesurés que par tranche, et les identités des classes où les participants sont scolarisés ne sont pas mentionnées. Un numéro « d'anonymat » désigne les participants (trois premières lettres du nom de l'établissement où est réalisé le recueil suivi d'un nombre aléatoire composé de trois chiffres), attribué par les attachés de recherche au moment de la passation du questionnaire (cf. chapitre 6.2.4).

5.1. Critères d'évaluation

Le questionnaire permet l'exploration des critères d'évaluation principaux et secondaires. Ce questionnaire est basé sur ceux utilisés pour les études YRBSS, HBSC et FECOND, ainsi que sur une revue de la littérature et les hypothèses de travail.

5.1.1. Critères d'évaluation primaires

Ils sont mesurés dans l'ensemble de la population.

1. Connaissances et représentations en matière:
 - des modes de transmission des infections sexuellement transmissibles (Q.25),
 - de dangerosité de l'infection par le VIH (Q.24),
 - de prévention des grossesses non désirées (Q.21-23),
 - de prévention des infections sexuellement transmissibles (Q.26),
 - d'usage du préservatif (Q.27-28).
2. Attitudes à l'égard:
 - de la pornographie (Q. 33),
 - des grossesses précoces (Q.20),
 - du multipartenariat (Q.31-32),
 - de l'homosexualité (Q. 30).
3. Normes sociales en matière d'usage de moyens de prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles (Q.39).
4. Pratiques en matière de consommation de pornographie (Q.65).
5. Antécédent d'attouchement sexuel (Q.58-59),
6. Communication en matière de sexualité (Q. 18-19 et56).

5.1.2. Critères d'évaluation secondaires

Ils sont conditionnés au fait d'avoir eu un premier rapport sexuel (Q. 41).

1. Pratiques en matière:
 - de prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées (Q. 37-38, 47-49,54-55),
 - de dépistage du VIH (Q. 51 et52),
 - de multipartenariat (Q. 42 et53).
2. Orientation sexuelle (Q.57).
3. Antécédents:
 - de grossesse, menée à terme ou non (Q.50),
 - de rapport sexuel contre compensation(Q.62),
 - d'exposition à la pédopornographie (Q.66),
 - de viol (Q. 45 et 60-61). Les participants déclarant avoir été victimes de violences sexuelles verront apparaître un écart les informant de l'aide qui peut leur être apportée et des contacts utiles à cette démarche d'accompagnement. Pour le protocole, cet encart est présenté en fin dequestionnaire.

5.2. Autres données recueillies

Au-delà des critères d'évaluation principaux et secondaires, le questionnaire permet le recueil de données ayant trait...

- aux caractéristiques sociodémographiques des participants:
 - o sexe (Q.1),
 - o classe d'âge (Q.2),
 - o type de seconde, générale/technologique ou professionnelle (Q.3),
 - o la structure du foyer (Q. 4 et10),
 - o situation sociale du foyer (Q.6-8),
- au contrôle parental (Q.5),
- à la religiosité (Q. 11 et12),
- à la réussite scolaire (Q.9),
- à l'estime de soi (Q.17),
- à l'exposition aux médias (Q.14-16),
- à la satisfaction sexuelle (Q. 43 et68),
- à la dimension affective de la relation sexuelle (Q.67),
- au couple (Q.36).

6. DURÉE ET MODALITÉS D'ORGANISATION DE LA RECHERCHE

6.1. Calendrier de la recherche

Dans chaque région :

- durée de la période d'inclusion : 45 jours,
- durée totale de la recherche : 6 mois.

Le protocole a fait l'objet d'un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Pointe-à-Pitre (n° A6_16_03_29_CA du 13 juin 2016) et du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS-n°16-699 du 5 octobre 2016). Après conseil juridique, il s'est révélé conforme à la méthodologie de référence (MR) 003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL-n°2024937 du 12 janvier 2017). La Direction Générale de la Santé (DGS) a confirmé la non-rétroactivité de la loi Jardé, dont le décret d'application est paru le 18 novembre 2016. Les courriers d'information aux chefs d'établissements (cf. chapitre 6.2.1) ont été adressés par les Rectorats le 18 janvier 2017 en Guadeloupe, et le 24 janvier 2017 en Martinique. En Guadeloupe, le recueil des données a débuté le 29 mars 2018 et s'est achevé le 19 mai 2018. En Martinique, le recueil des données a débuté le 22 février 2018 et s'est achevé le 3 mai 2018. La base de données globale a été clôturée le 7 juillet 2018.

6.2. Procédures de la recherche

Une étude pilote a été réalisée de mars à juin 2016 en Guadeloupe. Cette étude pilote a permis :

- D'évaluer l'acceptabilité de la recherche parmi les personnels de l'éducation nationale, et la disponibilité des ressources informatiques nécessaires, grâce à un échantillon de 56 classes tirées au sort de façon conforme aux procédures de la recherche. Cela représente un total de 23 établissements scolaires, soit 23 personnels de direction et 23 personnels de l'éducation nationale désignés comme référents pour la recherche au sein de ces établissements.
- D'évaluer l'effectivité du recueil de « consentement », dans quatre établissements ayant mis en œuvre la procédure. La sélection de ces établissements s'est faite sur la base du volontariat. Cela présente un échantillon de près de 400 élèves.
- D'évaluer l'acceptabilité de la recherche parmi les élèves, la faisabilité du recueil des données, ainsi que les contenus de l'information prodiguée aux élèves et du questionnaire, dans une classe de seconde générale et une classe de seconde professionnelle. Ces classes ont été sélectionnées dans un établissement non retenu à l'issue du tirage au sort, par le chef d'établissement concerné.

Les procédures de la recherche ont été ajustées conformément aux résultats de l'étude pilote, en intégrant les avis du CCTIRS et du conseil juridique de la CNIL.

6.2.1. Phase 1

Une lettre d'information réalisée avec le concours des Rectorats de la Guadeloupe et de la

Martinique est adressée aux chefs d'établissement des lycées comprenant une classe tirée au sort. À chaque attaché de recherche est attribué un nombre identique de lycées, dans lesquels il aura la charge des procédures d'information, de « consentement », et de recueil des données. Dans la semaine suivant l'envoi de ce tte lettre, les attachés de recherche sollicitent un rendez-vous avec chaque chef d'établissement concerné. Ce rendez-vous a pour but :

- de présenter les objectifs de la recherche et ses modalités,
- de solliciter l'autorisation du chef d'établissement afin que la recherche puisse se dérouler dans son établissement,
- dans l'affirmative, de définir un personnel d'établissement référent pour la recherche, infirmier de l'éducation nationale ou autre.

6.2.2. Phase 2

Les attachés de recherche sollicitent ensuite un rendez-vous avec le personnel d'établissement désigné référent pour la recherche dans chaque établissement dont ils ont la charge. Lors de ce rendez-vous, les attachés de recherche :

- présentent au personnel référent les procédures de la recherche;
- désignent les classes tirées au sort au sein de l'établissement;
- rencontrent les personnels de vie scolaire afin de leur présenter les procédures de la recherche, d'identifier le professeur principal de chaque classe tirée au sort, et de solliciter l'emploi de temps des classes concernées;
- rencontrent le responsable informatique de l'établissement afin de lui présenter la procédure de recueil des données et de prendre connaissance des équipements disponibles (nombre de salles informatiques, et de postes informatiques fonctionnels connectés à internet par salle).

6.2.3. Phase 3

À partir des emplois du temps des classes tirées au sort, le chef de projet programme un calendrier de passage des attachés de recherche dans les classes dont ils ont la charge afin d'informer les élèves des objectifs de la recherche, de ses modalités, et des droits des participants (cf. chapitre 3.4). Les classes de seconde professionnelle seront abordées en priorité. Les jours et heures de passage sont définis en concertation avec les professeurs principaux de chaque classe de manière à ce que les attachés de recherche interviennent lors d'un cours assuré par ces professeurs principaux.

Après avoir informé oralement les élèves, les attachés de recherche leur délivrent la notice d'information et le formulaire de « consentement » qui leur sont destinés. Les élèves qui acceptent de participer peuvent restituer leur formulaire signé, immédiatement aux attachés de recherche, ou secondairement aux professeurs principaux. À ces élèves acceptant de participer sont distribués par les attachés de recherche ou les professeurs principaux la notice et le formulaire d'autorisation destinés au(x) titulaire(s) de l'autorité parentale, ces documents étant insérés dans les carnets de correspondance. Chaque semaine pend

ant quatre semaines après information des élèves sollicités : a) les professeurs principaux sollicitent la restitution des formulaires d'autorisation parentale distribués aux élèves ayant accepté de participer et en assurent la collecte ; b) les attachés de recherche vont à la rencontre des professeurs principaux pour récupérer les formulaires signés et contrôler leur bonne complétion.

