



HAL
open science

Évaluation des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle animées par les étudiantes sages-femmes auprès des lycéens de Clermont-Ferrand

Emma Moline-Tavernier

► To cite this version:

Emma Moline-Tavernier. Évaluation des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle animées par les étudiantes sages-femmes auprès des lycéens de Clermont-Ferrand. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01985801

HAL Id: dumas-01985801

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01985801>

Submitted on 18 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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**ÉVALUATION DES SÉANCES D'ÉDUCATION À LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE
ANIMÉES PAR LES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES AUPRÈS DE LYCÉENS DE
CLERMONT-FERRAND**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

Emma MOLINE-TAVERNIER

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**ÉVALUATION DES SÉANCES D'ÉDUCATION À LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE
ANIMÉES PAR LES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES AUPRÈS DE LYCÉENS DE
CLERMONT-FERRAND**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

Emma MOLINE-TAVERNIER

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



REMERCIEMENTS

Je souhaitais remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce
mémoire et tout particulièrement :

Madame Delphine POUMEYROL, Directrice de ce mémoire, ainsi que Madame Céline
LAMBERT, Statisticienne pour leurs compétences et leurs nombreux conseils ;

Les Directions des Établissements scolaires, ainsi que les professeurs, les infirmières
scolaires et les élèves ayant accepté de participer à cette étude ;

Ma famille et mes amis pour leur aide et leur soutien permanent ;

Benjamin, pour son implication et ses encouragements.

GLOSSAIRE

ACOG : American Congress of Obstetricians Gynecologists

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AURA : Auvergne-Rhône-Alpes

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CIDFF : Centre d'Information pour le Droit des Femmes et des Familles

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COP : Contraception œstroprogestative

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus humain

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

PCU : Pilule Contraceptive d'Urgence

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaines d'Aménorrhée

SIU : Système Intra-Utérin

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	4
I L'adolescence.....	4
II L'éducation à la sexualité.....	14
III Sage-Femme et éducation à la vie sexuelle et affective.....	18
IV Les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective dans le cursus des étudiants sages-femmes : Présentation du projet.....	22
POPULATION ET MÉTHODES.....	26
I L'étude et objectifs.....	26
II Population.....	26
III Méthodes.....	27
RÉSULTATS.....	30
DISCUSSION.....	41
I Validité et qualité de l'étude.....	41
II Discussion des objectifs de l'étude.....	42
III Discussion des résultats.....	43
IV Satisfaction des élèves.....	53
V Les propositions d'actions.....	55
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

Toute mention de sujets ayant trait à la sexualité a longtemps été bannie devant les adolescents, et leur comportement sévèrement encadré. Depuis quelques décennies, nous assistons au développement d'une société moderne, qui accepte une plus large liberté sexuelle. Cette libération des mœurs soumet les jeunes à un flux constant d'informations et d'images très explicites, pouvant les inciter à exercer certaines pratiques sexuelles alors qu'ils n'y sont pas tous préparés psychologiquement.

Dans le monde, rappelons que près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans mettent au monde des enfants chaque année soit près de 11 % des naissances(1). Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et notamment à cause des avortements à risque.

En France, le vote de la loi NEUWIRTH en 1967, a permis aux femmes de prendre le contrôle de leur corps, et de dissocier la sexualité de la reproduction. Les méthodes contraceptives ont connu une large diffusion depuis. Notre pays présente ainsi l'un des taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde. Cependant, la maîtrise totale de la fécondité est illusoire, puisque le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées en France reste stable avec 211 900 IVG réalisées en 2016 (2). De plus, en 2016, d'après un rapport de l'InVs concernant les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), le nombre de découvertes de séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est estimé à environ 6000 (3). De même, concernant les autres IST existantes, l'infection par le papillomavirus humain (HPV) est la plus fréquente. Les jeunes représentent 78% des cas, avec parmi eux 21 % de 15-19 ans. Selon le Baromètre Santé Auvergne 2010 (4) , parmi les jeunes de 15-29 ans, l'âge médian au premier rapport est de 16 ans, tant pour les hommes que pour les femmes. Ces relations sexuelles précoces constituent un enjeu de santé publique important car elles sont généralement considérées comme des indicateurs de risques à l'égard des IST et des grossesses non désirées.

Face à ces problèmes de santé publique, l'objectif des pouvoirs publics est de diminuer l'incidence des grossesses non désirées et des IST en éduquant les adolescents. Suite à la loi du 4 juillet 2001, des dispositions sont venues renforcer le rôle de l'école, en organisant trois séances annuelles d'éducation à la sexualité au collège et au lycée. La loi stipule que ces séances peuvent associer d'autres intervenants extérieurs formés par un organisme agréé par le Ministère de la Santé. C'est dans ce cadre là que les étudiants sages-femmes ont la possibilité d'intervenir dans la mise en place de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des lycéens. En effet, la sage-femme est un professionnel compétent et référent dans la prévention et le dépistage des situations à risques chez les adolescentes, afin de les prévenir dès le plus jeune âge. La mise en place de ces séances est donc un atout bénéfique autant pour les lycéens, que pour les étudiantes sages-femmes dans le cadre de leur future pratique professionnelle, ainsi que leur parcours universitaire. En effet, elles vont pouvoir mettre à profit toutes leurs connaissances acquises lors de leur cursus pour participer à l'élaboration de ces séances en s'inscrivant dans la construction d'un projet pérenne entre les Établissements scolaires, le Rectorat et l'École de Sage-Femme.

Il est donc important d'avoir un retour sur ces séances dans un but d'amélioration permanente. On peut donc se demander : les lycéens sont-ils dans le besoin de recevoir des informations supplémentaires sur la sexualité et ses conséquences au vu de leurs connaissances initiales ? Les séances ont-elles permis une amélioration des connaissances et les étudiantes sages-femmes sont-elles des intervenantes adaptées ?

Cette étude cherche à évaluer les intérêts et les limites de ces séances. L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle effectuées par les étudiants sage-femmes. Le second objectif cherche à faire un état des lieux des connaissances des élèves en matière de contraception et de sexualité. Le dernier objectif consiste à évaluer la satisfaction des lycéens vis à vis de leurs attentes. C'est dans ce but là que nous avons proposé à des lycéens de répondre à deux reprises au même questionnaire, l'un avant et l'autre après la séance, pour analyser l'évolution de leurs réponses.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I L'adolescence

I.A Début de la vie sexuelle

Les années collèges et lycées sont profondément marquées par le développement des relations affectives et amoureuses. L'initiation sexuelle est au cœur des préoccupations des jeunes de cet âge et les premiers échanges physiques ont généralement lieu à cette période. Les résultats de l'enquête Fondation PFIZER / IPSOS Santé « *Bien dans sa tête, bien dans son corps* » révèlent que lorsque les adolescents découvrent les plaisirs du corps, cela se fait en gardant le contrôle (5). Premier constat, 33 % des adolescents déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel avec pénétration, parce qu'ils étaient amoureux et pour 95% d'entre eux c'est l'envie qui en a été à l'origine. Deuxième constat, pour les adolescents la maîtrise de leur sexualité est primordiale : ce qui est important pour eux, c'est de se protéger des IST (76%), de ne pas être enceinte ou ne pas féconder (66%), de mettre des préservatifs (65%).

En Auvergne, d'après le Baromètre Santé 2010 (6), l'âge d'entrée dans la vie sexuelle est légèrement plus jeune pour les filles que dans le reste de la France, l'âge médian de ces dernières lors du premier rapport sexuel est de 16 ans contre 17 ans chez les jeunes du reste de la France (Annexe I). De plus, ils sont 13 % à avoir déjà eu des rapports sexuels à 15 ans contre 27 % à 16 ans, 47 % à 17 ans et 93 % à 18 ans (Annexe II). L'adolescence est caractérisée par une sexualité particulière, avec des relations sporadiques, souvent non planifiées, et avec un nombre de partenaires rapidement croissant. En effet, la part d'individus ayant eu au moins un nouveau partenaire au cours des douze derniers mois est beaucoup plus importante chez les plus jeunes : plus d'un jeune de 15 à 25 ans sur deux est dans cette situation contre moins d'une personne sur dix entre 26 et 54 ans (Annexe III). De plus, d'après les données du Conseil National du Sida en 2004, 40 % des garçons et 27 % des filles de 15–18 ans avaient eu plus d'un partenaire sur l'année écoulée (7).

I.B Pratiques contraceptives

I.B.1 Contraception

Lors de l'enquête du Baromètre Santé 2016, la pilule est le moyen le plus utilisé par les 15-19 ans (60,4%), puis vient l'usage du préservatif (45,6 %) parfois en association avec la pilule (dans 16,0 % des cas)(4). Le début de diversification observé entre 2010 et 2013 avec la hausse de l'implant ne s'est pas poursuivi et le dispositif intra-utérin (DIU) reste absent dans cette tranche d'âge (Annexe IV). Chez les adolescents, on constate que lors des premiers rapports, le préservatif est inconstamment utilisé dans cette tranche d'âge, puisque 10 % des 15–24 ans disent ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur premier rapport sexuel et 12 % n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur premier rapport avec le nouveau partenaire qu'ils avaient eu dans l'année (8). De plus, son taux d'échec est de 17.8% dans cette population contre 11.5% chez des utilisateurs plus âgés (9). L'une des raisons principales de ces échecs résulte principalement d'une mauvaise utilisation amenant à des accidents (rupture, glissement intra-vaginal...). Depuis quelques années, une baisse de sa popularité est également observée, étant accusé d'amoindrir les sensations de plaisir ou encore d'être une preuve d'un manque de confiance envers son partenaire. De même, la gestion d'une contraception orale peut se révéler difficile chez les toutes jeunes filles, notamment en ce qui concerne l'observance. En effet, lors de l'étude COCON menée en 2000, il a été montré que même chez des femmes adultes, 20% oublient un comprimé dans le mois. Ce taux augmente par ailleurs significativement lorsque leurs rapports sexuels sont irréguliers, en l'absence de « routine contraceptive » et lorsque la femme ne se sent pas impliquée dans le choix de sa contraception (10). Aux problèmes techniques d'utilisation se surajoutent bien souvent des difficultés pratiques, tel que le coût du contraceptif mais aussi son accès. En effet, malgré l'autonomie légalement reconnue aux jeunes mineurs en matière de contraception, ceux-ci ne peuvent l'obtenir de façon confidentielle et gratuite en dehors des centres d'éducation et de planification familiale qui ne leur sont pas toujours accessibles.

En 2004, la Haute Autorité de santé (HAS) recommandait en méthode de premier choix chez les adolescentes, le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout estroprogestative (COP). Ces recommandations de la HAS envisageaient comme possibles l'utilisation du DIU au cuivre et l'implant à l'étonogestrel (Nexplanon®) chez les adolescentes, mais avec un certain nombre de risques à mettre en balance avec l'avantage d'une observance totale, dans cette population. Depuis, les différents moyens contraceptifs disponibles chez l'adolescente ont été mieux évalués (11-12), et ces nouvelles données ont conduit l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) à recommander l'utilisation du DIU et de l'implant dans cette population, dans le cadre des contraceptions réversibles de longue durée. Outre l'absence de problème d'observance, ces méthodes ont l'avantage d'être discrètes. Elles risquent moins d'être interrompues qu'une pilule en cas de longue période sans rapport, ce qui est fréquemment le cas à cet âge, avec des possibilités d'erreurs lors de la reprise de la contraception.

I.B.2 Moyens disponibles

En dehors des préservatifs, les méthodes barrières nécessitant des manipulations vaginales (diaphragme, cape cervicale, spermicide) ne sont pas recommandées chez l'adolescent, en raison de la gêne induite dans la spontanéité des relations sexuelles, des contraintes liées à la manipulation et de leur efficacité médiocre pour la plupart, à un âge où la fertilité est maximum. De même, les méthodes naturelles (période de fertilité, température) ne sont pas adaptées aux adolescentes vu l'irrégularité fréquente de leurs cycles et leur fertilité élevée. Le préservatif qu'il soit masculin ou féminin, reste la seule méthode contraceptive dont il est prouvé qu'elle réduit le risque de toute IST. Cependant il est nécessaire de l'associer à une autre méthode contraceptive pour une meilleure efficacité concernant le risque de survenue d'une grossesse.

Concernant les DIU et les systèmes intra-utérin (SIU), des modèles « short » existent conçus spécialement pour les nullipares, avec une longueur et surtout un diamètre inférieurs aux modèles « standard ». Dans cette population à haut risque d'IST, il est

conseillé de faire un dépistage de Chlamydiae et de gonocoque avant la pose, pour éviter le risque d'infection génitale haute secondaire à l'insertion du DIU/SIU.

La COP pose un problème fréquent d'observance, avec des oublis, chez des jeunes filles. Cette observance semble un peu améliorée par l'utilisation de formes continues sur 28 jours. La méthode dite en « Quick Start », qui vise à améliorer l'observance en diminuant la période d'attente entre la première consultation et la première prise des œstroprogestatifs, quelle que soit leur voie d'administration, est validée pour les adolescentes (13).

Les progestatifs seuls sont quant à eux utilisés en cas de contre-indication à l'éthinyl-oestradiol. Ils sont globalement moins bien tolérés cliniquement que les œstroprogestatifs. La tolérance reste cependant moyenne avec une survenue possible de métrorragies de type « spotting » et de mastodynies qui diminuent l'adhésion des adolescentes à ce type de contraceptifs. De plus, l'effet androgénique propre des progestatifs purs contribue à aggraver l'« acné », déjà fréquente à cet âge. Cependant, cette contraception peut s'avérer être un bon compromis pour les jeunes filles fumeuses qui ne peuvent pas bénéficier d'une COP. L'implant à l'étonogestrel (Nexplanon®) a une efficacité excellente avec un indice de Pearl égal à 0,3 et ne pose aucun problème d'observance. En revanche, il a une acceptabilité souvent médiocre chez les adolescentes en raison du changement fréquent de profil menstruel qu'il entraîne (aménorrhée, « spotting », modification de la fréquence, de la durée, de l'abondance des règles). Cependant, lorsqu'il est bien toléré, l'implant est, tout comme le DIU, corrélé à un taux élevé de satisfaction. Cependant l'information des patientes, avec un bon « counselling » est primordial, pour faire accepter le caractère imprévisible du profil de saignement. Il faut anticiper les craintes et interrogations de la patiente pour augmenter la compliance. Les macroprogestatifs ne sont quant à eux pas recommandés en contraception chez les femmes jeunes.

Depuis 2001, les mineures sont dispensées de consentement parental pour bénéficier de la prescription et de la délivrance de contraceptifs (14). L'accès anonyme et gratuit aux

moyens contraceptifs pour les mineures est garanti dans les centres de planification et d'éducation familiale. Il existe par ailleurs des dispositifs régionaux qui prennent en charge intégralement, de manière anonyme et gratuite chez les mineures, les consultations (gynécologue, généraliste ou sage-femme), les examens de laboratoire et la délivrance de contraceptif qu'il soit remboursé ou non par le pharmacien. Il est à noter que la loi du 21 juillet 2009, a ouvert la possibilité de renouvellement de contraceptifs oraux directement par les pharmaciens et les infirmiers, dans la limite de six mois non renouvelables, lorsque la prescription médicale initiale date de moins d'un an. Le but étant d'éviter toute interruption de traitement, dans l'attente d'un rendez-vous chez le médecin ou la sage-femme.

I.B.3 Contraception d'urgence

La contraception d'urgence est une méthode de « rattrapage » qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé. La pilule contraceptive d'urgence (PCU) agit principalement en inhibant ou en décalant l'ovulation. Elle n'est donc pas efficace à 100 % et son efficacité est d'autant plus grande que sa prise a été faite plus précocement après le rapport non protégé. La PCU n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les autres contraceptifs modernes. L'utilisation de la PCU a augmenté de manière très importante depuis que le lévonorgestrel n'est plus sujet à prescription médicale, pour atteindre 1,3 millions en 2010 (15)(Annexe V). Le circuit mis en place vise tout particulièrement à favoriser le recours à la contraception d'urgence chez les plus jeunes : la « pilule du lendemain » est délivrée gratuitement et de façon anonyme aux mineures en pharmacie, sur simple déclaration de leur part (14). Elle peut également être obtenue gratuitement dans les centres de planification familiale et auprès des infirmières scolaires. Chez les 15-19 ans, le recours à la PCU a quadruplé, passant de 11,6 % en 2000 à 29,0 % en 2005 et à 42,4 % en 2010 (8) (Cf Annexe VI). De plus, d'après les données de l'Éducation Nationale, environ 14 000 demandes et 11 000 délivrances (soit environ 80 % des demandes) de contraception d'urgence sont enregistrées en moyenne chaque année dans le milieu scolaire. Environ 80 % de ces

demandes et de ces délivrances concernent des mineures. L'obtention de la PCU par l'infirmière scolaire est un processus d'accès très minoritaire, contribuant pour moins de 3 % à l'ensemble des PCU utilisées par des mineures (8).

La raison principale de recours à la PCU, correspond à des échecs contraceptifs par oubli de pilule (30,7 %) ou rupture de préservatif (31%) alors que l'absence de méthode contraceptive n'intervient que pour 17 % des recours. Dans ce contexte, la HAS recommande d'envisager une prescription à l'avance de la PCU au cas par cas dans certaines situations comme une difficulté d'accès à la PCU, un voyage à l'étranger, l'utilisation du préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces (15). Cette prescription devrait s'accompagner systématiquement d'une information personnalisée sur l'utilisation de la contraception d'urgence ainsi que sur la contraception régulière et sur la prévention du VIH et des IST. Il faut rassurer l'adolescente sur son innocuité (16), tout en insistant sur le fait qu'il ne s'agit que d'une méthode de secours occasionnelle.

I.C Interruption volontaire de grossesse

Notre pays présente ainsi l'un des taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde, soit 90,2 % des femmes de 15-49 ans sexuellement actives (12). Malgré cela, le nombre de grossesses non prévues est, en 2010, encore très important : plus d'un tiers des femmes de 15 à 29 ans enceintes au cours des 5 dernières années déclarent que leur dernière grossesse était non prévue (8). En 2014, l'INSEE recense 24 791 IVG chez les femmes de moins de 20 ans en France métropolitaine sur un total de 211 229 IVG chez des femmes de 15 à 49 ans, soit 11,7 % (2). Les IVG chez les adolescentes sont le plus souvent le résultat d'un échec ou d'une absence de contraception. Ainsi, d'après les chiffres de la DREES de 2007, deux tiers des jeunes femmes de 16–25 ans recourant à une IVG avaient utilisé une méthode contraceptive le mois précédant leur IVG, dont 42 % une contraception orale. L'ampleur des échecs de contraception, y compris pour une méthode théoriquement aussi efficace que la pilule, reflète les difficultés que rencontrent les femmes dans la gestion de leur pratique contraceptive au quotidien. Selon une étude lancée sur 3 départements (18), 92% des utilisatrices de contraception

orale avaient oublié de prendre leur pilule entre 1 et 5 fois dans les 6 mois précédents l'enquête. De même, l'étude des trajectoires contraceptives des femmes ayant eu recours à une IVG montre que la moitié d'entre elles avaient changé de contraception dans les 6 mois précédant l'étude (19) . Par ailleurs de nombreuses circonstances peuvent conduire à interrompre la couverture contraceptive : effets secondaires ressentis ou redoutés, lassitude, difficultés financières, ordonnance périmée, rupture amoureuse, en s'exposant à un risque de grossesse non désirée.

En 2013, dans le Puy-de-Dôme, les femmes ayant eu recours à une IVG sont en moyenne âgées de 27,4 ans. 14 % des IVG concernait les jeunes filles de 13 à 19 ans et 95 IVG ont concerné les femmes âgées de moins de 18 ans, soit un taux de recours de 4,7 ‰ (Annexe VII) (20).