Pour chaque classe élue, une liste des élèves (« liste de classe ») est constituée et conservée par la vie scolaire de l'établissement concerné, mis à jour hebdomadairement par l'attaché de recherche en charge de cet établissement. Dans ces listes de classe sont mentionnés : nom et prénom de chaque élève, refus de participation exprimé par l'élève ou restitution du formulaire de « consentement » signé par l'élève, refus de participation exprimé par un titulaire de l'autorité parentale, restitution du formulaire d'autorisation signé par le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale, et le cas échéant justification de l'absence de signature du 2^e titulaire de l'autorité parentale. Si les informations nécessaires peuvent être fournies par les établissements, les attachés de recherche contactent hebdomadairement par téléphone le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale des élèves ayant accepté de participer mais n'ayant pas restitué les formulaires dans leur intégralité, dûment complétés et signés. Les dates de ces appels sont stipulées sur les listings maintenus pour chaque classe.

6.2.4. Phase 4

À partir des emplois du temps des classes tirées au sort, et compte tenu des équipements informatiques disponibles, le chef de projet programme un calendrier de recueil des données, qui est réalisé sous la surveillance des attachés de recherche, à des jours et heures définis en concertation avec les personnels des établissements concernés. Les classes de seconde professionnelles sont traitées en priorité. Ce recueil fait appel à un auto-questionnaire (cf. chapitre 5), d'une durée prévisible de 15 à 40 minutes, administré sous forme d'un formulaire informatique accessible par connexion internet sécurisée (protocole SSL), grâce à la web-application Wepi.org développée et maintenue par la société Epiconcept. Ces modalités de recueil nécessitent la mise à disposition d'un poste informatique connecté à chaque participation d'élève. L'espacement des postes informatiques doit permettre la confidentialité des réponses. Selon les équipements disponibles, les classes peuvent être scindées en plusieurs groupes. Dans tous les cas, le calendrier de passation des questionnaires est conçu de manière à minimiser le temps total de recueil de données par classe et établissement.

Aux jours et heures prévus pour le recueil, les attachés de recherche affichent les questionnaires internet sur chaque poste informatique, reçoivent les participants, vérifient sur la liste de classe que les critères d'inclusion et de non-inclusion sont respectés, restituent les formulaires de « consentement » et d'autorisation parentale qu'ils auront préalablement copiés en double exemplaire pour archivage (cf. chapitre 7.4), attribuent les numéros d'anonymat (cf. chapitre 5), reportent le numéro d'anonymat de chaque participant sur la liste de classe, et rappellent les objectifs de la recherche, les modalités de passation du questionnaire et les droits des participants. Les participants répondent ensuite au questionnaire en toute

confidentialité, les attachés de recherche n'assurant qu'un support technique, en collaboration avec les personnels d'établissement disponibles. À chaque fin de complétion de questionnaire par un participant, l'attaché de recherche s'assure de la validation du questionnaire par le participant, et certifie cette validation dans la liste de classe et de correspondance.

Avant la fin de l'année scolaire, une séance d'éducation à la santé affective et sexuelle est proposée à chaque classe participante afin de revenir sur les problématiques explorées dans le questionnaire. Ces séances sont assurées par les attachés de recherche, les Corévih, ou des personnels choisis par les établissements concernés.

6.3. Tableau récapitulatif des phases de la recherche

	J1 à J30	J31 à J75	J76 à J120	J121 à J180
Phases 1 et 2 : Information des personnels d'établissements	X			
Phase 3 : Information des participants, collecte des consentements et autorisations		X		
Phase 4 :Recueil des données			X	
Clôture de la base et première analyse des données				X

7. MODE DE CIRCULATION DES DONNÉES

Grâce à la web-application Wepi.org :

- Les données recueillies sont immédiatement stockées dans un fichier de données intermédiaire, hébergé par la société Epiconcept, en conformité avec le décret sur l'hébergement de données de santé à caractère personnel.
- À la fin de la période de recueil de données, cette base de données intermédiaire est clôturée et exportée au format Excel en une base de données finale.
- La base de données finale est téléchargée par connexion internet cryptée dans un répertoire informatique sécurisé du département de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud.
- La base de données intermédiaire est détruite après téléchargement de la base finale.

7.1. Accès aux données

La page d'administration du compte Wepi.org créé pour les besoins de la recherche n'est accessible qu'à l'investigateur coordonnateur et au chef de projet, par connexion internet cryptée protégée par mot de passe.

Investigateur coordonnateur, chef de projet, et attachés de recherche ont connaissance de l'URL du questionnaire, accessible par connexion internet cryptée.

Les élèves s'étant inscrits à la recherche ont uniquement accès aux données qu'ils auront saisies dans le formulaire informatique de recueil de données qui leur est destiné.

Le fichier de données intermédiaire est uniquement accessible à l'investigateur coordonnateur et au chef de projet, par connexion internet cryptée protégée par mot de passe.

L'accès à la base de données finale est protégé par mot de passe uniquement détenu par l'investigateur coordonnateur et le chef de projet.

7.2. Contrôle de qualité

De façon hebdomadaire, les attachés de recherche se rendent dans chaque établissement pour mettre en œuvre les procédures de la recherche et rédigent un rapport de l'avancement du protocole aussitôt transmis au chef de projet. À l'aide de ces rapports et d'une visite mensuelle dans chaque établissement, le chef de projet vérifie le respect du protocole et rend compte hebdomadairement à l'investigateur coordonnateur. À la phase de passation des questionnaires, le chef de projet vérifie hebdomadairement la qualité et la cohérence des données saisies. Tout écart au protocole est immédiatement signifié à l'investigateur coordonnateur qui statue sur les mesures correctrices, en concertation avec les attachés de recherche et le chef de projet.

7.3. Confidentialité des données

Conformément aux dispositions législatives en vigueur, investigateur coordonnateur, chef de projet, et attachés de recherche, prennent toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations relatives à la recherche et aux élèves qui s'y prêtent ainsi qu'aux résultats obtenus. Ces dispositions s'appliquent également aux personnels d'établissement impliqués dans la recherche.

Pendant la recherche et à son issue, les données recueillies sur les élèves qui s'y prêtent ne font en aucun cas

apparaître le nom, le prénom, la date de naissance, le téléphone ou l'adresse des élèves concernées, ou toute

autre information permettant de directement les identifier. Dans les bases de données intermédiaires et finales

constituées pour la recherche, un identifiant aléatoire désigne les élèves participants (cf. chapitre 5). Ces bases ne contiennent donc que des données anonymisées. Elles ne sont accessibles qu'à l'investigateur coordonnateur et au chef de projet.

Par ailleurs, les listes de classe et de correspondance (cf. chapitres 6.2.3 et 6.2.4) sont conservées dans les établissements comprenant ces classes. Elles ne sont accessibles qu'aux attachés de recherche jusqu'à la fin du recueil des données, et aux personnels des établissements concernés pendant la durée de conservation. Ainsi, les participants souhaitant exercer leurs droits de retrait, d'accès et de modification après recueil des données pourront en faire la demande aux personnels de l'établissement où ils se sont prêtés à la recherche. À l'aide des listes de classe et de correspondance à leur disposition, ces personnels pourront prendre connaissance de l'identifiant aléatoire attribué au participant, communiquer cet identifiant aléatoire à l'investigateur coordonnateur, et mettre anonymement en relation participant et coordonnateur, ce dernier agissant pour le compte du promoteur.

7.4. Conservation des données relatives à la recherche

Conformément aux bonnes pratiques cliniques, la base de données finale constituée pour l'étude sera conservée par l'investigateur coordonnateur, pour une durée de 15 ans suivant

la fin de la recherche. Seront de plus conservés, pour la même durée :

- Par l'investigateur coordonnateur et le promoteur : le protocole et les amendements au protocole, les copies des formulaires de « consentement » et d'autorisation parentale des participants, et tous les courriers relatifs à la recherche. Aucun déplacement ou destruction ne pourra être effectué sans l'accord du promoteur et de l'investigateur.
- Par les établissements scolaires impliqués : les copies des formulaires de « consentement » et des d'autorisation parentale des participants, ainsi que les listes de classe et de correspondance.

7.5. Exploitation des données

La base de données finale constituée pour la recherche sera exploitée par l'investigateur coordonnateur de l'étude et le chef de projet, avec le support du centre de méthodologie. Toute exploitation sera soumise à l'autorisation de l'investigateur coordonnateur.

7.6. Communications scientifiques

Toute communication écrite ou orale des résultats de la recherche devra recevoir l'accord préalable de l'investigateur coordonnateur et des représentants de chaque partenaire de la recherche. Seules les données agrégées (tableaux issus du traitement statistique descriptif et analytique) pourront être transmises à des tiers pour publication.

7.7. Communications des résultats aux participants

Chaque classe participante sera informée des résultats globaux de l'enquête. Un rapport d'étude présentant des données agrégées (tableaux commentés issus du traitement statistique descriptif et analytique) sera communiqué aux financeurs et aux partenaires de la recherche, et mis en ligne sur le site internet du département universitaire de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud. La publication de ce rapport et des résultats globaux de l'étude sera annoncée par voie de presse.

7.8. Transfert des données

Les données collectées pour les besoins de la recherche ne pourront être transférées. Toute modification de cette disposition devra faire l'objet d'un amendement au protocole, dans le respect des dispositions législatives en vigueur.

8. MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

L'ensemble des variables explorées sera analysé. Les données manquantes seront signalées.

L'analyse des données sera effectuée sur l'ensemble de l'échantillon en tenant compte du poids de chaque type de seconde. Elle sera dans un premier temps descriptive, puis bivariée, puis multivariée. L'analyse pourra également être effectuée en sous-groupe, par région, par sexe, et par type de seconde.

À l'étape uni-variée, les variables catégorielles seront décrites en effectif et pourcentage brut et pondéré, les variables continues en moyenne et écart type ou médiane et quartile selon la normalité de la distribution.

Les facteurs (cf. chapitre 5.2) associés à des connaissances (cf. chapitre 5.1.1) ou pratiques inadaptées (cf. chapitre 5.1.2) seront analysés :

- à l'étape bi-variée grâce au test de chi² ou de Fisher pour les variables qualitatives, et au test de Student ou de Wilcoxon pour les variables quantitatives, selon les conditions d'application de ces tests;
- à l'étape multivariée grâce à la régression logistique multiniveau compte tenu du plan de sondage et de la structure hiérarchisée des données.

Le risque de première espèce sera fixé à 5% pour l'ensemble des tests statistiques.

9. PERSPECTIVES

Cette étude permettra de procéder à un premier état des lieux des connaissances, attitudes et pratiques en matière de sexualité chez les adolescents des Antilles françaises.

Cet état des lieux facilitera l'adaptation et l'évaluation des programmes d'éducation à la santé affective et sexuelle destinés à la population cible.

10. RÉFÉRENCES

1. WHO - Federal Centre for Health Education (BZgA). Standards for sexuality education in Europe – A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 26]. Available from: <http://www.bzga-whocc.de/pdf.php?id=061a863a0fdf28218e4fe9e1b3f463b3>
2. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 [cited 2016 Jun 20]. Available from: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
3. Vagi KJ, O'Malley Olsen E, Basile KC, Vivolo-Kantor AM. Teen Dating Violence (Physical and Sexual) Among US High School Students: Findings From the 2013 National Youth Risk

Behavior Survey. JAMA Pediatr. 2015;169:474–82.

4. Godeau E, Navarro F, Arnaud C. La santé des collégiens en France. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 26]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>
5. Bajos N, Moreau C. FECOND "Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles" en France métropolitaine - Volet population générale [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 26]. Available from: <http://nesstar.ined.fr/webview/index/fr/MyServer/Catalogue-des-enqu-tes-de-IINED.c.MyServer/Enqu-tes-non-mises-disposition.d.2/Ann-es-2000-2014.d.9/FECOND-F-condit-Contraception-Dysfonctions-sexuelles-en-France-m-tropolitaine-Volet-Population-G-n-rale-2009-2011-/fStudy/IE0233A>
6. Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques. Insee - Databases [Internet]. [cited 2016 Jan 15]; Available from: <http://www.insee.fr/en/bases-de-donnees/>
7. Kadhel P, Deloumeaux J, Janky E. [Transgenerational evolution of age of the main stages of reproductive life in Guadeloupe]. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2013;41:255–9.
8. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 [Internet]. DREES; 2014 [cited 2016 Jun 26]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er884.pdf>
9. Halfen S, Lydie N. Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels. [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 26]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1577.pdf>
10. Service Etudes & Statistiques Antilles Guyane, Direction de la santé et du développement social de Guadeloupe, Guyane et Martinique. Etude des modes de vie des adolescents aux Antilles Guyane [Internet]. 2008. Available from: http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_Sante/La_sante_par_public/Adolescents_jeunes_adultes/rapport_ados_v3def.pdf
11. Guillemaut F. Un « dispositif de sexe et genre créolisé ». L'exemple de la Guadeloupe et de la Guyane. Homme Société 2014;163–90.
12. Guillemaut F. Jeunes et santé sexuelle, risque et réduction des risques [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 26]; Available from: http://www.corevih971.org/docrestreint.api/566/1a56c51ab554a82796073ba7f12af274dabc8c0e/pdf/etude_jeunes_et_sante_sexuelle_udaf_guadeloupe_2010.pdf
13. Bulletin officiel - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. [Internet]. 2003 [cited 2016 Jun 26]. Available from: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>

14. Couprie N, Carrère P. Éducation sexuelle : évaluation de mise en œuvre dans les établissements scolaires du second degré en Guadeloupe [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 22]; Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01159252/document>

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

N° d'anonymat :

Tu as accepté de participer à une enquête organisée par la faculté de médecine des Antilles et de la Guyane et nous t'en remercions. Cette enquête a pour but d'évaluer tes connaissances et pratiques en matière de sexualité. Cette enquête est nécessaire parce que la sexualité peut être un facteur de bonne santé, mais aussi de mauvaise santé. Grâce aux résultats de cette enquête, nous pourrons t'aider à mieux te protéger.

La réussite de l'enquête dépend de la qualité de ta participation. Nous te demandons de répondre seul, avec exactitude et grande application au questionnaire qui suit. Cela peut durer entre 15 et 40 minutes. Certaines questions concernent des aspects très intimes de ta vie. Tu peux refuser d'y répondre. Mais nous t'encourageons à t'exprimer en toute liberté : toutes tes réponses resteront totalement confidentielles. Seuls les médecins et les chercheurs responsables de l'enquête pourront y accéder, sans jamais connaître ton identité.

La réussite de l'enquête dépend aussi de ta discrétion. Tant que l'enquête est en cours dans ton lycée, nous te demandons de ne rien dire sur le contenu du questionnaire à tes camarades d'autres classes !

Un responsable de l'enquête est présent dans la salle. N'hésite pas à le solliciter en cas de problème. N'oublie pas de valider ton questionnaire lorsque tu auras fini.

Sans toi, cette enquête ne pourrait avoir lieu. Nous te remercions d'y participer.