I.D Pratiques préventives pour les IST

I.D.1 Epidémiologie

En France, en 2014, plus de 5 266 000 sérologies du VIH ont été réalisées par les laboratoires d'analyses médicales. On estime à 6 600, le nombre de découvertes de séropositivité VIH, dont 26 % des découvertes l'ont été à un stade tardif. Les personnes de moins de 25 ans représentent 11 % des découvertes de séropositivité. En 2018, à l'occasion du SIDACTION, un sondage réalisé par IFOP-BILENDI auprès des jeunes de 15 à 24 ans (21), a permis de constater une dégradation du niveau d'information sur le VIH au sein de cette génération, puisque 20% des jeunes interrogés estiment être mal informés. On constate que les fausses croyances et les idées reçues persistent toujours dans l'esprit des jeunes. En effet, un nombre encore trop important pense que le virus peut se transmettre en embrassant (21%), en entrant au contact avec la transpiration (18%), ou en buvant dans le même verre qu'une personne séropositive (16%). Par ailleurs, les jeunes interrogés mentionnent aussi d'autres idées reçues plus dangereuses ; 19% pensent que la PCU peut empêcher la transmission du virus. De même, 26% considèrent qu'il existe des médicaments pour guérir du sida et 32% considèrent avoir moins de risques que les autres d'être contaminés eux-mêmes. Pour finir, 15% des

jeunes interrogés, n'ont jamais bénéficié d'un enseignement au cours de leur scolarité et 67% des jeunes estiment que l'Éducation Nationale n'en fait pas suffisamment en matière d'information sur le VIH/sida. En Auvergne, en 2014, près de 75 000 sérologies du VIH ont été réalisées. Depuis 2003, début de la surveillance, 485 personnes ont été déclarées séropositives VIH (22). La part de moins de 25 ans découvrant leur séropositivité a augmenté depuis 2003 passant de 5 % à près de 25% en 2013. De plus, la part de personnes de 15 à 24 ans est plus élevée en Auvergne (24 %) qu'en France (14 %). De 2003 à 2014, 12 personnes avaient moins de 20 ans au moment de la découverte de leur séropositivité VIH.

L'infection par le HPV représente l'IST la plus fréquente dans le monde. Cette infection, acquise lors des premiers rapports sexuels, est le plus souvent transitoire et est éliminée par le système immunitaire en environ un an (23). La persistance de l'infection par des HPV à haut risque oncogène est le facteur majeur de risque de développement de lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus. Chaque année en France, on compte environ 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et plus de 1 100 décès. On considère actuellement qu'environ 10% des femmes dont le frottis est normal sont porteuses d'une infection HPV au niveau du col de l'utérus. En 2009, lors d'une étude portant sur 960 femmes françaises, les taux d'infection les plus élevés de papillomavirus ont été retrouvés chez les moins de 20 ans (32%)(24).

On remarque également une augmentation de certaines IST telle que Chlamydia trachomatis, qui est l'IST la plus répandue chez la femme jeune. En 2014, le réseau Rénachla, rapporte 13 100 diagnostics de chlamydioses. Les jeunes représentent 78 % des cas, avec parmi eux 21 % de 15-19 ans.

Cette augmentation reflète à la fois un accroissement des pratiques de dépistage et, dans une moindre mesure, une hausse des contaminations. En effet, les taux d'IST sont très certainement sous-estimés, car la contamination passe inaperçue dans la plupart des cas en raison de l'absence de symptômes, néanmoins on sait qu'elles touchent principalement les jeunes.

I.D.2 Enjeux

En France, le dépistage de l'infection à VIH est encore trop tardif. La possibilité de proposer des tests rapides complète le dispositif de dépistage français. Un dépistage précoce du VIH est primordial. En effet, des études ont montré qu'un accès précoce aux soins et aux médicaments, augmente l'espérance ainsi que la qualité de vie et réduit la transmissibilité du virus grâce aux antirétroviraux. En 2018, d'après le sondage IFOP « Les jeunes, l'information et la prévention du sida », on observe une persistance des pratiques sexuelles à risque (21). En effet, 14% des jeunes interrogés admettent avoir été exposés au moins une fois à un risque d'être contaminé par le VIH/sida. L'expérience de ces situations n'a d'ailleurs débouché que dans 39% des cas seulement sur un test de dépistage. Alors que le dépistage constitue un enjeu majeur dans la lutte contre le VIH, ces chiffres restent bien trop faibles, surtout lorsque l'on sait que 42% des jeunes se disent mal informés sur les lieux de dépistage. Il est fondamental de continuer à sensibiliser et informer sur les enjeux de la lutte contre le sida pour mettre fin à la stigmatisation encore trop souvent subie par les personnes vivant avec le VIH. De plus, une hausse de 24 % des contaminations, chez les jeunes de 15 à 24 ans a été observé depuis 2007. Face à ce sondage, Florence THUNE, Directrice des programmes France pour le SIDACTION conclut qu'il est « *urgent de reprendre les fondamentaux en terme d'information et de prévention. Il faut faire circuler des messages dans et en dehors de la sphère scolaire pour atteindre tous les jeunes dans toute leur diversité, quelle que soit leur milieu social ou leur orientation sexuelle* ».

En 2011, le taux de couverture vaccinale à HPV en France était de l'ordre de 20 % chez les adolescentes de 15 ans et 39 % chez les jeunes filles âgées de 17 ans, ce qui reste insuffisant. L'objectif du plan cancer 2014-2019 est d'atteindre une couverture vaccinale du HPV de 60 % chez les adolescentes entre 11 et 14 ans. Ce qui semble très difficile. La France est malheureusement en retard derrière de nombreux pays et notamment le Royaume-Uni (80 %) et le Portugal (85%), dans lesquels des campagnes de vaccination publiques des jeunes filles ont été lancées depuis 2007. De même, l'Australie a été l'un

des premiers pays à mettre en œuvre une vaccination HPV gratuite pour les femmes. Le vaccin quadrivalent Gardasil® a été mis à disposition gratuitement depuis 2007 pour les filles de 12 à 13 ans dans le cadre d'un programme de vaccination scolaire et depuis 2013 auprès des garçons dans les collèges. Ainsi, sur ces dix dernières années, selon un rapport publié dans *The Journal of Infectious Diseases*, chez les jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans, l'incidence des contaminations par HPV est passée de 22,7% à 1,1% (25). Sur cette période, 53,3% des jeunes de cette génération étaient vaccinés et une baisse des nouvelles contaminations chez les garçons est aussi observée. Le taux de couverture vaccinale étant de 80 % pour les Australiennes et de 75 % pour les Australiens. Ce virus ne devrait donc plus circuler et infecter de nouvelles personnes avec à terme une probable disparition du cancer du col de l'utérus sur le territoire australien. Obtenir une couverture vaccinale élevée reste donc l'objectif prioritaire tant pour la protection des jeunes filles que pour l'induction d'une immunité de groupe.

Concernant les objectifs de dépistage à Chlamydia, ils visent à réduire le taux de complications graves (salpingite, grossesse extra-utérine, stérilité tubaire) en identifiant les femmes infectées et en les traitant ainsi que leur partenaire (prévention secondaire). L'autre objectif est de réduire le portage et la transmission de Chlamydia dans la population (prévention primaire).

I.D.3 Recommandations

En 2017, les recommandations de la HAS préconisent un maintien de la proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans, dans l'objectif de permettre le diagnostic des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée (26). La HAS rappelle qu'un test de dépistage de l'infection à VIH doit, par ailleurs, être systématiquement proposé dans certaines circonstances : en cas de diagnostic d'une IST, d'une grossesse ou d'un projet de grossesse, de viol, d'une prescription d'une contraception ou d'une IVG. Cette démarche concerne aussi bien la femme que son partenaire lorsque celui-ci peut être contacté. La proposition de dépistage doit s'accompagner d'une information adaptée,

afin d'obtenir un consentement éclairé, et d'une appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test.

Les professionnels de santé disposent de deux moyens complémentaires pour prévenir et dépister le cancer du col de l'utérus, avec la vaccination des jeunes filles et le dépistage par frottis du col utérin, qui permet de rechercher des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus (27). La HAS recommande de réaliser un frottis cervical tous les trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après deux frottis consécutifs sans anomalie à un an d'intervalle. La vaccination contre les papillomavirus est quant à elle recommandée, chez les filles entre 11 et 14 ans, avec deux doses, ainsi qu'en rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans révolus, avec trois doses. En France, ces vingt dernières années, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus ont diminué de moitié, notamment grâce au dépistage par frottis. La couverture vaccinale reste cependant à améliorer et le dépistage est à poursuivre et à renforcer. Une meilleure couverture du dépistage permettrait de diminuer encore l'incidence du cancer du col. Il est donc important de le proposer systématiquement à toutes les femmes, en rappelant son intérêt.

Les recommandations sur la stratégie de dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de 2003, préconisaient un dépistage annuel systématique opportuniste de ces infections préférentiellement chez les femmes de moins de 25 ans (28).

II L'éducation à la sexualité

Depuis quelques décennies, nous assistons au développement d'une société moderne, qui accepte une plus large liberté sexuelle, marquée par une plus grande tolérance pour la sexualité avant le mariage, la masturbation, l'homosexualité, les fantasmes érotiques (29). Les adolescents se retrouvent alors confrontés très tôt à certaines responsabilités difficiles à assumer tel que la contraception, les IST ou encore l'IVG. Ceci pouvant les amener à adopter des comportements de méfiance ou de prise de risque vis à vis de leur partenaire.

II.A Cadre législatif : Éducation Nationale

L'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social et médiatique dans le domaine de la sexualité a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen. Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation.

Plusieurs textes spécifiques sont venus en 1996 puis en 1998, instaurer l'organisation de séances d'éducation à la sexualité au collège et mettre en place un dispositif de formation des personnels. Depuis la loi du 4 juillet 2001, le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche prévoit une éducation à la sexualité en milieu scolaire. Au collège et au lycée, il préconise au moins 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité par groupe d'âges homogènes, reliant et complétant les enseignements dispensés en cours (30).

II.B « De l'information sexuelle à l'éducation à la sexualité »

De nombreuses campagnes de sensibilisation ont été lancées ces dernières années, dans le cadre d'une politique nationale de prévention des risques, notamment en ce qui concerne les grossesses précoces non désirées, les mariages forcés, les IST et le VIH/SIDA. Cette politique nationale vise également à lutter contre les comportements homophobes, sexistes, contre les violences sexuelles et contre l'inégalité entre les hommes et les femmes.

II.B.1 Rôle des enseignants et des professionnels

L'école a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Il s'agit de leur donner les moyens de s'appropriier progressivement les

données essentielles de leur développement sexuel et affectif pour leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement. Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale (31). Voici quelques objectifs éducatifs : comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres ; analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; développer l'exercice de l'esprit critique ; favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective ; apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

La formation initiale et continue des personnels s'inscrit comme une des composantes du dispositif de pilotage. Elle doit permettre la constitution d'équipes aux compétences partagées. Ces équipes doivent être susceptibles d'analyser dans leur contexte, les besoins des élèves et de construire une démarche globale et progressive d'éducation adaptée à l'école ou l'établissement scolaire. En effet, la dimension pluridisciplinaire de l'encadrement des séances d'éducation à la sexualité doit être prise en compte, pour que celle-ci soit efficace. Ainsi, professeurs des écoles, enseignants de Science de la Vie et de la Terre, de vie sociale et professionnelle, conseillers principaux d'éducation, médecins, infirmières, assistants de service social apportent en particulier, chacun pour ce qui le concerne, leur contribution à un projet commun. Les enseignements scientifiques liés aux sciences de la vie occupent donc une place spécifique mais non exclusive dans ce domaine. Ils procurent aux élèves les bases scientifiques qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu tels que : la reproduction et la transmission de la vie, la contraception, les infections sexuellement transmissibles et particulièrement le sida. Il est nécessaire de tenir compte

des questionnements et de la maturité des élèves pour les préparer au mieux à adopter des attitudes responsables.

II.B.2 Milieu familial (rôle des parents, rôle des médias)

A l'heure où se construit l'identité sexuelle, les adolescents se retrouvent confrontés à la multiplication des messages excitants à travers les médias. En effet, les contenus et images à caractère « sexuel » sont omniprésents dans le quotidien des adolescents : la télé-réalité, les séries à succès, les émissions de radio, les clips musicaux, les publicités et surtout les films pornographiques. Alors que cette montée en puissance de l'hypersexualisation de la société et de la pornographie pourrait laisser imaginer des pratiques de « digital sexe » intensives chez les adolescents, les chiffres tendent à prouver le contraire. D'après l'enquête Fondation PFIZER / IPSOS Santé « *Bien dans sa tête, bien dans son corps* », on observe une différence entre le vécu exprimé par les adolescents et la pensée des adultes (5). On constate que l'imaginaire adulte a tendance à surestimer les pratiques des jeunes et à « dramatiser » leurs comportements, pouvant exprimer une inquiétude des parents vis à vis de la perte de maîtrise du comportement de l'adolescent. De même, d'après cette étude, les parents jouent un rôle essentiel auprès de leurs enfants, puisqu'ils arrivent en deuxième position des sources d'information des jeunes (52%), derrière leurs amis (69%) et devant Internet (44%), les professionnels de santé (19%) ou les professeurs (18%). La sexualité touche la question fondamentale de l'intime et au sein d'une famille, il peut être difficile d'aborder certains sujets dont ceux relatifs à la sexualité. Si les parents ont un rôle essentiel pour offrir à leur enfant un espace de parole et d'échanges permanents, ils doivent aussi comprendre et accepter que leur enfant ait besoin de parler de certains sujets avec d'autres (camarades, professionnels) et qu'ils puissent solliciter des réponses à leurs questions auprès de personnes extérieures. Cependant, les parents restent la ressource primaire principale de leur enfant. Ils le protègent, le rassurent, s'adaptent à ses besoins, lui donnent ainsi confiance en lui et en l'autre. Ils ont aussi un rôle fondamental, celui de communiquer leurs valeurs, leurs repères éducatifs et de transmettre leurs références culturelles et les interdits fondamentaux.

L'éducation à la sexualité fait partie des repères essentiels transmis par les parents, en référence ou en opposition bien souvent à leur propre éducation (respect de l'intimité et du rapport au corps, tolérance aux différences, rapport filles/garçons, etc). Dans une étude menée en 2000 par SOMERS et PAULSON, la majorité des adolescents (près de 79 %) se sont dits "influencés" ou "très influencés" par ce que leurs parents leur avaient transmis au sujet de la sexualité et des relations amoureuses et les considèrent comme une source importante d'information (32). Certains y adhèrent et calquent leur cheminement sexuel sur le modèle parental ; d'autres influencés négativement vont totalement à l'inverse de ces valeurs familiales, quitte à adopter des comportements sexuels à risque. Une communication positive entre enfants et parents au sujet de la sexualité conduit à des comportements sexuels sereins (relations amoureuses épanouies et valorisantes, capacité à discuter avec le partenaire d'éventuelles difficultés et d'affirmer ses choix, utilisation des contraceptifs sans difficulté). Au contraire, une communication ressentie comme négative avec les parents, voire une réelle hostilité de la mère et/ou du père, entraîne bien souvent des difficultés importantes (première relation sexuelle très précoce et souvent sous contrainte, relation amoureuse jugée peu satisfaisante, difficulté à se faire respecter du partenaire voire violences sexuelles, difficulté dans l'utilisation du préservatif, multiples oublis du contraceptif oral, grossesses précoces, addictions, isolement).

Les textes du Ministère de l'Éducation Nationale rappellent que l'institution scolaire n'a pas à se substituer aux parents et que ceux-ci doivent être associés aux initiatives proposées dans les établissements scolaires au sujet de la santé à l'école et plus particulièrement de l'éducation à la sexualité. Les rôles de chacun ainsi définis ne devraient donc pas se substituer les uns aux autres. Mais les attentes de part et d'autre continuent d'être ambivalentes : chacun souhaite garder une autorité sur le sujet mais chacun se décharge de toute responsabilité en cas de difficulté. Si un enfant et un adolescent n'existent pas seul et ne sauraient se construire psychiquement sans la présence de parents aimants et protecteurs, ils ont besoin que les adultes qui les entourent soient cohérents, structurants et ne s'invalident pas mutuellement.

III Sage-Femme et éducation à la vie sexuelle et affective

III.A La formation (initiale et continue)

La sage-femme a une place privilégiée et un rôle important à jouer concernant l'éducation sexuelle des adolescents. Dès sa formation initiale, elle acquiert des compétences telles que la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé en périnatalité. Les compétences sont déclinées en activités d'apprentissage permettant ainsi à l'étudiant de saisir les messages et les valeurs qui lui sont enseignées grâce à une vue d'ensemble globale. Par la suite, les sages-femmes ont la possibilité de développer leurs compétences par des formations complémentaires mais aussi diplômantes (Diplôme inter-universitaire, Master, Doctorat) sur la santé sexuelle, la régulation des naissances, le suivi gynécologique, la sexologie et les violences sexuelles. Lors de cette formation continue et dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, ces compétences aideront à la mise en place de programmes pertinents, garantissant une meilleure qualité de formation et donc une meilleure prise en charge. A l'issue du Diplôme d'État, les sages-femmes disposent donc d'une base solide théorique et pratique.

III.B Les compétences

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie. Concernant la consultation de gynécologie préventive, les techniques de « counseling » peuvent être utiles en pratique clinique, notamment la méthode BERGER de l'OMS, avec un déroulement de la consultation de contraception en six étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. Plus spécifique à l'adolescente, la sage-femme peut prescrire, délivrer et administrer des contraceptifs auprès de patientes mineures en dehors de tout recueil obligatoire, au préalable, du consentement des

titulaires de l'autorité parentale. En mars 2018, la HAS souligne et met à jour certains points clés spécifiques à cette population (33). Elle revient en particulier sur le temps de la consultation, recommandant de recevoir l'adolescente de préférence sans ses parents, en toute confidentialité et souligne que l'examen gynécologique peut être différé, n'étant pas nécessaire lors de la première consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. La HAS rappelle aussi qu'il convient d'adapter à l'âge, la démarche de conseil (éviter d'être intrusif, rassurer l'adolescente, utiliser des termes compréhensibles), et souligne que, à propos des différentes méthodes contraceptives, l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix. De plus, lors des élections présidentielles 2017, le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes a décidé de publier un Livre blanc qui formule 12 propositions destinées à promouvoir le rôle des sages-femmes dans la prise en charge et l'amélioration de la santé des femmes et de leurs enfants. Une de ces propositions est la mise en place d'une consultation pour tous les jeunes dès l'âge de 16 ans. Elle pourrait, selon l'Ordre, être effectuée par une sage-femme. Cette consultation serait axée sur l'éducation à la sexualité et à la vie affective, à l'information à la contraception, associée à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des conduites addictives.

Depuis quelques années, la profession de sage-femme en France a vu ses missions s'élargir, dans le cadre d'une meilleure réponse aux besoins actuels en santé de la mère et de l'enfant. Outre le diagnostic et le suivi de grossesse, la préparation à la naissance, l'accouchement et le suivi postnatal, les sages-femmes peuvent également assurer le suivi gynécologique de prévention et prescrire la contraception chez la femme en bonne santé, assurer des consultations de sevrage tabacologique ou encore prescrire et pratiquer les vaccinations. D'autant plus que suite au décret publié le 5 juin 2016 au Journal Officiel, les compétences des sages-femmes ont été étendues à la pratique des IVG par voie médicamenteuse ainsi qu'à la vaccination de l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale (34). Celles-ci seraient habilitées à réaliser l'entretien psychosocial pré/post IVG obligatoire chez les mineures. La sage-femme est donc un professionnel compétent et référent dans la prévention et le dépistage des

situations à risques chez les adolescentes, afin de les prévenir dès le plus jeune âge. Ces dispositions vont faciliter l'accès à l'IVG pour toutes les femmes sur le territoire. Les professionnels compétents seront plus nombreux en amont et permettront ainsi d'accéder à des consultations plus rapidement en touchant une population plus large. Le Gouvernement estime également que cela constitue « *une étape importante dans l'histoire de la profession qui bénéficie ainsi de missions élargies, mieux reconnues et plus en phase avec la réalité du métier de sage-femme* ».

III.C Les rôles de prévention et d'éducation

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sereines, pouvant apporter du plaisir, en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés.

Depuis la loi VEIL de 1975, l'avortement en France est autorisé, permettant aux femmes de choisir d'interrompre une grossesse non désirée sans risquer de perdre la vie. De plus, grâce aux mouvements actifs des féministes, le projet d'enfant a pour beaucoup de femmes été repoussé : « un enfant si je veux, quand je veux ». De nos jours, un suivi contraceptif parfait est difficile, d'autant plus qu'on remarque une augmentation du délai entre le premier rapport sexuel qui survient assez jeune et celui du premier enfant désiré qui est repoussé notamment en raison de la volonté des femmes d'avoir une carrière professionnelle. Les adolescents constituent une population à risque vis à vis de ces échecs de contraception, ayant davantage de rapports irréguliers, étant moins expérimentés et ayant plus de partenaires occasionnels. Tout ceci engendre des prises de risque en terme de pratiques sexuelles non protégées plus importantes. Ces échecs contraceptifs témoignent d'un manque d'information concernant la conduite à tenir dans

ce genre de circonstances. La sage-femme a une place importante à prendre pour leur prescrire une contraception, en assurer le suivi et leur fournir les bonnes informations. La prévention à effectuer consiste à aborder le sujet de la sexualité, en expliquant aux jeunes ce qu'est un rapport à risque, leur apprendre les différents moyens de contraceptions et leur bonne utilisation pour une meilleure efficacité, supprimer les idées reçues, leur expliquer les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule ou de risque (contraception d'urgence,..). De plus, les sages-femmes peuvent prescrire le dépistage des IST , informer sur les prises de risques (absence de préservatifs), lutter contre les comportements homophobes, sexistes, contre les violences sexuelles et mutilations féminines exercées à l'encontre des femmes. Elles doivent aussi essayer d'inculquer la notion d'égalité entre homme et femme dès que cela est possible.