Nous allons dans un premier temps te poser des questions pour te connaître un peu mieux

1. Tu es de sexe...

- Masculin
- Féminin

2. Quel est ton âge ?

- 14 ans ou moins
- De 15 à 16 ans
- De 17 à 19 ans
- 20 ans ou plus

3. Dans quel type de seconde es-tu scolarisé(e) ?

- Seconde professionnelle
- Seconde générale
- Seconde technologique

4. Dans la maison où tu vis tout le temps ou la plupart du temps, quelles personnes vivent avec toi ?

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Mère
- Père
- Belle-mère (épouse, copine ou amie du père/mère)
- Beau-père (époux, copain ou ami de la mère/père)
- Oncle
- Tante
- Grand-mère
- Grand-père
- Sœurs / demi-sœurs
- Frères / demi-frères
- Je vis dans une famille de placement ou un foyer
- Je vis à l'internat
- Je vis seul(e)
- Copain / copine (personne avec qui tu as une relation amoureuse et/ou sexuelle)
- Je vis avec quelqu'un d'autre ou dans un autre endroit.
- Je ne souhaite pas répondre

5. Selon toi, ton père / ta mère ou les personnes qui t'ont élevé(e) savent vraiment...

+ Si tu as un copain/une copine

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Qui sont tes ami(e)s

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Où tu es après l'école

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Où tu vas le soir

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Comment tu passes ton temps libre

- Oui
- Non

- Je ne sais pas

6. Actuellement, tu dirais qu'au sein de ta famille, financièrement...

- On est à l'aise
- Ça va
- C'est juste, on doit faire attention
- On y arrive difficilement
- On ne peut pas y arriver sans faire de dettes
- Je ne sais pas

7. Quel est le niveau d'études de ta mère ou de la femme qui t'a élevé(e) ?

- Sans diplôme
- Inférieur au bac (BEP, BEPC, CAP)
- Bac
- Supérieur au bac
- Aucune femme n'a participé à mon éducation
- Je ne sais pas

8. Quel est le niveau d'études de ton père ou de l'homme qui t'a élevé(e) ?

- Sans diplôme
- Inférieur au bac (BEP, BEPC, CAP)
- Bac
- Supérieur au bac
- Aucun homme n'a participé à mon éducation
- Je ne sais pas

9. Selon toi, comment tes professeurs trouvent tes résultats scolaires ?

- Très bons
- Bons
- Moyens
- En dessous de la moyenne
- Je ne sais pas

10. Est-ce que tu as une chambre pour toi tout(e) seul(e) ?

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

11. Quelle place considères-tu que la religion a dans ta vie ?

- Très importante
- Importante
- Pas très importante
- Pas importante du tout
- Je ne souhaite pas répondre

12. Assistes-tu à des offices religieux (église, salle du royaume, temple, mosquée, synagogue...) ?

- Une ou plusieurs fois par semaine
- Une ou deux fois par mois
- De temps en temps
- Uniquement pour les grandes fêtes ou les cérémonies
- Jamais
- Je ne souhaite pas répondre

13. En dehors de l'école, quelle langue parles-tu le plus souvent en famille ou entre amis ?

- Une langue française
- Une langue anglaise
- Une langue espagnole
- Une langue créole (guadeloupéenne, martiniquaise, haïtienne...)
- Une autre langue
- Je ne souhaite pas répondre

14. Combien de fois par jour passes-tu du temps avec tes ami(e)s à parler au téléphone, à leur envoyer des messages (texto, SMS, MMS...), ou à les contacter par internet (mail, messagerie...) ?

- 0 à 4 fois
- 5 à 19 fois
- 20 à 49 fois
- 50 à 99 fois
- plus de 100 fois
- Je ne souhaite pas répondre

15. En semaine habituellement, combien d'heures par jour environ passes-tu devant un écran (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, console...), que ce soit pour regarder des séries, des films, des émissions, des clips, ou pour surfer sur internet, ou pour communiquer via Facebook, Instagram, WhatsApp, Skype, etc. ?

- Aucune
- Environ une demi-heure par jour
- Environ 1 heure par jour
- Environ 2 heures par jour
- Environ 3 heures par jour
- Environ 4 heures par jour
- Environ 5 heures par jour
- Environ 6 heures par jour
- Environ 7 heures ou plus par jour
- Je ne souhaite pas répondre

16. Le week-end habituellement, combien d'heures par jour environ passes-tu devant un écran (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, console...), que ce soit pour

regarder des séries, des films, des émissions, des clips, ou pour surfer sur internet, ou pour communiquer via Facebook, Instagram, WhatsApp, Skype, etc. ?

- Aucune
- Environ une demi-heure par jour
- Environ 1 heure par jour
- Environ 2 heures par jour
- Environ 3 heures par jour
- Environ 4 heures par jour
- Environ 5 heures par jour
- Environ 6 heures par jour
- Environ 7 heures ou plus par jour
- Je ne souhaite pas répondre

17. L'affirmation suivante : « Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi (de ce que je suis) » te correspond...

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout
- Je ne souhaite pas répondre

Nous allons maintenant te poser des questions sur la sexualité

18. Parles-tu de sexualité...

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- avec ton ou tes frères ?
- avec ta ou tes sœurs ?
- avec ton père / beau-père ?
- avec ta mère / belle-mère ?
- avec ton ou tes grands-pères ?
- avec ta ou tes grands-mères ?
- Avec un autre membre de ta famille
- je ne parle de sexualité avec personne de ma famille
- Je ne souhaite pas répondre

19. À qui ou quoi fais-tu confiance pour répondre à tes questions sur la sexualité ?

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Sœur
- Frère
- Mère / belle-mère
- Père / beau-père
- Autre membre de la famille
- Assistant(e) de vie scolaire (surveillant(e))

- Assistant(e) social(e) de l'école
- Conseiller(ère) d'orientation psychologue de l'école
- Conseiller(ère) principal(e) d'éducation (CPE)
- Enseignants
- Infirmière scolaire
- Médecin scolaire
- Planning familial
- Médecin de famille
- Autre professionnel de santé
- Ami(e)s
- Partenaire sexuel(le) ou copain / copine
- Livres
- TV / radio / journaux
- Internet
- Je ne fais confiance à personne
- Je ne souhaite pas répondre

20a. Selon toi, à ce moment de ta vie, être enceinte serait... (conditionné au fait d'être une femme, Q. 1)

- La meilleure chose qui pourrait t'arriver
- Une bonne chose
- Une mauvaise chose
- La pire chose qui pourrait t'arriver
- Je ne souhaite pas répondre

20b. Selon toi, à ce moment de ta vie, si ta copine/partenaire était enceinte, ce serait... (conditionné au fait d'être un homme, Q. 1)

- La meilleure chose qui pourrait t'arriver
- Une bonne chose
- Une mauvaise chose
- La pire chose qui pourrait t'arriver
- Je ne souhaite pas répondre

21. Penses-tu qu'une fille peut tomber enceinte lors du premier rapport sexuel ? (on dit aussi « faire l'amour », « coucher avec quelqu'un »...)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

22. Selon toi, quels moyens sont efficaces pour éviter qu'une fille tombe enceinte ?

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Utiliser un préservatif masculin
- Utiliser un préservatif féminin
- Se laver après l'acte sexuel

- Utiliser un stérilet (dispositif intra-utérin)
- Se retirer avant la fin du rapport sexuel
- Utiliser un implant contraceptif
- Éviter les rapports sexuels certains jours du cycle de la fille
- Utiliser une pilule quotidiennement
- Utiliser une pilule au besoin
- Utiliser un patch contraceptif
- Utiliser une pilule du lendemain / contraception d'urgence
- L'abstinence (ne pas avoir de rapport sexuel)
- Éviter la pénétration
- Autre moyen
- Je ne sais pas

23. Selon toi, la pilule du lendemain ou contraception d'urgence...

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Peut être donnée gratuitement sans ordonnance en pharmacie aux mineur(e)s
- Peut être donnée gratuitement par l'infirmière scolaire
- Peut être donnée gratuitement par le planning familial
- Nécessite l'autorisation des parents pour être donnée aux mineur(e)s
- Est dangereuse pour la santé si elle est prise plusieurs fois
- Peut être efficace si elle est prise dans les trois jours suivant un rapport non protégé
- Peut être efficace si elle est prise dans les cinq jours suivant un rapport non protégé
- Je ne sais pas

24. Selon toi, le VIH / Sida est...

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Une maladie potentiellement mortelle
- Une maladie grave qui nécessite un traitement lourd
- Une maladie chronique que l'on peut soigner
- Une maladie qui peut être guérie
- Je ne sais pas

25. Selon toi, le VIH / Sida peut être transmis dans quelle(s) situation(s) ?

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- De la mère à l'enfant au moment de la grossesse ou de l'allaitement
- Lors de rapports sexuels avec préservatif
- Dans les toilettes publiques
- Par une piqûre de moustique
- Lors de rapports sexuels sans préservatif
- En embrassant une personne infectée
- Par contact avec du sang
- Je ne sais pas

26. Selon toi, quels moyens sont efficaces pour se protéger du virus du VIH / Sida ou des autres infections sexuellement transmissibles ?