Les sages-femmes, ainsi que les gynécologues et les médecins généralistes sont en première ligne pour aborder avec leurs patientes toutes les problématiques touchant à la sexualité. Que ce soit au sein des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) , des centres de protection maternelle et infantile (PMI), à l'hôpital ou dans l'intimité de leur cabinet, les sages-femmes prennent soin de la santé sexuelle des femmes tout au long de leur vie, les conseillent et leur apportent une écoute non seulement utile mais essentielle. Le Planning familial est constitué d'un réseau de plusieurs associations départementales. Il s'agit d'un mouvement féministe et d'éducation populaire qui lutte pour le droit de chaque personne, à vivre une sexualité libre et épanouie dans le respect des différences et à faire des choix éclairés en toute autonomie. Ces missions ont pour objectifs d'informer sur la contraception, l'avortement et les IST, de promouvoir l'égalité entre les sexes et entre les différentes sexualités, de prévenir et lutter contre les violences et les discriminations liées au genre ou à l'orientation sexuelle. Il donne accès à des services de qualité. Son but est de travailler en réseau et de faciliter l'accès à des structures de prévention quelle que soit la situation socio-économique des personnes , y compris étrangères ainsi que de faciliter l'accès aux mineurs pour ce qui nous concerne. Concernant le CPEF, il met en œuvre des missions d'information, d'accueil et d'écoute. Il dispose de surcroît, d'une structure médicalisée, qui grâce au binôme sage-femme/médecin permet de délivrer la

contraception et de réaliser des IVG médicamenteuses. Les sage-femmes de PMI ainsi que celles travaillant dans les CPEF, sont étroitement au contact des adolescents lorsqu'elles dispensent des séances d'éducation à la sexualité dans les collèges et lycées. Les sages-femmes hospitalières jouent également un rôle d'information important, lorsque de jeunes patientes consultent pour des IVG, permettant ainsi de faire le point sur leurs connaissances.

IV Les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective dans le cursus des étudiants sages-femmes : Présentation du projet

Le Code de l'éducation stipule que « *des élèves formés par un organisme agréé par le Ministère de la Santé* » pourront être associés aux séances d'éducation (30). Ainsi, en application de cet article, une école de sages-femmes de la région AURA met en place un système de formation de ses étudiants afin de leur permettre, sur demande, d'animer des séances d'éducation à la sexualité, dans des lycées environnants avec lesquels une convention a été signée sous l'autorité du Rectorat de l'Académie concerné, prévoyant les animations et leur évaluation. Un accord parental était demandé pour la participation à ces séances.

IV.A Objectifs et enjeux

C'est dans ce cadre là que les étudiants sages-femmes ont la possibilité, de faire bénéficier à des lycéens de la mise en place de séances supplémentaires d'éducation à la vie affective et sexuelle. En effet, de par leur formation initiale au sein du cursus des études de maïeutique et grâce à des enseignements spécifiques complémentaires mis en place par l'école de sages-femmes, les étudiants sages-femmes sont de futurs professionnels ayant un recul suffisant pour aborder les questions liées à ce sujet, tout en permettant un dialogue entre « jeunes » d'âge rapproché pouvant faciliter la communication.

IV.B Formation des étudiants sage-femmes

La formation commence dès la deuxième année du cursus durant laquelle les principes de discrétion, de non-jugement et de secret professionnel sont inculqués aux étudiants. L'écoute attentive est peu à peu développée au fil de la formation de sage-femme. En troisième année, une unité d'enseignement spécifique : « Prévention en santé génésique » est mise en place. Cet enseignement consiste en une formation locale, réalisée par cette école de sages-femmes : « Intervenir en éducation à la vie affective et sexuelle ». Cette formation se découpait en trois temps : des antennes théoriques et pratiques, une intervention sur site et un retour sur l'expérience.

Les contenus théoriques sont centrés sur diverses thématiques autour de la sexualité. Parmi lesquelles on retrouve , l'anatomie masculine et féminine, la puberté, les différents modes de contraception, la contraception d'urgence, le respect du corps, la physiologie du cycle, la législation entourant la sexualité et la contraception, les IST, les IVG. Les contenus pédagogiques sont quant à eux centrés sur l'expérimentation de l'animation de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle. Tout d'abord, avec la participation d'un sexologue formateur pendant neuf heures, par la découverte d'un support pédagogique sous forme de jeu : « AdoSexo ». Cette formation permet d'apprendre les bases de la communication et de comprendre l'importance des mots, des tournures de phrases et les différences notables qu'il peut y avoir entre l'information donnée et l'information reçue. Puis, des enseignements dirigés par une sage-femme enseignante permettent de faire le lien entre les contenus théoriques et l'outil pédagogique, pour achever la préparation à la séance d'animation en binômes. Il est demandé aux étudiants de produire une affiche d'information concernant les séances ainsi qu'une brochure retraçant les coordonnées des structures locales.

Les étudiants sont ensuite amenés à intervenir dans des établissements scolaires, en autonomie, sous la supervision d'une sage-femme enseignante. Ils interviennent en binôme ou en trinôme auprès de lycéens et d'apprentis pour la plupart internes et sur la base du volontariat. Ces séances sont organisées en petits groupes et s'étalent sur deux

séances d'une heure et demie. L'école met alors à leur disposition plusieurs documents pouvant aider à la communication : jeu « AdoSexo », planches anatomiques, plaquettes explicatives, affiches, plaquette de pilule, anneau vaginal de démonstration, préservatifs masculins et féminins, dépliant à distribuer en fin de séances.

Un premier debriefing suite à la séance est réalisée afin de valoriser la première expérience de terrain et de faire le point sur des difficultés ou questions rencontrées vis à vis de l'animation. Une seconde session est planifiée, une fois toutes les interventions réalisées. Ce debriefing collectif revient sur l'ensemble de l'unité d'enseignement complémentaire, pour mettre en lumière les nouvelles compétences acquises, les expériences et les points à améliorer.

IV.C Outil pédagogique

L'animation orale repose sur l'utilisation d'un outil pédagogique validé, le jeu « AdoSexo » : Élaboré par l'Instance Régionale d'Éducation et de Prévention de la Santé (IREPS) Auvergne, antenne de l'Allier, en partenariat avec l'Inspection Académique de l'Allier et le CIDFF 03 et avec le soutien du Conseil Départemental de l'Allier et de la Délégation aux Droits des Femmes et à l'Égalité de l'Allier.

Ce jeu est composé de cartes destinées à transmettre des informations aux adolescents sur la sexualité par l'intermédiaire de thèmes abordant : la contraception et la contraception d'urgence, l'identité et l'orientation sexuelle, la puberté, les relations amoureuses, les IST, les agressions sexuelles, le respect de soi et des autres, la prévention des grossesses non désirées, la physiologie du cycle, le déni de grossesse.

Les étudiantes sages-femmes guident les lycéens par des questionnements sur les thèmes des cartes. Elles favorisent l'énoncé des croyances des lycéens, pour les conduire progressivement vers un savoir validé, en apportant si besoin des informations complémentaires sur les situations évoquées. Ce cheminement s'opère au fil des échanges entre élèves. Si ce n'est pas le cas, malgré des questions de relance de la discussion, elles interviennent pour l'institutionnaliser.

POPULATION ET MÉTHODES

I L'étude et objectifs

I.A Type, durée et lieu d'étude

Il s'agit d'une étude de type « Avant-Après ». L'étude est multicentrique sur trois sites différents. Elle s'est réalisée sur une période d'un mois, s'étalant du 20 mars au 14 avril 2017, auprès de 86 lycéens, du Puy-de-Dôme, dans trois lycées différents. Le choix des établissements a dépendu exclusivement du partenariat mis en place lors des années précédentes.

I.B Partenaires de l'étude

Cette étude s'inscrit dans la construction d'un partenariat entre l'École de Sages-femmes, le Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand et les Lycées Clermontois sélectionnés. L'autorisation des Chefs d'établissements des différents lycées a été obtenue, pour distribuer les questionnaires aux lycéens par l'intermédiaire des référents projets dans chaque établissement comme la Conseillère Principale d'Éducation et l'Infirmière Scolaire.

I.C Les objectifs

I.C.1 Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle effectuées par les étudiants sages-femmes auprès des lycéens. L'amélioration des connaissances des lycéens a été recherchée concernant les thèmes abordés lors des séances (contraception, IVG, IST) par la cotation d'un score.

I.C.2 Objectifs secondaires

L'un des objectifs secondaires est d'évaluer le besoin des lycéens au vu de leurs connaissances initiales, en faisant un état des lieux des connaissances en amont de l'intervention. L'autre objectif secondaire consiste à évaluer la satisfaction des lycéens vis à vis de leurs attentes et de l'animation de ces séances.

II Population

II.A La population d'étude

Les questionnaires distribués étaient destinés aux élèves de troisième, seconde, première et terminale de lycées général et technique, ayant accepté de participer aux séances d'éducation à la vie affective et sexuelle sur la base du volontariat au cours de l'année scolaire 2016-2017.

Le seul critère d'inclusion retenu était l'accord des lycéens présents lors de la séance d'éducation à la vie affective et sexuelle, acceptant de participer à l'étude.

Les lycéens étaient exclus de l'étude s'ils ne répondaient pas au second questionnaire, distribué après la séance.

II.B La justification de la taille de l'échantillon

L'étude étant basée sur le volontariat des lycéens acceptant de venir aux séances proposées, le nombre de sujets nécessaires n'a pas été calculé.

III Méthodes

III.A Le recueil des données

III.A.1 Les critères évalués

Le contenu des séances a été évalué, par l'intermédiaire des connaissances des lycéens en matière de sexualité, contraception, infections sexuellement transmissibles, conduites à risques, interruption involontaire de grossesse.

La forme des séances correspond à un autre critère avec l'évaluation de la durée, de la mixité, de la plage horaire, et du format utilisé (Jeu « Ado Sexo »).

Le ressenti des adolescents lors du déroulement de l'intervention (mise en confiance, moment propice au dialogue, élèves se sentant écoutés et non jugés), ainsi que les compétences et l'animation des intervenants ont également été évalués.

III.A.2 Le mode d'intervention

Pour chaque groupe, un premier questionnaire a été distribué avant le début de la séance pour évaluer les connaissances initiales. A la fin de l'intervention, un second questionnaire a été distribué contenant une première partie, strictement identique au questionnaire du début afin d'évaluer les connaissances acquises lors de la séance. La seconde partie, permettait d'évaluer la satisfaction des lycéens vis à vis de ces séances (Annexe X). Chaque groupe devait normalement participer aux deux séances prévues, la première abordant surtout le thème de la contraception, alors que la seconde se concentrait principalement sur la sexualité et les IST (Annexe VIII-IX). Le questionnaire relatif aux connaissances sera donc différent selon le thème de la séance. Les deux séances étant prévues à des dates différentes, ceux qui n'ont réalisé qu'une seule séance n'ont pas été exclus, dans le but de pouvoir inclure plus de participants à l'étude (86 au lieu de 50) . En effet, le fait d'avoir déjà participé à une séance n'interfère pas dans l'étude car les questions portaient sur deux sujets complètement différents. L'outil de recueil de données de l'étude était deux questionnaires composés chacun de 16 et 17 questions fermées ou à choix multiples. Le niveau de connaissances a été établi respectivement grâce à 46 items notés chacun sur 1 et 55 items notés chacun sur 1 également, soit un score total sur 46 concernant le questionnaire relatif à la contraception et un score total de 55 concernant les IST.

III.A.3 Le mode de recueil des données et le circuit des données

Les différents questionnaires ont été distribués auprès des lycéens par l'étudiante investigatrice, en association avec les étudiantes sages-femmes qui animaient les séances, sous la supervision d'une sage-femme enseignante. Les questionnaires ont été récupérés par l'investigatrice à la fin des interventions. Les données à caractère personnel ont été conservées dans un lieu clos et fermé, dont l'accès était contrôlé par l'étudiante investigatrice.

III.A.4 Le codage des données

Chaque participant s'est retrouvé attribué un code numérique lors de la première distribution. Ce codage a permis l'appariement de la seconde série. Pour chaque item, les données ont ensuite été codées selon trois modalités : vrai, faux, ne sais pas.

III.A.5 La saisie des données

L'ensemble des données recueillies ont été saisies sur Microsoft Excel par l'étudiante investigatrice, une fois tous les questionnaires récupérés.

III.A.6 Le contrôle qualité des données

Un contrôle de la qualité des données collectées a été mis en œuvre dans le plus bref délai, de manière précise et intelligible, notamment concernant la saisie des données, afin de s'assurer de l'absence de doublon.

III.B L'analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles (bonne ou mauvaise réponse, satisfaction), et par la moyenne \pm écart-type pour les variables quantitatives telles que les scores de connaissances. Les données appariées (avant et après intervention) ont été comparées par le test de Student apparié pour les scores de connaissances et par le test apparié de Stuart-Maxwell pour les variables qualitatives (bonne ou mauvaise réponse à chaque question). Des représentations graphiques ont autant que possible été proposées.

III.C Les aspects éthiques et réglementaires

III.C.1 Information et consentement

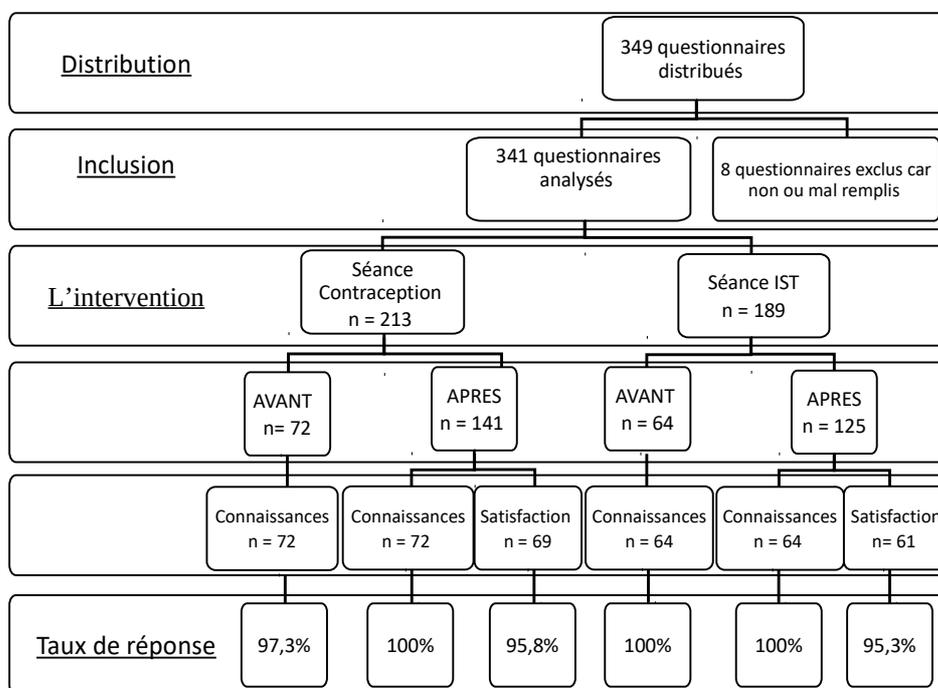
Les autorisations du Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand et des Chefs d'Établissements ont été obtenues pour pouvoir distribuer les questionnaires aux lycéens.

III.C.2 Anonymat

Les questionnaires respectaient scrupuleusement l'anonymat des participants grâce à l'attribution pour chaque participant, d'un code numérique identique avant et après la séance, nécessaire à l'appariement. De plus, aucune information d'ordre personnelle n'était demandée concernant l'âge, le sexe, le type d'établissement fréquenté.

RÉSULTATS

Figure 1 : Flow Chart de l'étude évaluant les connaissances des lycéens en contraception et sur les IST ainsi que leur satisfaction après l'intervention menée par les étudiants sages-femmes

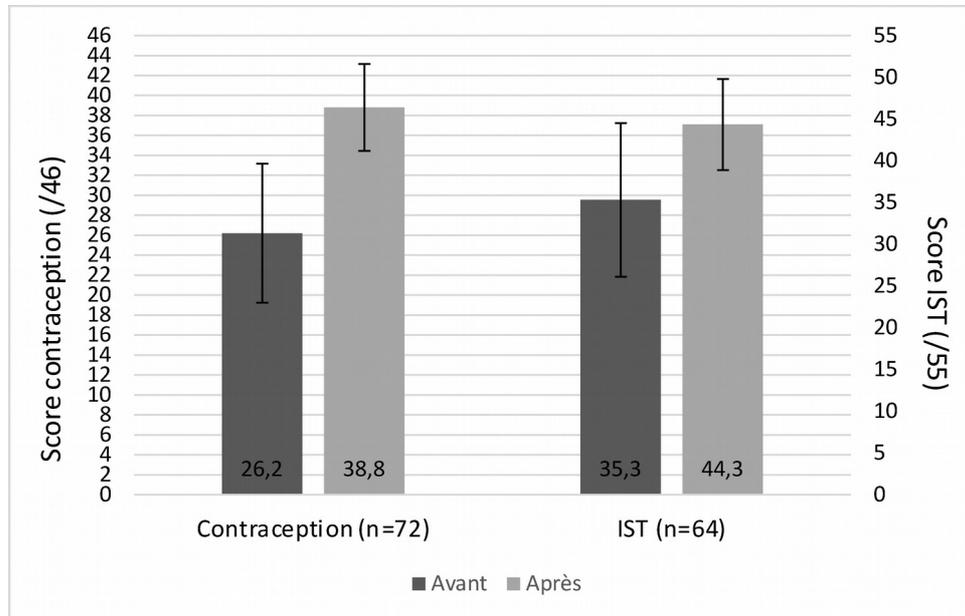


Concernant l'étude, au total 86 élèves ont été inclus sur les 88 présents. En effet, deux élèves sont partis en cours d'intervention lors de la séance sur la contraception, ils ont donc été exclus de l'étude. De même, six élèves n'ont pas rempli la partie satisfaction concernant la séance sur le thème de la contraception (trois élèves) et la séance sur les IST (trois élèves). Cependant, ces élèves n'ont pas été exclus de l'étude « Avant/Après » car les questionnaires relatifs à la satisfaction n'ont pas été pris en compte pour l'analyse de l'évolution des connaissances.

Au final, sur les 86 élèves :

- 58,1 % (n = 50) ont participé aux deux séances
- 25,6 % (n = 22) ont participé seulement à la séance sur la contraception
- 16,3 % (n = 14) ont participé seulement à la séance sur la sexualité et les infections sexuellement transmissibles

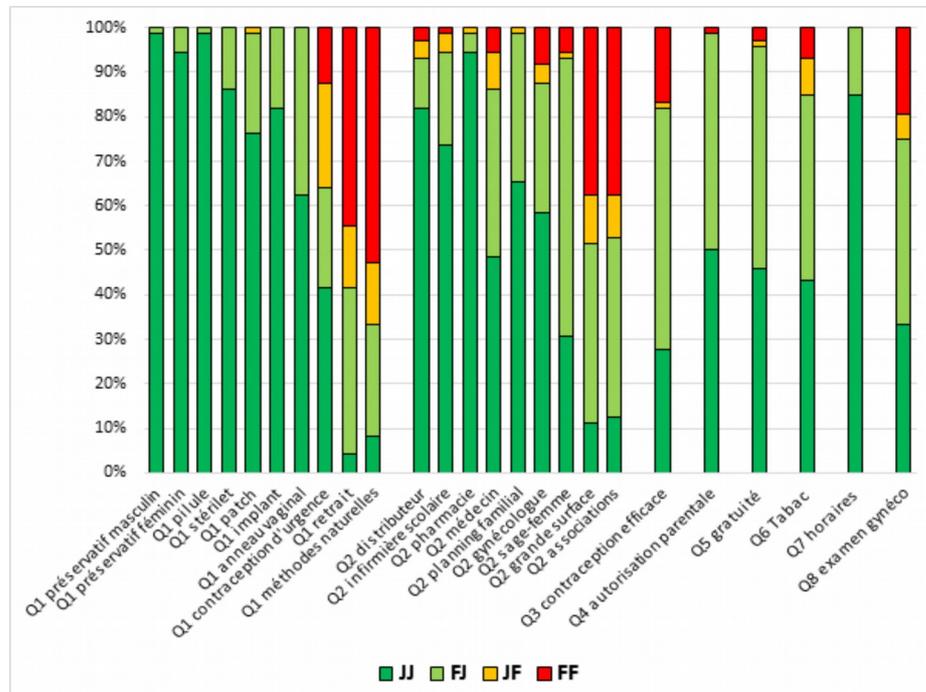
Figure 2 : Évaluation du score de connaissance avant et après les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle



Pour les 72 élèves ayant participé à la séance sur la contraception, le score de connaissance moyen est passé de $26,2 \pm 7,0$ sur 46 avant la séance d'information à $38,8 \pm 4,3$ après l'intervention ($p < 0,001$) (Figure 1). Les scores s'échelonnaient de 8 à 42 en pré-test et de 24 à 46 en post-test.

De même concernant les 64 élèves présents à la séance d'information sur les IST, le score de connaissance moyen est passé de $35,3 \pm 9,2$ sur 55 avant la séance d'information à $44,3 \pm 5,5$ après l'intervention ($p < 0,001$). Les scores s'échelonnaient de 7 à 48 en pré-test et de 28 à 53 en post-test.

Figure 3 : Evolution des connaissances sur les méthodes contraceptives, leurs modalités d'obtention et de prises, suite à l'intervention des étudiants sages-femmes

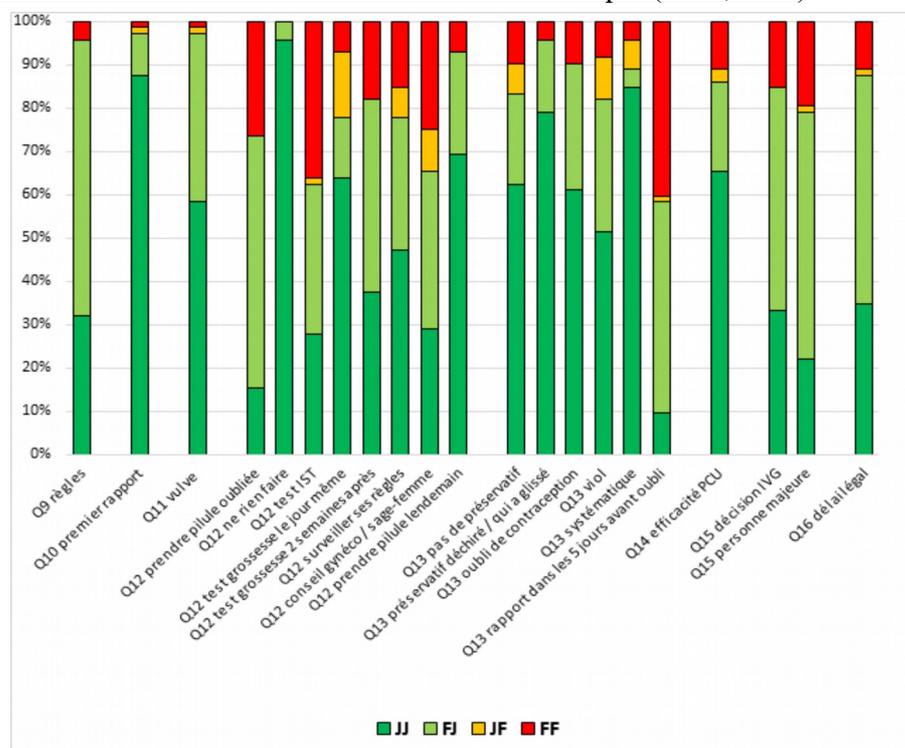


Légende : JJ = juste avant et après ; FJ = faux avant et juste après ; JF = juste avant et faux après ; FF = faux avant et après

Lors du pré-test, globalement les élèves interrogés avaient une bonne connaissance de la plupart des moyens de contraception disponibles et environ un quart (29,2 %) d'entre eux savait que le retrait et les méthodes naturelles ne sont pas des méthodes contraceptives efficaces pour des adolescents. De même, une majorité d'élèves savait où se procurer un moyen de contraception dont les plus cités étaient la pharmacie (95,8%), le distributeur automatique (86,1%) et l'infirmerie scolaire (77,8%). Concernant les conditions d'obtention de la pilule contraceptive, environ la moitié des élèves savait qu'une mineure peut obtenir la pilule sans l'autorisation de ses parents (50%), que celle-ci est gratuite (47,2 %) et qu'elle ne nécessite pas obligatoirement un examen gynécologique lors de la première consultation (38,9 %). Par ailleurs, concernant les modalités de prise de la pilule contraceptive ; 51,4 % des élèves interrogés savait que la prise de la pilule contraceptive est possible chez une fumeuse, tout en étant soumise à certaines conditions et 84,7 % des lycéens savait qu'elle se prend quotidiennement à heure fixe.

Suite à l'intervention, une évolution favorable des connaissances est observée. En effet, la totalité des élèves interrogés connaissait le préservatif masculin, le préservatif féminin, la pilule, le stérilet, l'implant, l'anneau vaginal et le patch et cette fois-ci plus de trois quarts d'entre eux savaient que le retrait et les méthodes naturelles ne sont pas des bonnes méthodes pour des adolescents. De même, les lieux d'obtention de méthodes contraceptives étaient mieux connus, parmi lesquels la pharmacie (98,6 %) et l'infirmerie scolaire (94,4%) toujours en tête, avec le planning familial (98,6%) et les professionnels de santé avec les sages-femmes (93,1%), les gynécologues (87,5%) et les médecins généralistes (86,1%). Par ailleurs, concernant les conditions d'obtention de la pilule contraceptive, ils étaient la quasi-totalité des élèves à savoir que l'autorisation des parents n'est pas obligatoire (98,6%), que la pilule peut être obtenue gratuitement (95,8%) et qu'elle ne nécessite pas obligatoirement un examen gynécologique lors de la première consultation (75%). Pour finir, la totalité des lycéens connaissait le schéma de prise de la pilule et la possibilité pour une fumeuse de prendre la pilule sous certaines conditions (84,7%).

Figure 4 : Evolution des connaissances sur les représentations associées à la grossesse ainsi que les conduites à tenir en cas de situation à risque (PCU, IVG)



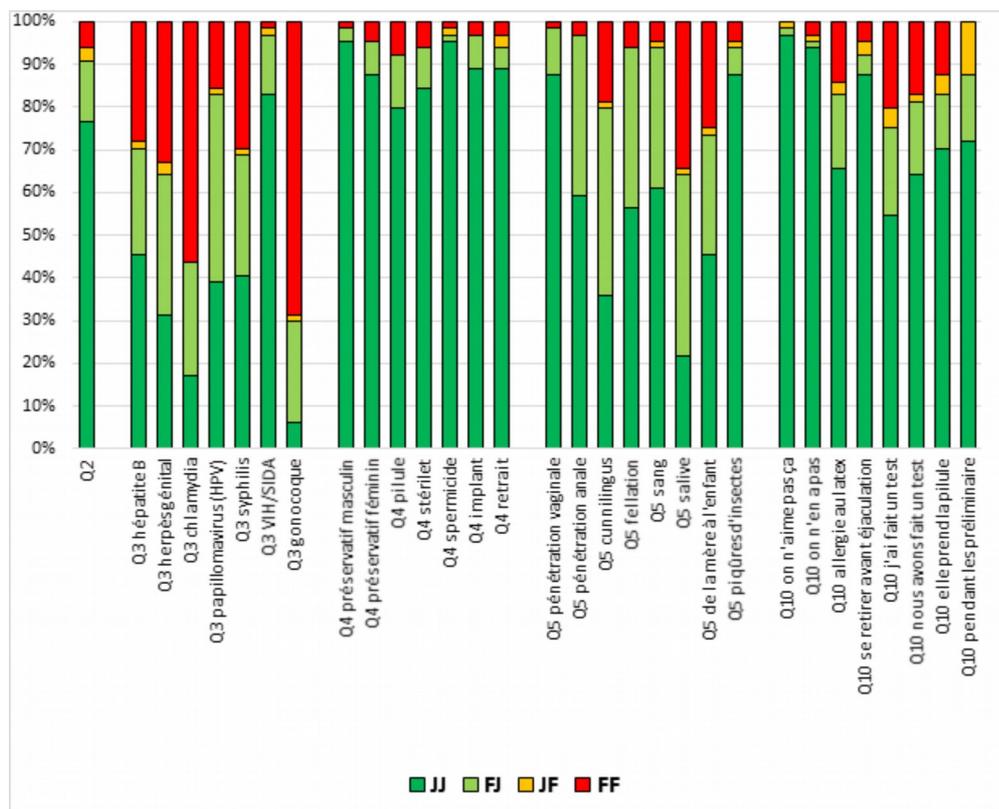
Avant l'intervention, l'analyse des réponses obtenues montre que de fausses idées sont présentes chez les lycéens. En effet, 68,1% des élèves ne savait pas qu'une grossesse peut être démarrée suite à un rapport sexuel pendant la période des règles, ou lors du premier rapport sexuel (11,1%) ou bien encore suite à une éjaculation au niveau de la vulve (40,3%). Concernant l'oubli d'une pilule contraceptive, associé à un rapport sexuel non protégé (Q12), la plupart des adolescents ne savait pas quelle était la conduite à adopter. Certains pensaient qu'il ne fallait rien faire (4,2 %), qu'un test de grossesse devait être fait le jour même (20,8 %) et seuls 8,3 % des jeunes savait qu'il fallait associer la prise de la contraception d'urgence, avec la réalisation d'un test de dépistage des IST et un test de grossesse deux semaines après le rapport à risque pour une prise en charge optimale.

De plus, les adolescents avaient une bonne connaissance générale vis à vis des situations nécessitant une contraception d'urgence (Q13), excepté le cas d'un rapport sexuel dans les cinq jours précédant l'oubli de la pilule (11,1%). Une forte majorité d'élèves (68,1%) avait déjà la notion que la contraception d'urgence n'est pas toujours efficace à 100 % et qu'elle ne doit pas être prise en contraception systématique après chaque rapport sexuel en remplacement de la pilule contraceptive classique (91,7%). Par ailleurs, l'analyse des résultats montre une faible connaissance des élèves concernant l'interruption volontaire de grossesse. En effet, moins de la moitié des élèves savait que la décision de pratiquer une interruption volontaire de grossesse chez une mineure, doit être prise par l'intéressé, ne nécessite pas l'accord de ses parents (33,3%) et que la présence d'une personne majeure est obligatoire (23,6%). De plus, seuls 36,1 % des élèves savait que le délai légal autorisé pour une IVG en France est de trois mois maximum.

Lors du post-test, les fausses croyances associées au risque de grossesse ont quasiment disparu. De même, il n'y a plus aucun élève pour croire qu'il faut s'abstenir de faire quoi que ce soit en cas de prise de risque. La prise de la PCU (93,1 %), de la pilule oubliée (73,6%) , le recours au test de dépistage des IST (62,5%), et la réalisation d'un

test de grossesse deux semaines après (81,9%) étaient bien plus cités par les adolescents. De plus, les élèves ont été sensibilisés aux situations à risques nécessitant l'utilisation de la PCU, en particulier concernant le risque de survenue de grossesse en cas de rapport dans les cinq jours précédents l'oubli (58,3%) et le fait de savoir que la contraception d'urgence n'a pas d'efficacité parfaite (86,1 %). Par ailleurs, les résultats mettent en évidence une amélioration importante des connaissances sur l'IVG ; les élèves savaient que le choix d'avoir recours à l'IVG appartient à l'intéressée (84,7%), qu'il est obligatoire pour un mineur d'être accompagné par une personne majeure (79,2 %) et que le délai légal est de 3 mois (87,5 %).

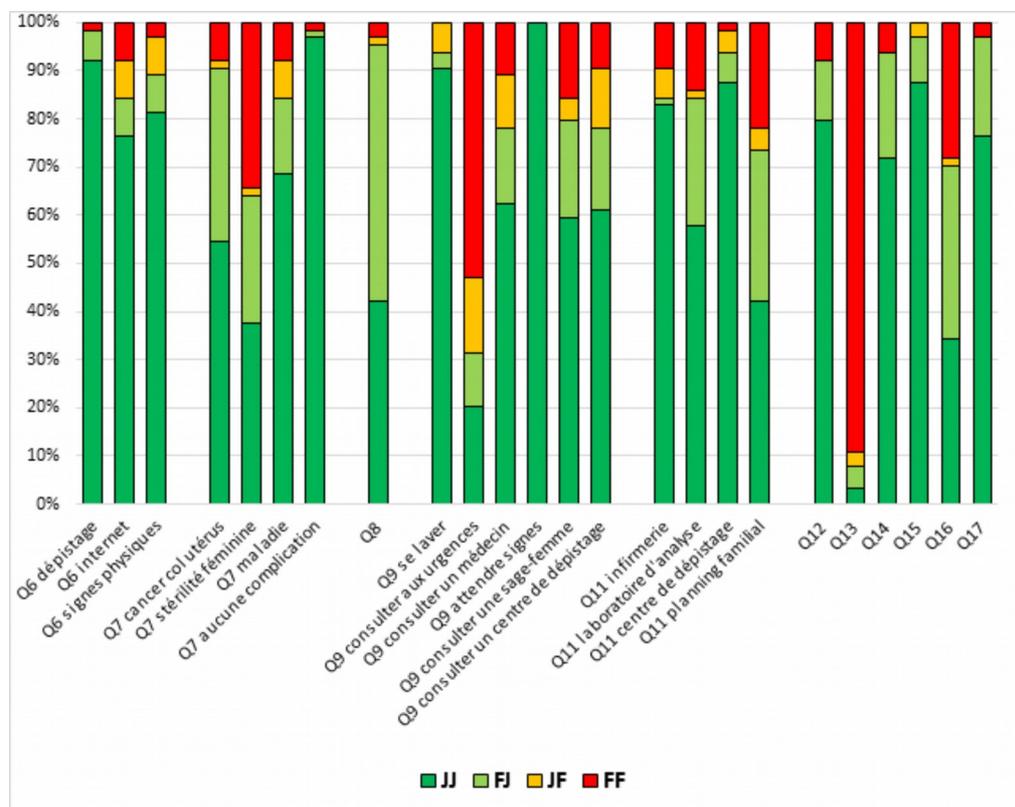
Figure 5 : Evolution des connaissances sur les IST, leurs modes de transmission et les méthodes de protection



Avant l'intervention, une majorité d'élèves (79,7%) savait ce que signifiait l'acronyme « IST » (Q2), tout en ayant une faible connaissance des différentes IST existantes (Q3). Seul le VIH/SIDA était connu par une majorité d'élèves (84,4%). En revanche, les élèves interrogés savaient en grande majorité que le préservatif masculin (95,3%) ou féminin (87,5%) sont les seuls moyens de protections efficaces contre les IST (Q4). Cependant, ils étaient quelques-uns à penser que la pilule contraceptive (20,3%), le stérilet (15,6%) ou bien encore l'implant (10,9%) étaient aussi des moyens de protections. De plus, une majorité des élèves interrogés avait une bonne connaissance globale concernant l'usage du préservatif et des situations où il est indispensable (Q10), tout en sachant que la réalisation d'un test de dépistage pour les deux partenaires (65,6%) est la seule raison valable pour enlever le préservatif en toute sécurité. Cependant, 50% de ces mêmes élèves pensaient aussi que d'avoir réalisé soi-même un test était suffisant peu importe le statut du partenaire. Donc seulement 32,8% au total de lycéens avait la bonne réponse. Par ailleurs, une majorité d'élèves interrogés connaissait les principaux modes de transmission des IST (Q5). Pour autant, environ deux tiers des élèves (62,5%) ne savaient pas que cette transmission était possible lors d'un cunnilingus.

Suite à la séance d'information, les élèves avaient globalement un meilleur niveau de connaissances et ils pouvaient citer : le VIH (96,9%), l'hépatite B (70,3%), l'herpès génital (64,1%), le papillomavirus (82,8%), la syphilis (68,8%), le chlamydia (43,8%) et le gonocoque (29,7%). Les fausses idées ont été estompées avec moins de 10% des élèves qui pensaient toujours que la pilule (7,8%), le stérilet (6,2%) ou l'implant (3,1%) peuvent être des moyens de protection efficaces contre les IST. De plus, ils étaient 59,4% des lycéens à savoir que seul un test de dépistage des deux partenaires permettait d'arrêter l'utilisation du préservatif et que la transmission des IST était possible par cunnilingus (79,7%). Par ailleurs, la quasi-totalité des élèves interrogés savait qu'une IST pouvait être transmise par pénétration vaginale (98,4%), par pénétration anale (96,9%), par une fellation (93,8%), par le sang (93,8%) et par un cunnilingus (79,7%).

Figure 6 : Evolution des connaissances sur le dépistage, le traitement et les complications des IST



Lors de l'analyse des résultats du pré-test, les élèves interrogés avaient globalement une bonne connaissance du dépistage. Plus de trois quarts des jeunes savaient que celui-ci était gratuit pour les mineurs (79,7%) (Q12) et une majorité d'entre eux connaissait les centres de dépistage anonymes et gratuits (92,2%). De même, la quasi-totalité des élèves interrogés (92,2%) savaient que se faire dépister est nécessaire pour savoir si on a contracté une IST(Q6) et que le fait de se renseigner sur des forums et sites internet (84,4%) ou bien d'attendre que des signes cliniques apparaissent (89,1%) n'est pas une attitude fiable à adopter en cas de suspicion d'IST. Concernant les complications pouvant découler d'une IST (Q7), les élèves étaient sensibilisés à la possible apparition d'une maladie en général (76,6%). De plus, les élèves interrogés savaient qu'il existe des traitements médicamenteux (67,7%) pour lutter contre les IST (Q13). Néanmoins, certaines représentations sur le VIH étaient erronées. En effet, environ un tiers des

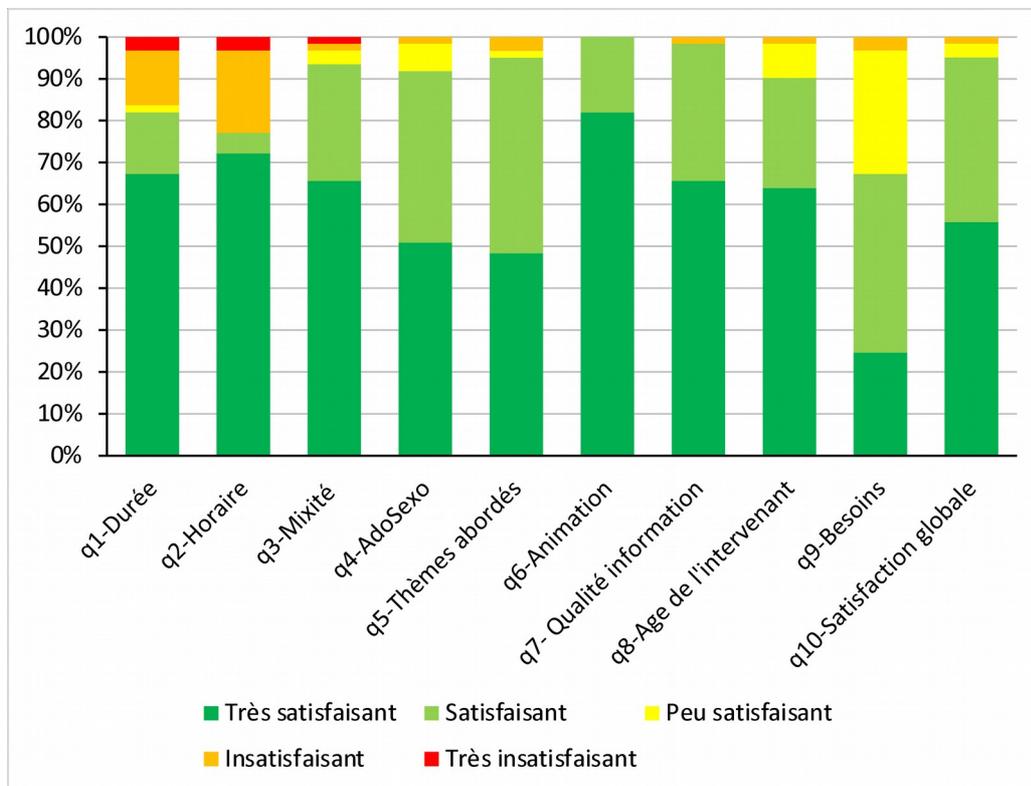
élèves interrogés (28,1%) pensaient qu'il était possible de guérir du VIH et seuls 35,9 % des élèves savaient que le fait d'être porteur d'une IST, augmente le risque de contamination par le VIH (Q16). En revanche, plus des trois quarts des élèves interrogés (76,6%) savaient qu'entretenir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, augmente le risque de contracter une IST (Q17).