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Utiliser un préservatif masculin
- Utiliser un préservatif féminin
- Se laver après l'acte sexuel
- Demander un test de dépistage à son / sa ou ses partenaires
- L'abstinence (ne pas avoir de rapport sexuel)
- Faire régulièrement un test de dépistage
- La fidélité à son / sa partenaire
- Autre moyen
- Je ne sais pas

27. Concernant le préservatif...

+ Penses-tu qu'il diminue le plaisir lors du rapport sexuel ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Penses-tu que son utilisation peut être perçue comme un manque de confiance entre deux partenaires ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Penses-tu qu'il est nécessaire de l'utiliser avec des partenaires que tu juges fiables ou sains (non porteurs d'infections sexuellement transmissibles) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Penses-tu qu'il est difficile d'en avoir toujours avec toi ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Penses-tu qu'il est difficile de s'en procurer ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

+ Penses-tu qu'il n'est pas nécessaire de l'utiliser si la fille utilise une pilule contraceptive ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

28. Lors d'un rapport sexuel avec préservatif, quelle attitude adopter en cas d'accident (préservatif déchiré, retiré avant la fin...) ?

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Ne rien faire
- Faire un test de dépistage du VIH / Sida dans les jours qui suivent

- Faire un test de dépistage du VIH / Sida dans les semaines qui suivent
- Faire ou faire réaliser un test de grossesse dans les jours qui suivent
- Faire ou faire réaliser un test de grossesse dans les semaines qui suivent
- Demander conseil
- Aller aux urgences
- Je ne sais pas

29. Que ferais-tu si un nouveau / une nouvelle partenaire te demandait d'avoir un rapport sexuel avec toi sans préservatif ?

- J'accepterais, pour lui faire plaisir
- J'accepterais, pour ne pas le / la perdre
- J'aurais un rapport sexuel avec retrait
- J'aurais un rapport sexuel mais sans pénétration
- Non, je refuserais un rapport sexuel sans préservatif
- Je ne sais pas

30. Selon toi, l'homosexualité est...

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Une sexualité comme une autre
- Le signe d'une sexualité libérée
- Le signe d'un problème psychologique
- Une sexualité contre nature
- Je ne souhaite pas répondre

31. Trouves-tu acceptable qu'un homme en couple ait des rapports sexuels avec d'autres personnes que sa / son partenaire ?

- Tout à fait acceptable
- Plutôt acceptable
- Plutôt pas acceptable
- Pas du tout acceptable
- Je ne souhaite pas répondre

32. Trouves-tu acceptable qu'une femme en couple ait des rapports sexuels avec d'autres personnes que son / sa partenaire ?

- Tout à fait acceptable
- Plutôt acceptable
- Plutôt pas acceptable
- Pas du tout acceptable
- Je ne souhaite pas répondre

33. Que penses-tu des images, photos, clips, vidéos, ou films pornographiques (X) ?

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Cela me choque
- Cela me permet d'apprendre
- Cela me met mal à l'aise

- Cela me détend
- Cela m'excite
- Je ne souhaite pas répondre

Nous aimerions maintenant en connaître un peu plus sur toi. Nous te rappelons que tes réponses sont confidentielles, que le questionnaire est rendu anonyme, et que tu peux répondre sans aucune crainte d'être jugé(e)

34. As-tu déjà eu tes règles ? (conditionné au fait d'être une femme, Q. 1)

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

35. À quel âge as-tu eu tes premières règles ? (conditionné par une réponse positive à la question précédente, Q. 34)

36. Actuellement, as-tu un copain / une copine ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

37. En ce moment, prends-tu une pilule de façon régulière ? (conditionné au fait d'être une femme, Q. 1)

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

38. Comment t'es-tu procuré la pilule ? (conditionné par une réponse positive à la question précédente, Q. 37)

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Par le médecin de la famille
- Par un autre médecin généraliste
- Par un gynécologue
- Par un médecin au planning familial
- Par un médecin à l'hôpital
- Par une sage-femme
- Par un médecin ou une infirmière scolaire
- Grâce à une copine ou une personne de mon entourage
- Par un autre moyen
- Je ne souhaite pas répondre

39. Je pense que la plupart de mes ami(e)s...

+ Ont déjà eu un rapport sexuel

- Oui
- Non

- Je ne sais pas
- + Utilisent un préservatif s'ils ont des relations sexuelles
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- + Utilisent une contraception ou s'assurent que leur partenaire utilise une contraception s'ils ont un rapport sexuel
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

40. Penses-tu qu'il est important d'avoir déjà eu un rapport sexuel pour être apprécié(e) de ses ami(e)s ?

- Oui, tout à fait d'accord
- Oui, assez d'accord
- Non, pas tout à fait d'accord
- Non, pas du tout d'accord
- Je ne sais pas

41. As-tu déjà eu un rapport sexuel ?

- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

42. Avec combien de partenaires différents as-tu déjà eu des rapports sexuels ? (conditionné au fait d'avoir eu plusieurs rapports sexuel, Q. 41)

43. Tu n'as jamais eu de rapport sexuel, cela te pose-t-il un problème ? (conditionné au fait de n'avoir jamais eu de rapport sexuel, Q. 41)

- Oui, beaucoup
- Oui, un peu
- Non, pas trop
- Non, pas du tout
- Je ne souhaite pas répondre

44. Quel âge avais-tu quand tu as eu ton premier rapport sexuel ? (conditionné au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

- 11 ans ou moins
- 12 ans
- 13 ans
- 14 ans
- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans

- 18 ans ou plus
- Je ne souhaite pas répondre

45. De ce premier rapport sexuel, tu dirais... (conditionné au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

- Je voulais qu'il ait lieu à ce moment (ou plus tôt)
- J'aurais préféré qu'il ait lieu plus tard
- Je ne me suis pas posé(e) la question
- Je n'avais pas envie d'avoir ce rapport *
- On m'a forcé(e) à avoir ce rapport *
- Je ne souhaite pas répondre *

* : Les participants cochant ces réponses verront apparaître un encart les informant des possibilités d'accompagnement adapté. Cet encart est présenté en fin de questionnaire

46. Avant ce premier rapport sexuel, depuis combien de temps étais-tu avec ce / cette partenaire ? (conditionné au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

- Plusieurs années
- Au moins un an
- Plusieurs mois
- Quelques semaines
- Quelques jours
- Le jour même
- Je ne souhaite pas répondre

47. Lors de ton premier rapport sexuel, toi ou ton / ta partenaire avez-vous utilisé une méthode de prévention des grossesses ou des infections sexuellement transmissibles (conditionné au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

48. Quelle(s) méthode(s) as-tu ou avez-vous utilisée(s) ? (conditionné à une réponse positive à la question précédente, Q. 47)

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Pilule contraceptive
- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Implant contraceptif
- Patch contraceptif
- Stérilet (dispositif intra-utérin)
- Se laver après le rapport
- Retrait avant la fin du rapport sexuel
- Pilule du lendemain

- Autre méthode
- Je ne me souviens plus

49a. As-tu déjà eu recours à la pilule du lendemain / contraception d'urgence ? (conditionné au fait d'être une femme, Q. 1, et d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

49b. Ta / une de tes partenaires a-t-elle déjà eu recours à la pilule du lendemain / contraception d'urgence ? (conditionné au fait d'être un homme, Q. 1, et d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

50a. As-tu déjà été enceinte ? (conditionné au fait d'être une femme, Q. 1, et d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Non
- Oui, la grossesse s'est terminée par une interruption volontaire de grossesse (IVG ou avortement)
- Oui, la grossesse s'est terminée par une naissance
- Oui, la grossesse s'est mal terminée (fausse couche ou perte spontanée du bébé ou grossesse extra-utérine)
- Je ne souhaite pas répondre

50b. Ta / une de tes partenaires a-t-elle déjà été enceinte ? (conditionné au fait d'être un homme, Q. 1, et d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Non
- Oui, la grossesse s'est terminée par une interruption volontaire de grossesse (IVG ou avortement)
- Oui, la grossesse s'est terminée par une naissance
- Oui, la grossesse s'est mal terminée (fausse couche ou perte spontanée du bébé ou grossesse extra-utérine)
- Je ne souhaite pas répondre

51. As-tu déjà réalisé un test de dépistage du VIH / Sida ?

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Oui, un test avec prise de sang en laboratoire

- Oui, un test rapide avec piqûre au bout du doigt (autotest ou « Trod »)
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

Note : L'autotest ou « Trod » est un test rapide d'orientation diagnostique, permettant de réaliser un dépistage en moins de 30 minutes à partir d'une goutte de sang, disponible dans les centres de dépistage, les pharmacies, auprès de certaines associations et chez certains médecins généralistes

52. Pour quelle(s) raison(s) as-tu déjà réalisé un ou plusieurs tests de dépistage du VIH / Sida ? (conditionné au fait d'avoir déjà réalisé un test de dépistage du VIH / Sida, Q. 51)