Concernant les différents professionnels compétents (Q9) en cas de prise de risques, les élèves savaient qu'ils avaient la possibilité d'aller consulter un médecin (73,4%), une sage-femme (64,1%) ou d'aller dans un centre de dépistage (73,4%). De plus, les élèves interrogés ont montré une certaine implication dans leur sexualité. En effet, une grande majorité (90,6%) considérait qu'il est préférable de prévenir son/sa/ses partenaire(s) lorsque que l'on est porteur d'une IST (Q15).

Après la séance d'information, les élèves interrogés avaient une meilleure connaissance sur les lieux de dépistage(Q11) et les moyens de lutte contre les IST. En effet, les trois quarts des élèves étaient capables de citer les centres de dépistage anonymes et gratuits (93,8%), les laboratoires d'analyses (84,4%) et le planning familial (73,4%). De même, les élèves savaient que l'apparition d'une maladie (84,4%), d'un cancer du col de l'utérus (90,6%) et d'une stérilité (64,1 %), étaient possibles. La quasi-totalité des élèves savait qu'il existe des vaccins (95,3%) et des traitements médicamenteux (95,3%) disponibles pour lutter contre les IST et ils étaient 93,8 % des élèves à avoir acquis le savoir que l'on ne peut pas guérir du VIH/SIDA.

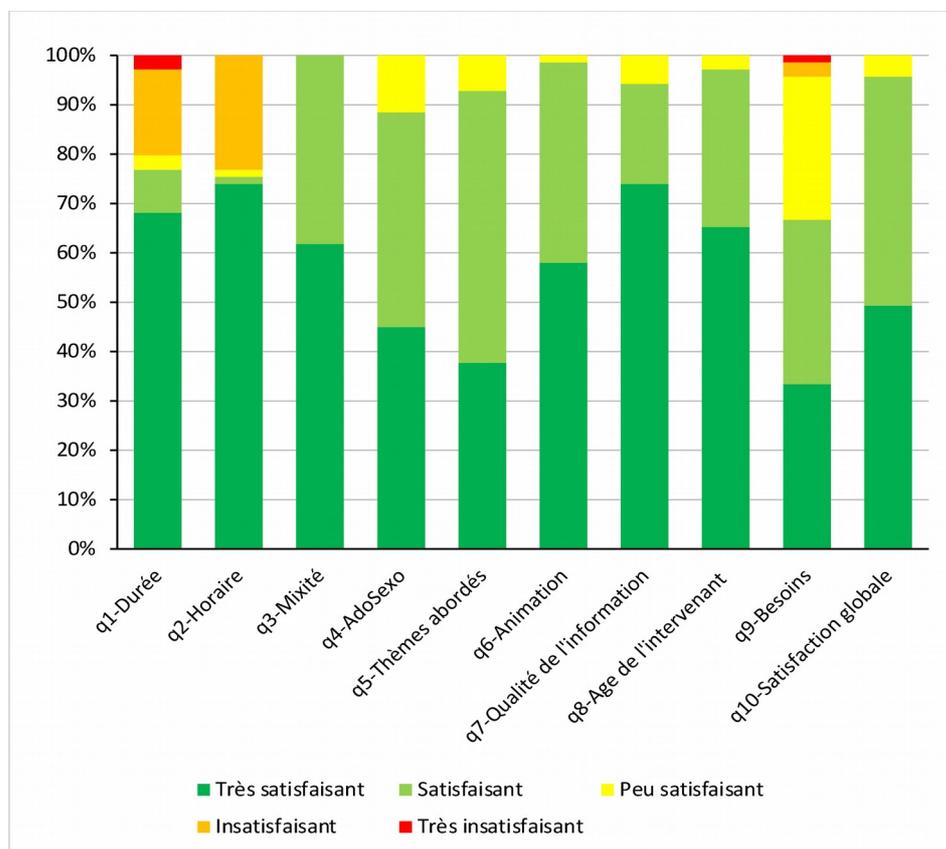
De plus, la totalité des élèves (100%) confirmait le fait qu'il ne fallait pas attendre l'apparition de signes cliniques avant de consulter et qu'il était inutile de se laver à l'eau chaude ou au savon (93,8%). Les élèves savaient qu'ils avaient la possibilité d'aller consulter une sage-femme (79,7%) un médecin (78,1%), ou d'aller dans un centre de dépistage (78,1%). Cependant, environ deux tiers des élèves (68,7%) persistaient dans l'erreur qu'une consultation en urgence à l'hôpital est nécessaire.

Figure 7 : Satisfaction des élèves interrogés suite à la séance d'éducation à la vie affective et sexuelle donnée par les étudiants sages-femmes sur le thème des IST



Les élèves ont globalement été satisfaits (figure 6), en particulier par l'animation des séances et la qualité de l'information donnée par les étudiants sages-femmes, qui ont été jugées très satisfaisantes à respectivement 82% et 65,6%. De manière globale, les adolescents se déclarent satisfaits (39,3%) et très satisfaits (55,7%) de la séance d'information reçue, même si 32,8 % des élèves interrogés déclaraient ne pas beaucoup ressentir le besoin d'avoir ces informations. De plus, les élèves ont apprécié l'animation de la séance par l'intermédiaire du jeu « AdoSexo »(91,8%), le fait de dialoguer avec des intervenants plus jeunes (90,1%) ainsi que les thèmes abordés (93,4%). Néanmoins la satisfaction était un peu moins bonne concernant la durée et l'heure des séances avec certains élèves qui trouvaient la séance un peu trop longue (16,4%), un peu trop courte (16,4 %) ou plutôt trop tard dans la soirée (23%). De même une minorité (6,5%), n'était pas vraiment satisfaite de la mixité des groupes.

Figure 8 : Satisfaction des élèves interrogés suite à la séance d'éducation à la vie affective et sexuelle donnée par les étudiants sages-femmes sur le thème de la contraception



Dans l'ensemble, les réponses concernant la satisfaction des élèves sont plutôt similaires après la séance sur la contraception. Les élèves ont globalement été satisfaits (figure 7), en particulier par l'animation des séances (98,6 %) et la qualité de l'information (94,2 %) donnée par les étudiants sages-femmes. La mixité des groupes (100%), le fait que les intervenants soient plus jeunes (97,1%) et les thèmes abordés (92,8%) ont également été appréciés par les adolescents. De manière globale, les lycéens se déclarent satisfaits (46,4%) et très satisfaits (49,3%) de la séance d'information reçue, même si 33,3% des élèves interrogés déclaraient ne pas beaucoup ressentir le besoin d'avoir ces informations. Néanmoins, la satisfaction était un peu moins bonne concernant la durée de la séance jugée un peu trop longue (20,3%) et plutôt trop tard (23,2%).

DISCUSSION

I Validité et qualité de l'étude

I.A Les forces

La quasi totalité des élèves présents lors des séances ont accepté de participer à l'étude, seuls deux élèves sont partis en milieu de séances et n'ont pas pu remplir leurs questionnaires. Rapporté aux 138 questionnaires distribués après l'intervention, le taux de participation est très élevé (98,6 %).

I.B Biais d'information

Il existe un biais d'information concernant l'objectif principal. En début de séance, les animateurs ont demandé aux élèves de remplir individuellement les questionnaires. Malgré cela, quelques échanges ont eu lieu entre certains lycéens durant le temps qui leur était imparti pour remplir le questionnaire. Ces échanges portaient sur les questions dont ils ne connaissaient pas la réponse. Ce qui a pu être à l'origine, d'une légère modification des réponses données. Tout en restant dans une moindre mesure car il s'agissait seulement de quelques individus isolés, la plupart ayant respecté les consignes données.

I.C Biais de mémorisation

Un biais de mémorisation doit être également discuté au sujet de l'objectif principal de l'étude. En effet, le recueil des seconds questionnaires a été réalisé juste après la séance d'information, ce qui permet d'évaluer les connaissances acquises lors de l'intervention sans soucis. En revanche, cela ne permet pas d'évaluer le savoir retenu quelques mois plus tard. Nous avons fait ce choix, pour éviter le risque de perte de vue des élèves, car ils étaient tous présents sur la base du volontariat, appartenant à des classes différentes et dont la liste exhaustive des noms ne nous a pas été transmise. Il aurait donc été difficile de retrouver la totalité des élèves présents, de leur faire passer le questionnaire, pour qu'ils le remplissent sérieusement et le récupérer.

I.D Biais de sélection

Un biais de sélection concernant l'objectif secondaire est présent dans cette étude. En effet, la distribution des questionnaires a été réalisée dans seulement trois lycées du Puy de Dôme, ce qui ne représente pas la totalité de la population des collèves et lycées

Puydômois. Seuls les lycéens qui étaient pour la plupart internes dans un lycée où le Chef d'Etablissement était favorable à la réalisation des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective ont pu y participer. Ce qui a pu influencer sur l'évaluation des besoins des lycéens vis à vis de ces séances d'information, au vu de leurs connaissances initiales. De plus, il aurait pu être intéressant de comparer le niveau de connaissances des lycéens issus d'établissements de filières générales ou professionnelles, afin de savoir si une différence notable aurait pu être observée.

I.E Biais de volontariat

On peut discuter la présence d'un biais de volontariat, car seuls les lycéens ayant accepté de venir aux séances sur la base du volontariat ont pu répondre aux questionnaires. On peut se demander s'il ne s'agit pas des élèves les plus concernés par les sujets de santé publique et s'ils sont représentatifs de toute la population.

I.F Biais d'induction des réponses

Lors des réponses données par les lycéens à l'item concernant les lieux où il est possible de se procurer une contraception, 31,9 % vs 93,1 % (après l'intervention) des élèves consulteraient une sage-femme. Or ce chiffre nous paraît élevé par rapport à la réalité. Nous pouvons penser que certaines réponses ont pu être biaisées par le fait que ce soit des étudiantes sages-femmes qui animent les séances.

I.G Points faibles :

Il aurait pu être intéressant d'opérer une distinction entre les réponses des filles et des garçons, pour évaluer s'il existait une différence entre les moyens de contraceptions connus, les lieux où se les procurer, etc. De même, il aurait été intéressant de voir si les lycéens qui déclaraient ne pas ressentir le besoin d'avoir des informations sur le sujet de la contraception, n'étaient pas des garçons.

De plus, aucune question personnelle sensible n'a été posée (âge lors de leur premier rapport sexuel, vaccination contre le HPV, nombre de partenaires,..), pour des problèmes de délais de demandes d'autorisations auprès de la CNIL.

II Discussion des objectifs de l'étude

Rappelons que l'objectif principal était d'évaluer l'efficacité des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle effectuées par les étudiants sages-femmes auprès des lycéens Puydômois. Nous pouvons dire que cet objectif est convenablement atteint, dans les limites exposées précédemment. Globalement, les élèves interrogés, ont vu leur score de connaissance moyen augmenter de 12,6 points pour la séance sur la contraception ($26,2 \pm 7,0$ sur 46 avant la séance d'information à $38,8 \pm 4,3$ après l'intervention ($p < 0,001$)) et de 9 points concernant la séance sur les IST ($35,3 \pm 9,2$ sur 55 avant la séance d'information à $44,3 \pm 5,5$ après l'intervention ($p < 0,001$)), portant ainsi le taux de réponses correctes à 84,3 % (contraception) et 80,5 % (IST) après l'intervention.

De plus, le score minimal obtenu lors du test a triplé passant de 8 à 24 pour la séance sur la contraception et quadruplé de 7 à 28 pour la séance sur les IST. Sur l'ensemble des lycéens interrogés après l'intervention sur la contraception, au moins la moitié a un score supérieur ou égal à 40 (+14) et un quart des élèves a plus de 42 (+11). Concernant la séance sur les IST, au moins la moitié des élèves a un score supérieur ou égal à 45 (+6,6) et un quart des élèves a plus de 48 (+7).

L'un des objectifs secondaires était d'évaluer le besoin des lycéens au vu de leurs connaissances initiales, en faisant un état des lieux des connaissances en amont de l'intervention.

L'autre objectif secondaire consistait à évaluer la satisfaction des lycéens vis à vis de leurs attentes et de ce qui leur a été proposé.

III Discussion des résultats

III.A Comparaison avec la France

III.A.1 Sondage IFOP-BILENDI : les jeunes, l'information et la prévention du sida (21)

Un sondage a été réalisé en 2018 par IFOP-BILENDI, concernant les jeunes, l'information et la prévention du sida, auprès d'un échantillon de 1002 personnes représentatives de la population française âgée de 15 ans à 24 ans. Les résultats du sondage ont été comparés avec les résultats issus de ce mémoire, concernant les connaissances des lycéens en amont de l'intervention.

La question des représentations associées à la contamination par le VIH a été posée et 26 % estimait qu'il existe un traitement pour guérir du sida, alimentant ainsi la représentation selon laquelle le sida n'est pas une fatalité. Dans ce mémoire, une proportion similaire d'élèves (28,1 %) le pensait également.

Concernant la connaissance des moyens pour empêcher la transmission du VIH, les jeunes savaient que l'utilisation d'un préservatif masculin (91%) ou féminin (76 %) était un moyen efficace de se protéger contre le sida. Dans ce mémoire, ils étaient respectivement 95,3 % et 87,5 % à le savoir. Cependant, 30 % des jeunes interrogés lors du sondage ont des représentations faussées de la maladie et de ses modes de transmission. En effet, 19 % déclarent que la prise d'une pilule contraceptive classique est un des moyens d'empêcher la transmission du VIH, ce qui est en accord avec le pourcentage (20,3 %) recueillis dans ce mémoire.

Les raisons expliquant la non-utilisation d'un préservatif lors des rapports sexuels ont également été demandées lors du sondage. Un peu moins de la moitié des jeunes interrogés (45%) savait que le préservatif n'était plus nécessaire dans le cas où chacun des partenaires a effectué un test de dépistage du VIH. Dans ce mémoire, 64,1% des lycéens le savaient. Néanmoins, certains comportements à risque étaient présents, puisque 29 % des jeunes justifiait la non-utilisation d'un préservatif par le fait que ce n'est pas agréable lors d'une relation sexuelle ou parce qu'ils n'en ont pas à disposition. Dans ce mémoire, les proportions d'élèves ayant ces mêmes comportements sont moins importantes avec respectivement 1,6 % et 4,7 %.

Lors du sondage, ils étaient 56 % à savoir que les laboratoires d'analyse médicale pouvaient réaliser un test de dépistage, et moins d'un tiers des jeunes (27 %) connaissait les centres de dépistages . Dans ce mémoire, la part d'élèves connaissant les laboratoires d'analyse médicale était sensiblement la même (59,4 %), en revanche le pourcentage de lycéens (92,2 %) connaissant les centres de dépistage était beaucoup plus important. Globalement, les résultats de ce mémoire sont plutôt en accord avec les résultats du sondage.

III.A.2 Connaissances et comportement des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée (35)

Une enquête a été réalisée en 2010, concernant les connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain , auprès d'un échantillon de 669 lycéens, âgés de 13 à 21 ans. Les résultats de cette enquête ont montré que 85 % des élèves connaissait la signification du logo « IST » et 69 % d'entre eux savait que certaines IST peuvent être responsables de stérilité. De plus, concernant le papillomavirus, seuls 8 % des lycéens de cette étude savait qu'il s'agissait d'une IST et un peu moins de la moitié (45,5%) savaient qu'il existait un vaccin pour l'HPV.

En comparaison dans ce mémoire, la proportion de lycéens (79,7%) connaissant la signification du logo « IST » est légèrement inférieure à celle de l'enquête et le risque de stérilité suite à une contamination est beaucoup moins connu parmi ces lycéens (39,1 %). En revanche, ils étaient beaucoup plus (40,6 %) à savoir que le papillomavirus est une IST. L'existence d'un vaccin contre l'HPV était connue pour 43,8 % des lycéens, soit sensiblement la même proportion que lors de l'enquête.

III.A.3 Contraception et IVG chez les jeunes de 15-18 ans en Haute-Normandie 2009 (36)

Une enquête a été menée en 2009 par l'Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie, concernant la contraception et l'IVG, auprès d'un échantillon de 2152 jeunes âgées de 15 ans à 18 ans.

Concernant les lieux possibles pour se procurer une contraception, la pharmacie était connue pour 71,2 % d'entre eux, puis venait ensuite le centre de planification (19 %), le médecin (16,9 %), le centre commercial (10,3 %), l'infirmière scolaire (8 %) et le distributeur (5,1 %). En comparaison dans ce mémoire, la pharmacie reste le lieu le plus connu avec 95,8 % des lycéens qui l'ont cité, mais vient ensuite le distributeur (86,1 %) et l'infirmière scolaire (77,8 %) qui sont bien plus plébiscités que dans l'autre enquête. Le centre de planification (66,7 %), le médecin (56,9 %) et le centre commercial (22,2 %) sont également plus connus.

Au sujet des conditions dans lesquelles une grossesse ne peut pas survenir, persistent également des fausses croyances. En effet, 4% des jeunes interrogés estiment qu'une « femme ne peut pas tomber enceinte lors du premier rapport sexuel » et 10% ne savent pas si cela est vrai ou faux. Dans ce mémoire, 11,1 % des lycéens ne savaient pas répondre à cette question. De même, 38% considéraient qu'une « femme ne peut pas tomber enceinte quand elle a ses règles » et 20% ne savaient pas la réponse. Les résultats du mémoire, montrent que 27,8% des adolescents ont la perception erronée qu'une grossesse est impossible et 40,3 % ont répondu qu'il ne savaient pas répondre à la question. Globalement, les résultats sont plutôt similaires.

III.B Comparaison avec l'Auvergne

III.B.1 Intérêts et limites des pratiques et des outils pédagogiques utilisés dans le cadre de l'éducation des adolescents à la sexualité et la contraception (37)

Un mémoire a été réalisé en 2014, sur les intérêts et limites des pratiques et des outils pédagogiques utilisés dans le cadre de l'éducation des adolescents à la sexualité et la contraception auprès d'une centaine d'élèves du Lycée professionnel des Métiers de la mode et des Arts Marie Laurencin à RIOM (Puy-de-Dôme). Les résultats de l'étude ont été comparés avec les résultats de ce mémoire.

Concernant la connaissance des lycéens vis à vis des différents moyens de contraception, les résultats attestent d'un certain savoir. En comparant, les plus

fréquemment cités sont le préservatif (87% contre 98,6 % dans ce mémoire) et la pilule contraceptive (74% contre 98,6 %). Le stérilet (43%), l'implant (34%), le patch (21%) et l'anneau vaginal (21%) n'étaient que très peu connus, contrairement aux résultats de ce mémoire où plus des deux tiers des élèves connaissent le stérilet (86,1%), l'implant (81,9 %), le patch (77,8 %) et l'anneau vaginal (62,5 %). La PCU n'était connue que pour 11 % des adolescents, contre 65,3 % des jeunes ayant participé à ce mémoire.

Concernant l'attitude à adopter en cas d'oubli d'une pilule contraceptive avec des rapports sexuels réguliers non protégés, près de la moitié des lycéens sondés semblait démuni, dans une telle situation. En effet 30% ne savait pas quoi répondre et 11% estime qu'il n'y a rien à faire. Plus de 60 % des élèves évoquaient, un recours à la pilule contraceptive d'urgence, seule (49%) ou associée à un test de grossesse et à un test de dépistage des IST (2 %), soit encore à la pilule oubliée (2%). En revanche, seuls 2% préconisait un rendez-vous chez le médecin. En comparaison dans ce mémoire, environ 20 % des adolescents ne savait pas non plus quoi faire face à cette situation (14,9 % ne savait pas quoi répondre et 4,2% estimait qu'il n'y avait rien à faire). Une part plus importante d'élèves évoquait un recours à la pilule contraceptive d'urgence seule (69,4%) ou associée à un test de grossesse et à un test de dépistage des IST (8,3%). En revanche, 38,9% préconisait cette fois-ci un rendez-vous chez le médecin.

Face aux situations d'urgences, moins d'un tiers des élèves savait que l'absence de préservatif (22 %), un préservatif déchiré (28 %) et l'oubli de pilule (15 %) nécessite l'utilisation d'une contraception d'urgence. Dans ce mémoire, ils étaient respectivement 69,4 %, 79,2 % et 61,1 % à le savoir.