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Sans raison particulière, parce que l'occasion se présentait
- Sans raison particulière, pour savoir, pour se rassurer
- Je fais régulièrement des tests
- Je souhaitais cesser d'utiliser des préservatifs
- À la suite d'une situation où je me suis senti(e) à risque de contamination du virus VIH / Sida (non usage du préservatif, rupture du préservatif etc.)
- J'avais des doutes sur la fidélité de mon / ma partenaire
- À la demande de mon / ma partenaire
- Dans le cadre d'un bilan sanguin
- À la suite de symptômes ou de signes inquiétants
- Je ne souhaite pas répondre

53. As-tu déjà eu un rapport sexuel avec un autre partenaire que ton copain / ta copine alors que tu étais en couple ? (conditionné au fait d'avoir eu plusieurs rapports sexuels, Q. 41)

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

54. Lors de ton dernier rapport sexuel, toi ou ton / ta partenaire avez-vous utilisé une méthode de prévention des grossesses ou des infections sexuellement transmissibles ? (conditionné au fait d'avoir eu plusieurs rapports sexuels, Q. 41)

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

55. Quelle(s) méthode(s) as-tu ou avez-vous utilisée(s) ? (conditionné par une réponse positive à la question précédente, Q. 54)

! Tu peux cocher plusieurs cases !

- Pilule contraceptive
- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Implant contraceptif

- Patch contraceptif
- Stérilet (dispositif intra-utérin)
- Se laver après le rapport
- Retrait avant la fin du rapport sexuel
- Pilule du lendemain
- Autre méthode
- Je ne me souviens plus

56. Parles-tu de contraception, avec ton copain / ta copine ? (conditionné au fait d'avoir un(e) petit(e) ami(e) ou de ne pas avoir répondu à la question Q. 36)

- Vous ne parlez pas de contraception ensemble
- Vous êtes tous les deux d'accord pour utiliser une méthode de contraception
- Vous n'êtes pas d'accord sur la méthode à utiliser
- Tu laisses choisir ton copain ou ta copine
- Aucune proposition ne correspond

57. Tu as eu des rapports sexuels... (conditionné au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

- Uniquement avec des femmes
- Uniquement avec des hommes
- Avec des hommes et des femmes
- Je ne souhaite pas répondre

58. As-tu subi des attouchements sur ton corps ou ton sexe contre ta volonté ?

- Oui *
- Non
- Je ne souhaite pas répondre *

* : Les participants cochant ces réponses verront apparaître un encart les informant des possibilités d'accompagnement adapté. Cet encart est présenté en fin de questionnaire

59. À quel âge pour la première fois as-tu subi ces attouchements ? (conditionné par une réponse positive à la question précédente, Q. 58)

60. Quelqu'un t'a-t-il déjà forcé(e) à avoir des rapports sexuels contre ta volonté ? (conditionné au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41, et à une réponse autre que « On m'a forcé(e) à avoir ce rapport » ou « Je ne souhaite pas répondre » à la question 45)

- Oui *
- Non
- Je ne souhaite pas répondre *

* : Les participants cochant ces réponses verront apparaître un encart les informant des possibilités d'accompagnement adapté. Cet encart est présenté en fin de questionnaire

61. À quel âge pour la première fois as-tu été forcé(e) à avoir des rapports sexuels ? (conditionné par une réponse positive à la question précédente, Q. 60)

62. As-tu déjà eu des rapports sexuels... (conditionné au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

+ En payant ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

+ En étant payé(e) ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

+ En échange d'un cadeau ou service (KPN, Koké Pou Ni) ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

65. Regardes-tu des images, photos, clips, vidéos, ou films pornographiques (X) ?

- Jamais
- Exceptionnellement
- Plusieurs fois par mois
- Plusieurs fois par semaine
- Tous les jours
- Je ne souhaite pas répondre

66. As-tu déjà... (conditionné au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel, Q. 41)

+ Filmé ou pris des photos de toi, nu(e) ou pendant un rapport sexuel ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

+ Été filmé(e) ou pris(e) en photo, nu(e) ou pendant un rapport sexuel ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

+ Vu des photos ou des vidéos d'adolescents que tu connais, nus ou ayant un rapport sexuel ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

+ Partagé des photos ou des vidéos d'adolescents que tu connais, nus ou ayant un rapport sexuel ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

67. Parmi les affirmations suivantes, laquelle te correspond ?

- Je pense qu'on peut avoir des rapports sexuels uniquement pour le plaisir, que l'on s'aime ou pas
- Je pense que pour avoir des rapports sexuels, il faut s'aimer
- Je ne souhaite pas répondre

68. Que tu aies eu ou pas des rapports sexuels, l'affirmation suivante : « Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle » te correspond...

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout
- Je ne sais pas

Nous te remercions d'avoir répondu à ce questionnaire. Une séance d'éducation à la santé te sera bientôt proposée pour aborder toutes les thématiques qui y ont été explorées. En attendant, si tu as des questions, tu peux solliciter :

- le médecin coordinateur de cette étude, en lui écrivant à l'adresse philippe.carrere@univ-antilles.fr,
- l'infirmière scolaire de ton établissement, en la contactant directement.

Tu peux aussi consulter le site www.onsexprime.fr ou appeler le Fil Santé Jeunes au numéro : 0800 235 236.

*** : Si tu as été victime de violence ou d'agression sexuelle, plusieurs personnes ou organismes peuvent t'aider :**

- le médecin coordinateur de cette étude, en lui écrivant à l'adresse philippe.carrere@univ-antilles.fr
- l'infirmière scolaire ou tout autre personnel de l'éducation nationale au sein de ton établissement, en les contactant directement
- le service violences-femmes info, en appelant le numéro 3919 (anonyme et gratuit)
- le centre d'information sur les droits des femmes et des familles de la ..., en appelant le numéro ...

Annexe 3 : Notices d'information destinées aux élèves et aux titulaires de l'autorité parentale (version Martinique)

Notice d'information destinée aux élèves
Connaissances, attitudes, et pratiques
en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents
scolarisés en classe de seconde aux Antilles françaises

Investigateur principal : Dr Philippe Carrère
 Promoteur : Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société,
 Université Paul Sabatier
 Centre de méthodologie : INSERM UMR 1027
 Centre de coordination : Département Universitaire de Médecine Générale,
 Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud, Université des Antilles

Pourquoi cette étude est-elle mise en place ?

Selon l'Organisation Mondiale pour la Santé, la santé affective et sexuelle conditionne en partie le bien-être et la qualité de vie des personnes, tout au long de leur vie. Cependant, la Guadeloupe et la Martinique sont fortement exposées aux risques liés à la sexualité. Les grossesses précoces et le recours à l'interruption volontaire de grossesses (IVG) sont relativement fréquents. Un jeune adulte sur dix a déjà contracté une infection sexuellement transmissible, et les Antilles sont parmi les départements français les plus affectés par le VIH (Sida).

Grâce à cette étude, nous pourrions mieux comprendre vos connaissances et pratiques en matière de sexualité, pour mieux vous aider à vous prémunir des risques qui y sont liés.

Qui met en place cette étude ?

Le département de médecine générale de l'Université des Antilles, en collaboration avec les Rectorats, les Agences régionales de santé (ARS), les Observatoires régionaux de la santé (ORS), et les Coordinations régionales de lutte contre le VIH (COREVIH) de la Guadeloupe et de la Martinique.

Qui est susceptible de participer à cette étude ?

Tout élève scolarisé dans un lycée de la Guadeloupe ou de la Martinique, en classe de seconde générale/technologique ou professionnelle.

Comment se déroule l'étude ?

Un tirage au sort a retenu 112 classes de seconde parmi l'intégralité des lycées de la Guadeloupe et de la Martinique. Vous êtes scolarisés dans l'une de ces classes, vous êtes donc invités à participer à l'étude. Si vous acceptez de participer, vous devrez remplir un questionnaire informatique au sein de votre établissement scolaire à des jours et heures définis par la direction de cet établissement, en présence d'un adulte, mais en toute confidentialité. Des choses très intimes seront abordées dans ce questionnaire, mais rien ne permettra de vous identifier. Vos réponses ne seront accessibles qu'aux chercheurs responsables de l'étude. Seuls les résultats globaux et anonymes de l'étude seront publiés.

Quels sont vos droits ?