Cette différence de données peut s'expliquer par la façon dont les questions ont été posées dans les questionnaires, qui ont pu faciliter les réponses (questions ouvertes face à des questions fermées dans ce mémoire où les réponses étaient proposées avec des cases à cocher).

III.B.2 Baromètre Santé Auvergne 2010 (6)

Une enquête menée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de l'Auvergne en 2009-2010 auprès d'un échantillon de 1 459 individus âgés de 15 à 85 ans a montré que parmi les jeunes de 15 à 29 ayant débuté leur vie sexuelle, 93,5 % ont utilisé, eux-mêmes ou leur partenaire, un moyen de contraception lors de leur premier rapport sexuel. Lors de ce premier rapport, 98,4% ont utilisé le préservatif masculin. Vient ensuite la pilule (47,5 %), l'implant (2,0 %), le préservatif féminin (0,9 %) et la contraception d'urgence (0,8 %). Une certaine concordance est observée entre leurs actes et leurs connaissances. En effet, d'après les résultats de ce mémoire, le préservatif masculin et la pilule restent les moyens de contraception les plus connus pour les jeunes (98,6 %), suivi par le préservatif féminin (94,4%), le stérilet (86,1%) et l'implant (81,9 %) qui se sont largement diffusés et démocratisés auprès de cette population en 8 ans, ce qui peut expliquer qu'ils soient un peu plus utilisés de nos jours. En effet, d'après le Baromètre Santé de 2016, les femmes âgées de 15 à 19 ans, utilisent en majorité la pilule (44,4%), le préservatif (29,6%) et associent pilule et préservatif dans 16 % des cas.

Parmi les femmes auvergnates âgées de 15 à 25 ans, elles sont environ un tiers (32,3%) à déjà avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie. L'analyse des résultats de ce mémoire a montré une bonne connaissance générale des élèves, vis à vis des situations nécessitant une contraception d'urgence ; absence de préservatif (69,4 %), préservatif déchiré ou qui a glissé (79,4%), absence ou oubli de la pilule (61,1%), situation de viol (61,1%). Cependant, seule une minorité d'élèves (11,1 %) est consciente qu'un rapport sexuel dans les cinq jours précédant l'oubli de la pilule, constitue une situation à risque nécessitant la prise d'une contraception d'urgence.

Parmi les auvergnats âgés de 15 à 19 ans (n=105) ayant eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, 64,6 % ont déclaré avoir eu un seul partenaire et 35,4 % en ont eu plusieurs. Le « multi-partenariat » est beaucoup plus présent chez les jeunes et diminue avec l'âge en devenant beaucoup moins fréquent à partir de 26 ans, au profit du « mono-partenariat » (89,4%). Le risque de contracter ou de transmettre une IST augmentant en fonction du nombre de partenaires, le « multi-partenariat » est donc

considéré comme un indicateur de risque. Dans ce mémoire, plus de trois quarts (76,6 %) des adolescents en avaient conscience. Néanmoins, il ne faut pas oublier que la prise de risque peut être moins importante chez un « multi-partenaire » qui protège chaque rapport sexuel que chez un « mono partenaire » qui a des rapports non protégés. De plus, les jeunes ont de bonnes connaissances concernant les moyens de protection contre les IST puisque 95,3 % et 87,5% des lycéens savent respectivement que les préservatifs masculins et féminins les protègent contre les IST. Cependant, une certaine confusion des jeunes entre moyens de contraception et moyens de protection étant donné que 20,3 % et 15,6 % pensent respectivement que la pilule et le stérilet sont des moyens de protection contre les IST.

Plus d'un tiers (36,2%) des auvergnats de 15 à 25 ans ayant eu des rapports sexuels au cours de leur vie ont déjà réalisé un test de dépistage du sida, dont 17,8 % lors des 12 derniers mois. Dans ce mémoire, 73,4% des lycéens déclarent qu'ils iraient consulter dans un centre de dépistage en cas de prises de risques.

Nous observons donc qu'entre leurs connaissances c'est-à-dire ce qu'ils disent pouvoir faire dans des situations et les conduites à tenir effectuées lorsque la situation se présente réellement à eux, il y a parfois une différence. Cette mise en situation des connaissances ne semble pas suffisamment s'opérer dans la vie intime et sexuelle des jeunes pourtant bien informés. En effet, les résultats de ce mémoire montrent plutôt un bon niveau de connaissances générales sur la contraception et les IST. Cependant, il persiste des fausses représentations et une ignorance de certains savoirs pourtant indispensables pour adopter une bonne attitude en cas de prises de risques, faisant défaut à certains élèves. Rappelons que d'après ce mémoire, 19,1 % d'élèves ne savaient pas quoi faire en cas d'oubli de pilule sur un rapport sexuel non protégé. Suite à l'intervention, malgré une acquisition pour certains et une amélioration des connaissances pour d'autres, nous pouvons nous interroger sur l'assimilation des connaissances par les lycéens au long terme. En effet, savoir si l'intégration et l'appropriation de ces dernières a été réalisée afin de les mettre en œuvre, est indispensable pour produire un comportement responsable et adapté aux situations à risques.

III.C Comparaison Avant/Après l'intervention

III.C.1 CONTRACEPTION

L'intervention menée par les étudiants sages-femmes a permis de renforcer les connaissances préexistantes des élèves sur les moyens de contraceptions disponibles. En effet, suite à la séance la quasi totalité des lycéens connaissait le préservatif masculin, féminin, la pilule, l'implant, le stérilet, le patch et l'anneau vaginal. Cependant, concernant la connaissance de l'existence de la contraception d'urgence (63,9%), du retrait (41,7%) et des méthodes naturelles (33,3%), même si une évolution favorable est observée, on observe qu'une importante proportion d'élèves qui connaissait ces méthodes contraceptives avant l'intervention, ne les ont pas cochées après. On peut alors se demander si les adolescents, n'ont pas mal interprété cette question. En effet, lors de la séance, il a été expliqué que le retrait et les méthodes naturelles ne sont pas des moyens de contraception efficace chez les adolescents, qui ont validé ce savoir avec 81,9% de bonnes réponses. De même, il a été précisé que la contraception d'urgence ne devait pas être prise en contraception classique et systématique après chaque rapport. Les adolescents ont pu faire l'amalgame entre moyens de contraception et moyens de contraception efficaces.

Concernant les lieux où il était possible de se procurer des moyens contraceptifs, l'intervention a permis de faire connaître certains professionnels de santé compétents pour prescrire comme la sage-femme (30,6 % à 93,1%) mais aussi de renforcer la connaissance de certains lieux comme le Planning Familial (98,6 %) ou l'infirmierie scolaire (94,4%) qui sont des lieux à privilégier pour des adolescents. Seules les associations (52,7%) et les grandes surfaces (51,4%) n'étaient pas connues de la moitié des élèves environ. Cela peut s'expliquer par le fait, qu'il y eut moins d'insistance sur ces possibilités lors de l'intervention.

Concernant les conditions d'obtention et de prises de la pilule contraceptive, les résultats montrent que les adolescents ont bien intégré le savoir qui leur a été transmis sur ce sujet, notamment concernant le fait que l'examen gynécologique n'est pas obligatoire lors d'une première consultation pour obtenir la pilule (75%). Ce message était important à transmettre aux jeunes filles, pour qu'elles n'appréhendent pas d'aller

consulter afin d'obtenir un moyen contraceptif et ainsi diminuer les risques de grossesse pour cette tranche d'âge. De même, les fausses croyances vis à vis des prises de risques ont été effacées pour la quasi totalité des jeunes, qui sont maintenant conscients qu'une grossesse peut survenir lors du premier rapport sexuel, suite à un rapport sexuel durant les règles (95,8%) et si l'éjaculation a lieu au niveau de la vulve. Ces connaissances étaient essentielles à acquérir pour cette tranche d'âge, très fertile afin de faire prendre conscience à tous ces adolescents des situations à risques qu'il faut éviter.

Concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive (>12h), associé à un rapport sexuel non protégé, l'intervention a permis aux élèves d'avoir une meilleure connaissance de ce qu'il faut faire. En effet, ils sont 93,1 % à savoir qu'il faut prendre la pilule contraceptive d'urgence pour éviter le risque de survenue d'une grossesse. En revanche, plus d'un tiers des élèves (37,5 %) n'associent toujours pas la réalisation d'un test de dépistage contre les IST alors qu'il s'agit des deux comportements les plus importants à leur transmettre pour leur santé sexuelle. De même, un peu moins de la moitié des élèves (48,6%) associent la prise d'une PCU, la réalisation d'un test IST et d'un test de grossesse 2 semaines après, ce qui reste mieux qu'avant l'intervention (8,3%) mais toujours insuffisant. Par ailleurs, il est possible que l'inefficacité de réaliser un test de grossesse le jour même, ait été mal expliquée puisque même si 13,9 % des adolescents ont acquis cette notion suite à la séance, environ la même proportion (15,3%) a changé d'avis après l'intervention alors qu'ils avaient la bonne réponse au départ.

Suite à l'intervention, les situations nécessitant la prise de la contraception d'urgence ont bien été assimilées par l'ensemble des adolescents, excepté lorsqu'un rapport sexuel a lieu dans les cinq jours avant l'oubli de la pilule. En effet, même si une importante augmentation de bonnes réponses a été retrouvée, 41,7 % des élèves n'ont toujours pas intégré ce savoir.

Les connaissances relatives à l'IVG ont bien été acquises par les élèves malgré un faible niveau au départ, que ce soit pour les conditions de réalisation comme pour le délai légal reconnu en France.

III.C.2 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

L'intervention des étudiants sages-femmes est parvenue à sensibiliser les adolescents sur les IST, dont les connaissances étaient assez limitées en amont et notamment concernant la connaissance du papillomavirus (82,8%) et du risque du cancer de col de l'utérus (90,6%) qui en découle. Cependant, plus de la moitié des élèves (56,3%) ne connaissait toujours pas le Chlamydia qui est l'IST la plus répandue chez la femme jeune et ne savait pas qu'une des conséquences possibles était l'apparition d'une stérilité féminine (35,9%) .

Dans l'ensemble, les moyens de protections contre les infections sexuellement transmissibles étaient bien connus, l'intervention n'a fait que renforcer leur savoir, tout en essayant d'insister sur la seule raison valable à l'arrêt du préservatif, c'est à dire la réalisation d'un test de dépistage pour les deux partenaires (81,3%).

Cette séance d'information a également permis d'approfondir la connaissance des différentes voies de transmission des IST en dehors de la pénétration vaginale. De plus, les adolescents sont plus enclin à retenir qu'une IST peut être transmise par fellation (93,8%) que par un cunnilingus (79,7%), malgré l'information donnée qu'un rapport oro-génital quel qu'il soit peut transmettre une IST. L'item salive porte un peu à confusion, en effet l'herpès peut être transmis par échange de salive ce qui a été enseigné aux élèves et explique l'évolution des résultats. Cependant, concernant les autres IST et en particulier le sida, ils ne peuvent être transmis par la salive. La façon dont cette question a été posée ne permet donc pas de voir si les adolescents entretenaient cette fausse idée.

Concernant les connaissances relatives au dépistage des IST, les adolescents étaient plutôt bien renseignés en amont sur la nécessité de se faire dépister, les lieux possibles et la gratuité pour les mineurs. L'intervention n'a fait que renforcer ce savoir, tout en mettant en avant le rôle important du Planning Familial pour cette population (73,4%).

La séance d'information a permis à la quasi-totalité des élèves (95,3 %), d'être sensibilisés à l'existence de vaccinations disponibles comme moyen de lutte contre les IST, en particulier concernant le vaccin contre le papillomavirus qui reste trop peu

connu malgré les bénéfices prouvés. De même, l'intervention a appris à près d'un quart des élèves (21,9 %) que le sida est une maladie dont on ne peut pas guérir, reflet d'une diminution des préoccupations et d'une banalisation du sida auprès des nouvelles générations. La question relative à l'existence de traitements contre les IST est difficile à interpréter. En effet, la bonne réponse était qu'il en existe pour toutes les IST. Les élèves ont répondu pour les trois quarts, qu'il en existait seulement pour certaines, soit par un manque d'information de notre part, soit en confondant le terme traitement et traitement curatif, qui du coup ne prendrait pas en compte le sida alors qu'il existe bel et bien une trithérapie pour lutter contre la propagation du virus.

Concernant l'attitude des adolescents face aux conduites à risques, l'intervention n'a pas su transmettre le savoir qu'une consultation aux urgences n'était pas indiquée et nécessaire dans ce cas là puisque 68,8 % des élèves interrogés s'y serait rendu et que 15,6 % qui avait la bonne réponse au début, ont changé d'avis.

IV Satisfaction des élèves

Une enquête a été réalisée en 2007, concernant les connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective auprès d'un échantillon de 96 adolescents de classes de troisième (38). Les 3 moyens pédagogiques les plus utilisés pour l'animation lors d'anciennes séances étaient le cours théorique et des discussions autour d'un schéma, d'un dessin ou autour d'un objet de contraception. Cependant, est ressorti de cette étude, que les 3 moyens pédagogiques les plus souhaités par les adolescents sont la diffusion d'une vidéo avec discussion, des jeux de rôles et des jeux de société. Les choix des collégiens venaient probablement du fait que ces moyens sont plus ludiques, plus innovants et plus dynamiques. Dans ce mémoire, l'animation orale reposait sur un jeu de cartes : « AdoSexo ». Les cartes, constituées de phrases courtes et d'illustrations humoristiques (type BD), permettaient un débat de groupe à partir du recueil des opinions individuelles. Les phrases soumises à discussion relevaient de stéréotypes, croyances, idées reçues circulant auprès des jeunes. L'humour renforçait le pouvoir évocateur de la phrase et facilitait l'expression. Cet outil a pour but de favoriser

le dialogue ainsi que les échanges entre les animateurs et les adolescents mais aussi entre les adolescents eux mêmes. Les résultats obtenus ont montré que les adolescents étaient globalement satisfaits de cet outil, puisque 91,8% des élèves interrogés sur les IST et 88,4 % des élèves interrogés sur la contraception déclaraient que le jeu « AdoSexo » était bien, voire très bien.

Dynamiser ainsi les séances, pour maintenir l'attention des adolescents est primordial lors de ces interventions. Ce souci de dynamisme des interventions se ressent lorsqu'on interroge les adolescents sur leur ressenti quant à ces séances. En effet, en moyenne sur les deux séances, près de la totalité (99,3 %) des adolescents a apprécié l'animation des séances menées par les étudiants sages-femmes, tout en trouvant la qualité de l'information donnée par les étudiants sages-femmes satisfaisante (26,6%) voire très satisfaisante pour près de deux tiers d'entre eux (69,8%). La question de l'âge des intervenants a été abordée. En effet, les étudiants sages-femmes qui animaient les séances d'éducation à la sexualité sont en troisième ou quatrième année d'école, soit des étudiants âgés de 21 à 24 ans environ. Il a donc été demandé aux lycéens si le fait de dialoguer avec des intervenants plus jeunes, les avaient mis plus à l'aise pour s'exprimer. Les résultats nous montrent que pour la plupart des adolescents, cette situation les a beaucoup aidé (64,6%). Seuls 6,4% des élèves ne trouvaient pas qu'il y avait une différence par rapport à des intervenants plus matures.

Concernant la mixité lors des séances, rappelons que les adolescents et adolescentes sont deux êtres différents, tant dans leurs modes de pensées que dans leurs ressentis ou leurs centres d'intérêts, avec l'apparition dans leur esprit de nombreuses interrogations concernant le début de la vie sexuelle. Il est possible de se demander s'il était judicieux de dispenser les mêmes informations aux deux sexes, au vu des questionnements et des centres d'intérêts pouvant être différents. Lors de cette étude, la plupart des interventions se sont déroulées dans des groupes mixtes. Cependant, les résultats ont montré que la totalité des jeunes auvergnats étaient satisfaits de cette mixité, dont 65,6% étaient même très satisfaits, concernant la séance sur la contraception. Pour celles sur les IST et la sexualité, seuls quatre élèves n'étaient pas convaincus par la mixité des

groupes, et deux d'entre eux auraient souhaité des groupes du même sexe. Globalement, les préoccupations des adolescents dépassent donc, pour la majorité d'entre eux, le stade de la gêne entre garçons et filles. Leur désir de communiquer et de se comprendre prime avant tout avec justement un échange entre la façon de penser de chacun qui peut être intéressante.

Concernant l'organisation des séances en elles-mêmes, la durée de l'intervention peut parfois paraître longue pour des lycéens plutôt habitués à des cours d'une heure, étant difficile pour eux de rester concentrés et intéressés aussi longtemps. Pourtant, en moyenne sur les deux séances, deux tiers environ des élèves (67,7%) interrogés trouvaient la durée des séances bien adaptée. Néanmoins, la séance sur la contraception a été jugée un peu trop longue par 20,3 % des adolescents. C'est pour cette raison que deux séances avec des thèmes différents étaient proposées, pour pouvoir avoir le temps d'aborder chaque sujet dans sa globalité, sans que cela soit trop lourd pour les lycéens. De plus, concernant les plages horaires tardives qui nous étaient proposées (19h-20h30), la durée de la séance ne pouvait pas être plus importante pour ne pas empiéter sur les impératifs organisationnels du lycée (repas, douche, etc.) Près des trois quarts des adolescents (73%) étaient satisfaits de cet horaire.

L'une des séances était axée autour de la sexualité (les relations sexuelles, le respect du corps, le respect de l'autre, l'homosexualité) et de la prévention des IST, alors que l'autre portait sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG. Globalement, les sujets abordés ont interpellé la plupart des lycéens, qui les ont trouvés intéressants (50,5%) et même très intéressants (42,5%). Cependant, en comparant les deux séances, le thème sur la sexualité et les IST a été trouvé très intéressant par près de la moitié des élèves (47,5%), soit un peu plus que pour le thème de la contraception (37,7%). De plus, la quasi totalité des élèves interrogés ressentait un besoin important de recevoir des informations, que ce soit sur la sexualité et les IST (67,2 %) ou sur la contraception (66,6%). Ces séances ont donc été bien accueillies par les adolescents qui de manière globale, en sont ressortis satisfaits pour la majorité d'entre eux (95,4 %).

V Les propositions d'actions

Lors des séances, des dépliants informatifs du Planning Familial ont été diffusés par les étudiants sages-femmes concernant les méthodes de contraceptions, les réflexes à avoir en cas d'oubli de contraceptif ainsi qu'une information sur la pilule contraceptive d'urgence. Les étudiants sages-femmes avaient également réalisé un flyer récapitulatif comprenant une liste de tous les numéros de téléphones, des sites internet ainsi que des adresses utiles (pharmacie de garde, le CDAG, Planning familial) en cas de besoin, pour l'ensemble de l'ancienne Région Auvergne (Annexe XI). En complément, une affiche pourrait être réalisée par les étudiants, reprenant toutes les informations nécessaires à savoir en cas d'urgence (PCU, conduite à tenir en cas d'oubli de contraceptif, etc). Elles seraient distribuées dans tous les lycées le souhaitant, y compris ceux dans lesquels l'Ecole de sages-femmes n'intervient pas et elles pourraient être affichées dans des lieux de passage (foyer, couloirs) ainsi que dans les infirmeries pour que les élèves n'ayant pas participé aux interventions puissent y avoir également accès.

Les conclusions de ce mémoire seront ensuite transmises au Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand ainsi qu'aux Proviseurs et Infirmeries des lycées ayant participé. Les conclusions seront également transmises aux étudiants sages-femmes participant à l'UE complémentaire « santé génésique ». Le but est de faire un retour sur les connaissances et les lacunes des adolescents avant l'intervention, pour savoir sur quels items spécifiques est-il nécessaire d'insister. Ce qui pourra aider les intervenants à organiser la séance et à adapter les informations qu'ils délivrent. Par ailleurs, l'évaluation de la satisfaction des élèves permet de savoir si les différentes modalités des séances sont appréciées (horaire, mixité, intervenants, support d'information, animation, etc), afin de pouvoir moduler si possible une caractéristique précise.

Globalement les lycéens avaient des connaissances suffisantes concernant les IST et la contraception, mais n'utilisaient pas forcément leur savoir pour le transformer en comportement adapté et protecteur vis à vis des situations à risques. Lors des prochaines séances menées, il pourrait être envisagé de mettre en place des « mises en situation », avec des jeux de rôles, des jeux en équipe, des vidéos préparées en amont de l'intervention par les étudiants. Tout cela dans le but de donner une dimension plus

pratique à la séance afin d'aider les élèves à se projeter dans une situation, tout en suscitant leur réflexion et leur mémoire pour les aider à développer des attitudes plus responsables.