Votre participation à l'étude est libre et volontaire, vous avez le droit de refuser d'y prendre part sans vous justifier. Même si vous avez accepté d'y participer, vous avez la possibilité de vous rétracter ou de modifier vos réponses, à n'importe quel moment de la recherche. Pour faire valoir ces droits, vous pourrez solliciter les personnels de l'établissement où vous aurez participé à l'étude. Vous aurez la possibilité d'être informés personnellement des résultats globaux de l'étude (loi du 4 mars 2002). Pour ce faire, vous pourrez vous rapprocher du responsable de l'étude, le Dr Philippe Carrère (cf. ci-après), ou de l'infirmière de l'établissement où vous aurez participé à l'étude.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le département de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée.

Tous les professionnels impliqués dans cette étude sont soumis au secret professionnel. La confidentialité de vos réponses est garantie.

Qui contacter en cas de besoin ?

Après avoir lu cette notice, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez à l'infirmière de votre établissement, ou en écrivant par courrier ou mail au responsable de cette étude :

Docteur Philippe Carrère

Département de médecine générale.

Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud.

Campus de Fouillole

Université des Antilles

BP 145

97154 Pointe-à-Pitre Cedex

Tél : 0590 48 33 33 - Fax : 0590 48 30 28 - Mèl : philippe.carrere@univ-antilles.fr

Cette étude vous concerne, elle n'atteindra ses objectifs que grâce à votre aide. Nous vous sommes reconnaissants du sérieux avec lequel vous allez répondre.

Notice d'information destinée aux parents
Connaissances, attitudes, et pratiques
en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents
scolarisés en classe de seconde aux Antilles françaises

Investigateur principal : Dr Philippe Carrère
 Promoteur : Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société,
 Université Paul Sabatier
 Centre de méthodologie : INSERM UMR 1027
 Centre de coordination : Département Universitaire de Médecine Générale,
 Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud, Université des Antilles

Pourquoi cette étude est-elle mise en place ?

Les jeunes Guadeloupéens et Martiniquais sont fortement exposés aux risques liés à la sexualité. Les grossesses précoces et le recours à l'interruption volontaire de grossesses (IVG) sont relativement fréquents. Un jeune adulte sur dix a déjà contracté une maladie sexuellement transmissible, et la Guadeloupe comme la Martinique sont parmi les départements français les plus affectés par le VIH (Sida).

Quoi qu'on en pense, cette situation difficile impose une meilleure prévention. Nous sommes tous responsables. En tant qu'adultes, nous devons apporter à nos enfants les connaissances dont ils ont besoin afin de se prémunir des risques liés à la sexualité. Pour y parvenir, nous devons mieux connaître leurs connaissances et pratiques en la matière. C'est le but de cette étude.

Qui met en place cette étude ?

Le département de médecine générale de l'université des Antilles, en collaboration avec les Rectorats, les Agences régionales de santé (ARS), les Observatoires régionaux de la santé (ORS), et les Coordinations régionales de lutte contre le VIH (COREVIH) de la Guadeloupe et de la Martinique.

Qui est susceptible de participer à cette étude ?

Tout élève scolarisé dans un lycée de la Guadeloupe ou de la Martinique, en classe de seconde générale/technologique ou professionnelle.

Comment se déroule l'étude ?

Un tirage au sort a permis de sélectionner 112 classes de seconde parmi l'intégralité des lycées de la Guadeloupe et de la Martinique. Votre enfant est scolarisé dans l'une de ces classes, il est donc invité à participer à l'étude. Si votre enfant accepte de participer, et si vous êtes d'accord, il pourra remplir un questionnaire informatique au sein de son établissement scolaire à des jours et heures définis par la direction de cet établissement, sous la surveillance d'un adulte, mais en toute confidentialité. Aucune donnée recueillie ne permettra d'identifier les élèves participants. Leurs réponses ne seront accessibles qu'aux chercheurs responsables de l'étude. Seuls les résultats globaux et anonymes de l'étude seront publiés.

Quels sont les droits de votre enfant ?

La participation à l'étude est libre et volontaire, votre enfant a le droit de refuser d'y prendre part sans se justifier. Même s'il a accepté d'y participer, il a la possibilité de se rétracter ou de modifier ses réponses, à n'importe quel moment de la recherche. Pour faire valoir ces droits, il pourra solliciter les personnels de l'établissement où il aura participé à l'étude. Vous et votre enfant aurez la possibilité d'être informés personnellement des résultats globaux de l'étude (loi du 4 mars 2002). Pour ce faire, vous pourrez vous rapprocher du responsable de l'étude, le Dr Philippe Carrère, ou de l'infirmière de l'établissement où votre enfant aura participé à l'étude.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le département de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée.

Tous les professionnels impliqués dans cette étude sont soumis au secret professionnel. La confidentialité des réponses des élèves participants est garantie.

Qui contacter en cas de besoin ?

Après avoir lu cette notice, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez à l'infirmière de l'établissement où est scolarisé votre enfant, ou en écrivant par courrier ou mail au responsable de cette étude :

Docteur Philippe Carrère

Département de médecine générale.

Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud.

Campus de Fouillole

Université des Antilles

BP 145

97154 Pointe-à-Pitre Cedex

Tél : 0590 48 33 33 - Fax : 0590 48 30 28 - Mèl : philippe.carrere@univ-antilles.fr

Cette étude est destinée à améliorer l'état de santé de tous les jeunes Guadeloupéens et Martiniquais, elle ne peut être réalisée sans leur aide. Nous vous remercions d'accepter que votre enfant y participe.

**Annexe 4 : Formulaires de consentement destiné aux élèves et d'autorisation
destiné aux titulaires de l'autorité parentale (version Martinique)**

Formulaire de consentement destiné aux élèves
Connaissances, attitudes, et pratiques
en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents
scolarisés en classe de seconde aux Antilles françaises

Investigateur principal : Dr Philippe Carrère
 Promoteur : Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société,
 Université Paul Sabatier
 Centre de méthodologie : INSERM UMR 1027
 Centre de coordination : Département Universitaire de Médecine Générale,
 Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud, Université des Antilles

- Je certifie avoir lu la lettre d'information.
 - Oui
 - Non
- Je comprends que je ne suis pas obligé de participer à cette enquête.
 - Oui
 - Non
- Je comprends que je peux refuser de répondre à certaines questions.
 - Oui
 - Non
- Je comprends que le traitement de mes réponses sera anonymisé, et qu'aucune donnée publiée ne permettra de m'identifier.
 - Oui
 - Non
- Je suis majeur (j'ai plus de 18 ans).
 - Oui
 - Non

Je soussigné(e) (NOM Prénom de l'élève)

- accepte
- refuse

de participer à la recherche sur les connaissances, attitudes, et pratiques en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents scolarisés en classe de seconde aux Antilles françaises.

Fait le (date) à (lieu)

Signature de l'élève

Formulaire de consentement destiné aux parents
Connaissances, attitudes, et pratiques
en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents
scolarisés en classe de seconde aux Antilles françaises

Investigateur principal : Dr Philippe Carrère
 Promoteur : Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société,
 Université Paul Sabatier
 Centre de méthodologie : INSERM UMR 1027
 Centre de coordination : Département Universitaire de Médecine Générale,
 Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud, Université des Antilles

- Je certifie avoir lu la lettre d'information.
 - Oui
 - Non
- Je comprends que mon enfant n'est pas obligé de participer à cette enquête.
 - Oui
 - Non
- Je comprends que mon enfant peut refuser de répondre à certaines questions.
 - Oui
 - Non
- Je comprends que le traitement des réponses des élèves participants sera anonymisé, et qu'aucune donnée publiée ne permettra d'identifier ces participants.
 - Oui
 - Non

Mon enfant (NOM Prénom de l'élève)

- est autorisé
- n'est pas autorisé

à participer à la recherche sur les connaissances, attitudes, et pratiques en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents scolarisés en classe de seconde aux Antilles françaises.