Il est nécessaire de diffuser les informations d'actualités souvent mal connues des adolescents, telles que la possibilité d'accès à la PCU (EllaOne®) sans ordonnance et gratuitement pour les mineurs, la possibilité d'avoir recours à une IVG médicamenteuse avant 7 SA lors d'une consultation en libéral chez une sage-femme, PCU disponible dans les infirmeries scolaires, possibilité pour les pharmaciens de renouveler une fois la pilule en cas d'urgence. Il serait aussi utile de continuer à insister sur le Planning Familial ou le CDAG, qui sont des lieux essentiels dans la vie d'un adolescent, leur permettant de rencontrer différents professionnels de santé et d'avoir accès à certaines offres de soins comme des consultations de gynécologie (contraception), le dépistage des IST, l'IVG, tout cela gratuitement pour les mineurs et anonymement vis à vis des parents.

Afin de compléter ce travail, il serait intéressant d'effectuer des études de type quantitative sur les pratiques contraceptives et sexuelles des jeunes en Auvergne, d'étudier les échecs de contraception notamment pour les adolescentes ayant recours à l'IVG ou de faire une enquête comparative sur l'ensemble de l'Auvergne.

De même, à partir de la rentrée prochaine se met en place le service sanitaire qui s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé (39). Il s'agit pour les étudiants en santé de mener des actions de prévention auprès de tout type de public, notamment les plus jeunes et les plus fragiles, sur les thématiques de la nutrition, du tabagisme, de la consommation de drogues et d'alcool, de la promotion de l'activité physique et de la vie affective et sexuelle. Ce service sera en expérimentation à partir du mois de mai 2018 en Auvergne, avec trois étudiants sages-femmes de troisième année qui y participent. Il faudra donc évaluer l'efficacité de ces séances dans le cadre du service sanitaire et éventuellement procéder à une comparaison de résultats.

CONCLUSION

La prévention des grossesses inopinées et des IST, chez les adolescents, sont de véritables enjeux de santé publique. L'éducation étant bien souvent un moyen de résoudre les problèmes comportementaux, il était intéressant d'observer l'impact de cet enseignement sur les connaissances et les attitudes des jeunes adolescents face aux situations à risques.

Les résultats de cette étude ont révélé que les connaissances des lycéens sur la contraception étaient convenables, mais perfectibles. En effet, bien que les connaissances des adolescents concernant l'existence des différents moyens contraceptifs, des lieux où se les procurer ainsi que des modalités de prises étaient acquises suite à l'intervention, bien des points seraient encore à améliorer. Le point le plus marquant semble être l'appréciation du risque de grossesse par les lycéens face à certaines situations, avec une difficulté pour eux d'identifier l'ensemble des situations nécessitant le recours à la PCU comme un rapport non protégé dans les cinq jours précédant l'oubli de la pilule.

Cette étude a également révélé certaines lacunes en termes de prévention des risques d'IST chez les adolescents, puisque malgré notre intervention une proportion non négligeable des élèves (37,5%) a déclaré qu'elle ne réaliserait pas de test de dépistage en cas d'oubli contraceptif sur des rapports sexuels non protégés, alors qu'elle aurait recours à la PCU. Ceci pourrait être dû à un manque de prise de conscience de l'ensemble des risques, rappelant les difficultés que rencontrent ces adolescents à assimiler le fait qu'une situation peut être doublement risquée, avec un risque de grossesse et de transmission d'infections sexuelles.

Par ailleurs, l'intervention a permis une nette amélioration des connaissances des lycéens sur les différentes IST, leurs transmissions, leur dépistage et les complications qui en découlent. Dans l'ensemble, cette intervention a permis aux élèves d'améliorer leurs connaissances globales et les adolescents sont ressortis satisfaits des interventions menées par les étudiants sages-femmes.

Ces jeunes reçoivent donc une information de base concernant ce sujet, mais il est difficile de savoir s'ils se l'approprient par la suite pour produire, dans leur vie amoureuse des comportements plus responsables. Ce mémoire confirme donc la nécessité de continuer d'informer et de sensibiliser les jeunes à ce sujet, pour leur apporter les informations manquantes et essentielles à une sexualité plus épanouie et sécurisée. Il serait donc intéressant d'étudier plus en détail la psychologie, et les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents.

Pour conclure, le travail en réseau entre les différents professionnels autour de la contraception semble indispensable pour répondre aux questions et aux inquiétudes des adolescents. La sage-femme pourrait avoir un rôle clé dans ce programme d'éducation à la sexualité. Il est donc intéressant de mieux faire connaître notre profession aux adolescents, notamment par l'intermédiaire de ces séances ou du service sanitaire pour qu'ils intègrent l'ensemble de nos compétences en matière de suivi gynécologique de prévention.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. La grossesse chez les adolescentes [Internet]. 2014 [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 - Études et résultats [Internet]. 2017 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/211-900-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2016>
3. InVS. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 28 novembre 2017 [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>
4. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 [Internet]. INPES. 2017 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2016/index.asp>
5. Barthélémy L. De l'éveil de la sexualité à la rencontre de l'autre : des adolescents amoureux et plutôt sérieux [Internet]. IPSOS FRANCE. 2015 [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2015-05-05-l-eveil-sexualite-rencontre-l-autre-adolescents-amoureux-et-plutot-serieux>
6. Maquinghen S, Venzac M. Sexualité, contraception et infections sexuellement transmissibles en Auvergne : enquête auprès des Auvergnats âgés de 15-85 ans. Auvergne [Internet]. 1 sept 2013 [cité 30 août 2017]; Disponible sur:

<http://www.ors-auvergne.org/travaux-etudes/sexualite-contraception-infections-sexuellement-transmissibles-auvergne/>

7. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. Arch Pédiatrie. juin 2013;20(6):707-13.
8. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
9. Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? Rev Epidémiologie Santé Publique. févr 2011;59(1):15-21.
10. Moreau C et al. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France [Internet]. Guttmacher Institute. 2006 [cité 26 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2006/social-demographic-and-situational-characteristics-associated-inconsistent>
11. Hartman LB, Monasterio E, Hwang LY. Adolescent Contraception: Review and Guidance for Pediatric Clinicians. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. oct 2012;42(9):221-63.
12. Verhaeghe J. Clinical practice : Contraception in adolescents. Eur J Pediatr. 1 juin 2012;171(6):895-9.
13. Eduardo Lara-Torre M. « Quick Start », an innovative approach to the combination oral contraceptive pill in adolescents. Is it time to make the Switch? J Pediatr Adolesc Gynecol. 1 févr 2004;17(1):65-7.
14. Article L5134-1. Code de la santé publique.
15. HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. 2013 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/portail/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance

16. World Health Organization. Emergency contraception : a guide for service delivery [Internet]. 1998. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64123/1/WHO_FRH_FPP_98.19.pdf
17. Naves M-C, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? [Internet]. Les archives - centre d'analyse stratégique; 2011 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/comment-ameliorer-lacces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011.html#les-ressources>
18. ORS d'Ile-de-France, de Picardie et de Rhône-Alpes. Prévention des grossesses non désirées dans trois départements : Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme -Rapport final [Internet]. 2004 [cité 24 mars 2018]. Disponible sur:
<http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/grossesses-rapportfinal.pdf>
19. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod.* 1 juin 2009;24(6):1387-92.
20. Féat G, Venzac M, Maquinghen S. Les interruptions volontaires de grossesse en Auvergne [Internet]. ORS Auvergne-Rhône-Alpes. 2016 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ors-auvergne.org/travaux-etudes/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-auvergne/>
21. Ifop. Les jeunes, l'information et la prévention du sida [Internet]. 2018 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=3996
22. Fradet M-R, Maquinghen S. VIH et sida. Situation épidémiologique en Auvergne. Année 2014 [Internet]. ORS Auvergne. 2015 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur:

<http://www.ors-auvergne.org/travaux-etudes/vih-sida-situation-epidemiologique-auvergne-annee-2014/>

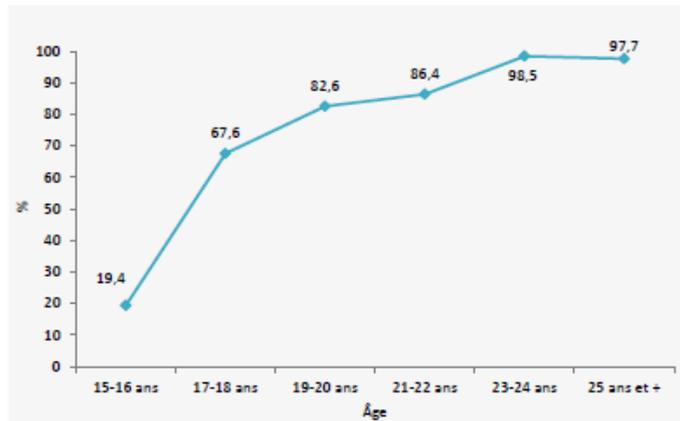
23. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet Lond Engl*. sept 2007;370(9590):890-907.
24. Heard I, Gallay A. Caractéristiques de l'infection par les papillomavirus humains dans des frottis cervicaux normaux en France en 2009 [Internet]. 2011. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7153
25. Machalek DA, Garland SM, Brotherton JML, Bateson D, McNamee K, Stewart M, et al. Very Low Prevalence of Vaccine Human Papillomavirus Types Among 18- to 35-Year Old Australian Women 9 Years Following Implementation of Vaccination. *J Infect Dis* [Internet]. 2 juill 2018 [cité 24 mars 2018]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/jid/advance-article/doi/10.1093/infdis/jiy075/4841780>
26. reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_recommandation.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_recommandation.pdf
27. Chemlal K, Heard I. Prévention des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus [Internet]. INPES. 2014 [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1136>
28. HAS. Stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis - Feuille de route [Internet]. 2016 [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2658976/fr/strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis-feuille-de-route

29. Giami A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980). *Sexologies*. 1 juill 2007;16(3):219-29.
30. Article L312-16. Code de l'éducation.
31. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Santé scolaire : l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Bulletin officiel n°9. 27 févr 2003 [cité 23 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
32. Somers CL, Paulson SE. Students' perceptions of parent–adolescent closeness and communication about sexuality: relations with sexual knowledge, attitudes, and behaviors. *J Adolesc*. oct 2000;23(5):629-44.
33. HAS. Contraception chez l'adolescente [Internet]. 2018 [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente
34. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination [Internet]. 22 févr 6, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>
35. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. *Arch Pédiatrie*. 1 août 2013;20(8):845-52.
36. Observatoire régional de santé de Haute-Normandie. Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en haute-Normandie - Rapport final [Internet]. 2009 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.parents-atout-eure.org/Contraception-et-IVG-chez-les.html>

37. Tressol J. Intérêts et limites des pratiques et des outils pédagogiques utilisés dans le cadre de l'éducation des adolescents à la sexualité et la contraception [Internet] [Gynécologie et Obstétrique]. Auvergne-Clermont 1; 2014 [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087697>
38. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Arch Pédiatrie. 1 mars 2010;17(3):219-25.
39. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le service sanitaire [Internet]. 2018 [cité 21 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>

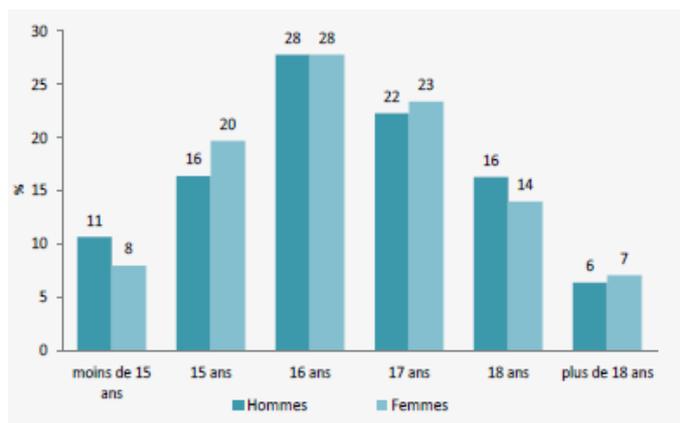
ANNEXES

Annexe I : Répartition des jeunes de 15-29 ans ayant commencé leur vie sexuelle selon l'âge au moment du premier rapport (n=163)



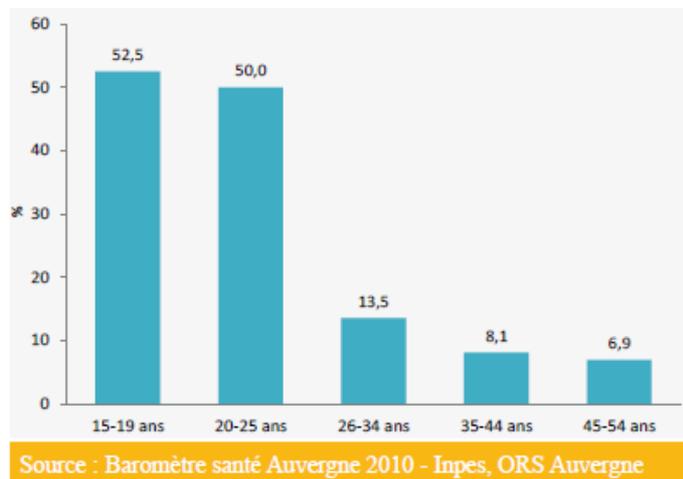
Source : Baromètre santé Auvergne 2010 - Inpes, ORS Auvergne

Annexe II : Proportion d'individus ayant eut des rapports sexuels au cours de la vie par âge (n=1455)

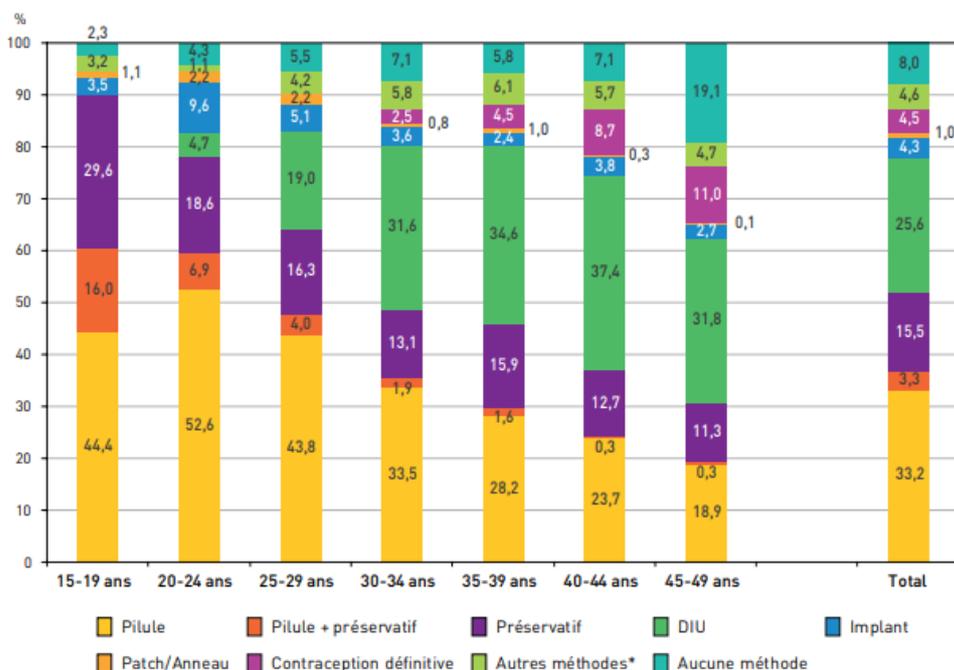


Source : Baromètre santé Auvergne 2010 - Inpes, ORS Auvergne

Annexe III : Proportion d'individus ayant eu au moins un nouveau partenaire au cours des 12 derniers mois selon l'âge (n=693)

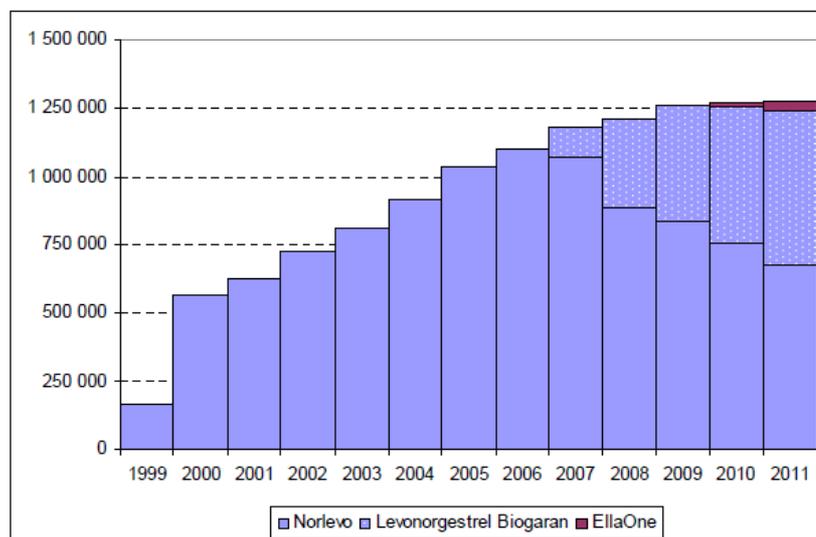


Annexe IV : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Annexe V : Evolution du nombre annuel de PCU vendues en France, 1999-2011

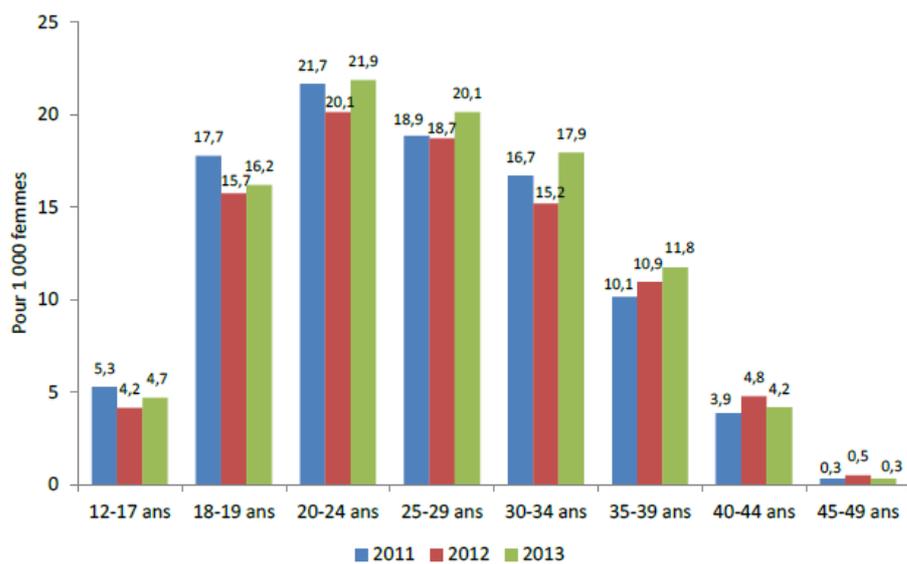


Annexe VI : Proportion (en %) de femmes sexuellement actives ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence selon l'âge au moment de l'enquête, en 2000, 2005 et 2010.

Groupe d'âge	2000 %	2005 %	2010 %
15-17 ans	12,3	27,9	40,6
18-19 ans	10,9	30,1	43,7
Total 15-19 ans	11,6	29,0	42,4
20-24 ans	15,7	29,8	43,3
25-29 ans	11,0	19,4	34,7
30-39 ans	8,3	11,8	20,9
40-49 ans	5,5	6,4	11,0
Total 15-49 ans	8,8	14,4	23,9

Source : Inpes, Baromètre Santé 2000, 2005, 2010

Annexe VII : Taux de recours à une IVG selon l'âge entre 2011 et 2013 dans le Puy-de-Dôme



Sources : PMSI, Insee RP
* Données domiciliées

Exploitation ORS Auvergne

Annexe VIII: Questionnaire contraception

1. Quels moyens de contraception connaissez vous ?

Préservatif masculin Préservatif féminin Pilule Stérilet Patch Implant
 Anneau vaginal Contraception d'urgence retrait méthodes naturelles (calculer sa période de fertilité, température) Autres : Je ne sais pas

2. Où peut on se les procurer ?

Distributeur Infirmière scolaire Pharmacie Médecin Planning familial
 Gynécologue Sage-femme Grande surface Associations Je ne sais pas

3. Le retrait et les méthodes naturelles sont des moyens de contraception efficaces chez les adolescents ? Oui Non Je ne sais pas

4. Si je suis mineure, est-ce que je peux obtenir la pilule sans l'autorisation de mes parents ? Oui Non Je ne sais pas

5. Si je suis mineure, est-ce que je peux obtenir la pilule gratuitement ?
 Oui Non Je ne sais pas

6. Une fille peut-elle prendre la pilule si elle fume ?

Oui, aucun soucis Oui, sous certaines conditions Non, jamais Je ne sais pas

7. La pilule doit se prendre tout les jours à heure fixe ? Oui Non Je ne sais pas

8. L'examen gynécologique est-il obligatoire pour avoir la pilule ? Oui Non Je ne sais pas

9. Peut-on être enceinte, en cas de rapport sexuel pendant les règles ?

Oui Non Je ne sais pas

10. Peut-on tomber enceinte lors de son 1^{er} rapport sexuel ?

Oui Non Je ne sais pas

11. Y a-t-il un risque de grossesse si l'éjaculation a lieu au niveau de la vulve?

Oui Non Je ne sais pas

12. Si j'ai oublié ma pilule que dois-je faire si j'ai eu un rapport sexuel non protégé ?

Prendre la pilule oubliée Je ne fais rien Test IST Test de grossesse le jour même Test de grossesse 2 semaines après Surveiller ses règles (retard de plus de 5 jours) Conseil gynéco / sage-femme Prendre la « pilule du lendemain » Je ne sais pas

13. Quand doit on utiliser la contraception d'urgence ou « pilule du lendemain » ?

Pas de préservatif Préservatif déchiré/ qui a glissé Oubli de contraception (pilule, patch, anneau) Viol En contraception systématique après chaque rapport Rapport sexuel dans les 5 jours avant l'oubli de pilule Je ne sais pas

14. La pilule du lendemain est -elle toujours efficace à 100 %?

Oui Non Je ne sais pas

15. Je suis mineure et enceinte, est-ce que je peux décider toute seule d'avoir une IVG ?
(interruption volontaire de grossesse)

Oui, je peux prendre la décision moi même Non, je dois avoir l'accord de mes parents Lors de l'IVG, je dois obligatoirement être accompagnée d'une personne majeure Je ne sais pas

16. Jusqu'à quand une IVG est possible en France ?

1 mois (4 semaines) 2 mois (8 semaines) 3 mois (12 semaines) Je ne sais pas

Annexe IX : Questionnaire IST

1. Avez vous participé à la 1ere séance d'information? Oui Non

2. Que veut dire le sigle IST ?

3. Quelles IST connaissez-vous ?

- Hépatite B Herpès génital Chlamydia Papillomavirus (HPV)
 Syphilis VIH/SIDA Gonocoque Autres :

4. Quels sont selon vous les moyens de protections contre les IST ?

- Le préservatif masculin le préservatif féminin la pilule le stérilet
 le spermicide l'implant le retrait Autres :

5. Comment une IST peut-elle être transmise ?

- Pénétration vaginale Pénétration anale Cunnilingus Fellation Sang
 Salive De la mère à l'enfant (accouchement – allaitement) Piqûres d'insectes
 Je ne sais pas

6. Comment savoir si on a une IST ?

- Se faire dépister Se renseigner sur des forums et sites internet Seulement si on a des signes physiques Je ne sais pas

7. Quelles peuvent-être les complications d'une IST ?

- Cancer du col de l'utérus Stérilité féminine Maladies
 Aucune complication Je ne sais pas

8. Existe-t-il des vaccins contre certaines IST ? Oui Non Je ne sais pas

9. Que faire en cas de prise de risque ?

- Se laver à l'eau chaude ou au savon Consulter aux urgences à l'hôpital
 Voir un médecin Attendre de voir si des signes apparaissent avant de consulter
 Voir une sage-femme Consulter dans un centre de dépistage Je ne sais pas

10. Le préservatif n'est pas nécessaire si :

- On n'aime pas ça
- On n'en a pas sur soi
- On est allergique au latex
- On fait attention, il se retire avant d'éjaculer
- J'ai fait un test
- Nous avons fait un test tout les deux
- Elle prend la pilule
- Pendant les préliminaires
- Je ne sais pas

11. Où est-il possible de se faire dépister ?

- À l'infirmierie
- Dans un laboratoire d'analyses
- Au centre de dépistage
- Au Planning Familial
- Je ne sais pas

12. Le dépistage est-il gratuit pour un mineur ? Oui Non Je ne sais pas

13. Existe-t-il des traitements contre les IST ?

- Oui, pour toutes
- Oui, pour certaines
- Non, aucune
- Je ne sais pas

14. Peut-on guérir du VIH/SIDA ? Oui Non Je ne sais pas

15. Faut-il prévenir son ou ses partenaires si on a une IST ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

16. Avoir une IST augmente le risque de contamination par le virus du SIDA ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

17. Avoir plusieurs partenaires augmente le risque d'avoir une IST ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Annexe X : Questionnaire de satisfaction suite à l'intervention

(entourez une seule case par item)

La durée des séances était...	Bien adaptée	Un peu courte	Trop courte	Un peu longue	Trop longue
L'heure de la séance était...	Bien adaptée	Plutôt trop tôt	Trop tôt	Plutôt trop tard	Trop tard

					
Le fait que les groupes soient mixtes était..	Très bien	Bien	Assez bien	Pas trop bien	Pas bien du tout
Le jeu « Ado Sexo » était..	Très bien	Bien	Assez bien	Pas trop bien	Pas bien du tout
Les thèmes abordés étaient..	Très intéressants	Intéressants	Plutôt intéressants	Inintéressants	Très inintéressants
L'animation de la séance par les étudiantes sage-femmes était ..	Très satisfaisante	Satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Insatisfaisante	Très insatisfaisante
La qualité de l'information donnée par les étudiantes était..	Très satisfaisante	Satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Insatisfaisante	Très insatisfaisante

Le fait de dialoguer avec des intervenants plus jeunes vous a-t-il mis plus à l'aise pour vous exprimer ?	Oui beaucoup	Oui un peu	Identique		Non pas du tout
Ressentiez vous le besoin d'avoir ces informations ?	Oui, énormément	Oui, beaucoup	Un peu	Très peu	Non pas du tout
De manière globale, vous êtes..	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

Annexe XI : Flyer réalisé par les étudiants sage-femme

Hépatites : anonyme, gratuit et confidentiel, tous les jours de 8 à 23h



Sida : gratuit, anonyme et confidentiel, tous les jours 24h sur 24h



Homophobie, discrimination, suicide : anonyme et confidentiel, tous les jours de 8 à 23h



CONTRACEPTION

Dépistage

Préservatifs

S I D A

Sexualité

IST

ING

URGENCE

Agression



AMBERT :

- **EL :** LE GROUPE LOCAL DU PLANNING FAMILIAL - 63 dans le local de la Mission locale, 166 avenue Maréchal Foch, 63600 AMBERT. Ouvert les mercredis de 13h00 à 15h00 (hors vacances scolaires).
- **CPEF :** ANTENNE AMBERT Centre Hospitalier d'Ambert, Avenue Georges Clémenceau, 63600 AMBERT. 04 73 82 73 72.

ISSOIRE :

- **CPEF :** Centre Hospitalier Général, 13, rue du Docteur Sauvat, BP 84, 63503 ISSOIRE CEDEX. 04 73 89 72 50.

RIOM :

- **CPEF :** Centre Hospitalier Général "Guy Thomas", Boulevard Etienne Clémentel, 63200 RIOM. 04 73 67 80 42.

THIERS :

- **CPEF :** Centre Hospitalier Général, BP 89, 63307 THIERS. 04 73 51 10 31 ou 04 73 51 10 18

INFOS UTILES

NUMEROS :

- **IVG :** gratuit et anonyme, tous les jours de 10h à 20h



Sexualité, contraception, IVG : gratuit et anonyme, le lundi de 9h à 22h et du mardi au samedi de 9h à 20h



Infos, santé des jeunes : gratuit et anonyme, tous les jours de 9h à 23h

0800 235 236

Établissement d'information (EI) : Écoute, informations et orientation sur la contraception, l'IVG, les abus sexuels-violences-mutilations sexuelles, les IST-SIDA et la sexualité.

Centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) : Écoute, informations, orientation et consultations médicales (suivi gynécologique, contraception, contraception d'urgence, analyses...)
Centres Gratuits d'information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) : dépistage anonyme et gratuit (SIDA, IST, après d'un rapport à risque ou non...)

03 - ALLIER

MOULINS : Centre hospitalier

10, avenue du Général de Gaulle, 03000 MOULINS.

- **CPEF :** 04 70 35 76 43, le mercredi de 14h00 à 17h00.

- **Dépistage :** Pavillon MERCIER (1^{er} étage), 04 70 20 88 00 sans rdv : lundi de 12h30 à 14h et de 17h à 19h, mercredi de 13h30 à 17h, le 1^{er} samedi du mois de 9 à 11h et les vendredis des semaines suivantes de 10h à 13h30 et de 14h à 17h.

MOUTIUCON :

- **CPEF :** Centre hospitalier - Service gynécologie

18, avenue du 8 mai 1945, 03100 MOUTIUCON

04 70 02 74 56, le vendredi de 14h00 à 17h00.

- **Dépistage :** Centre de dépistage anonyme et gratuit

16, rue Hector Berlioz, 03100 MOUTIUCON.

04 70 03 89 77, sans rdv lundi et mercredi de 14h à 16h.

VICHY :

- **CPEF :** Centre Hospitalier

Boulevard Denière, 03200 VICHY

04 70 97 34 09 (planification) : le mercredi de 14h00 à 17h00.

Sur le bassin de Vichy, en alternance dans les Centres médico-sociaux (CMS) de Vichy, de Lalpasse, de St Pourcain s/Loire, de Varennes et de Gannat suivants le mardi de 16h00 à 18h00, Tél. unique : 04 70 98 11 28.

- **Dépistage :** Centre Hospitalier, bâtiment 7, rez-de-chaussée, Boulevard Denière, 03200 VICHY.

04 70 97 33 24 sans rdv mardi de 16h30 à 19h et mercredi de 14h à 16h.

15 - CANTAL

AURILLAC : centre hospitalier Henri Mondor

50, avenue de la République

BP 229, 15002 AURILLAC CEDEX.

- **CPEF :** Pavillon Femme-Enfant, 04 71 46 47 24 ou 04 71

46 47 23 (IVG), permanences et consultations du lundi

au vendredi 8h à 17h.

- **Dépistage :** bâtiment de médecine interne, 04 71 46 56

58, sans rdv du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de

15h à 17h30, samedi de 9h à 12h.

- **EI :** LE PLANNING FAMILIAL –15 Bâtiment de l'horloge

8 place de la Paix, 15000 AURILLAC.

Ouvert le mardi de 8 h à 12 h, le mercredi de 15h30 à

18 h, le vendredi de 13h 30 à 16h 30, 04 71 64 38 16.

Et le 1^{er} lundi du mois de 14h à 16h, à la maison des

ados passage de la Barbanterie à Aurillac, 04 71 49 60

82.

SAINT-FLOUR :

- **CPEF :** Centre médico-social LOUIS Mallet, Avenue du

Docteur Louis Mallet, 15100 SAINT FLOUR.

04 71 60 73 93, Permanence et consultations sur

rendez-vous : le mercredi de 13h à 16h30.

- **Dépistage :** Centre hospitalier – Consultations externes

2 avenue du Dr Mallet, 15100 SAINT FLOUR.

04 71 60 64 72, sur rdv du lundi au vendredi 9h à 18h.

MAURIAC :

- **CPEF :** Centre médico-social

28, rue Enchalade, 15200 MAURIAC

04 71 68 37 40, Consultations sur rendez-vous tous les

mercredis de 13h30 à 17h00.

43 - HAUTE-LOIRE

BRIOUDE : Hôpital de Brioude

2, Rue Michel de l'Hospital, 43100 BRIOUDE.

- **CPEF :** 04 71 50 98 65, permanence téléphonique de 9 h

à 17 h.

- **Dépistage :** Urgences, 04 71 50 98 00, 24h/24h.

- **EI :** LE GROUPE LOCAL DU PLANNING FAMILIAL –43

Espace Entr'Aides

4 Boulevard Victor Hugo, 43100 BRIOUDE.

04 71 74 93 57, Ouvert le jeudi de 17 h à 18h30.

LE-PUY-EN-VELAY : Centre Hospitalier Emile Roux

12, Boulevard du Dr André Chantemesse,

43000 LE PUY EN VELAY.

- **CPEF :** 04 71 04 34 75 (gynécologie et planification),

permanence téléphonique de 9 h à 16h45.

- **Dépistage :** pôle santé publique, niveau 0,

04 71 05 66 90, sans rdv lundi de 13h30 à 17h45, mardi

de 12h30 à 14h, mercredi de 13h30 à 16h30, vendredi

de 9h à 12h30.

- **CPEF et EI :** LE PLANNING FAMILIAL- 43

2, rue André Laplace, 43000 LE PUY EN VELAY.

04 71 02 94 95, ouvert le jeudi de 17h à 19h et sur

rendez-vous.

MONISTROL-SUR-LOIRE : EI, CPEF et Dépistage.

LE GROUPE LOCAL DU PLANNING FAMILIAL 43

12, avenue Charles De Gaulle, 43120 MONISTROL/LOIRE.

04 71 66 07 43, permanence téléphonique lundi de 14 h à

17 h, permanence médicale : mercredi de 15 h à 17 h et

vendredi de 12 h à 16 h.

63 - PUY-DE-DOME

CLERMONT-FERRAND :

- **CPEF :** CHU ESTAING

1, Place Lucie Aubrac, 63033 CLERMONT-FERRAND.

04 73 75 01 15 ou 04 73 75 01 62 (secrétariat - avant 16h).

- **Dépistage :** DISPENSAIRE EMILE ROUX

11 rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand.

04 73 14 50 80, du lundi au jeudi de 8h à 17h et le vendredi

de 8h à 16h30.

Comment y aller ? Lignes B et A.

+ Consultations décentralisées à RIOM, ISSOIRE, THIERS et

AMBERF sur rdv (appel au dispensaire).

- **CPEF et EI :** LE PLANNING FAMILIAL - 63

13, rue des Quatre Passeports, 63000 CLERMONT-

FERRAND.

04 73 37 12 07, Ouvert du mardi au jeudi de 9h00 à

12h00 et de 13h30 à 17h30, (16h30) le vendredi

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	4
I L'adolescence.....	4
I.A Début de la vie sexuelle.....	4
I.B Pratiques contraceptives.....	5
I.B.1 Contraception.....	5
I.B.2 Moyens disponibles.....	6
I.B.3 Contraception d'urgence.....	8
I.C Interruption volontaire de grossesse.....	9
I.D Pratiques préventives pour les IST.....	10
I.D.1 Épidémiologie.....	10
I.D.2 Enjeux.....	12
I.D.3 Recommandations.....	13
II L'éducation à la sexualité.....	14
II.A Cadre législatif : Éducation Nationale.....	15
II.B « De l'information sexuelle à l'éducation à la sexualité ».....	15
II.B.1 Rôle des enseignants et des professionnels.....	15
II.B.2 Milieu familial (rôle des parents, rôle des médias).....	17
III Sage-Femme et éducation à la vie sexuelle et affective.....	19
III.A La formation (initiale et continue).....	19
III.B Les compétences.....	19
III.C Les rôles de prévention et d'éducation.....	21
IV Les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective dans le cursus des étudiants sages-femmes : Présentation du projet.....	23
IV.A Objectifs et enjeux.....	23

IV.B Formation des étudiants sage-femmes.....	24
IV.C Outil pédagogique.....	25
POPULATION ET MÉTHODES.....	26
I L'étude et objectifs.....	26
I.A Type, durée et lieu d'étude.....	26
I.B Partenaires de l'étude.....	26
I.C Les objectifs.....	26
I.C.1 Objectif principal.....	26
I.C.2 Objectifs secondaires.....	26
II Population.....	27
II.A La population d'étude.....	27
II.B La justification de la taille de l'échantillon.....	27
III Méthodes.....	27
III.A Le recueil des données.....	27
III.A.1 Les critères évalués.....	27
III.A.2 Le mode d'intervention.....	28
III.A.3 Le mode de recueil des données et le circuit des données.....	28
III.A.4 Le codage des données.....	28
III.A.5 La saisie des données.....	29
III.A.6 Le contrôle qualité des données.....	29
III.B L'analyse des données.....	29
III.C Les aspects éthiques et réglementaires.....	29
III.C.1 Information et consentement.....	29
III.C.2 Anonymat.....	29
RÉSULTATS.....	30

DISCUSSION.....	41
I Validité et qualité de l'étude.....	41
I.A Les forces.....	41
I.B Biais d'information.....	41
I.C Biais de mémorisation	41
I.D Biais de sélection.....	41
I.E Biais de volontariat.....	42
I.F Biais d'induction des réponses.....	42
I.G Points faibles :.....	42
II Discussion des objectifs de l'étude.....	43
III Discussion des résultats.....	44
III.A Comparaison avec la France.....	44
III.A.1 Sondage IFOP-BILENDI	44
III.A.2 Connaissances et comportement des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée.....	45
III.A.3 Contraception et IVG chez les jeunes de 15-18 ans en Haute- Normandie 2009.....	45
III.B Comparaison avec l'Auvergne.....	46
III.B.1 Intérêts et limites des pratiques et des outils pédagogiques utilisés dans le cadre de l'éducation des adolescents à la sexualité et la contraception	46
III.B.2 Baromètre Santé Auvergne 2010	48
III.C Comparaison Avant/Après l'intervention.....	50
III.C.1 CONTRACEPTION.....	50
III.C.2 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	52
IV Satisfaction des élèves.....	53
V Les propositions d'actions.....	56
CONCLUSION.....	58

RÉSUMÉ/ABSTRACT

INTRODUCTION : La loi de 2001 impose trois séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Cependant, les connaissances des adolescents sont encore trop approximatives en matière de sexualité et de contraception avec un taux d'IVG qui reste relativement stable et important depuis dix ans.

MÉTHODE : L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité des séances d'éducation à la sexualité effectuées par les étudiants sages-femmes. Cette étude « Avant/Après » a été réalisée auprès de 86 lycéens volontaires, dans trois lycées du Puy-de-Dôme.

RÉSULTATS : L'intervention a permis une amélioration du score de connaissance moyen de 12,6 points pour la séance sur la contraception ($26,2 \pm 7,0$ sur 46 vs $38,8 \pm 4,3$ ($p < 0,001$)) et de 9 points concernant la séance sur les IST ($35,3 \pm 9,2$ sur 55 vs $44,3 \pm 5,5$ ($p < 0,001$)).

DISCUSSION : Côté positif, les séances d'éducation ont permis aux adolescents de compléter leurs connaissances sur la contraception, les IST et l'IVG. En revanche, bien des points seraient encore à améliorer comme l'appréciation du risque de grossesse, le recours à la PCU et les conduites à tenir dans les situations à risques.

CONCLUSION : La difficulté pour ces adolescents consiste à prendre conscience qu'une situation peut être doublement risquée, avec un risque de grossesse et de transmission d'infections. L'éducation à la sexualité est nécessaire pour compléter et corriger l'ensemble des connaissances et représentations erronées de ces jeunes. L'étudiant sage-femme semble être un intervenant compétent pour l'animation de ces séances.

Mots-clés : Contraception, infections sexuellement transmissibles, adolescents, connaissances, prévention, éducation.

BACKGROUND : The 2001 law requires the provision of three sexual education sessions in schools. However, teenagers' knowledge in sexuality and contraception is still too imprecise : the abortion rate has remained relatively high and stable over the last ten years.

METHODS : The main aim of this study was to assess the efficiency of sex education sessions delivered by student midwives. The entire study "before/after" was carried out with 86 voluntary students in three secondary schools in the Puy de Dôme area.

RESULTS : The experiment resulted in an improvement of the average knowledge score by 12.6 points for the session on contraception (26.2 ± 7.0 out of 46 vs 38.8 ± 4.3 ($p < 0.001$)) and by 9 points for the session on STIs (35.3 ± 9.2 out of 55 vs 44.3 ± 5.5 ($p < 0.001$)).

DISCUSSION : On the positive side, the education session enabled the teenagers to gain a full understanding of contraception, STIs and abortion. On the other hand, many more areas could still be improved, for example, the evaluation of the risks involved in pregnancy, the use of the ECPs and what to do in risky situations.

CONCLUSIONS : Teenagers have difficulty understanding the risks involved in having sex, namely unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases. Sex education is essential in order to provide full understanding and to correct the misconceptions young people often have. It would seem that the student midwife is the most appropriate person to lead such sessions.

Key words: Contraception, sexually transmitted infections, teenagers, knowledge, prevention, education.