Fait le (date) à (lieu)

1^{er} titulaire de l'autorité parentale

Nom :

Prénom :

Signature :

Le cas échéant, 2^e titulaire de l'autorité parentale

Nom :

Prénom :

Signature :

Si la signature du 2^e titulaire de l'autorité parentale ne peut être obtenue, merci au 1^{er} titulaire signataire de préciser pourquoi, en cochant la case appropriée :

- Je suis parent isolé(e).
- Le 2^e titulaire de l'autorité parentale ne peut être contacté.
- Le 2^e titulaire de l'autorité parentale ne s'oppose pas à la participation de l'enfant, mais ne peut signer le consentement.
- Le 2^e titulaire de l'autorité parentale s'oppose à la participation de l'élève.
- Autre raison :

Annexe 5 : Avis du comité d'éthique

COMITÉ
ÉTHIQUE
CHUPPA



Pointe à Pitre le 13/06/2016

Etablissement gestionnaire :
CHU de Pointe à Pitre
Direction de la Recherche et de l'innovation
Route de
Chauvel BP 465
97159 Pointe à Pitre Cedex

Personne encadrant la recherche :
Dr Philippe CARRERE

AVIS

Numéro d'enregistrement : A6_16_03_29_CA

En date du 13 juin 2016, le comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre réuni en assemblée plénière a examiné le protocole de recherche non interventionnelle portant sur l'étude observationnelle intitulée :

***Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle
parmi les adolescents scolarisés en classe de seconde en
Guadeloupe***

Le comité d'éthique a émis par consensus un

AVIS FAVORABLE

COMITÉ D'ÉTHIQUE
Centre Hospitalier Universitaire
de P.A.P / ABYMES

Annexe 6 : Avis du CCTIRS



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Direction générale de la recherche et de l'innovation

Paris, le 5 octobre 2016

Service de la performance, du financement et de la contractualisation
avec les organismes de recherche
Département de la culture scientifique et des relations avec la société

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière
de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS)

Affaire suivie par : Claudine Foudroux

Recommandé avec AR - Numéro de dossier à rappeler dans toute
correspondance : CCTIRS N° 16-699

Responsable administrative CCTIRS : Francine Gaufréteau
Mél. : francine.gaufréteau@recherche.gouv.fr

Vos réf. :-

Monsieur,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : « Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle parmi les adolescents scolarisés en classe de seconde en Guadeloupe. ».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Les remarques émises par le Comité sont à prendre en compte pour votre dossier CNIL. Si vous souhaitez faire parvenir le dossier corrigé au CCTIRS, il serait archivé sans réponse de notre part.

En revanche, le Comité appelle votre attention sur le fait que **toute modification ultérieure du projet** (modification substantielle) que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance par courrier postal incluant un dossier unique où **les éléments anciens** figurent en « barrés » et les **éléments nouveaux sont surlignés**.

Nous vous informons qu'un guideline de rédaction de la lettre d'information et du formulaire de consentement est disponible sur le site web du CCTIRS.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Didier HOFFSCHIR
Chef du département de la culture scientifique
et des relations avec la société

Monsieur Philippe CARRERE
Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud
Campus de Fouillole
Université des Antilles
BP 145
97154 POINTE-à-PITRE Cedex

Copie à : Monsieur Thierry LANG
Faculté de Médecine
Université Toulouse III Paul Sabatier
37 allées Jules Guesde
31062 TOULOUSE Cedex 9



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° 16-699

Intitulé de la demande : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle parmi les adolescents scolarisés en classe de seconde en Guadeloupe.

Responsable scientifique : Philippe CARRERE
Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud
Campus de Fouillole
Université des Antilles
BP 145
97154 POINTE-à-PITRE Cedex

Demandeur : Thierry LANG
Université Toulouse III Paul Sabatier
Faculté de Médecine
37 allées Jules Guesde
31062 TOULOUSE Cedex 9

Dossier reçu le : 27 juillet 2016

Dossier examiné le : 29 septembre 2016

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Excellent protocole, toutefois le comité vous demande de prendre en compte les remarques suivantes :

1.- Il est dommage de ne pas inclure les établissements privés, qui, même en l'absence de personnels référents pour l'éducation sexuelle, sont fréquemment d'accord pour participer à de tels travaux, y compris sur la sexualité, avec le soutien du MCTR (médecin conseiller technique du recteur) comme vous l'avez inclus, le questionnaire pouvant être adapté et réduit en fonction de leurs contraintes. Les informations aux élèves sont possibles même en l'absence de référent.

2.- Lettre d'information (adolescents et parents). Le comité suggère d'ajouter ce complément de phrase : « vos réponses ne seront accessibles qu'aux médecins du département de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud, sans qu'ils ne connaissent ni votre (son) nom, ni de quoi vous (l')identifiez ».

3.- Questionnaire - quelques problèmes logiques : le questionnaire passe du vouvoiement au tutoiement. L'explication « avoir un rapport sexuel = faire l'amour ou coucher avec quelqu'un » arrive à la question 31 après de nombreuses questions sur le sujet.

Le consentement parental est éventuellement inutile si l'amendement législatif concernant les mineurs a été promulgué et mis en application; d'autant que la base est rendue anonyme et que l'élève ne souhaitant pas participer est libre.

Fait à Paris, le 5 octobre 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif

Annexe 7 : Récépissé de déclaration à la CNIL

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
 UNE MÉTHODOLOGIE DE
 RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2024937 v 0

du 12 janvier 2017

Monsieur CARRÈRE Philippe
 INSTITUT FÉDÉRATIF D'ÉTUDES ET DE
 RECHERCHES INTERDISCIPLINAIRES SANTÉ
 SOCIÉTÉ
 DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE
 GÉNÉRALE
 FACULTÉ DE MÉDECINE, UNIVERSITÉ
 TOULOUSE III PAUL SABATIER
 37 ALLÉES JULES GUESDE
 31000 TOULOUSE CEDEX 9

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : INSTITUT FÉDÉRATIF D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES
 INTERDISCIPLINAIRES SANTÉ SOCIÉTÉ

Service :

Adresse : FACULTÉ DE MÉDECINE, UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL
 SABATIER 37 ALLÉES JULES GUESDE

Code postal : 31062**Ville :** TOULOUSE CEDEX 9**N° SIREN ou SIRET :**

193113842

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 0561145956**Fax. :****Traitement déclaré****Finalité :** MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement**Transferts d'informations hors de l'Union européenne :** Non

Fait à Paris, le 12 janvier 2017
 Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
 Présidente

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 des 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.

RÉSUMÉ

NOM ET PRÉNOM : LEROY Pierre

SUJET DE LA THÈSE : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé affective et sexuelle chez les adolescents scolarisés en classe de Seconde aux Antilles françaises : protocole et premiers résultats

THÈSE : MÉDECINE

Qualification : Médecine Générale
Médecine Spécialisée

ANNÉE : 2018

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2018ANTI0313

MOTS CLEFS : adolescent ; sexualité ; connaissances ; attitudes ; pratiques ; Caraïbe

.....
Contexte : Les adolescents caribéens sont fortement exposés aux risques liés à la sexualité : infections sexuellement transmissibles, interruption volontaire de grossesse, maternité précoce, violence.

Objectif : Évaluer les connaissances, attitudes, pratiques en matière de santé affective et sexuelle parmi les adolescents aux Antilles françaises.

Méthodes : CAPSEX-AF est une enquête transversale réalisée en 2017-18 dans une population de guadeloupéens et martiniquais scolarisés en Seconde générale/technologique ou professionnelle, réunis par sondage en grappe. Le recueil des données a fait appel à un auto-questionnaire en ligne. Une double autorisation parentale était recherchée.

Résultats : 2247 élèves ont été inclus (taux de participation = 73,5%). On compte en règle générale moins de 5% de non-réponses aux questions posées. Les données aberrantes sont rares. Les résultats obtenus en Martinique et en Guadeloupe sont similaires. Les connaissances de prévention sont insuffisantes et il existe une dissociation entre connaissances et pratiques. Les attitudes à l'égard de l'homosexualité sont fréquemment négatives, les attitudes face aux grossesses précoces souvent favorables et les antécédents de grossesse fréquents, en particulier en filière professionnelle. L'exposition à la pédopornographie est importante. Les antécédents de violence sont nombreux, en particulier chez les filles et en filière professionnelle.

Conclusions : Le taux de participation témoigne de l'acceptabilité de la recherche parmi les personnels de l'Éducation nationale, les élèves et leurs parents. Les données collectées paraissent de bonne qualité. CAPSEX-AF offre une typologie des risques sexuels auxquels sont confrontés les adolescents aux Antilles françaises. Elle permettra une meilleure adaptation des actions éducatives au contexte.

.....
JURY :

Président : Professeur Jeannie HELENE-PELAGE

Juges : Professeur Sébastien BREUREC

Professeur André CABIE

Professeur Eustase JANKY

Professeur Louis JEHEL

Directeur : Docteur Philippe CARRERE

.....